

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TATIANE MITLETON BORGES RAMOS

Acolhimento e Vínculo na assistência de pessoas com diagnóstico de transtornos
alimentares

Ribeirão Preto

2013

TATIANE MITLETON BORGES RAMOS

Acolhimento e Vínculo na assistência de pessoas com diagnóstico de transtornos alimentares

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: O doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Coorientador: Profa. Dra. Daniela de Figueiredo Ribeiro

Ribeirão Preto

2013

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

Ramos, Tatiane Mitleton Borges

Acolhimento e Vínculo na assistência de pessoas com diagnóstico de transtornos alimentares. Ribeirão Preto, 2013.

330 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Coorientador: Profa. Dra. Daniela de Figueiredo Ribeiro

1. Assistência ao paciente (serviços de saúde). 2. Transtornos de ingestão de alimentos. 3. Entrevista de grupo. 4. Psicodrama.

RAMOS, Tatiane Mitleton Borges

Acolhimento e Vínculo na assistência de pessoas com diagnóstico de transtornos alimentares

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão que me “abriu as portas” do meio acadêmico e me fez acreditar no meu potencial como pesquisadora e docente, oferecendo-me grandes e desafiadoras oportunidades.

À Profa. Dra. Daniela de Figueiredo Ribeiro, que na função de minha coorientadora foi como um farol que guiou os meus passos nos mares, muitas vezes, incertos dessa pesquisa.

Ao meu querido e amado Mateus, que sempre soube dizer a palavra certa no momento certo, e pode me animar quando foi preciso.

À Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro, pela disponibilidade em responder as minhas dúvidas sobre o serviço investigado.

À minha família, que até hoje me oferece respaldo para que eu possa realizar os meus sonhos.

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

A Essência que diferencia o homem da máquina é a força, que o primeiro tem, de auto renovar-se. Esse é o segredo do organismo vivo insuperável: ele se renova, realizando a sua própria manutenção e fazendo funcionar seus bilhões de células sem outros recursos materiais além do ar atmosférico, da água e do alimento diário. (...) *Todo o tratamento*¹ deve ser indireto, preventivo e educacional. As terapias alopáticas podem eventualmente ser utilizadas, mas somente da maneira mais simples possível, oferecendo o máximo de independência ao doente. (...) E não torna-lo condicionado, mental e fisicamente, a remédios, consultas, aparelhos sofisticados, programas e sistemas de saúde (KIKUCHI, 1985, p. 2-4).

¹ Inserção da autora.

RESUMO

RAMOS, T. M. B. **Acolhimento e Vínculo na assistência de pessoas com diagnóstico de transtornos alimentares**. 2013. 330f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O objetivo do presente estudo é avaliar e compreender os processos de acolhimento e de vínculo, pela perspectiva dos usuários de um serviço de assistência a pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares (TAs). Para isso, foi realizada a mensuração da satisfação dos usuários com o serviço, por meio da escala SATIS-BR (n = 15), e foram realizadas as entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo método psicodramático (n = 7). Os resultados da SATIS-BR revelaram que: 77,20% dos usuários consideraram o serviço satisfatório de uma maneira geral; 87,6% dos usuários mostraram-se satisfeitos com a compreensão que a equipe tem com relação ao problema do paciente, e com a competência da equipe; 88,8% estão satisfeitos com a ajuda recebida e com a forma como foram acolhidos pela equipe e 23,3% dos usuários estão satisfeitos com as condições físicas e o conforto do serviço. Os dados das entrevistas em grupo focal mostraram que o serviço investigado apresenta algumas deficiências com relação ao Acolhimento no que se refere ao acesso, à técnica e à postura, e, com relação ao Vínculo, no que se refere à afetividade, à relação terapêutica e à continuidade. Com relação ao acesso observou-se a escassez de serviços multidisciplinares que assistem pacientes com TAs e que o acesso sócio organizacional influi diretamente na qualidade do tratamento. No que se refere à técnica e à postura, percebeu-se que a formação profissional, influenciada pelo modelo biomédico, pode dificultar a relação terapêutica e impede que os profissionais tenham posturas de diálogo, empatia, afetividade para com o paciente e um atendimento que envolva uma escuta qualificada, discussão e um cuidado integral do usuário. Percebeu-se que o profissional competente é aquele que equilibra, quando necessário, posturas mais compreensivas e afetuosas com posturas mais firmes e diretivas. No que corresponde à continuidade, foi visto que ela é prejudicada pela rotatividade de profissionais, e dificulta a formação de um trabalho interdisciplinar, e de uma equipe de referência para o paciente. Apesar dos resultados positivos do tratamento obtidos, em parte, pela competência do terapeuta principal e a competência técnica da equipe, esse estudo sugere que os profissionais realizem capacitações, para oferecerem um cuidado que abarque posturas mais compreensivas e afetuosas, e a integralidade do paciente. Apesar de não ser o objetivo dessa pesquisa, observou-se que as entrevistas em grupo focal ampliaram a percepção dos participantes sobre si mesmos, sobre o seu tratamento e sobre a sua relação com os TAs. Ademais, a intervenção permitiu que os participantes desenvolvessem a sua empatia com relação aos profissionais, espontaneidade, criatividade e liberdade de expressão. Conclui-se que as entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo método psicodramático, promoveram um efeito terapêutico nos participantes e proporcionaram recursos para que eles refletissem mais profundamente sobre os itens avaliados na escala SATIS-BR. Os dados emersos dessa pesquisa indicam que os serviços de assistência às pessoas com TAs devem se atentar sobre os fatores de acesso, técnica, postura, afetividade, relação terapêutica e continuidade, pois eles são essenciais para a qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: Assistência ao paciente (serviços de saúde). Transtornos de ingestão de alimentos. Entrevista de grupo. Psicodrama.

ABSTRACT

RAMOS, T. M. B. **Embracement and Bond in the assistance to people diagnosed with Eating Disorders**. 2013. 330p. Thesis (Ph.D.) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

This study aimed to evaluate and understand the processes of embracement and bond from the perspective of users of a health care service for people diagnosed with eating disorders (ED). For this, the measurement of user satisfaction with the service was performed using the scale SATIS-BR (n=15), and interviews were conducted in focus groups through the psychodrama method (n=7). The results of SATIS-BR revealed that 77.20% of users considered the service satisfactory in general; 87.6% of users were satisfied with the understanding that the team has with respect to the patient's problem, and with the competence of the team; 88.8% were satisfied with the help received and how they were embraced by the team; and 23.3% of users were satisfied with the physical conditions and comfort of service. The interview data in the focal group showed that the investigated service is deficient with respect to the Embracement regarding the access, the technique and posture; and, with respect to the Bond regarding the affection, the therapeutic and continuity. Regarding the access, it was observed scarcity of multidisciplinary services that assist patients with ED and that the socio-organizational access influences directly the quality of treatment. With regard to technique and posture, it was realized that training, influenced by the biomedical model, may hinder the therapeutic relationship and prevents that professionals have positions of dialogue, empathy, affection towards the patient and care with qualified hearing, discussion and comprehensive care for the users. It was noticed that the competent professional is one that balances, when appropriate, understanding and affectionate postures with strong and directive postures. Related to the continuity, it was impaired by staff turnover, which hindered the formation of interdisciplinary work and a reference team for the patient. Despite the positive results of treatment obtained, in part, by the competence of the primary therapist and the technical competence of the team; this study suggests that professionals undertake training to offer comprehensive care with sympathetic and affectionate postures for the patient. Although it is not the purpose of this research, it was observed that the focus group interviews increased the participants' perceptions about themselves, about their treatment and their relation with ED. Moreover, the intervention allowed participants to develop their empathy in relation to professionals, spontaneity, creativity and freedom of expression. It is concluded that the focus group interviews, conducted by the psychodrama method, promoted a therapeutic effect on the participants and provided resources for them to reflect more deeply on the assessed items of the SATIS-BR scale. The data emerged from this research indicate that support services to people with ED should be aware of the factors of access, technique, posture, affectivity, therapeutic relationship and continuity, as they are essential for the quality of care provided.

Keywords: Patient Care (Health Services). Eating disorders. Group interview. Psychodrama.

RESUMEN

RAMOS, T. M. B. **Acogida y Vínculo en asistencia de las personas con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria.** 2013. 330h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Este estudio objetivó evaluar y comprender procesos de acogida y vínculo, desde el punto de vista de usuarios de un servicio de atención a personas diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Así, se realizó la medición de la satisfacción de usuarios con el servicio, utilizando la escala SATIS-BR (n=15), y se realizaron entrevistas en grupo focal realizadas por el método de psicodrama (n=7). Resultados de la SATIS-BR revelaron que: 77.20% de los usuarios consideran el servicio satisfactorio en general; 87,6% se mostraron satisfechos con el entendimiento que el equipo tiene en relación al problema del paciente, y con la competencia del equipo; 88,8% están satisfechos con la ayuda recibida y con la forma en que fueron acogidos por el equipo; y 23,3% están satisfechos con las condiciones físicas y confort del servicio. Datos de las entrevistas en grupo focal mostraron que el servicio investigado es deficiente con respecto a la Acogida en relación al acceso, a la técnica y a la postura; y, con respecto al Vínculo, en relación a la afectividad, al tratamiento terapéutico y a la continuidad. En cuanto al acceso, se observó escasez de servicios multidisciplinarios que ayudan a pacientes con TCA y que el acceso socio organizacional influye directamente en la calidad del tratamiento. En cuanto a la técnica y a la postura, se percibe que la formación profesional, influenciada por el modelo biomédico, puede dificultar la relación terapéutica y impide que profesionales tengan posturas de diálogo, empatía, afectividad hacia el paciente y un cuidado que envuelva una escucha cualificada, discusión y atención integral al usuario. Se observó que el profesional competente es aquel que equilibra, si necesario, posturas más comprensivas y cariñosas con posturas más firmes y directivas. En el correspondiente a la continuidad, se vio que ella es perjudicada por la rotación de profesionales, y dificulta la formación de trabajo interdisciplinario y de un equipo de referencia para el paciente. A pesar de los resultados positivos del tratamiento obtenidos, en parte, por la competencia del terapeuta principal y la competencia técnica del equipo, este estudio sugiere que profesionales tengan formación continua para ofrecer una atención con posturas más comprensivas y cariñosa, y la integridad del paciente. Aunque no es el propósito de esta investigación, se observó que las entrevistas en grupo focal ampliaron las percepciones de los participantes sobre sí mismos, sobre su tratamiento y su relación con TCAs. Además, la intervención permitió a los participantes a desarrollar su empatía en relación a profesionales, espontaneidad, creatividad y libertad de expresión. Se concluye que las entrevistas en grupo focal, realizadas por el método de psicodrama, promovieron un efecto terapéutico sobre los participantes y proporcionaron recursos para que reflexionasen más profundamente acerca de los ítems evaluados en la escala SATIS-BR. Datos surgidos de esta investigación indican que los servicios de atención a personas con TCAs deben ser conscientes acerca de los factores de acceso, técnica, postura, afectividad, relación terapéutica y continuidad, ya que son esenciales para la calidad de la atención prestada.

Palavras-chave: Assistência ao paciente (serviços de saúde). Transtornos de ingestão de alimentos. Entrevista de grupo. Psicodrama.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|------------|
| Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa..... | 38 |
| Quadro 2 - Atividades realizadas pelo serviço..... | 42 |
| Quadro 3 - Relaciona as doze questões da escala SATIS-BR às questões que foram realizadas nas entrevistas em grupo focal..... | 73 |
| Figura 1 - Esquema das atividades oferecidas pelo serviço..... | 110 |
| Figura 2 - Esquema da nova estrutura física do serviço..... | 118 |
| Figura 3 - Competência da equipe de profissionais do serviço..... | 124 |
| Figura 4 - Competência do terapeuta principal do serviço..... | 126 |
| Figura 5 - Equipe de profissionais quando o serviço foi mais efetivo para Ananda. | 137 |
| Figura 6 - Equipe de profissionais do serviço atualmente, de acordo com Ananda. | 138 |

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Porcentagem de escolhas das respostas da escala SATIS-BR (n = 15)..... 84

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1.1 | O Humaniza SUS e o conceito de Clínica Ampliada..... | 16 |
| 1.2 | Acolhimento e Vínculo em serviços de assistência à saúde..... | 18 |
| 1.3 | Os Transtornos Alimentares e a assistência a pessoas com diagnóstico de Anorexia Nervosa e Bulimia..... | 22 |
| 2 | JUSTIFICATIVA..... | 31 |
| 3 | OBJETIVO..... | 34 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 36 |
| 4.1 | Sujeitos..... | 37 |
| 4.2 | Caracterização dos participantes..... | 37 |
| 4.3 | Caracterização do local do estudo..... | 39 |
| 4.4 | Tipo de pesquisa..... | 45 |
| 4.5 | O referencial teórico metodológico psicodramático..... | 47 |
| 4.6 | A entrevista em grupo focal..... | 59 |
| 4.7 | A aplicação da escala SATIS-BR na investigação do Acolhimento e do Vínculo em um serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs.... | 63 |
| 4.8 | A Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)..... | 67 |
| 4.9 | Considerações dos aspectos éticos..... | 70 |
| 4.10 | Procedimento..... | 71 |
| 4.11 | Tratamento dos resultados..... | 75 |
| 5 | RESULTADOS..... | 79 |
| 5.1 | Os Resultados da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)..... | 80 |
| 5.2 | Os resultados das entrevistas em grupo focal..... | 86 |
| 5.2.1 | A organização do laboratório..... | 86 |
| 5.2.2 | 1º Encontro da entrevista em grupo focal..... | 87 |
| 5.2.3 | 2º Encontro da entrevista em grupo focal..... | 93 |
| 5.2.4 | 3º Encontro da entrevista em grupo focal..... | 99 |
| 5.2.5 | 4º Encontro da entrevista em grupo focal..... | 103 |
| 5.2.6 | 5º Encontro da entrevista em grupo focal..... | 108 |
| 5.2.7 | 6º Encontro da entrevista em grupo focal..... | 114 |
| 5.2.8 | 7º Encontro da entrevista em grupo focal..... | 121 |
| 5.2.9 | 8º Encontro da entrevista em grupo focal..... | 129 |
| 5.3 | Análise temática dos 8 encontros das entrevistas em grupo focal..... | 142 |
| 5.3.1 | 1ª Unidade Temática: O primeiro contato dos pacientes com o serviço e com os profissionais que os acolheram..... | 142 |
| 5.3.2 | 2ª Unidade Temática: A compreensão da equipe sobre o problema dos pacientes e sobre a ajuda que eles necessitam..... | 144 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 5.3.3 | 3ª Unidade Temática: O tratamento da equipe em termos de respeito e dignidade e o acolhimento dado pelos profissionais aos pacientes..... | 145 |
| 5.3.4 | 4ª Unidade Temática: A autonomia dos pacientes nas decisões sobre os seus tratamentos e a participação dos pacientes nas discussões que são realizadas sobre os seus tratamentos..... | 150 |
| 5.3.5 | 5ª Unidade Temática: O conforto, a aparência e as condições gerais das instalações do serviço..... | 152 |
| 5.3.6 | 6ª Unidade Temática: A competência da equipe e a competência dos terapeutas principais para realizarem a assistência dos pacientes..... | 155 |
| 5.3.7 | 7ª Unidade Temática: A satisfação dos pacientes com a ajuda oferecida pela equipe do serviço..... | 162 |
| 5.4 | Os resultados da utilização do Psicodrama nas entrevistas em grupo focal..... | 165 |
| 6 | DISCUSSÃO..... | 169 |
| 6.1 | O primeiro contato dos pacientes com o serviço e com os profissionais que os acolheram..... | 170 |
| 6.2 | A compreensão da equipe sobre o problema dos pacientes e sobre a ajuda que eles necessitam..... | 178 |
| 6.3 | A autonomia dos pacientes nas decisões sobre os seus tratamentos e a participação dos pacientes nas discussões que são realizadas sobre os seus tratamentos..... | 187 |
| 6.4 | O tratamento da equipe em termos de respeito e dignidade e o Acolhimento dado pelos profissionais aos pacientes..... | 193 |
| 6.5 | O conforto, a aparência e as condições gerais das instalações do serviço..... | 202 |
| 6.6 | A competência da equipe e a competência dos terapeutas principais para realizarem a assistência dos pacientes..... | 208 |
| 6.7 | A satisfação dos pacientes com a ajuda oferecida pela equipe do serviço.... | 221 |
| 6.8 | Outros modelos de tratamento para os TAs..... | 232 |
| 6.9 | Os resultados da utilização do Psicodrama nas entrevistas em grupo focal..... | 242 |
| 6.10 | Uma discussão final sobre os principais resultados desse estudo..... | 253 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 269 |
| | REFERÊNCIAS..... | 274 |
| | APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 296 |
| | ANEXO A: Protocolo de caso novo/nutrição..... | 299 |
| | ANEXO B: Roteiro de entrevista do psicólogo para caso novo (pacientes)..... | 303 |
| | ANEXO C: Contrato de Adesão ao Tratamento..... | 310 |
| | ANEXO D: Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)..... | 315 |
| | ANEXO E: Declaração de aprovação da pesquisa e do TCLE pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP-FMRP-USP..... | 329 |

APRESENTAÇÃO

O interesse em estudar a temática dos transtornos alimentares veio, inicialmente, de uma experiência pessoal que tive há alguns anos atrás. Em meados do ano de 2002, uma pessoa da família, bem próxima a mim, desenvolveu um quadro de anorexia nervosa.

Esse evento modificou a interação de toda a família que, perplexa e amedrontada com a “doença” estranha e enigmática, buscava ajustar-se a essa nova condição, e ajudar o familiar enfermo.

O transtorno alimentar não mudou apenas a dinâmica da minha família, mas também a trajetória da minha própria vida. Creio que um dos motivos que contribuíram fortemente para eu seguir a carreira de psicóloga foi o fato de buscar alternativas e técnicas para aliviar o sofrimento emocional, que eu tanto presenciava em minha casa. Talvez esse mesmo objetivo perdure até os dias de hoje e tenha me feito escrever esse trabalho.

Iniciei as atividades de pesquisa sobre os transtornos alimentares já em minha iniciação científica e, em sequência, realizei o mestrado e agora o doutorado relacionado ao tema.

O que me motivou a escrever sobre a assistência aos pacientes diagnosticados com transtornos alimentares, por meio da perspectiva do Acolhimento e do Vínculo foi uma tentativa de responder àquela antiga questão de como aliviar o sofrimento emocional dos familiares e dos pacientes com anorexia nervosa e bulimia, e de como realizar um tratamento que fosse realmente útil ao paciente.

Sempre foi minha convicção, conforme diz a epígrafe dessa Tese, de que o ser humano possui o potencial criativo de auto renovar-se (KIKUCHI, 1985). Dessa maneira, o meu interesse pela questão do Acolhimento é que ele acredita nessa força de auto renovação do homem, na medida em que preconiza o papel autônomo, cidadão e participativo dos usuários nos serviços de saúde (REDE HUMANIZA SUS, 2013).

Contudo, sabendo da resistência dos pacientes com transtornos alimentares em aderirem ao tratamento, surgiu em mim outra pergunta: Como o profissional pode estabelecer uma relação com o paciente, de modo a fazer com que ele compreenda que está doente, e que necessita realizar o tratamento? Foi, então, a partir dessa indagação que surgiu o meu interesse de pesquisar o Vínculo entre o profissional e o paciente, em um serviço de assistência a pacientes com transtornos alimentares.

Ao estar munida das questões que instigaram essa pesquisa, foi necessária a escolha da metodologia. Assim, a utilização da escala SATIS-BR e das entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo método psicodramático, não foram escolhas aleatórias. Ambas as abordagens visaram oferecer aos pacientes a possibilidade de exercerem a sua cidadania e o seu protagonismo, expressando opiniões e refletindo a respeito dos seus tratamentos.

Posso dizer que estarei realizada se alguns dos dados encontrados nesse estudo contribuírem, mesmo que minimamente, para aprimorar os serviços de assistência aos pacientes com transtornos alimentares, de forma a torna-los mais centrados nas necessidades dos usuários, mais resolutivos e mais humanizados.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Humaniza SUS e o conceito de Clínica Ampliada

Instituído pelo Ministério da Saúde em 2003, como uma Política Nacional de Humanização da Saúde [PNH] (BRASIL, 2006c), o Humaniza SUS visa à humanização dos serviços de saúde, como política pública. Através de seus princípios, pretende abraçar diversas intervenções e instâncias gestoras do SUS, almejando 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 a sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde; uma reorganização do serviço de saúde a 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 cumprir essas propostas 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.

A proposta de humanização dos serviços de saúde almeja 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.

O usuário, a partir dessa proposta, é posto como o centro do tratamento, e é considerada a sua condição de cidadão e de ser autônomo. Ele 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). 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, e é produtor de sua história e responsável pelo seu dever.

Contudo, essa concepção de “sujeito cidadão” não parece estar de encontro com a ideia 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, pois é considerado apenas biologicamente (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, Ayres (2001) propõe a busca do diálogo na relação entre profissional e paciente. Através da consideração desse espaço de resistência dialógica pode ser possível achar meios para melhor acessar e vincular os usuários aos serviços de saúde. A natureza e a qualidade desses vínculos se mostram fundamentais, pois, 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 surgiu 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, centrada em procedimentos, exames e medicações, típicos das práticas hospitalares, já não cabe nas propostas que estão centradas na demanda da população, e na maior proximidade entre os profissionais de saúde e os usuários.

A Clínica Ampliada se distingue da clínica tradicional na medida em que possibilita uma relação mais próxima entre profissionais de saúde e usuários do serviço. Os serviços e os projetos terapêuticos são pensados a partir da necessidade da população atendida, e são planejados não de forma pontual, mas em médio e longo prazo. Assim, essa nova forma de reorganização dos serviços necessita do comprometimento dos profissionais, e da participação contínua da população atendida, para se efetivar. No entanto, vê-se que o paradigma biomédico, com seu princípio analítico, fragmentador, e imediatista do cuidado, 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 aconteça, e promova a saúde e a qualidade de vida dos usuários, é necessário um novo processo de formação profissional. É fundamental que o profissional, em seu processo de formação, tenha desenvolvido a habilidade técnica de escuta qualificada. Também é necessário que o profissional desenvolva a empatia, ou seja, 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, os profissionais devem desenvolver-se tecnicamente para se portarem de forma acessível, empática e compreensiva.

Dois conceitos, portanto, guiam o trabalho da equipe e servem como diretrizes para que os serviços se estrutrem de modo a oferecerem um atendimento humanizado e nos moldes da Clínica Ampliada: os conceitos de Acolhimento e Vínculo. Abaixo, será explicado detalhadamente cada conceito.

1.2 Acolhimento e Vínculo em serviços de assistência à saúde

O Acolhimento em saúde é um dispositivo técnico e político 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.

Em contrapartida a posições mais organicistas e reducionistas de assistência em saúde, tais como modelos e procedimentos de assistência centrados na racionalidade biomédica, o Acolhimento vem como medida para difundir a necessidade de uma visão integral do usuário dos serviços de saúde. Para acolher o usuário é necessário considerar os aspectos de ordem histórica, psíquica, cultural e social, envolvidos nos processos de adoecimento e de reestabelecimento do bem-estar (BONET, 2004).

O Acolhimento tem por objetivos mais específicos desenvolver uma forma de atenção à saúde usuário-centrada. Através de ações integradas a equipe almeja intervenções

promotoras, preventivas e curativas em saúde e o máximo nível de resolutividade às necessidades da população em foco.

O serviço usuário-centrado garante: a acessibilidade universal aos serviços de saúde; a reorganização do processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central do médico, para uma equipe multiprofissional que dê a cada profissional espaços para que desenvolvam seu máximo potencial e atuação no serviço; e a qualificação da relação profissional-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). O Acolhimento regula o acesso do usuário por meio da oferta de ações e serviços mais adequados e contribui para a realização de procedimentos mais efetivos e satisfatórios. É, pois, um arranjo tecnológico que busca garantir, em níveis primários de atenção à saúde: acesso aos usuários, escuta qualificada das demandas e necessidades trazidas, e resolução dos problemas mais simples, e/ou encaminhamento a outros serviços mais aptos a atendê-los (MERHY et al., 1997).

O Acolhimento é um dispositivo que demanda certa plasticidade nas ações da equipe de saúde, e o protagonismo e a responsabilização dos profissionais atuantes nessa equipe. Exige a capacidade de a equipe adaptar técnicas e combinar atividades, de modo a se adequarem aos recursos escassos presentes no serviço, e conciliarem os aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida diária da população atendida (CAMPOS, 1994). Além disso, é um conceito que transita entre o técnico e o político, já que concretiza as diretrizes da política sanitária com certo saber técnico empregado pelos profissionais. Esse saber, aplicado na prática, busca trazer um maior nível de qualidade à atenção dos usuários (MERHY, 1994).

Há de acordo com Silva Jr. e Mascarenhas (2004) quatro dimensões do Acolhimento na atenção básica à saúde: *acesso* (geográfico e organizacional), *técnica* (trabalho em equipe, capacitação dos profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas), *reorientação de serviços* (projeto institucional, supervisão e processo de trabalho), e *postura* (escuta qualificada do profissional para com o usuário, e a relação dos profissionais que promova o trabalho interdisciplinar).

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 pode ser entendido como a facilidade ou dificuldade do usuário em se locomover até o serviço. Já o acesso

organizacional refere-se às instalações físicas do serviço, tal como o conforto das salas, e a disponibilidade de espaços e instrumentos oferecidos. Da mesma forma, o modo como o serviço se organiza para atender os usuários, através de planos de atendimento, listas de espera, 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 a disponibilidade de recursos do serviço.

A *postura*, conforme Silva Júnior e Mascarenhas (2004) é a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde de receber, escutar, e tratar de forma humana os usuários e suas demandas. Por meio de uma relação de interesse, confiança e apoio os profissionais estabelecem posturas receptivas, e 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 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 organizados. 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, e é capaz de superar a fragmentação dos saberes, e promover 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. 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.

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 o profissional e o usuário, que a equipe possa se sensibilizar com o sofrimento e a demanda dos usuários, e estimular a autonomia desses frente as suas condições de saúde e doença.

O Vínculo entre o profissional de saúde e o paciente, ao estimular a autonomia e a cidadania, promove a participação do usuário durante a prestação do serviço, e coloca o usuário e o profissional como protagonistas atuantes na construção da assistência. Por meio dessa relação, eles podem construir sentidos e significados sobre a saúde, e intervir diretamente sobre a estruturação e organização do serviço, garantindo uma melhora na assistência (CAMPOS, 1994). Adquirido por meio de uma escuta qualificada do profissional para com o paciente, o Vínculo favorece uma relação saudável e benéfica à assistência, e amplia a eficácia das ações de saúde, pois estimula a autonomia do paciente, enquanto sujeito que participa e interfere em seu próprio tratamento.

Ao buscar definir melhor no que se constitui o Vínculo, Kloetzel (1999) propõem três dimensões que recaem sobre ele: a *afetividade*, a *continuidade*, e a *relação terapêutica*. Quando se aborda o Vínculo compreendido como *afetividade*, se entende o 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 acolhimento.

A *continuidade*, dentro do conceito de Vínculo, está intimamente ligada à esfera da responsabilidade do profissional. A *continuidade* é a atitude profissional de 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).

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 do 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 a 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).

1.3 Os Transtornos Alimentares e a assistência a pessoas com diagnóstico de Anorexia Nervosa e Bulimia

Os transtornos alimentares (TAs) resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, e uma relação com o comportamento alimentar que se dá de forma desequilibrada.

Carnabucci e Ciotola (2013) investigaram os motivos que poderiam levar ao transtorno alimentar. Esses autores levantaram a hipótese de que os assuntos mal resolvidos nas relações pessoais dos pacientes com TAs, geram sentimentos dolorosos que são transferidos para a relação que essas pessoas possuem com a comida.

Assim, de acordo com esses autores a rede de relações que são mais próximas, ou seja, o átomo social de uma pessoa que apresenta os transtornos alimentares exibe relações conflituosas que podem contribuir para os comportamentos presentes nos TAs. Dessa forma, ao investigar o átomo social de cada indivíduo que apresenta bulimia ou anorexia nervosa percebem-se conflitos de relação que é um dos fatores que pode predispor e manter o transtorno.

Ainda, outro fator que pode levar ao surgimento dos TAs é a relação que esses pacientes desenvolvem com o “papel” da comida. Quando se investiga a relação de uma

pessoa com a comida, observa-se que a comida também desempenha um papel na vida de cada indivíduo como, por exemplo: aquela que alivia as dores do corpo e do espírito; aquela que traz conforto e funciona como um elemento reconfortante às emoções dolorosas; ou aquela que preenche o corpo, substituindo as necessidades emocionais. Esse aprendizado com relação aos hábitos alimentares não é meramente uma compreensão intelectual, mas é uma compreensão que vem da experiência corporal e emocional. Ademais, essas experiências com relação ao comportamento alimentar estão intimamente relacionadas a história de vida e a dinâmica familiar de cada indivíduo. A comida, pois, faz parte do cotidiano familiar e do ambiente social e, por isso, está imbuída de significações e afetos.

Apesar de a maioria das pessoas compreenderem o papel da comida como algo “reconfortante” ou “essencial à vida”, por algum motivo as pessoas que desenvolvem os TAs possuem uma percepção diferenciada no modo como enxergam o “papel da comida”.

Alguns autores revelaram fatores que poderiam contribuir para o início de um quadro de TAs. Há a hipótese de que as pessoas com TAs tenham sofrido algum trauma ou abuso emocional, físico ou social (BREWERTON, 2005), que contribuiu para o desenvolvimento do transtorno. Outros autores descreveram problemas de um vínculo seguro (“secure attachment”) da criança com a mãe (SCHWARTZ; GELPERIN; GLEISER, 2011). Há também a influência do meio sociocultural onde, geralmente, as pessoas com baixa autoestima são encorajadas a procurar validação externa, tentando se adaptar a imagens corporais irreais que são divulgadas pela mídia.

Pode-se levantar a hipótese de que a relação patológica que as pessoas com TAs tenham com o “papel da comida” possa vir de uma tentativa de negar aquilo que ela experimentou coletivamente, e de romper de certa maneira o vínculo social que a humanizou, e teceu suas emoções (MAFFESOLI, 1998). Ao considerar a abstinência ou os atos compensatórios para evitar o ganho de peso como uma resposta individual a questões sociais (TURNER, 1984), a pessoa com TAs tenta interpretar a experiência física da dieta, ou do controle do peso, como uma forma de sucesso pessoal diante das crises familiares, ou da impotência ou inabilidade em lidar com os problemas cotidianos. Devido a todos esses fatores, por alguma razão a pessoa que desenvolve os TAs tenta lidar com seus traumas ou insatisfações, por meio de hábitos alimentares e comportamentos compensatórios inadequados e prejudiciais à sua saúde.

De acordo com o DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual, IV edition) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição), os transtornos alimentares são síndromes comportamentais que possuem como duas entidades nosológicas principais: a

Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998). Apesar de classificados separadamente, os dois transtornos acham-se intimamente relacionados por apresentarem uma psicopatologia comum: uma ideia 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 amenorreia em mulheres pós-menarca (ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos). A anorexia nervosa é dividida em dois tipos: tipo restritivo e tipo compulsivo e/ou purgativo. No tipo restritivo, durante o episódio atual de AN, o indivíduo não apresenta regularmente um comportamento de se alimentar compulsivamente, ou de purgação. No tipo compulsivo e/ou purgativo o indivíduo com AN apresenta comportamentos alimentares compulsivos e de purgação.

A bulimia nervosa tem como critérios diagnósticos episódios recorrentes de compulsão alimentar, onde a pessoa 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 os 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. A bulimia nervosa é também dividida em dois tipos: tipo purgativo e tipo não purgativo. No tipo purgativo, durante o episódio atual de BN, a pessoa regularmente induz vômitos ou usa indevidamente laxantes, diuréticos ou enemas. No tipo não purgativo, a pessoa diagnosticada com BN apresenta outros comportamentos compensatórios para evitar o ganho de peso, como a realização de exercícios físicos intensos e jejuns, mas não se envolve regularmente na indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas (RIBEIRO; SANTOS, 2013).

No que tange ao aspecto biológico, os TAs parecem estar associados com algum grau de disfunção neuropsicológica. Vê-se que as pessoas que são diagnosticadas com AN apresentam déficits de atenção, de habilidades viso-espaciais, e de viso-construção. As pessoas diagnosticadas com BN apresentam déficits nas funções executivas (DUCHESNE et al., 2004). O fato de que após o tratamento alguns pacientes apresentem melhora no

funcionamento cognitivo, poderia indicar que esses déficits teriam ordem funcional. Porém, o fato de haver pacientes que mesmo após tratamento, não apresentam melhora, revela uma possível disfunção cerebral pré-mórbida (DUCHESNE et al., 2004).

Outros estudos sugerem que pessoas diagnosticadas com TAs possuem alterações nas vias noradrenérgicas e da serotonina (5-HT). Essas alterações teriam influência sobre o humor, o controle do impulso, a obsessividade e a regulação de fome e da saciedade nesses pacientes. Um fator predisponente no desenvolvimento da BN seria a menor atividade de sistemas associados a 5-HT cerebral, que regula a saciedade alimentar (MORGAN, VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). Também, a contribuição de fatores genéticos na etiologia dos TAs é amplamente aceita na atualidade (RIBASÉS et al., 2004).

No que tange as causas psíquicas dos TAs, alguns traços de personalidade são comuns a essas pessoas. As pessoas com AN geralmente apresentam traços de personalidade como: obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão, que permanecem estáveis mesmo após a recuperação do peso. Pessoas diagnosticadas com bulimia geralmente apresentam traços de personalidade como: sociabilidade, comportamento gregário, comportamento de risco e impulsividade (GRILO, 2002).

Traços de personalidade encontrados em pessoas diagnosticadas com TAs são: baixa auto-estima, auto-avaliação negativa, isolamento e dificuldade em pedir ajuda. Esses traços de personalidade são fatores de risco importantes para o desenvolvimento tanto da AN, quanto da BN (CARNABUCCI; CIOTOLA, 2013).

Com relação às co-morbidades há uma associação entre a AN e os transtornos de personalidade obsessiva-compulsiva, e da BN com os transtornos caracterizados pela instabilidade e impulsividade. A história pré-mórbida de transtorno psiquiátrico, especialmente depressão, também é um fator de risco para os TAs, particularmente para a BN.

Geralmente, nas pessoas que já apresentam TAs, alguns elementos comuns são encontrados como, por exemplo, a associação da AN com os transtornos da ansiedade, e o histórico de dependência química em pessoas com BN (MORGAN, VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Com relação aos fatores socioculturais e familiares, são identificados como possíveis fatores para o surgimento da AN: as relações familiares rígidas, intrusivas, e que evitam conflitos; e a insatisfação corporal e a internalização do ideal de magreza pela mãe das pacientes. Com relação à bulimia, os possíveis fatores familiares predisponentes do transtorno seriam: as relações familiares perturbadas, mal organizadas e pouco afetuosas. De modo geral, há a hipótese de que uma relação distante e pouco afetiva com o pai, e o ideal de beleza

feminina centrado na magreza, também são fatores socioculturais e familiares que influenciam no aparecimento do transtorno (STICE et al., 1994).

As causas que podem iniciar os transtornos alimentares podem ser o hábito em realizar dietas e os eventos estressores. Foi observado que os indivíduos que faziam dieta tiveram um risco dezoito vezes maior para o desenvolvimento de TAs, do que os indivíduos que não faziam dieta, após um ano de seguimento (PATTON et al., 1999). Os eventos estressores, que causam uma desorganização da vida ou uma ameaça à integridade física da pessoa, tal como doença, gravidez, abuso sexual e físico, podem desencadear sentimentos de insegurança e inadequação, e ser um dos fatores que dá início aos TAs (WELCH; DOLL; FAIRBURN, 1997).

Os fatores mantenedores dos TAs podem ser de três tipos: fisiológicos, psicológicos e culturais. Com relação à fisiologia, a privação alimentar favorece episódios de compulsão alimentar. Episódios de compulsão alimentar interferem no metabolismo da glicose e da insulina, e favorece novos episódios de compulsão alimentar. No aspecto psicológico, a privação alimentar desencadeia pensamentos obsessivos sobre a comida e uma maior necessidade de controle, o que aumenta ainda mais a restrição alimentar, no caso da AN. Como fatores culturais de manutenção do transtorno temos: a magreza, vista como “símbolo de sucesso”, o que gera um nível de controle com o peso e com o próprio corpo ainda maior (MORGAN, VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Dada à complexidade com que se apresentam e da multiplicidade de áreas do comportamento humano que afetam – física, psicológica, social, cultural, familiar – essas síndromes psicossomáticas de etiopatogenia multifatorial dificilmente podem ser tratadas por um profissional isoladamente (SILVA; SANTOS, 2006).

Desse modo, o diagnóstico e o tratamento desses quadros devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar, para a obtenção de resultados mais satisfatórios (BIGHETTI et al., 2007). Conforme Ribeiro e Santos (2013), a equipe multidisciplinar que lida com pessoas diagnosticadas com TAs deve estar ciente de que os TAs são quadros que frequentemente tornam-se crônicos e, devido a isso, o Vínculo dos pacientes com os profissionais tende a ser prolongado, intenso e desafiador.

Os mesmos autores afirmam que o desafio dos profissionais que assistem pacientes com TAs se manifesta por diversos fatores. O contato e o estabelecimento do Vínculo do profissional com o paciente e seus familiares é o primeiro desafio a ser vencido. Os pacientes com TAs são considerados difíceis ou provocadores, e eliciadores de sentimentos ambivalentes como piedade, raiva, impotência, e frustração.

Vários fatores podem contribuir para o *burnout* de profissionais que tratam de pacientes com TAs como, por exemplo, o lento processo de tratamento, a cronicidade, as recaídas, os sintomas severos, os traços de personalidade, as condições co-morbidas, e a ambivalência do paciente sobre a mudança (WARREN et al., 2012).

Outros fatores que contribuem para o estresse dos profissionais e dificultam a assistência estão presentes no seu ambiente de trabalho, como por exemplo: a falta de recursos, organização ou suporte; a sobrecarga de trabalho; e as dificuldades relacionadas à interação da equipe multidisciplinar.

Há ainda os problemas de ordem pessoal que podem interferir na vida profissional, e as contratransferências que, se não elaboradas pelo profissional, podem prejudicar o Vínculo entre profissional e paciente (RIBEIRO; SANTOS, 2013; WARREN et al., 2012).

A contratransferência é um elemento importante para ser investigado no tratamento de pessoas com TAs. Ao se confrontar com as dificuldades no tratamento de pacientes com TAs, geralmente surgem nos profissionais elementos contratransferências que, se não refletidos e elaborados, pode originar ideias pré-concebidas a respeito do paciente. Assim, com a percepção contratransferencial mal elaborada os profissionais podem se utilizar de mecanismos de defesa como: a fragmentação do relacionamento profissional-paciente; despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo; distanciamento e negação de sentimento (GRANDO; ROLIM, 2006).

Vê-se, dessa forma, que o conflito relacional que pode se apresentar entre o profissional e o paciente com AN ou BN pode dificultar a formação de vínculos promotores de um acolhimento em saúde consistente (LINVILLE; BENTON; STURM, 2010; MARTINS; CACCAVO, 2012).

Para ser consolidado o Vínculo é necessário o surgimento e o estabelecimento da relação terapêutica entre o profissional e o usuário. Vanderlinden (2011) afirma que, por muitas décadas, as pesquisas têm mostrado que a relação terapêutica está largamente associada a melhoras de pacientes que apresentam vários problemas clínicos, como os transtornos alimentares. No entanto, nota-se que devido à resistência das pessoas diagnosticadas com TAs em aderir ao tratamento, a relação terapêutica é algo que se constrói por meio de diversas tentativas e de maneira lenta e gradual.

Vitousek (2011) aponta a ênfase dada nos últimos anos a estudos que investigam as variáveis emocionais que influenciam o tratamento dos transtornos alimentares, sugerindo a ampliação da atenção empregada sobre a forma como esses pacientes se relacionam com os profissionais, nas várias abordagens de tratamento aos transtornos alimentares. Vê-se que

muito se têm investigado com relação a técnicas para aumentar a adesão e diminuir a resistência das pessoas com anorexia nervosa e bulimia ao tratamento (VITOUSEK; WATSON; WILSON, 1998; VANDERLINDEN, 2011; CHANDLER, 1998; GRANDO; ROLIM, 2006; HATCHER; BARENDIS, 1996).

No entanto, um estudo sugere que a construção da empatia entre profissional e paciente com TAs e a aceitação do tratamento pelo paciente continuam sendo desafios, visto as dificuldades em se estabelecer uma relação terapêutica, e as altas taxas de atritos e recaídas presentes no tratamento (VITOUSEK; WATSON; WILSON, 1998).

As pessoas que apresentam transtornos alimentares geralmente são pessoas que possuem uma baixa qualidade de vida, com comprometimentos nas áreas emocionais, orgânicas e sociais. O funcionamento social apresenta-se debilitado, ocasionando prejuízos na vitalidade, nas relações sociais e no bem estar geral (GONZALÉZ et. al., 2001). Em vista disso, a relação terapêutica com pessoas que apresentam transtornos alimentares são geralmente frágeis e delicadas, e permeadas por medos e inseguranças.

Chandler (1998), em um estudo que investiga a relação dos profissionais de saúde com pessoas com anorexia nervosa e bulimia, afirma que os profissionais de saúde que se vinculam a pessoas afetadas pela anorexia nervosa e pela bulimia devem poder suportar o ataque à autoestima, a desconfiança, as súbitas pioras no quadro patológico e a pouca colaboração dos mesmos. Ainda, os profissionais devem ser pacientes e compreensivos, mas firmes em certos momentos, para imporem limites às atitudes do enfermo.

A relação terapêutica é complexa e demanda sensibilidade e sutileza. De acordo com Grando e Rolim (2006), os enfermeiros que lidam com esses pacientes devem escutá-los com atenção e interesse, e sem condenações ou juízos críticos para, então, poder informá-los sobre o seu estado físico, as implicações desse estado e o possível prognóstico.

A monografia de mestrado realizada pela autora dessa pesquisa, com o mesmo serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de transtornos alimentares investigado nesse estudo, apontou as dificuldades de vinculação entre os usuários e os profissionais do serviço. Os resultados encontrados revelaram um Vínculo inicial entre o profissional e o usuário que se dá de maneira tênue e frágil, com lentas aproximações, e um amadurecimento gradual. A autonomia do usuário é construída aos poucos, na medida em que a confiabilidade e a adesão ao tratamento são estabelecidas de maneira mais consistente. Contudo, esse Vínculo que se constrói de maneira “árdua” e “lapidada” pode ser prejudicado por alguns elementos presentes no serviço, tal como a rotatividade profissional, uma postura extremamente biomédica do profissional que atende o usuário, ou a falta de espaços privativos e adequados para o

estabelecimento de uma relação terapêutica. Ademais, outros problemas foram identificados e contribuem para uma assistência ainda deficiente em atender algumas necessidades dos usuários. Foram identificados: falta de conforto nas salas de consulta, desorganização na reserva das salas do hospital e na ordem de chamadas para a consulta, sobrecarga e má distribuição dos papéis profissionais, baixa adesão da família/responsável ao tratamento, e passagem de informações prejudiciais entre as pacientes (RAMOS, 2010).

Visto a complexidade da assistência de pacientes com TAs, alguns estudos estão sendo realizados visando elaborar abordagens para atuar diretamente sobre a relação terapêutica, e assim diminuir a resistência do paciente ao tratamento e, aderi-lo mais a proposta do serviço. Também, estão sendo realizados estudos que objetivam refletir sobre as formas de tratamento e a dinâmica organizacional dos serviços que assistem pessoas com diagnóstico de TAs, para garantir uma assistência mais qualificada. Abaixo serão apontados alguns desses estudos.

Técnicas como a Entrevista Motivacional (MILLER; ROLLNICK, 1991), o Modelo Socrático (VITOUSEK; WATSON; WILSON, 1998), e a Teoria da Mudança e Ambivalência (ROZENSZTEJN; TREASURE, 1998) tem em comum o objetivo ajudar o paciente a sintetizar informações sobre o transtorno alimentar e o tratamento, avaliar os prós e os contras de permanecer com o transtorno e tomar, por si próprio, a decisão de iniciar o tratamento, após essa reflexão profunda. Essa técnica visa agir sobre a resistência do paciente em aderir ao tratamento, de forma a fazer com que o paciente, através de uma reflexão profunda sobre a sua condição, possa visualizar os benefícios de começar um tratamento.

Outras pesquisas que investigam abordagens alternativas para tratar pessoas com TAs compreendem que as pessoas que desenvolvem os TAs assumem um papel, ou seja, uma “forma de funcionamento”, onde o uso da comida torna-se distorcido e a diversidade corporal é desvalorizada, ao se limitar a imagem corporal a ideais rígidos e muitas vezes inacessíveis. Ao olhar os TAs como um papel que por ser uma “forma de funcionamento” está além de uma patologia sedimentada e cristalizada, é possível transformá-lo. Dessa forma, o Psicodrama é uma abordagem de tratamento dos TAs que, ao considerar os comportamentos das pessoas com TAs papéis inadequados pode, através da ação dramática, transformá-los em papéis mais espontâneos e possíveis de serem aprendidos e integrados ao self (CARNABUCCI; CIOTOLA, 2013).

O Psicodrama permite visualizar as representações ligadas à alimentação, e à auto imagem, e reviver as histórias de vida, onde os conceitos pessoais foram construídos. Possibilita, ainda, uma nova construção de valores pessoais e a reestruturação de hábitos. Por meio do Psicodrama, as pessoas conseguem perceber onde, e em que questões estiveram

“presas emocionalmente”, e podem se tornar capazes de tomar decisões sobre suas dietas, ou outras motivações que são geradoras de seus conflitos. Em muitos casos, o processo psicodramático revela que os transtornos alimentares encobrem outras necessidades mais importantes e fundamentais para a vida dos participantes. O Psicodrama, dessa maneira, pode levar o paciente a se tornar protagonista de seu diagnóstico, pois ao ter mais consciência do seu estado e dos processos e conflitos que levaram ao desenvolvimento da síndrome, o paciente pode mudar as suas atitudes e seus hábitos e adquirir melhores resultados no tratamento dos TAs (SCAFFI, 2011).

Dessa forma, dentro da perspectiva psicodramática, os profissionais que assistem pessoas com diagnóstico de TAs devem ter um olhar que vá além do papel patológico, e enxergue em seus pacientes papéis recursos saudáveis para o enfrentamento do transtorno. Nesse sentido, a ênfase nos aspectos saudáveis do paciente facilita a relação terapêutica e a formação de vínculos.

Com relação a dinâmica organizacional dos serviços, existem pesquisas que estão voltadas a investigar os processos de trabalho em serviços que atendem pacientes com TAs, ou com doenças crônicas. Um dos objetivos da reorganização e do replanejamento dos processos de trabalho em serviços que assistem pacientes com TAs é promover um serviço que ofereça tratamento contínuo, níveis de qualidade controlados e o atendimento personalizado às necessidades do usuário (RIVA et al., 2011). Para redefinir as propostas do serviço de saúde, alguns estudos apontam que é necessária uma mudança no sistema de cuidados de saúde, onde o cuidado fique centrado nas necessidades do paciente. Também é necessário haver a identificação dos sistemas e as barreiras tecnológicas presentes na gestão do serviço, e integrar os projetos de saúde a planejamentos de gestão mais amplos (WALTERS et al., 2012).

O Humaniza SUS e os conceitos de Clínica Ampliada, Acolhimento e Vínculo também trouxeram relevantes ferramentas para repensar os processos de trabalho no campo da atenção à saúde. Pode-se afirmar que esses conceitos trouxeram uma maior compreensão sobre os significados da saúde, e sobre as reestruturações possíveis nos serviços de saúde para uma maior humanização do atendimento. Essas reestruturações visam ampliar a qualidade da assistência, e garantir intervenções de elevado alcance e resolubilidade, sobre as necessidades de saúde da população brasileira. Dessa forma, essa pesquisa tem a finalidade de compreender e avaliar a forma de assistência de pessoas com anorexia nervosa e bulimia, para que o tratamento dos transtornos alimentares se torne mais humanizado, centrado nas necessidades do usuário e efetivo.

2 JUSTIFICATIVA

Ultimamente, o número de casos de transtornos alimentares vem aumentando e há uma taxa de mortalidade significativa relacionada aos TAs no mundo. Dados indicam para o aumento crescente da incidência mundial de distúrbios relacionados à obesidade e aos padrões inadequados de conduta alimentar, já que cerca de 70 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de algum tipo de transtorno alimentar (SCIENTIFIC AMERICAN BRASIL, 2009). O número de casos mundiais de anorexia nervosa e bulimia 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 a 4 casos entre 1.000 adolescentes, dos transtornos alimentares nas sociedades ocidentais (BRUSSET, 2001). No Brasil, não há dados disponíveis sobre a prevalência dos TAs. No entanto, existem algumas evidências de que esses quadros podem ser de alguma relevância para a saúde pública do país (RIBEIRO; SANTOS, 2013).

Com relação ao prognóstico, estima-se que 30% a 40% dos pacientes com anorexia nervosa tenham uma recuperação completa. No entanto, em 30% a 40% dos pacientes com anorexia ocorrem recidivas que podem caminhar para uma bulimia nervosa (HERZOG; NUSSBAUM; MARMOR, 1996).

Na 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).

De acordo com a Revista Scientific American do Brasil (2009), o índice de mortes provocado por esses transtornos é alto: entre 18% e 20%, sendo que a incidência mundial de mortes relacionadas à anorexia em mulheres entre 15 e 24 anos é 12 vezes maior do que qualquer outra causa nessa faixa etária (REVISTA SCIENTIFIC AMERICAN DO BRASIL, 2009).

Visto a elevada incidência mundial, a gravidade e o prognóstico desfavorável dos transtornos alimentares é relevante a existência de estudos que investiguem os serviços que tratam de pessoas com diagnóstico de TAs, principalmente quando se observa a escassez de estudos que investigam esses serviços, particularmente no que se refere à humanização da assistência.

Também, ao se considerar as peculiaridades no tratamento dos TAs, em que os pacientes se mostram inicialmente resistentes em aceitarem o tratamento e estabelecerem uma relação de confiança com os profissionais, é relevante conhecer como se estabelecem os Vínculos nas relações entre o profissional e o paciente com anorexia nervosa e bulimia.

Ainda, dentro da proposta do Acolhimento de um usuário ativo e participante no seu tratamento, esse estudo ofereceu aos usuários do serviço investigado espaços de discussão

sobre a assistência prestada. A partir dessa discussão, os usuários puderam se colocar como sujeitos atuantes, participativos e criativos na construção do serviço, identificando elementos do mesmo que já não se adequam mais ao tratamento, e propondo mudanças que conforme as perspectivas dos usuários se adaptariam melhor à realidade investigada. Dessa forma, as discussões realizadas nesse estudo pretenderam dar voz a esse usuário.

Portanto, justifica-se esse estudo porque ele pretendeu oferecer conhecimentos para promover um atendimento humanizado, democrático, e adequado às necessidades dos usuários com diagnóstico de anorexia nervosa e bulimia, e condizentes com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 OBJETIVO

Compreender e avaliar os processos de acolhimento e de vínculo, pela perspectiva dos usuários de um serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs.

4 METODOLOGIA

4.1 Sujeitos

Foram recrutados todos os usuários que estavam em tratamento no serviço, e que se enquadravam nos critérios de inclusão previamente estabelecidos para a realização da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: (1) Pacientes que estavam em tratamento no serviço há mais de um (1) ano, pois foi considerado que os usuários participantes do serviço há menos de um (1) ano possuíam um conhecimento limitado sobre as atividades e os profissionais do serviço, assim como da rotina de assistência do mesmo; (2) Pacientes que não estavam em franco surto psicótico, pela possível dificuldade de responderem a escala SATIS-BR, e de participarem da atividade grupal proposta neste estudo; (3) Pacientes que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Deve-se destacar que como as atividades oferecidas pelo serviço compreendem atividades grupais, os usuários que são atendidos pelo serviço realizam uma triagem e uma avaliação diagnóstica ao entrarem no tratamento, e são potencialmente aptos para frequentar os grupos realizados nesse estudo. Os pacientes menores de dezoito anos tiveram os TCLE assinados pelos responsáveis.

Quando foi iniciada a fase de coleta de dados dessa pesquisa, o serviço possuía aproximadamente vinte pacientes que estavam em processo de tratamento. Porém, dos vinte pacientes, dezessete estavam em atendimento há um ano ou mais e, portanto, se adequavam nas condições previstas pela pesquisa.

4.2 Caracterização dos participantes

Dos dezessete pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão desse estudo, quinze aceitaram responder a escala SATIS-BR.

Abaixo, encontra-se o Quadro 1 com a caracterização das quinze participantes que responderam a escala SATIS-BR.

| Nome¹ | Idade | Diagnóstico | Tempo de Tratamento | Escolaridade | Tipo de Trabalho |
|-------------------------|--------------|---|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Ananda | 31 anos | Anorexia Nervosa tipo compulsivo e/ou purgativo | Mais de 5 anos | Superior completo | Jornada integral remunerada |
| Ana Beatriz | 43 anos | Anorexia Nervosa tipo restritivo | Mais de 5 anos | Escola secundária completa (2º grau) | Jornada integral remunerada |
| Bianca | 26 anos | Anorexia Nervosa tipo compulsivo e/ou purgativo | De 1 a 2 anos | Nível superior completo | Bolsista |
| Emma | 20 anos | Anorexia Nervosa tipo restritivo | Mais de 5 anos | Nível superior incompleto | Jornada parcial não remunerada |
| Enia | 32 anos | Bulimia Nervosa | Mais de 5 anos | Escola elementar completa (1º grau) | Jornada parcial remunerada |
| Fabíola | 29 anos | Bulimia Nervosa | De 1 a 2 anos | Nível superior completo | Jornada integral remunerada |
| Helena | 29 anos | Anorexia Nervosa tipo compulsivo e/ou purgativo | De 1 a 2 anos | Nível superior completo | Não trabalha |
| Joana | 32 anos | Anorexia Nervosa tipo compulsivo e/ou purgativo | 4 anos | Nível superior completo | Jornada integral remunerada |
| Lívia | 18 anos | Anorexia Nervosa tipo compulsivo e/ou purgativo | 4 anos | Escola secundária completa (2º grau) | Não trabalha |
| Marcia | 17 anos | Anorexia Nervosa tipo restritivo | De 1 a 2 anos | Escola secundária completa (2º grau) | Não trabalha |
| Nadir | 21 anos | Anorexia Nervosa tipo compulsivo e/ou purgativo | De 1 a 2 anos | Nível superior incompleto | Não trabalha |
| Neide | 49 anos | Anorexia Nervosa tipo restritivo | Mais de 5 anos | Nível superior completo | Não trabalha |
| Paula | 35 anos | Anorexia Nervosa tipo compulsivo e/ou purgativo | Mais de 5 anos | Nível superior incompleto | Não trabalha |
| Verônica | 41 anos | Anorexia Nervosa tipo compulsivo e/ou purgativo | Mais de 5 anos | Escola secundária completa (2º grau) | Jornada integral remunerada |
| Vivian | 18 anos | Anorexia Nervosa tipo compulsivo e/ou purgativo | De 1 a 2 anos | Nível superior incompleto | Não trabalha |

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa

¹ Nomes fictícios.

Os dados obtidos na escala SATIS-BR mostraram que o total dos usuários que responderam a escala, é do sexo feminino, 40% possui idade entre 25 a 35 anos, 33% possui idade entre 15 a 25 anos e 20% possui idade entre 35 a 45 anos. Os usuários apresentam um alto grau de instrução, sendo que 66% cursaram ou estão cursando o ensino superior e 27% possuem o segundo grau completo.

Parte dos usuários não trabalha (46%) e 40% realizam jornada integral ou parcial remunerada. Somente a minoria mora em casa ou apartamento próprio (13%), o restante reside em casa ou apartamento alugado (27%), ou com os pais e outros familiares (60%). Com relação ao estado civil a maioria dos usuários é solteira (80%), sendo 13% casados e 7% divorciados.

Os dados obtidos mostram que 87% dos usuários relataram que se trata de sua primeira admissão no serviço, e 13% relataram que esse momento do tratamento se refere a sua segunda admissão ao serviço. A totalidade das participantes realiza tratamento no serviço a pelo menos 1 ano: 47% dos usuários estão no serviço há mais de 5 anos; 46% estão no serviço no período que se refere a 2 a 5 anos e 7% estão no serviço no período que se refere a 1 a 2 anos.

Dessa forma, a maioria dos usuários que realizou essa pesquisa são usuários que fizeram o tratamento no serviço apenas uma vez, sendo que não retornaram a esse tratamento por uma segunda vez, e realizam essa assistência há um longo período: entre 2 a 5 anos. São jovens adultas com boa instrução educacional. Parte dos usuários se utiliza de recursos financeiros de origem familiar que proveem a sua manutenção, e por isso muitos ainda residem com suas famílias, sendo que apenas uma minoria (13%) é casada.

Os participantes que frequentaram as entrevistas em grupo focal conduzidas pelo referencial teórico metodológico psicodramático foram: Nadir, Bianca, Lívia, Vivian, Verônica, Ananda, e Ana Beatriz.

4.3 Caracterização do local do estudo

O serviço investigado está inserido em uma instituição macro hospitalar pública, de natureza acadêmica, que visa atender diferentes camadas sociais da população e, portanto, participa das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SILVA; SANTOS, 2006). O serviço foi

escolhido como o local para a realização dessa pesquisa por representar um importante serviço de assistência aos pacientes com transtornos alimentares. É um dos poucos serviços de assistência aos pacientes com transtornos alimentares do Estado de São Paulo que, dentro de um contexto ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, oferece aos pacientes com transtornos alimentares, e aos seus familiares/responsáveis, um atendimento que envolve diversas especialidades. Esse serviço assiste uma ampla população, atendendo usuários de Ribeirão Preto, da região deste município, e de outras localidades dentro e fora do estado de São Paulo.

O atendimento das pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia começou a ser realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – *campus* USP (HCFMRP-USP), na Divisão de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica, e se ampliou a partir de 1980 (SANTOS, 2006).

A partir dos anos 80, o serviço 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 anorexia nervosa e bulimia, ampliou a sua rede de especialidades clínicas.

Ao longo do tempo, o serviço 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 o 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 aos familiares/responsáveis grupos de apoio e atendimentos psicológicos. Psicanalistas e terapeutas ocupacionais vieram a integrar esse quadro de profissionais, oferecendo um tratamento mais amplo.

Atualmente, o modelo assistencial do serviço fundamenta-se no pressuposto de que os TAs são de etiopatogenia complexa e multifatorial, cujo o tratamento requer uma visão integral do paciente, o que inclui os cuidados dispensados à sua organização familiar (SANTOS et al., 2005). O objetivo do atendimento hospitalar desenvolvido pelo serviço é o de reestabelecer os estados nutricional e emocional do paciente debilitado, que se encontra, quase sempre em conflito emocional, e com estado de desnutrição e/ou com distúrbios hidroeletrólíticos (CAROLO; RIBEIRO, 2012).

Dessa forma, o serviço conta atualmente com aproximadamente vinte profissionais, sendo estes: médicos nutrólogos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, médicos residentes e estagiários supervisionados. Nas internações há a participação de terapeutas ocupacionais, médicos clínicos gerais e enfermeiros em esquema de interconsulta (SILVA; SANTOS, 2006). O serviço é responsável pela capacitação de médicos residentes, graduandos e pós-graduandos, que tem em suas residências e estágios a oportunidade de aprender sobre os TAs e o seu modelo assistencial (BIGHETTI et al., 2007). Alguns profissionais que desenvolvem atividades no serviço atuam em caráter voluntário.

O serviço oferece aos pacientes tratamento especializado com atendimento individual do psicólogo, do nutricionista e do psiquiatra, que acontece todas as sextas-feiras. Também, o serviço realiza grupos informativos-educativos a respeito do transtorno para os familiares, grupos de orientação nutricional para os pacientes, e grupos de apoio psicológico para os familiares/responsáveis, e para os pacientes.

De acordo com Santos (2006), para o compartilhamento de informações sobre cada caso e para as discussões sobre as condutas e as diretrizes do tratamento, 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 serviço já participou de dinâmicas organizadas por um instituto de psicoterapia familiar, visando a elaboração, desenvolvimento e reciclagem das relações conflituosas oriundas do cotidiano do serviço. Porém, atualmente o serviço não está realizando nenhum processo de “reciclagem” com a equipe multiprofissional. Contudo, os docentes realizam a supervisão dos médicos residentes e dos estagiários que atuam no serviço.

Abaixo, encontra-se o Quadro 2 que resume e oferece informações sobre as atividades realizadas pelo serviço.

| Atividades | Local | Profissionais | Horários | Frequência |
|---|---|--|--|--|
| Reunião da equipe multiprofissional | 6º andar do Hospital das Clínicas | Todos os profissionais da equipe, médicos residentes e estagiários | 10H – 12H | Todas essas atividades são realizadas às sextas-feiras, salvo as psicoterapias que podem acontecer em outros horários e as consultas com os médicos-nutrólogos que são realizadas quando há necessidade clínica. |
| Grupo educativo e informativo aos familiares | 2º andar do Hospital das Clínicas | Psiquiatra | 12:00H – 13:00H | |
| Grupo de orientação nutricional aos pacientes | 6º andar do Hospital das Clínicas | Nutricionista (Pós-graduando) | 12:00H – 13:00H | |
| Grupo de apoio psicológico aos familiares | 2º andar do Hospital das Clínicas | Psicólogo (Pós-graduando) e estagiários em psicologia | 13:00H -14:00H | |
| Grupo de apoio psicológico aos pacientes | 6º andar do Hospital das Clínicas | Psicólogo (Pós-graduando) e estagiários em psicologia | 13:00H – 14:30H | |
| Atendimentos individuais dos pacientes com nutricionista, psicólogo e psiquiatra | 2º andar do Hospital das Clínicas | Nutricionistas, psiquiatra e psicólogo | 15H – 18H | |
| Atendimento com médico-nutrólogo | 2º andar do Hospital das Clínicas | Médico-nutrólogo | Os agendamentos são feitos quando há necessidade clínica. | |
| Psicoterapia individual, para pacientes e familiares | Pode acontecer nas dependências do <i>campus</i> da USP ou em consultórios particulares | Psicólogos veiculados ao serviço e psicólogos não veiculados ao serviço. | Os horários dependem do contrato feito entre cliente e terapeuta | |

Quadro 2 - Atividades realizadas pelo serviço

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

O serviço atende, atualmente, aproximadamente vinte pacientes (a maioria mulheres) que advém, em sua maior parte, de Ribeirão Preto e região. Os encaminhamentos para o serviço são feitos pelas Unidades Básicas veiculadas ao sistema de saúde de Ribeirão Preto e da região, ou por outras instituições de assistência à saúde, presentes em Ribeirão Preto ou na região.

Ao chegarem ao Hospital das Clínicas – *campus* USP, as pessoas com suspeita de transtorno alimentar passam por uma triagem com o psiquiatra, onde é feito o diagnóstico clínico para anorexia nervosa ou bulimia. Caso o diagnóstico acuse anorexia nervosa ou bulimia, esses novos pacientes serão encaminhados para o serviço. No entanto, em caso de urgência devido à grave desnutrição e distúrbios hidroeletrolíticos, esses pacientes poderão ser internados para o restabelecimento do aspecto físico e nutricional.

Os pacientes que dão início ao seu tratamento no serviço realizam uma avaliação com o nutricionista e o psicólogo da equipe, que registram em um protocolo informações referentes sobre os casos novos (ANEXO A e B). Os psicólogos são os profissionais escolhidos para apresentarem ao paciente um “Contrato de Adesão ao Tratamento” (ANEXO C) onde está escrito as informações sobre as atividades que os pacientes irão realizar se aceitarem o tratamento, e seus deveres e direitos dentro do processo de assistência. Para iniciarem o tratamento no serviço o paciente e o seu familiar/responsável devem assinar o contrato demonstrando estarem cientes das informações contidas no mesmo.

O modelo de tratamento do serviço envolve o paciente e o seu familiar/responsável em atividades individuais e grupais. No que se refere à abordagem nutricional individual do paciente, ela tem o objetivo de promover a reabilitação nutricional, por meio da reeducação alimentar. Assim, pretende equilibrar a ingestão alimentar, o padrão das refeições, e outros comportamentos associados.

No que tange à abordagem nutricional grupal dos pacientes, o grupo de orientação nutricional visa esclarecer dúvidas dos pacientes sobre as questões nutricionais e orgânicas. Aborda temas como: noções sobre os transtornos alimentares e suas implicações físicas; informações sobre a nutrição do organismo, desnutrição e seu quadro fisiopatológico; os sinais clínicos dessas síndromes e suas consequências metabólicas; alimentação saudável, etc.

Com relação aos atendimentos psicológicos e psiquiátricos, eles têm o objetivo de fortalecer os esquemas de autonomia pessoal, e a busca do paciente por individuação e emancipação emocional. Acredita-se que com essa meta o paciente possa lidar com os problemas do seu desenvolvimento de forma direta e lidar com os TAs de modo mais efetivo.

No que corresponde à abordagem psiquiátrica no serviço, Ribeiro e Santos (2013) afirmam que além da medicação psicotrópica, também são utilizadas estratégias que se baseiam no manejo dos sintomas, por táticas persuasivas e de aconselhamento psicológico. Essas estratégias visam sensibilizar os pacientes para a necessidade de colaborar com o tratamento.

O grupo de apoio psicológico ao paciente pretende 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. Também almeja incentivar, no contexto grupal, a ajuda compartilhada através da exposição e discussão dos participantes sobre problemas semelhantes. A interação grupal pode ajudar os pacientes a lidarem com o conflito dependência-autonomia de suas relações e a buscar desfechos mais satisfatórios para as suas histórias de dor e sofrimento (SANTOS, 2006).

Com relação ao tratamento dos familiares, o grupo informativo e educativo busca esclarecer dúvidas dos familiares sobre as questões nutricionais e orgânicas decorrentes do TAs, e esclarecê-los sobre as melhores formas de lidar com o familiar adoecido. Dessa forma, o grupo pretende: 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 o seu quadro fisiopatológico; esclarecer os familiares sobre as orientações sobre o tratamento que os pacientes recebem, e auxiliar os familiares para que orientem os pacientes a segui-las em domicílio; orientar os familiares quanto à melhor conduta frente ao que os pacientes apresentam em relação ao comportamento alimentar; discutir assuntos trazidos espontaneamente pelo grupo (BIGHETTI; DOS SANTOS; RIBEIRO, 2006).

O grupo de apoio psicológico aos familiares pretende: prover continência emocional dos familiares, e estimular a expressão livre de sentimentos diante do transtorno e dos conflitos emergentes; fazer o grupo refletir sobre o manejo da síndrome, seus sintomas 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 (SANTOS et al., 2002).

A reunião de equipe multiprofissional almeja explorar recursos criativos para melhorar o tratamento, e que podem se potencializar através da reflexão conjunta dos membros da equipe sobre o trabalho interdisciplinar. Essas reuniões têm o objetivo de que todos os membros da equipe compartilhem de opiniões coesas e consensuais, para tornar o tratamento mais harmônico e funcional. Nesses encontros são discutidos os casos atendidos durante a semana, os atendimentos ambulatoriais, as internações, os grupos de familiares e de pacientes, e as evoluções e possíveis altas dos casos em tratamento (SILVA; SANTOS, 2006).

4.4 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo e quantitativo. É um estudo qualitativo por se destinar a apreender os sentidos e os significados do Acolhimento e do Vínculo, surgidos no processo grupal das entrevistas em grupo focal, e nas questões presentes na escala SATIS-BR. Conforme Minayo (2000) as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do *Significado* e da *Intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2000, p. 10, grifo do autor).

O termo “epistemologia qualitativa” reúne um amplo conjunto de metodologias que se contrapõe ao positivismo, na medida em que compreendem a metodologia como uma reflexão sobre o fenômeno, e o método como um produto indissociável dessa reflexão. Dentre as várias metodologias que se inserem dentro da epistemologia qualitativa, todas têm em comum a recusa da objetivação do conhecimento, e da neutralidade do pesquisador na produção científica (BRITO, 2006). Na pesquisa qualitativa, o pesquisador está como coparticipante da investigação, e por isso os resultados se aproximam mais de uma co-criação do que de uma descoberta. Dessa forma, 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). Os resultados, na pesquisa qualitativa, pretendem mais uma ampliação e modificação de uma teoria, do que a sua confirmação (BRITO, 2006).

Sob o referencial epistemológico qualitativo, os métodos, os instrumentos perdem seu valor como garantias de verdade, da pureza e isenção da coleta e análise para assumir uma tarefa distinta e muito mais complexa: estimular a pessoa a expressar-se o mais verdadeiramente, isto é, da maneira mais completa possível (BRITO, 2006, p. 40).

O presente estudo tem como objetivo compreender quais são os sentidos e significados advindos dos usuários, a respeito 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).

Este estudo optou por escolher, dentro da epistemologia qualitativa, a abordagem teórico metodológica do Psicodrama para conduzir a coleta de dados, realizada através das entrevistas em grupo focal. Cabe, portanto, uma breve explicação do que são os conceitos de epistemologia, metodologia e método.

Epistemologia refere-se ao âmbito filosófico em que metodologia e método se articulam (BRITO, 2006), e que nesse estudo é a epistemologia qualitativa. Metodologia pode ser definida como um conjunto de pressupostos básicos que norteiam a pesquisa quanto à definição de sua natureza, e dos meios válidos ou propícios à sua execução. O método, de acordo com o mesmo autor, é um conjunto de recursos, técnicas de coleta, de análise e de comunicação das evidências empíricas.

Metodologia é como uma estratégia – ou plano – para atingir um objetivo; métodos são táticas que podem ser empregadas para atingir os objetivos da metodologia (POTTER apud BRITO, 2006, p. 25).

Assim, o termo “metodologia” refere-se ao aspecto conceitual, às características teóricas dos processos de gerar conhecimento. “Método” descreve as dimensões pragmáticas desses processos. A teoria de eleição do pesquisador lança as bases para as suas escolhas metodológicas, e as especificidades das pessoas pesquisadas modelam os métodos. Assim, a metodologia psicodramática foi o referencial teórico que conduziu as entrevistas em grupo focal. O referencial teórico metodológico psicodramático e as entrevistas em grupo focal adequam-se à pesquisa qualitativa, pois visam aprofundar a compreensão sobre os processos de acolhimento e de vínculo no serviço investigado.

Esse estudo é também quantitativo, pois faz uso da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR). Apesar da escala SATIS-BR não ter sido desenvolvida para mensurar a satisfação dos usuários com os serviços de assistência a pessoas com diagnóstico de transtornos alimentares, ela foi adaptada aos objetivos desse estudo porque o serviço de assistência aos pacientes com transtornos alimentares se insere na categoria de serviços de saúde mental.

A pesquisa quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico, e tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004). De acordo com Minayo (2000), os principais

fundamentos da pesquisa quantitativa nas ciências sociais são: (a) o mundo social opera de acordo com leis casuais; (b) o alicerce da ciência é a observação sensorial; (c) a realidade consiste em estruturas e instituições identificáveis, enquanto dados brutos por um lado, e crenças e valores por outro. Essas duas ordens são correlacionadas para fornecer generalizações e regularidades; (d) o que é real é os dados brutos considerados dados objetivos, sendo que valores e crenças são realidades subjetivas que só podem ser compreendidas através de dados brutos. Assim, essa abordagem de pesquisa se centra na objetividade, e considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros.

Na pesquisa quantitativa, a linguagem das variáveis fornece a possibilidade de expressar generalizações com precisão e objetividade (MINAYO, 2000). Dessa forma, ao quantificar os resultados, a pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre as variáveis (FONSECA, 2002), e assim, pode realizar as generalizações dos dados.

Nesse estudo, a escala SATIS-BR pretende mensurar a satisfação dos usuários com o serviço de saúde mental ao qual fazem uso. Dessa forma, esse estudo também se insere dentro de uma pesquisa quantitativa, pois define o seu objeto de estudo em termos da verificabilidade (BRITO, 2006). Ou seja, pretende mensurar os níveis de satisfação dos usuários com o serviço de saúde mental que participam.

Visto que a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSECA, 2002), foram utilizadas essas duas abordagens nesse estudo, pois os elementos relevantes de uma abordagem podem complementar as limitações da outra.

4.5 O referencial teórico metodológico psicodramático

Dentro da proposta de uma assistência usuário-centrada, a abordagem teórico metodológica psicodramática vem coerentemente dar voz aos usuários participantes dessa pesquisa que, através de suas dramatizações, proporão reflexões onde serão pensados o Acolhimento e o Vínculo, na esfera de um serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs.

De acordo com Brito (2006), os métodos clássicos de pesquisa qualitativa, como a entrevista e a observação participante, são bastante ricos e permitem níveis de interação mais significativos entre pesquisadores e pesquisados, do que as pesquisas quantitativas. No entanto, esses tipos de pesquisas estão alicerçados em conceitos que seguem os princípios da lógica formal, e dificilmente permitem o registro de dimensões diferentes. Moreno (2012) que foi o criador do Psicodrama nos deixou um método capaz de transitar entre palavras, silêncios, movimentos, posições estáticas e expressões gráficas.

No Psicodrama pode-se fazer pesquisa empregando todas as possibilidades de interação humana, inclusive as imaginárias. O uso de métodos psicodramáticos em uma investigação qualitativa permite que a dimensão não-verbal da experiência também seja investigada, pelas observações dos vários matizes, silêncios, interrupções e outros entraves à comunicação oral.

O mesmo autor afirma que uma das contribuições do Psicodrama em termos metodológicos é a posição diferenciada do pesquisador em relação ao que é pesquisado. Os instrumentos do psicodrama (palco, diretor, ego-auxiliar, protagonista e plateia), a diferenciação de contextos e as fases de aquecimento, dramatização, e compartilhamento permitem que o pesquisador seja dinâmico em sua interação com a pessoa ou o grupo pesquisado, e ofereça variadas possibilidades de expressão simultânea. A técnica de inversão de papéis permite, por exemplo, que o pesquisador inverta de papéis com o pesquisado e possa ter um olhar, pela visão do pesquisado, do objeto de estudo que está investigando, sem, contudo, abandonar a sua posição distanciada e analítica dentro da pesquisa.

O método psicodramático permite que os participantes transitem por aspectos concretos e imaginários e acessem múltiplos níveis da experiência intra e interpessoal. Essa condição permite ao pesquisador o acesso a uma vasta gama de expressões. Ademais, o Psicodrama garante aos participantes a escolha dos seus próprios modos de expressão. Os participantes podem escolher como expressar a sua subjetividade, e modular os níveis em que se sentem seguros ou confortáveis para desvelar suas experiências inter e intra-subjetivas. Essa flexibilidade no uso de recursos possibilita romper com alguns entraves ou obstáculos de expressão que podem emergir na pesquisa.

Recursos psicodramáticos nos permitem desenhar uma metodologia única para cada participante, sendo que cada momento da pesquisa torna-se uma oportunidade para a co-criação entre pesquisador e pesquisado. A co-criação acontece quando:

A coleta de dados se desenrola como uma ação conjunta, promovendo a espontaneidade e a criatividade dos envolvidos, dentro de um acordo constantemente negociado sobre as formas de expressão do pesquisado e do pesquisador (BRITO, 2006, p. 47).

Além disso, o Psicodrama possibilita um setting que é ao mesmo tempo experimental e terapêutico, pois a encenação de conflitos levam às pessoas a co-criarem e a viverem a “catarse de integração”, numa perspectiva de entendimento e desenvolvimento amplo.

De acordo com Moreno (1999), o Psicodrama é uma terapia profunda de grupo. É uma técnica psicoterápica grupal cujas origens se acham no teatro, na psicologia e na sociologia (ROJAS-BERMÚDEZ, 1970). Do ponto de vista técnico, constitui, em princípio, um processo de ação e de interação. Seu núcleo é a dramatização e por fazer uso de “técnicas de ação” vai além de abordagens psicoterápicas puramente verbais. Assim, o Psicodrama hierarquiza as palavras ao incluí-las em um contexto muito mais amplo, como é o dos atos.

Do ponto de vista psicoterápico, essa participação corporal realizada pelo Psicodrama por meio da dramatização demonstrou ser um valioso método para evidenciar as defesas conscientes e inconscientes do paciente, assim como sua conduta e quadros patológicos (TIBA, 1986). No “aqui e agora” da dramatização e com todos os elementos emocionais constitutivos da situação patológica que se expressam através das personagens e dramatizações, a ação dramática é útil para desvelar ideias e conhecer melhor os papéis envolvidos na constituição da personalidade do paciente e, desse modo, permitir que haja um processo de autodescoberta. A dramatização possibilita o encontro entre o corpo e o intelecto, e faz com que dessa maneira o indivíduo possua maior consciência de si, e possa atingir um maior equilíbrio individual (intrap síquico) e em suas relações sociais (psicossocial).

Além disso, o Psicodrama apresenta outra vertente:

Historicamente o Psicodrama representa o ponto decisivo na passagem do tratamento do indivíduo isolado para o tratamento do indivíduo em grupos... (MORENO apud ROJAS-BERMÚDEZ, 1970, p. 15).

O Psicodrama é também uma teoria das relações sociais, pois compreende o indivíduo como um ser que se forma a partir de suas vinculações sociais e do contexto onde está inserido. A Socionomia (teoria de onde provém o Psicodrama) é a teoria que reúne todos os elementos necessários para constituir-se na ciência das relações interpessoais (MORENO, 1972). Segundo Moreno, “Socionomia é o sistema teórico-prático das leis do desenvolvimento social e das relações sociais” (NAFFAH NETO, 1997, p. 120). Com a

Socionomia Moreno pretendia verificar como a inter-relação indivíduo-grupo se realizava, se cristalizava ou se transformava na realidade.

Dessa maneira, fundamentada na ciência socionômica, toda a teoria moreniana parte do pressuposto básico de que “o homem sempre é um ser ‘em relação’, ou seja, um ser que se faz através do encontro com as coisas e os seres do mundo” (GONÇALVES, WOLFF e ALMEIDA, 1988, p. 41). Assim, o Psicodrama investiga ao máximo os vínculos e as suas características.

No que concerne à concepção psicodramática do homem, o Psicodrama possui uma visão de um ser humano autônomo, já que por meio dos recursos do teatro propicia que o cliente, ao experimentar-se como protagonista, tenha a oportunidade de perceber partes suas atropeladas pela vida, mas ainda vivas (COSTA, 2001). Dessa forma, o Psicodrama possibilita ao indivíduo utilizar seu potencial imaginativo/criativo, para transformar a sua realidade por meio da criação, modificação e integração dos seus papéis.

A proposta psicodramática é resgatar o homem espontâneo-criativo, através da dramatização dos papéis imaginários ou sociais de sua realidade. Dessa forma, o desempenho de papéis é um método que pretende fazer surgir um sujeito espontâneo, criativo, consciente dos seus papéis, e do modo como os desempenha em seu meio. Essa compreensão permite a liberação dos papéis inadequados, e a assunção de condutas novas e mais adequadas (NAFFAH NETO, 1997).

O conceito de “papéis”, em Psicodrama, são o de unidades culturais de conduta e que por isso possuem suas próprias características e particularidades. No Psicodrama, existem os papéis psicossomáticos, os papéis sociais e os papéis psicodramáticos. Os papéis psicossomáticos são aqueles ligados às funções fisiológicas indispensáveis relacionadas com o meio como, por exemplo: comer, dormir, defecar, etc. Os papéis sociais são correspondentes às funções sociais assumidas pelo indivíduo, e por intermédio dos quais ele se relaciona com o ambiente. Os papéis psicodramáticos são todos aqueles papéis que surgem da atividade criadora do indivíduo (ROJAS-BERMÚDEZ, 1970).

No entanto, no contexto social, essa capacidade criadora do homem geralmente é inibida em nome das regras, normas e padrões moralmente aceitos. A rejeição ou a negação do homem de alguns papéis para ser aceito socialmente, conduz o indivíduo a uma maior insatisfação pessoal. Dessa maneira, observam-se indivíduos atuando em papéis inadequados para a sua vida. Esses indivíduos geralmente são incapazes de modificar os papéis que causam sofrimento ou desprenderem-se deles, e desenvolverem um que seja mais adequado (ROJAS-BERMÚDEZ, 1970). Em Psicodrama, nomeiam-se como “papéis cristalizados” esses papéis

que atuam inadequadamente no cotidiano do indivíduo e que não se adaptam a situação e ao momento vivenciado.

O Psicodrama, ao analisar os papéis atuais de um indivíduo e investigar quais são os papéis cristalizados e as suas possibilidades de desenvolvimento, realiza uma intervenção psicoterápica, pois busca promover as fontes criadoras e espontâneas do indivíduo. O rompimento dos papéis cristalizados permitirá que o indivíduo, ao assumir papéis mais adequados, possa ter relações mais saudáveis e espontâneas com os outros e com o ambiente que o cerca.

“Espontaneidade”, no sentido moreniano, é a capacidade de um organismo adaptar-se adequadamente a novas situações (ROJAS-BERMÚDEZ, 1970). De acordo com Menegazzo, Tomasini e Zuretti (1995), a espontaneidade também se refere à facilidade de responder de maneira nova e adequada a um velho estímulo. Assim, diante de situações problemáticas novas ou recorrentes é possível que ações criativas e adequadas ao momento sejam empregadas, eliminando o conflito presente. No entanto, essa adequação não corresponde a uma acomodação ao *status quo*. A espontaneidade só é conseguida quando a “resposta adequada” vem por meio de uma atitude do indivíduo de se livrar da sua fixação em antigas formas de comportamento.

No entanto, no ambiente sociocultural em que nos desenvolvemos, a tendência habitual é substituir cada vez mais a espontaneidade por respostas fixas e reguladas, que não permitem reações novas e inesperadas. As respostas fixas e reguladas de uma sociedade originam-se a partir da conserva cultural que, conforme os mesmos autores é um processo que ocorre no contexto social, onde as ações criadoras são cristalizadas em um produto que passará a integrar o acervo cultural de uma determinada sociedade. Quando as conservas culturais são mantidas e repetidas sem a devida consciência e crítica, corremos o risco de nos tornarmos seres robotizados, programados e sem criatividade. Desse modo, a coarctação da espontaneidade é uma das principais causas do inconformismo do indivíduo consigo mesmo e com a sociedade.

Desse modo, o processo psicodramático pretende garantir ao indivíduo a possibilidade de uma catarse de integração que, do ponto de vista psicoterápico, corresponde à cura da psicopatologia (ROJAS-BERMÚDEZ, 1970). A catarse de integração é o fenômeno que possibilita a liberação de papéis cristalizados em impressões inadequadas, e a consequente facilidade em assumir novas condutas (MENEGAZZO; TOMASINI; ZURETTI, 1995). De acordo com Moreno (apud ROJAS-BERMÚDEZ, 1970), a catarse de integração é engendrada pela visão de um novo universo e pela possibilidade de um novo crescimento.

No que tange ao contexto grupal, no momento da catarse de integração as situações grupais de inveja, rivalidade e ciúmes “entram em recesso” dentro do grupo. Pode-se dizer que quando ocorre a catarse de integração, as relações transferenciais do grupo arrefecem e a “Tele” do grupo é aumentada.

Tele é o conjunto de processos perceptivos que permitem ao indivíduo uma valorização correta de seu mundo circundante (ROJAS-BERMÚDEZ, 1970). É também definida como a habilidade de ter uma percepção mais apurada dos papéis envolvidos em uma relação, assim como a capacidade de inverter os papéis, e atingir a experiência de real percepção do outro (capacidade télica) (FONSECA FILHO, 1980). Já o conjunto de alterações psicopatológicas da Tele constitui a Transferência, ou seja, uma percepção do outro influenciada por projeções e distorções, de forma que o outro não possa ser percebido como ele é realmente.

Quando a criança começa a responder aos estímulos externos com atração ou rejeição, este é o primeiro reflexo social que indica a emergência do fator Tele e constitui o núcleo das posteriores pautas de atração ou rejeição, e das emoções especializadas. À medida que a criança se desenvolve, o fator Tele torna-se mais complexo. Parte-se de uma Tele indiferenciada para a Matriz da Identidade², e então a Tele começa a ramificar-se, na proporção que aumenta a capacidade discriminativa da criança. Quando o indivíduo se encontra nas melhores condições de comunicação, chegamos ao auge do sistema Tele. Portanto, a “Tele” é um complexo de sentimentos que atrai uma pessoa para outra, e que é provocado pelos atributos reais da outra pessoa, podendo estes ser individuais ou coletivos (MORENO, 2012). A Tele é, pois, um dos fatores que possibilitam o “Encontro”.

O Encontro é uma das bases conceituais do pensamento filosófico de Moreno, e um dos princípios que orientam a sua concepção sobre o homem. O Encontro é um conceito influenciado pelo pensamento de Kierkegaard e Buber e aponta para um homem que sempre se constitui como um ser “em relação”, e por isso busca essa verdadeira integração consigo

²Matriz de Identidade é o lugar (*locus*) onde o recém-nascido se insere desde o nascimento, relacionando-se com objetos e pessoas dentro de um determinado clima (ROJAS-BERMÚDEZ, 1970). De acordo com Menegazzo, Tomasini e Zuretti (1995), a Matriz de Identidade ocorre quando a criança transpõe um limiar, passando da matriz materna ao universo da Matriz de Identidade. Nessa matriz é oferecida a criança uma placenta social onde ela possa se arraigar e constituir seus vínculos com os familiares e as demais pessoas significativas ao seu redor. Na Matriz de Identidade a criança começa a desenvolver os papéis psicossomáticos, visando resolver as suas necessidades biológicas nessa nova situação de sua vida. Com essa tensão, visando resolver os conflitos que surgem através de suas necessidades fisiológicas, a criança começa também a enfrentar o seu processo de diferenciação e individuação.

próprio, com o outro e com a transcendência. De acordo com Moreno, para que esse fenômeno que acontece sob a égide do momento e sem planejamentos possa acontecer, deverão ser superados os estereótipos técnicos, científicos e culturais. Essa superação dará lugar ao desenvolvimento de uma maior liberdade, espontaneidade e criatividade (MENEZZO; TOMASINI; ZURETTI, 1995). A teoria moreniana é, portanto, uma teoria das inter-relações, pois corresponde a uma terapia de ação onde se privilegia o “grupo” se relacionando através dos papéis e dos vínculos vividos (KAUFMAN, 1992), e almeja o Encontro entre as pessoas como o objetivo máximo.

Na abordagem psicodramática, três contextos fundamentam a sessão: o contexto social, o contexto grupal, e o contexto dramático (GONÇALVES; WOLFF; ALMEIDA, 1988).

O contexto social é definido pela realidade tal “como é”, pelo tempo cronológico e pelo espaço concreto e geográfico de determinada comunidade ou sociedade. Cada comunidade ou sociedade tem características próprias: antropológicas, culturais, econômicas e políticas, e dessas características emergem as leis, as normas e as regras que as regulam e disciplinam. Dessa forma, muitas informações, relatos e crenças do cliente em um processo psicodramático referem-se ao meio social de onde ele vem. Também, a Matriz de Identidade que formou os primeiros papéis do sujeito pertence ao contexto social, assim como o seu “átomo social”³. Dessa maneira, o contexto social é influenciado pelas normas e leis de uma sociedade, e pelos significados e signos que o indivíduo adquiriu em seu ambiente familiar. As características do contexto social de cada indivíduo são trazidas para o contexto grupal e influenciam a dinâmica do grupo e as relações que se formam nele.

O contexto grupal é constituído pelo tempo cronológico estabelecido em um intervalo previamente combinado entre os membros do grupo, e pelo espaço concreto que pode ser escolhido e delimitado pelos participantes. Os terapeutas (diretor e ego-auxiliar) e os participantes formam os elementos do grupo. A trama do contexto grupal é constituída pela interação dos participantes, onde cada pessoa traz para o grupo o seu átomo social, conjugando-o com a sua rede sociométrica. Dessa forma, o trabalho da sessão é composto e delineado no contexto grupal.

³ Moreno definiu átomo social como a menor estrutura social, ou o núcleo de relações que se formam em torno de cada indivíduo (MORENO, 1972). O átomo social, portanto, é formado por todos aqueles indivíduos que desempenham papéis complementares, em relação ao sujeito.

O contexto dramático é constituído pela realidade dramática no “como se”⁴ do palco. O contexto dramático é também constituído pelo tempo subjetivo e pelo espaço também subjetivo e virtual, construído pelo espaço concreto (palco psicodramático) devidamente marcado. No contexto dramático tudo ocorre no “como se fosse” do imaginário e da fantasia. Nele, o protagonista tem a oportunidade de construir a sua história dentro de um ambiente protegido, e assim experimentar a sua criatividade e ampliá-la. Por meio da dramatização e da criação e recriação de papéis, o protagonista pode re-matizar⁵ seus átomos sociais, e também chegar a “catarse de integração”, que é elemento de cura do processo psicodramático (GONÇALVES; WOLFF; ALMEIDA, 1988).

Como o drama não é originalmente próprio do contexto social, o Psicodrama utiliza o palco psicodramático como o espaço do “como se”, para possibilitar o surgimento do drama coletivo em um contexto dramático. No “como se” do palco, a situação vivida em sociedade e no grupo aparecem sobrepostas, o real e o imaginário se misturam, e o drama aparece circunscrito na história do protagonista, ou seja, aquele que emerge do grupo como porta voz da mudança que se anuncia (RIBEIRO, 2004).

Para a realização das entrevistas em grupo focal nesse estudo, foi utilizado o referencial teórico metodológico psicodramático e por isso, foi considerado nas entrevistas em grupo focal os contextos, elementos e etapas do Psicodrama. Assim, as entrevistas em grupo focal foram realizadas em três etapas: a fase do aquecimento, a fase da dramatização, e a fase do compartilhamento e do processamento.

De acordo com a teoria psicodramática, a etapa de *aquecimento* contribui para a preparação dos membros do grupo para a dramatização e para o aparecimento do protagonista. O aquecimento pode ser dividido em duas subetapas: *aquecimento inespecífico* e *aquecimento específico*. O aquecimento inespecífico⁶ começa com cada sessão e termina

⁴O “como se” é o universo que tenta indicar a realidade, por meio do imaginário dramaticamente representado. Essa abreviação significa “como se fosse a realidade, que só acontece no cenário do Psicodrama”. Esse cenário é o lugar destinado à atuação controlada, terapêutica, reestruturadora e integradora do que ocorre no palco psicodramático “como se” fosse realidade (MENEZZO; TOMASINI; ZURETTI, 1995).

⁵“Re-matizar significa criar uma resposta nova que, impressa no sujeito, serviria como uma nova matriz relacional, carimbando outros vínculos com a sua nova marca” (PERAZZO, 1999, p. 201).

⁶Para a etapa de aquecimento inespecífico desse estudo, exercícios teatrais desenvolvidos pelo Núcleo Avançado de Investigação e Experimentação Teatral de Ribeirão Preto (NIT) serão realizados nas entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo referencial teórico metodológico psicodramático. O NIT nasceu dentro do Instituto Ribeirão Em Cena, que tem como objetivo fornecer cursos de iniciação teatral gratuitos à população da cidade de Ribeirão Preto (JORNAL A HORA ON LINE, 2010). O processo criativo do NIT parte de algumas referências modernas e contemporâneas de relevo dentro do teatro, tal como o diretor teatral Eugenio Barba. Em suas

quando aparece o protagonista. O aquecimento específico começa no momento em que aparece o protagonista e articula a primeira etapa da sessão de Psicodrama à segunda, em que ocorre a dramatização (MENEGAZZO; TOMASINI; ZURETTI, 1995).

Antes do início dos grupos, é estabelecido um contrato com os participantes. Em Psicodrama, o contrato dramático é uma subetapa do aquecimento inespecífico. Ele é um acordo intencional quanto ao que vai ser dramaticamente investigado, e quanto ao sigilo que deve ser mantido sobre os temas discutidos na sessão. O contrato também compreende a atenção que o grupo dá aos contextos, planos e etapas abordados no decorrer dos encontros grupais.

As diversas táticas de aquecimento objetivam colocar o grupo em ação, a partir de estímulos introduzidos pelo diretor. Esses estímulos podem ser, por exemplo: atividades prévias (brincar, relaxar, expressar-se corporalmente, etc.); ordens (consignas) que estimulam percepções sensoriais; ação do ego-auxiliar; utilização de objetos intermediários; técnicas verbais; técnicas não-verbais de interação; utilização do silêncio significativo; utilização da expressão verbal; técnicas com o duplo⁷, o espelho⁸, o solilóquio⁹, etc.

pesquisas sobre a antropologia teatral, Barba desenvolveu um processo criativo capaz de produzir o estado de presença do ator em cena (BARBA, 1994). O NIT, no decorrer de sua existência, investiga exercícios e técnicas capazes de levarem o ator ao estado de presença em cena. Esse processo criativo, desenvolvido pelo Núcleo de Investigação Teatral, e objeto de pesquisa de Natália Lemes Araújo, em dissertação de mestrado defendida em 2011 na Université de la Sorbonne Nouvelle - Paris III, para o título de mestre em Artes Cênicas (MEIRELLES, 2011), é conhecido de forma ampla e profunda pela pesquisadora desse estudo, pois é uma das integrantes do NIT. Dessa forma, foram aplicadas algumas técnicas e exercícios teatrais, desenvolvidos pelo NIT, na etapa de aquecimento inespecífico das entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo referencial teórico metodológico psicodramático, realizadas nesse estudo. O objetivo da utilização dessas técnicas e exercícios teatrais é o de proporcionar o aquecimento e a concentração necessária dos participantes para as dramatizações.

⁷ “Essa técnica geralmente é utilizada quando o protagonista está impossibilitado ou tem muita dificuldade para se expressar verbalmente. Nesse caso o terapeuta, na função de ego-auxiliar, adota a mesma postura, expressão corporal e gesticulação do paciente, e fala a partir dos sentimentos e emoções que capta” (MONTEIRO, 1998, p. 18).

⁸ “Essa técnica propicia ao protagonista as condições de melhorar a auto percepção. Tal como Moreno concebia, consiste em transformar o cliente e um espectador de si mesmo, fazendo-o permanecer na plateia e assistir as cenas em que o ego-auxiliar o representava, procurando reproduzir seu modo de se movimentar, de se comportar e de se comunicar com personagens de seu átomo social ou de seu mundo interno, cujos papéis eram representados por outros egos-auxiliares” (MONTEIRO, 1998, p. 20).

⁹ Consiste em dizer em voz alta o que se está pensando, seja com referência ao diálogo que se está desenrolando, ou em relação a outro tema qualquer que ocorra ao indivíduo naquele momento. Em algumas ocasiões, o solilóquio é utilizado apenas com a finalidade de explicitar o pensamento do protagonista, quando o teor da cena dramatizada não comporta a verbalização (ROJAS-BERMÚDEZ, 1970).

A *dramatização*, feita após o aquecimento, consiste no aprofundamento ou vivência de determinado tema, por meio de cenas ou personagens vividos pelos membros do grupo no espaço cênico (NAFFAH NETO, 1997). Ela pode ser compreendida também como o desenvolvimento do conflito do protagonista durante a representação cênica. De acordo com Menegazzo, Tomasini e Zuretti (1995), a ação dramática implica em todos os atos que se realizam no “como se” psicodramático, com um enquadramento claro e preciso, e onde por consenso foi delimitado um espaço (cenário) como o lugar onde vai transcorrer o desempenho de papéis.

A dramatização, através da ação, intervém fundamentalmente na rede de relações do protagonista, e sai do campo do puramente psicológico para integrar o ato. Por meio do trabalho realizado nas áreas corporal, imaginária e simbólica, permite investigar, reparar e recriar todos aqueles aspectos que ficaram estacionários durante a construção da identidade do protagonista. Ela possui um programa que inclui uma sequência ordenada de situações dramáticas, tais como: busca indeterminada do papel; busca determinada do papel; delimitação do papel em conflito, de sua matriz e de seu *status nascendi*¹⁰; inversão de papéis¹¹ e compreensão dos papéis complementares; e assunção criativa do próprio papel. Nesse processo, o diretor poderá coordenar o grupo com técnicas de ação, tal como o “espelho”, ou a “inversão de papéis”, contribuindo para o rompimento de bloqueios na ação, ou para o aprofundamento dos temas discutidos.

O *compartilhamento* é a subetapa relacionada ao encerramento de um procedimento psicodramático. Terminada a dramatização, e antes de dar início aos comentários, aos assinalamentos ou às interpretações, há o momento destinado aos integrantes do grupo que não foram protagonistas para que compartilhem com o protagonista suas próprias vivências e experiências, papéis ou cenas que cada um mobilizou e reatualizou, em consonância com o

¹⁰ “Todo e qualquer ato está relacionado a três fatores, que se encontram também na origem do organismo humano, das ideias e dos objetos: *locus, matrix e status nascendi*. O *locus* delimita a área ou lugar específico, onde se dá um determinado processo. A *matrix* é a parte nuclear de todo o processo. O *status nascendi* é a pauta de ação primária, a preparação” (GONÇALVES; WOLFF; ALMEIDA, 1988, p. 77, grifo do autor). Moreno cita um exemplo clássico usando a imagem da flor para explicar os três conceitos acima apresentados. O *locus* é representado pelo caule da flor e é onde ela cresce. O *status nascendi* é o estado de uma coisa que cresce até desabrochar em flor. E a *matrix* é a semente fértil, originadora da planta e da flor (GONÇALVES; WOLFF; ALMEIDA, 1988).

¹¹ “Na técnica de inversão de papéis os clientes fazem os papéis de seus antagonistas. Cada um desempenha o papel do outro tal como percebe diante do outro. É preciso salientar que a inversão ou troca de papéis só ocorre quando as pessoas envolvidas estão de fato presentes. Quando o protagonista “troca” de papel, desempenhando o papel de alguém a quem está se referindo, real ou imaginário (não importa), o que está se usando é uma variação da técnica de apresentação de papéis” (MONTEIRO, 1998, p. 21).

que aconteceu no cenário dramático. É um momento que possibilita a expressão fundamentalmente afetiva da caixa de ressonância grupal. Encerrada essa primeira subetapa do compartilhamento, o grupo estará em melhores condições de capitalizar as intervenções operacionais do terapeuta. Dessa forma, o diretor estará mais preparado para buscar uma reflexão do que aconteceu no grupo, e de quais foram os pontos mais relevantes que emergiram no processo (NAFFAH NETO, 1997).

O *processamento teórico* é o momento que se realiza após o término do grupo, onde o diretor e o ego-auxiliar farão uma análise das ações e dos processos ocorridos na dinâmica grupal, e que serão descritos em um diário de campo (NERY; COSTA; CONCEIÇÃO, 2006).

São elementos presentes no grupo psicodramático: o *diretor*, que se refere ao pesquisador-terapeuta principal, e que é responsável pela produção do evento; um *ego-auxiliar*, com a função de explicitar o drama grupal por meio das personagens encenadas por ele, ou de participar das técnicas solicitadas pelo diretor; o *protagonista*, sendo o indivíduo que retrata e reflete o drama grupal; a *plateia*, que observa e participa do drama; e o *espaço cênico*, que é o local de ação onde a vivência ocorre (NAFFAH NETO, 1997).

Ser diretor em Psicodrama implica em representar simultaneamente diversos papéis: diretor de cena, terapeuta e analista social. Ao ser analista social, o diretor coordenará o trabalho grupal no decorrer da sessão e, por isso, estará atento ao desenvolvimento do grupo, percebendo as suas modificações e esclarecendo-as constantemente, facilitando a livre expressão dos papéis grupais (MENEGAZZO; TOMASINI; ZURETTI, 1995). No papel de diretor de cena ou diretor da ação dramática, o diretor deve perceber os papéis aquecidos do protagonista e as suas áreas de urgências. Assim, poderá selecionar os elementos psicodramáticos que conduzirão à dramatização e a consequente cena nuclear que promova, no protagonista, uma *catarse de integração* e, no grupo, *atos de compreensão*¹². Como terapeuta o diretor almeja o crescimento, o desenvolvimento e o enriquecimento de todos, e de cada um dos membros do grupo. Esse papel adquire preponderância na fase destinada aos compartilhamentos e comentários, em que cabe ao diretor orientar *insights* e mudanças de atitudes, promovidas e facilitadas pela dramatização.

O ego-auxiliar tem a função de representar as pessoas ausentes nas dramatizações, e como elas aparecem na vida privada do paciente, segundo as percepções que ele tem dos

¹²É o ato pelo qual o indivíduo obtém conhecimento ou conscientização de sua situação peculiar na realidade. Essa conscientização pode ser referente a si mesmo ou ao outro, ou então a uma maior consciência sobre as possibilidades de mudança que o indivíduo possui frente à determinada situação (MENEGAZZO; TOMASINI; ZURETTI, 1995).

papéis íntimos, ou das figuras que dominam o seu mundo. De acordo com Neto (1999), o ego-auxiliar apresenta três funções: ator, agente terapêutico e investigador social. Como ator, o ego-auxiliar representa os papéis exigidos pelo mundo do sujeito. Enquanto agente terapêutico o ego é um guia, ou seja, atua não como um observador, mas como um agente atuante no grupo. Na posição de investigador social o ego-auxiliar observa rigorosamente a ação realizada e a registra continuamente, enquanto realiza o aquecimento preparatório do papel a ser desempenhado. Dessa forma, o ego torna-se um investigador social, ao registrar e compartilhar no grupo as suas reações pessoais, geradas nas experiências vivenciadas na cena psicodramática.

O protagonista é o ator central da dramatização. Ele oferece o seu próprio drama íntimo e a sua própria investigação dramática em prol da investigação grupal, tendo ao seu serviço seus egos-auxiliares e o diretor (MENEGAZZO; TOMASINI; ZURETTI, 1995).

A plateia forma-se no instante em que começa a fase específica do aquecimento e também a escolha do protagonista. Para tanto, ela deve tomar determinadas posturas para que se realize a dramatização: o compromisso de participar da ação dramática, se solicitada e o compromisso de participar da dramatização, sem a necessidade de ação pessoal. Essas atitudes conduzirão as pessoas, nas quais o aquecimento grupal se cristalizar em ação, ao papel de protagonista ou protagonistas, enquanto os outros vão constituir a plateia. Uma das funções principais da plateia é o ressoar, de forma comprometida, com o que está acontecendo no cenário. Ressoar significa que cada um dos papéis desempenhados no cenário pertence àquele que o desempenha, mas é também um papel de que participam todos os que integram o grupo, mesmo como plateia. Assim, as participações, observações e reações da plateia têm um duplo objetivo que, de acordo com Menegazzo, Tomasini e Zuretti (1995), seria o de ajudar o protagonista e, além disso, ajudar a transformar a plateia em protagonista. Ao ajudar o protagonista, a plateia se transforma em caixa de ressonância representante do mundo da sociedade em que o protagonista vive e tem vivido. Na etapa de compartilhamento e comentários do que foi dramatizado, a plateia tem a importante função de reintegrar o protagonista ao grupo, do qual havia se diferenciado para dramatizar.

O cenário é o espaço real e virtual, onde se compõe o drama e a cena presente no íntimo do protagonista. Nesse espaço cênico, desenvolvem-se as interações de todos os papéis que estão sendo desempenhados em cada cena, ou seja, o leque de papéis do protagonista pertencentes ao seu átomo cultural, e seus complementares. O cenário é importante, pois estabelece a segurança necessária para que o protagonista se lance em seu mundo interno. Isso acontece porque o cenário delimita a fantasia da realidade, contudo permite que uma intensa

carga emocional seja despertada na dramatização, onde tudo ocorre na base do “como se”. Assim, o cenário garante respaldo para que o protagonista possa aproximar os papéis desempenhados em cena com os da realidade que os originou. Ao estabelecer uma Tele de comunicação com o cenário, o protagonista poderá chegar à catarse de integração e redefinir os papéis cristalizados. O cenário possui, portanto, as seguintes funções: a de marco espacial, a de marco temporal, e a de marco afetivo. Como marco espacial, o cenário abrange a área do “como se”. Ele garante a delimitação e o esclarecimento de cada papel desempenhado, proporcionando ao protagonista a segurança de que, nesse espaço, o compromisso é sempre com o papel. Isso facilita a investigação da totalidade de um aspecto do indivíduo, inclusive a parte que ele próprio desconhece. Como marco temporal, o cenário permite que os papéis possam ser vivenciados simultaneamente no “aqui e agora” dramático e no tempo histórico do paciente. Como marco afetivo, o cenário permite o desenvolvimento de afetos do protagonista, conforme vai ocorrendo às sequências de interações entre os papéis. Essa evolução afetiva aquece tanto protagonista, quanto plateia. A plateia pode então ressoar os afetos que se manifestam no cenário.

4.6 A entrevista em grupo focal

Nesse estudo as entrevistas em grupo focal foram utilizadas como método de coleta de dados e conduzidas através do referencial teórico metodológico psicodramático.

A noção de entrevistas em grupo focal está apoiada no desenvolvimento das entrevistas grupais (BOGARDUS, 1926; LAZARFELD, 1972). O que diferencia a entrevista em grupo da entrevista em grupo focal é o papel do entrevistador e o tipo de abordagem utilizada (GONDIM, 2002). Na entrevista em grupo, o entrevistador grupal exerce um papel mais diretivo no grupo, pois sua relação é a rigor diádica, ou seja, com cada membro do grupo. Os entrevistadores da entrevista em grupo pretendem ouvir a opinião de cada um dos participantes, e comparar as suas respostas. Dessa forma, o nível de análise dos entrevistadores da entrevista em grupo é o indivíduo no grupo.

Ao contrário, o moderador de uma entrevista em grupo focal (a pessoa que conduz o grupo) assume uma posição de facilitador do processo de discussão, e sua ênfase está nos processos psicossociais que emergem no grupo, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema. A unidade de análise da entrevista em

grupo focal é, portanto, o próprio grupo. Na entrevista em grupo focal, por exemplo, se uma opinião é esboçada no grupo, mesmo que ela não seja compartilhada por todos, para efeito de análise e interpretação dos resultados, essa opinião é referida como sendo do grupo.

O uso das entrevistas em grupo focal está relacionado com os pressupostos e premissas do pesquisador. Alguns recorrem a elas como forma de reunir informações necessárias para a tomada de decisão, outros as veem como promotoras da autorreflexão e da transformação social, e há aqueles que as interpretam como uma técnica para a exploração de um tema pouco conhecido, visando o delineamento de pesquisas futuras.

Pode-se dizer que o objetivo da entrevista em grupo focal é conduzir uma discussão interativa que elicie uma maior e mais profunda compreensão das percepções, crenças, atitudes e experiências, a partir de múltiplos pontos de vista, e documentar o contexto de onde essa compreensão foi derivada (VAUGHN; SCHUMM; SINAGUB, 1996). O método tem sido utilizado para investigar os motivos latentes por detrás daqueles manifestos, na medida em que as pessoas podem refletir e interpretar os acontecimentos.

Ainda, a aplicação da entrevista em grupo focal é importante quando se pretende avaliar os procedimentos já administrados, ou aprofundar questões e interpretar descobertas anteriores. Visto a sua relevância no contexto investigativo, é importante discorrer acerca das modalidades e tipos das entrevistas em grupo focal.

Morgan (1997) adotou uma perspectiva para classificar as entrevistas em grupo focal. De acordo com ele há três modalidades de entrevistas em grupo focal, mas sua tipologia repousa no uso isolado ou concomitante de outras técnicas e métodos de pesquisa. Desse modo, o autor fala em: a) grupos autorreferentes, usados como principal fonte de dados; b) grupos focais como técnica complementar, em que o grupo serve de estudo preliminar na avaliação de programas de intervenção, e na construção de questionários e escalas; c) grupo focal como uma proposta multi-métodos qualitativos, que integra seus resultados com os da observação participante e da entrevista em profundidade.

Com relação a essa última proposta de entrevista em grupo focal, a utilização de entrevistas em grupo focal em sequência às entrevistas individuais, por exemplo, facilita a avaliação e o confronto de opiniões, pois as entrevistas individuais permitem conhecer apenas o que as pessoas pensam isoladamente sobre um tema específico. A associação, por exemplo, das entrevistas em grupo focal com a observação participante permite comparar o conteúdo produzido no grupo, com o cotidiano dos participantes em seu ambiente natural.

Para se iniciar um projeto de pesquisa que esteja apoiado no uso de entrevistas em grupo focal é necessário clareza nos objetivos da pesquisa. As decisões metodológicas irão

influenciar na decisão da: composição dos grupos; no número de elementos; na homogeneidade ou heterogeneidade dos participantes (cultura, idade, gênero, status social, etc.); no recurso tecnológico empregado (face-a-face, ou mediados por tecnologias de informação); na decisão dos locais de realização (naturais, ou artificiais como os realizados em laboratórios); nas características que o moderador venha a assumir (diretividade ou não-diretividade); e no tipo de análise dos resultados (de processos e de conteúdo: oposições, convergências, temas centrais de argumentação intra e intergrupais, análises de discurso, linguísticas, etc.) (GONDIM, 2002).

O planejamento das entrevistas em grupo focal devem considerar alguns aspectos. O acaso nem sempre é um bom critério na composição das entrevistas em grupo focal. É importante avaliar se o participante tem algo a dizer, e se sente confortável para fazê-lo no grupo. A opção é feita com base nas premissas de que os participantes das entrevistas em grupo focal são capazes de gerar informações em um volume expressivo e em curto espaço de tempo, e trazerem à tona o processo de formação de opinião.

Também, o nível de estruturação do grupo, que está relacionado com a elaboração de um roteiro a ser seguido pelo moderador, é outro aspecto a ser considerado. A diretividade adotada pelo moderador assegura que o foco no tema não se desvie, mas pode inibir o surgimento de opiniões divergentes que tornam a discussão mais produtiva. A flexibilidade facilita a interação do moderador com o grupo, pois cada grupo apresenta uma dinâmica diferente e exige graus diversos de diretividade do pesquisador. No entanto, se a flexibilidade for exacerbada, pode comprometer a análise comparativa das respostas intergrupais, já que o risco de digressões aumenta.

Com relação ao número de participantes, apesar de se convencionar que este número varia de 4 a dez pessoas, isto depende do nível de envolvimento com o assunto que cada participante possui. Caso o assunto seja polêmico ou fomentador de discussões, as pessoas terão mais o que falar e, neste caso, o tamanho não deve ser grande para não diminuir as chances de todos participarem.

No que tange a função do moderador, ele deve procurar abranger a máxima variedade de temas relevantes sobre o assunto e promover uma discussão produtiva. Essa função requer flexibilidade para limitar suas intervenções e permitir que a discussão flua, e atenção para intervir em momentos específicos, e introduzir novas questões para facilitar o processo de discussão. Igualmente, é necessário que o moderador de grupo esteja atento para não deixar que o grupo comece a falar sobre um assunto importante muito tarde para ser explorado, e para evitar que as interpelações findem antes da hora (MORGAN, 1997).

A análise dos resultados das entrevistas em grupo focal se inicia com uma codificação dos dados. Ao se presumir que as sessões das entrevistas em grupo focal foram gravadas em vídeo, e em se tratando do nível de análise grupal, devem-se codificar as menções que aparecem em cada uma. Isso pode ser realizado com base em categorias previamente elaboradas, ou de modo indutivo a partir de todas as respostas produzidas no grupo. As menções e categorias são organizadas em núcleos temáticos que garantem suporte as linhas de argumentação, e revelam que maneira os participantes das entrevistas em grupo focal se posicionam frente ao tema (GONDIM, 2002).

Na interpretação de resultados, um aspecto importante a ser considerado é a distinção entre o que é importante na análise e os temas que o grupo considera interessante (MORGAN, 1997). Quando um grupo discute muito um tema, pode-se presumir que há um interesse especial do grupo por esse tema, contudo isto não significa que esse tópico seja relevante à investigação. Em contrapartida, falar pouco de um tema no grupo pode indicar que ele é desinteressante para o grupo, mas não se pode afirmar a sua inutilidade frente à investigação. Para se evitar uma interpretação equivocada, o moderador pode intervir perguntando diretamente ao grupo sobre temas relevantes. O papel do moderador é importante, porque ele pode formular interpretações e averiguar se elas fazem sentido para o grupo. Assim, o pesquisador, como moderador, realiza uma construção no processo de pesquisa, pois tem chance de avaliar a pertinência de suas explicações e concepções teóricas junto ao próprio grupo, e reorientar ou confirmar a sua interpretação.

Dessa forma, as entrevistas em grupo focal trazem à tona aspectos que não seriam acessíveis sem a interação grupal e o compartilhamento e comparação das ideias. Este processo oferece rara oportunidade de compreensão, por parte do pesquisador, de como os participantes entendem as suas similaridades e diferenças (MORGAN, 1997).

Nesse estudo, para receber o maior número de participantes possíveis, a entrevista em grupo focal foi considerada como um “grupo aberto”. 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 está articulada dentro do desenvolvimento grupal, como estágios desse desenvolvimento. De acordo com Rasera (2004), apesar da 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, forma-se um grupo mais coeso.

Essa estrutura de grupo aberto pretendeu dar a oportunidade de que novos participantes, que ainda não tivessem participado de um dos encontros da entrevista em grupo focal, pudessem vir a participar dos encontros futuros.

4.7 A aplicação da escala SATIS-BR na investigação do Acolhimento e do Vínculo em um serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs

As propostas de mudança instauradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) visam à humanização dos serviços de assistência à saúde como política pública (BRASIL, 2006b).

Dentro da proposta de humanização dos serviços de assistência à saúde, voltada a um modelo usuário-centrado, a percepção da satisfação dos usuários com os serviços de saúde torna-se relevante. A avaliação da satisfação dos usuários com o serviço de saúde mental se justifica, pois aumentar a satisfação dos usuários e a sua participação no processo de avaliação dos serviços de saúde mental está sendo um objetivo incentivado pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

A satisfação dos usuários é uma variável útil para ser avaliada, porque ela representa um dos indicadores da qualidade dos serviços, e porque pode influenciar aspectos importantes do tratamento. Dessa forma, a eficácia das intervenções, a frequência de utilização dos serviços e a adesão ao tratamento podem ser modificadas quando se mede o índice de satisfação dos usuários (RUGGERI, 1994).

Levar em consideração o ponto de vista do usuário na avaliação dos serviços de saúde mental, além das opiniões dos administradores e dos terapeutas, pode conduzir a uma maior qualidade e pertinência dos serviços (PERREAULT et al., 1992). Dessa forma, esse estudo se utilizará da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) (ANEXO D), a fim de investigar essa dimensão.

Optou-se em utilizar a escala SATIS-BR, pois dentre as escalas investigadas ela é a que continha questões mais próximas do tema investigado nessa pesquisa. Para entender essa relação de proximidade entre a escala SATIS-BR e o tema investigado, foi necessário primeiramente escolher uma referência que melhor descrevesse os conceitos de Acolhimento e de Vínculo. Optou-se por escolher a definição que Silva Jr. e Mascarenhas (2004) dão sobre o Acolhimento e sobre o Vínculo, porque essa definição apresenta de forma detalhada as

dimensões presentes nesses conceitos. Abaixo serão apresentadas, resumidamente, essas dimensões, e a relação que elas possuem com a escala SATIS-BR.

Há de acordo com Silva Jr. e Mascarenhas (2004), quatro dimensões do Acolhimento na atenção básica à saúde: o acesso (geográfico e organizacional), a técnica (trabalho em equipe, capacitação dos profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas), a reorientação de serviços (projeto institucional, supervisão e processo de trabalho), e a postura (escuta qualificada do profissional para com o usuário, e a relação entre os profissionais que promova o trabalho interdisciplinar).

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 a disponibilidade de recursos do serviço.

Com relação ao acesso, a escala SATIS-BR traz algumas questões que abrangem o tema como: o grau de acessibilidade das informações dadas pela equipe ao paciente, o conforto, a aparência e as condições gerais das instalações do serviço, as condições da admissão do usuário, a pessoa ou instituição que encaminhou o usuário, o tipo de transporte que o usuário usa para se locomover até o serviço, quanto tempo o usuário gasta nesse trajeto, e qual é o grau de dificuldade que o usuário tem para se locomover até o serviço.

A postura, conforme Silva Júnior e Mascarenhas (2004) 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. Por meio 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 escala SATIS-BR abrange o tema da postura profissional nas questões que abordam: o grau de amabilidade da equipe, o grau em que o usuário foi consultado pela equipe a

respeito do seu tratamento, a satisfação do usuário em ser compreendido em relação a sua demanda no serviço, a maneira do usuário ser tratado no serviço em termos de respeito e dignidade, e o grau de compreensão da equipe sobre o problema do usuário.

A técnica aplicada aos serviços de saúde instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizados. 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 um direito (MERHY et al., 1997). Ainda, o emprego da técnica promove o trabalho interdisciplinar entre os profissionais da equipe, e faz com que esse trabalho interdisciplinar seja capaz de superar a fragmentação dos saberes, e possibilitar a construção de novos saberes apropriados às necessidades do trabalho em saúde.

A técnica aborda a competência prática e teórica do profissional ou da equipe para lidar com as exigências do tratamento, ou para lidar com as demandas da população atendida, de forma a atingir uma resolutividade satisfatória da patologia ou disfunção tratada. A escala SATIS-BR traz algumas questões que se referem à técnica da equipe ou do profissional de saúde, de maneira direta ou indiretamente. As questões presentes na escala SATIS-BR, e que de alguma maneira se relacionam com a técnica são: a satisfação do usuário com relação à competência da equipe, a satisfação do usuário com a competência da pessoa com quem o paciente trabalhou mais de perto, ou seja, o “terapeuta principal”, conforme Bandeira, Pitta e Mercier (2000), e a satisfação do usuário sobre o tipo de ajuda dada a ele pela equipe.

A reorientação de serviços possui uma proposta ou um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto de agentes, e que deve nortear a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. Assim, a proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição do 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.

A dimensão da reorientação do serviço não está presente na escala SATIS-BR, mas pode ser abordada quando se realiza a avaliação da satisfação dos usuários com o serviço, através da mesma escala. Por meio de avaliações da qualidade do serviço, realizadas com base nas mensurações dos vários aspectos do tratamento é possível rever a proposta ou o projeto institucional que norteia o trabalho realizado pelos agentes, a fim de melhorá-lo. Dessa forma, a escala SATIS-BR aborda indiretamente a dimensão da reorientação de serviços, já que ao aplicá-la, investiga-se a satisfação dos usuários com o serviço e, conforme o resultado pode-se propor a alteração ou a melhoria do projeto institucional.

Ao buscar definir melhor e esclarecer o que constitui o Vínculo entre o profissional de saúde e o paciente, Silva Júnior e Mascarenhas (2004) propõem três dimensões que recaem sobre ele: a afetividade, a continuidade, e a relação terapêutica.

Quando se aborda o vínculo compreendido como afetividade, se entende o 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 acolhimento. Dessa maneira, a escala SATIS-BR tange o tema da afetividade profissional, quando mede o grau de amabilidade da equipe ou quando, por exemplo, investiga a maneira de o paciente ser tratado pelo serviço em termos de respeito e dignidade.

A continuidade, dentro do conceito de Vínculo, está intimamente ligada à esfera da responsabilidade do profissional. A continuidade implica na atitude do profissional 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).

Apesar da escala SATIS-BR não trazer nenhuma questão que aborde o tema da continuidade no serviço, traz um espaço para que os usuários respondam o que menos gostaram no serviço. Essa pergunta aberta permitiu que os usuários se colocassem a respeito de temas que abordam a continuidade dentro do serviço investigado. Dessa maneira, apesar de não ser um tema presente na escala, o tema da continuidade do profissional foi indiretamente abordado por meio da aplicação da escala SATIS-BR.

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 do relacionamento entre o profissional e o paciente devem ser levadas em conta, pois desvelam as características pessoais e expectativas, conscientes ou não, de ambas as partes. Também é necessária que haja a escuta atenta e qualificada, e uma postura empática por parte do profissional, de modo a favorecer a abertura e a 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).

As questões da escala SATIS-BR abordam o tema da relação terapêutica ao investigar a escuta qualificada dos profissionais quando, por exemplo, questionam se os usuários se sentem compreendidos pela equipe com relação a sua necessidade no serviço, ou questionam o grau em que os usuários se sentem ouvidos pela equipe. Ainda, a atitude de divisão de responsabilidades sobre o tratamento, que está presente em uma relação terapêutica bem consolidada, prevê que o usuário esteja bem informado sobre os procedimentos do seu tratamento, e que participe ativamente das tomadas de decisões sobre ele. Vê-se que estes dois temas também estão referidos na escala SATIS-BR, quando ela aborda o grau em que o usuário foi consultado pela equipe a respeito do seu tratamento, ou o grau de acessibilidade que o usuário possui das informações sobre o seu tratamento.

Por haver uma relação entre as questões presentes na escala SATIS-BR e os temas do Acolhimento e do Vínculo, essa escala foi escolhida para investigar os processos de acolhimento e de vínculo em um grupo de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs.

4.8 A Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)

A Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) foi validada para ser utilizada com populações brasileiras. A

escala SATIS-BR foi adaptada e uniformizada a partir do instrumento de medida previamente elaborado para avaliar a satisfação dos usuários, no estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS), junto a vinte países (PROJETO WHO-SATIS; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

O inventário contém o total de quarenta e quatro questões, sendo que doze itens são quantitativos e medem o grau de satisfação dos usuários, por meio de uma escala tipo Likert de 5 pontos, com a mesma direção e ordem da gradação dos itens. Quanto maior a média dos escores obtidos pelos pacientes na aplicação da escala, maior é o seu grau de satisfação com o serviço.

Seis questões abertas do tipo qualitativo fazem parte integrante do questionário e visam avaliar: os aspectos do serviço que foram mais apreciados pelo paciente, os aspectos menos apreciados por ele, os tipos de dificuldades que ele possivelmente encontrou no serviço, as razões pelas quais ele recomendaria, ou não, o serviço de saúde mental a outras pessoas, e as sugestões que o paciente faria para o aperfeiçoamento do serviço.

O questionário contém ainda onze questões descritivas que envolvem os seguintes aspectos: as razões pelas quais o paciente escolheu o serviço e o tipo de encaminhamento ocorrido; o tipo de transporte usado, a facilidade de locomoção, e o tempo gasto para chegar até o tratamento; a percepção do paciente sobre o problema que o levou a procurar o serviço; a duração do seu tratamento no serviço; sua percepção a respeito de sua participação na avaliação das atividades do serviço; sua percepção a respeito da participação de sua família no tratamento; e sua percepção sobre a necessidade de melhorias no serviço. Sete questões sócio-demográficas se referem à idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, ocupação, tipo de moradia, e condições residenciais. (BANDEIRA; SILVA, 2012). O inventário possui um tempo médio de aplicação de vinte minutos.

Uma análise das qualidades psicométricas da versão brasileira da escala SATIS-BR foi realizada a fim de verificar quais itens contribuem, ou não, para o construto de satisfação dos usuários, no contexto brasileiro. Para isto, foi feita uma análise fatorial utilizando o método *Principal Axis Factoring*, com rotação Varimax, tendo sido identificados 3 fatores que explicaram 53,12% da variância dos dados. A adequação da amostra foi demonstrada pelos seguintes indicadores: KMO = 0,872; Bartlett = 446,51, $p < 0,001$. Todos os itens apresentaram cargas fatoriais acima de 0,45.

Os resultados das correlações obtidas entre os fatores indicaram valores positivos e significativos ($p < 0,001$) entre eles. Foi obtido um coeficiente de correlação de $r = 0,46$ entre os fatores 1 e 2, de $r = 0,53$, entre os fatores 1 e 3, e de $r = 0,58$, entre os fatores 2 e 3. As

correlações obtidas dos fatores com a escala global foram superiores (0.73, 0.75 e 0.94) às correlações obtidas entre os fatores. Este resultado indica que os fatores identificados nesta escala, embora representem dimensões distintas da satisfação, compartilham um construto em comum, que é o da satisfação global dos pacientes com os serviços de saúde mental.

A escala global de satisfação dos pacientes inclui doze itens distribuídos em 3 fatores ou subescalas. Os resultados obtidos na análise de alfa de Cronbach para a escala global mostraram que ela possui uma elevada consistência interna, uma vez que o valor de alfa obtido ($\alpha = 0,88$) se situa até um pouco acima da faixa ideal sugerida por Vallerand (1989), para avaliação da fidedignidade de uma escala (entre 0,75 e 0,85). Este resultado indica que a escala SATIS-BR possui uma boa homogeneidade dos itens e, portanto um bom índice de fidedignidade ou precisão pela qual a escala mede a satisfação dos pacientes com os serviços. As correlações dos itens com a escala global variaram entre 0.87 a 0.88, que é um valor muito superior ao mínimo exigido na literatura da área (0.20).

O primeiro fator da escala SATIS-BR contém 7 itens que explicaram 25,05% da variância dos dados. Este fator avalia a satisfação dos pacientes com relação à competência da equipe e do terapeuta principal, a capacidade de escuta dos profissionais, e a compreensão dos profissionais da equipe a respeito do problema apresentado pelo paciente.

O segundo fator identificado na escala SATIS-BR contém 3 itens que avaliam a satisfação do paciente com a ajuda recebida no serviço, com a qualidade da acolhida dos profissionais e com o respeito e dignidade da equipe ao se relacionar com o paciente. Esse fator explicou 14,20% da variância dos dados.

O terceiro fator contém 2 itens que avaliam a satisfação do paciente com as condições físicas do serviço, incluindo o conforto, a aparência e as condições das instalações do serviço. Esse fator explicou 13,92% da variância dos dados.

Foi avaliada a consistência interna dos itens de cada fator, através do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach. Foi adotado, como critério de eliminação das questões, um valor de correlação item-total inferior a 0,20. A consistência interna da escala global está citada acima. O fator 1 apresentou um valor de alfa igual a 0,85 e correlações item-total variando de 0,82 a 0,86. O fator 2 apresentou um valor de alfa igual a 0,62 e correlações item-total variando de 0,37 a 0,52. O fator 3 apresentou um valor de alfa igual a 0,74 e correlações item-total iguais a 0,59.

A validade convergente da escala SATIS-BR para os pacientes foi avaliada comparando-se os dados obtidos através dessa escala, com os resultados obtidos a partir da Escala de Mudança Percebida (EMP), que avalia a percepção de melhora pelos próprios

pacientes, em função do tratamento recebido nos serviços de saúde mental (BANDEIRA et al., 2010 apud BANDEIRA; SILVA, 2012). Foi feita uma análise de correlação de Spearman entre as duas escalas e os resultados mostraram uma correlação positiva e significativa ($r = 0,41$; $p < 0.01$).

A estrutura multifatorial da escala SATIS-BR, que cobre três fatores específicos do serviço, pode favorecer uma avaliação mais precisa do grau de satisfação do usuário. Constitui, portanto, um instrumento de medida pertinente para a realização de pesquisas sobre a avaliação de serviços de saúde mental, pois apresenta qualidades psicométricas de validade e fidedignidade satisfatórias, no que se refere à consistência interna dos itens, assim como no que se refere à validade do constructo e à validade concomitante (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

4.9 Considerações dos aspectos éticos

O projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), elaborados para essa pesquisa foram enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HCFMRP-USP e aprovados (ANEXO E), sendo ajustados rigorosamente às normas definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução nº 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado com linguagem clara e acessível. Ele garantiu o sigilo e a participação voluntária dos usuários, sendo que o trabalho ou o atendimento dos participantes dessa pesquisa não seriam prejudicados caso eles não aceitassem participar desse estudo, ou interrompessem a sua participação em qualquer momento da coleta de dados. Além disso, as sessões das entrevistas em grupo focal somente foram áudio gravadas e filmadas mediante a autorização e a assinatura do usuário no TCLE. Destaca-se que o TCLE dos participantes menores do que dezoito anos foram assinados por seus responsáveis.

4.10 Procedimento

Para iniciar esse estudo, a pesquisadora entrou em contato com o serviço após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HC-FMRP-USP. Esse primeiro contato com o serviço visou apresentar os objetivos e metodologia da pesquisa, e também apresentar a pesquisadora aos profissionais do serviço. Estabelecer um primeiro contato com a equipe do serviço foi importante para esclarecer dúvidas dos profissionais a respeito da pesquisa, e também para conhecer melhor o serviço e a realidade atual do tratamento.

Também, para realizar a caracterização do serviço atual, a pesquisadora realizou uma entrevista com uma profissional nutricionista do respectivo serviço, para perguntar questões como: número de profissionais envolvidos no tratamento, especialidades profissionais presentes na equipe multidisciplinar, atividades realizadas no tratamento, horários e locais dessas atividades, e números de pacientes que realizam o tratamento no serviço. A essa entrevista foram complementados dados sobre o serviço adquiridos por meio de referências indicadas por essa profissional, e por dados adquiridos nas observações realizadas pela pesquisadora quando se inseriu no local do tratamento para iniciar a coleta de dados com os usuários.

Na fase de coleta de dados, os usuários do serviço foram convidados a realizar a pesquisa e a assinar o TCLE. Primeiramente, foi feito o contato com o usuário, a apresentação da pesquisadora e dos objetivos da pesquisa. Após, foi apresentado ao paciente o TCLE, e dado o tempo necessário para que o participante pudesse lê-lo. Além da leitura do TCLE pelo usuário, a pesquisadora também explicou verbalmente o conteúdo escrito nele.

Posteriormente, foi entregue aos participantes a escala SATIS-BR para que a respondessem. A aplicação desse instrumento deu-se no contexto ambulatorial do hospital, enquanto os pacientes esperavam por suas consultas, e todas às sextas-feiras, que é o dia em que é realizado o atendimento dos pacientes. A aplicação da escala foi feita individualmente, sendo que a pesquisadora lia as questões aos participantes e as marcava na folha de respostas, conforme as suas escolhas. Caso houvesse alguma dúvida dos participantes com relação às questões do instrumento, a pesquisadora apenas repetia a leitura das questões, buscando não influenciar as respostas dos usuários do serviço. Essa orientação está descrita no

procedimento para aplicação do instrumento. O tempo de aplicação do instrumento variou de 30 a 40 minutos.

No momento de aplicação do instrumento, a pesquisadora também realizava um levantamento, junto aos usuários, buscando averiguar quais os dias e os horários seriam mais apropriados para realizar as entrevistas em grupo focal. Dos quinze participantes que responderam a escala SATIS-BR, 9 poderiam realizar as entrevistas em grupo focal às sextas-feiras, no período das 9 A.M. às 11 A.M. Os horários disponíveis ao restante dos participantes que responderam a escala não coincidiram.

Para realizar as entrevistas em grupo focal, antes do início dos grupos a pesquisadora realizou o planejamento das sessões grupais. O planejamento envolveu: a definição dos temas a serem investigados, a escolha dos participantes do grupo, a definição do número de sessões a serem realizadas, e o local onde o grupo aconteceria.

Os participantes que foram recrutados para as entrevistas em grupo focal foram todos aqueles que responderam a escala SATIS-BR e que tinham disponibilidade de estarem presentes no horário e data predeterminados.

As entrevistas em grupo focal foram realizadas no Laboratório de Interação Grupal e Individual em Enfermagem (LIGIE) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (EERP-USP), que possui boas condições de espaço, iluminação, temperatura, privacidade e proximidade com o local de atendimento. O laboratório é equipado com cadeiras confortáveis, uma mesa, um aparelho de ar condicionado, lâmpada branca, lâmpadas coloridas, almofadas e um aparelho de som.

Os temas e o número de sessões das entrevistas em grupo focal foram definidos a partir das questões presentes na escala SATIS-BR. Com a intenção de aprofundar os dados obtidos na escala SATIS-BR, a pesquisadora extraiu desse instrumento o roteiro de questões para realizar as entrevistas em grupo focal.

A pesquisadora analisou os doze itens quantitativos da escala que medem o grau de satisfação dos usuários com o serviço. Essas doze questões da escala deram origem a 7 questões que buscaram abordar, nas entrevistas em grupo focal, os temas relevantes presentes na escala SATIS-BR, e que se relacionam aos processos de acolhimento e de vínculo no serviço.

Abaixo, encontra-se o Quadro 3 que relaciona as doze questões da escala SATIS-BR às questões que foram realizadas nas entrevistas em grupo focal.

| Fatores da Escala SATIS-BR | Questões da escala SATIS-BR | Questões das entrevistas em grupo focal |
|----------------------------|--|---|
| Fator 1 | <p>Questão 6: Quando você falou com a pessoa que admitiu você no serviço, você sentiu que ele/a ouviu você?</p> <p>Questão 8: Até que ponto a pessoa que admitiu você no serviço pareceu compreender o seu problema?</p> | Questão do 1º Encontro: Como foi o seu primeiro contato com o serviço e com o profissional que o acolheu? |
| Fator 1 | <p>Questão 6: Quando você falou com a pessoa que admitiu você no serviço, você sentiu que ele/a ouviu você?</p> <p>Questão 8: Até que ponto a pessoa que admitiu você no serviço pareceu compreender o seu problema?</p> | Questão do 2º Encontro: continuação do tema abordado no 1º encontro. |
| Fator 1 | Questão 9: Em geral, como você acha que a equipe do serviço compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava? | Questão do 3º Encontro: O que você acha a respeito da compreensão da equipe sobre o seu problema e da ajuda que você necessitava? |
| Fator 1 | Questão 14: Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no serviço? | Questão do 4º Encontro: Como é a sua autonomia nas decisões sobre o seu tratamento? Como você participa das discussões que são realizadas sobre o seu tratamento? |
| Fator 2 | <p>Questão 5: Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?</p> <p>Questão 17: Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do serviço?</p> | Questão do 5º Encontro: Como a equipe o trata em termos de respeito e dignidade? Como você sente que os profissionais o acolhem? |
| Fator 3 | <p>Questão 25: Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do serviço?</p> <p>Questão 26: Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?</p> | Questão do 6º Encontro: Como é o serviço em termos de conforto, aparência e condições gerais das instalações? |
| Fator 1 | <p>Questão 20: Em geral, como você classificaria a competência da equipe do serviço?</p> <p>Questão 21: Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?</p> | Questão do 7º Encontro: O que você acha da competência da equipe e da competência do terapeuta principal para realizar a assistência do usuário? |
| Fator 1 | Questão 11: Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo serviço? | Questão do 8º Encontro: Você está satisfeito com o modo como a equipe do serviço está lhe ajudando? E o que você acha sobre o tipo de ajuda dada a você pela equipe? |
| Fator 2 | Questão 16: Você considerou que a equipe do serviço estava lhe ajudando? | |

Quadro 3 - Relaciona as doze questões da escala SATIS-BR às questões que foram realizadas nas entrevistas em grupo focal

A ordem de escolha das questões, para realizar os 8 encontros das entrevistas em grupo focal foi escolhido conforme uma lógica que permitisse uma maior coerência na investigação. Dessa forma, as entrevistas em grupo focal foram iniciadas com o tema “o primeiro contato do paciente com o serviço e com a pessoa que o acolheu”, pois, orienta a reflexão do usuário para o seu contato inicial com o serviço. Esse tema permite que o usuário rememore as experiências que teve desde o início do seu tratamento, até o momento atual.

O segundo encontro continuou o tema abordado no primeiro encontro. Esse fato ocorreu porque, apesar de ter sido feito um planejamento estabelecendo 7 encontros para as entrevistas em grupo focal, o aumento de um (1) encontro ocorreu, pois a única participante do segundo encontro estava muito mobilizada com o tema do primeiro encontro. Dessa forma, a pesquisadora optou por aprofundar o tema do primeiro encontro no segundo encontro, e aumentar a quantidade de encontros a serem realizados para 8.

O terceiro, quarto e quinto encontro remetem a temas que abordam questões referentes à equipe tal como: a competência e a compreensão da equipe a respeito do problema do paciente, e a ajuda e acolhida do paciente pela equipe. Já o sexto encontro aborda temas mais referentes ao conforto, à aparência e às condições gerais das instalações do serviço.

O sétimo encontro foi planejado para ser uma preparação para o último encontro, pois a reflexão dos usuários sobre a competência da equipe e do terapeuta principal pôde facilitar a análise sobre a ajuda dada pela equipe ao paciente, no oitavo encontro. Nota-se que apesar do último encontro abarcar o fator 1 e o fator 2 da escala SATIS-BR, optou-se por unir essas duas questões, pois refletir sobre o tipo de ajuda oferecida pela equipe facilita a análise sobre a real efetividade dessa ajuda no tratamento do paciente. Dessa forma, as entrevistas em grupo focal foram planejadas para encerrarem com o tema da efetividade da ajuda oferecida pela equipe.

Os grupos foram realizados de acordo com os elementos e etapas oferecidos pelo referencial teórico metodológico psicodramático. Assim, as entrevistas em grupo focal foram realizadas seguindo as etapas de aquecimento, dramatização, compartilhamento e processamento. Também, estavam presentes no grupo: o diretor, o ego-auxiliar, o protagonista, a plateia, e o espaço cênico.

No aquecimento inespecífico de cada encontro grupal, foi feito um contrato inicial com os participantes, que explicitou que a investigação abordaria os temas do Acolhimento e do Vínculo no serviço. Houve também um contrato entre os integrantes do grupo de respeitar o princípio de sigilo de todos os assuntos que fossem discutidos dentro do contexto grupal.

No aquecimento específico houve dinâmicas como atividades corporais e verbais, visando preparar os participantes para a dramatização e reflexão dos temas investigados. Essas propostas de aquecimento pretenderam levar os integrantes do grupo do desaquecimento inicial à dramatização. Após a dramatização do protagonista, os participantes compartilharam as suas opiniões sobre a cena dramatizada, e a sessão foi encerrada com os comentários e os assinalamentos dos participantes, do ego-auxiliar e do diretor. Logo após o encerramento da sessão, o diretor e ego-auxiliar realizaram o processamento das sessões.

4.11 Tratamento dos resultados

O tratamento dos resultados foi dividido em cinco etapas. Na primeira etapa foram analisados os dados da escala SATIS-BR. Na segunda etapa foram analisados os dados das entrevistas em grupo focal. Na terceira etapa os resultados da escala SATIS-BR e das entrevistas em grupo focal foram discutidos com os temas do Acolhimento e do Vínculo na assistência a pessoas com diagnóstico de TAs. Na quarta etapa foram discutidos os resultados da escala SATIS-BR e das entrevistas em grupo focal, via às inovações apontadas por pesquisas sobre o tratamento dos transtornos alimentares. E na quinta etapa houve uma discussão dos principais resultados que surgiram devido à aplicação do referencial teórico metodológico psicodramático na condução das entrevistas em grupo focal.

Na escala SATIS-BR foi realizada uma análise estatística dos dados sócio demográficos dos usuários, por meio da porcentagem. As questões fechadas que não fazem parte dos doze itens quantitativos da escala que medem o grau de satisfação dos usuários com o serviço, também foram analisadas estaticamente por meio da porcentagem. Os principais temas expressos nas respostas de cada questão aberta da escala SATIS-BR foram identificados e mostrados na “Apresentação de Resultados”.

A frequência de respostas de cada ponto da escala Likert das questões da escala que medem o grau de satisfação dos usuários com o serviço, foi calculada por meio da porcentagem. Foi medida a porcentagem de usuários que responderam a pontuação 1, a porcentagem de usuários que responderam a pontuação 2, e assim por diante, até a pontuação 5, para cada questão da escala. Apesar da autora da escala SATIS-BR indicar que a melhor forma de análise da escala é através da média, sendo a média mais alta dos pontos da escala (Pontuação 5) aquela que indica maiores níveis de satisfação com o serviço, foi escolhida a

forma de frequência de respostas para analisar a escala. Essa escolha foi feita devido ao baixo número de sujeitos que responderam a escala ($n = 15$), que produziu uma dificuldade de aferir, de forma acurada, a média e o desvio padrão dessa população. Além disso, o cálculo da frequência de respostas de cada ponto da escala SATIS-BR permitiu uma análise mais detalhada do padrão de respostas do grupo investigado, garantindo mais dados para a investigação qualitativa das entrevistas em grupo focal. Assim, foi analisada a frequência de respostas para cada ponto da escala SATIS-BR, nos três fatores da escala. Além disso, foi calculada a frequência de respostas para cada ponto da escala SATIS-BR das doze questões presentes na escala, e a frequência de respostas para cada ponto da escala SATIS-BR da “Satisfação Global” com o serviço.

Para a análise das entrevistas em grupo focal, a diretora e o ego-auxiliar realizaram depois de cada encontro o processamento do que havia acontecido no grupo. Para realizar o processamento, a unidade funcional (o diretor e o ego-auxiliar) baseou-se no “modelo” de processamento descrito por Aguiar (1998). Aguiar (1998) descreveu uma forma de processamento das sessões psicodramáticas tendo o tema como o foco.

De acordo com esse modelo de processamento, a unidade funcional deve estar atenta para como os participantes do grupo se apropriaram do tema proposto, nas várias etapas da sessão como: o aquecimento, a discussão do tema (verbal ou dramática) e o fechamento da sessão. No processamento que possui o tema como o foco é necessário verificar como o tema foi sendo desenvolvido no decorrer do grupo. O tema surge em um estado inicial caótico e gradativamente vai clareando os conceitos. Aos poucos, podem surgir divergências ou informações transformadoras, que permitem uma maior compreensão dos participantes sobre a questão proposta.

Além dos processamentos realizados pela unidade funcional, outro recurso adotado foi a análise temática dos 8 encontros. Para a realização da análise temática, os encontros foram filmados e áudio-gravados. Cada sessão foi transcrita na íntegra para captar as falas, as expressões verbais, e as expressões não verbais dos participantes. Esse procedimento visou identificar as falas dos participantes, os detalhes da ação dramática, sua intensidade, rapidez, o número de atores em cena, a troca de papéis, etc. Esses dados foram inseridos na análise dos resultados, visando complementar e enriquecer as informações sobre o processo.

A análise de dados das entrevistas em grupo focal foi realizada mediante a análise temática, que está inserida na análise de conteúdo conforme Minayo (2000). De acordo com Minayo (2000) apud Bardin, a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

O fator comum dessas múltiplas técnicas que realizam a análise de conteúdo é a hermenêutica baseada na dedução e na inferência (MINAYO, 2000). Berelson apud Minayo (2000) também descreve a análise de conteúdo como uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, e tendo por fim a interpretação desses conteúdos.

A análise temática é uma das formas da análise de conteúdo. Para realizar a análise temática, primeiramente é importante definir a noção de tema. “Tema” é uma afirmação a respeito de determinado assunto. O tema comporta um conjunto de relações e pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase ou um resumo. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que formam uma comunicação. A identificação da presença e da frequência desses núcleos de sentido na comunicação analisada permite realizar correlações entre eles, o objeto investigado e o referencial teórico proposto para a investigação.

Para a análise temática é necessário seguir três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. A pré-análise consiste na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A pré-análise pode ser dividida em duas tarefas. A primeira é a “leitura flutuante”, que consiste na leitura do conjunto de comunicações, por meio de um contato exaustivo com o material, ao ponto de deixar-se impregnar pelo conteúdo presente. Em posse do conteúdo das comunicações, a segunda tarefa é a “constituição do corpus” do trabalho, que consiste na organização do material coletado. A terceira etapa é a “formulação de hipóteses e objetivos” em relação ao material. Deve-se atentar para que esses pressupostos iniciais sejam flexíveis, e permitam hipóteses emergentes a partir dos procedimentos exploratórios.

É na fase pré-analítica que se determinam a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

A segunda fase da análise temática é a “exploração do material”. Nessa fase é realizado o “recorte” do texto em unidades de registro, que foram definidas na fase da pré-

análise. As unidades de registro podem ser uma palavra, um tema, um personagem ou um acontecimento. Posteriormente, se realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

O “tratamento dos resultados” e a “interpretação” são tarefas que compreendem a terceira fase da análise temática. Nesta fase, o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações dos resultados obtidos na análise temática a partir do seu quadro teórico, ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Dessa forma, foi realizada a análise temática das sessões da entrevista em grupo focal. Após uma leitura exaustiva de todo o material transcrito, foram identificadas as unidades de registro que tinham correspondência com os objetivos da pesquisa. As unidades de registro são frases dos usuários a respeito do serviço, do tratamento, dos profissionais envolvidos no serviço, do transtorno alimentar e da participação nas entrevistas em grupo focal. Essas unidades de registro foram agrupadas em 7 unidades temáticas, que foram nomeadas com os temas abordados em cada encontro das entrevistas em grupo focal.

Após a análise isolada da escala SATIS-BR e das entrevistas em grupo focal, foi feita uma análise correlacionando os dados obtidos na escala com os dados obtidos nas entrevistas em grupo focal. Esses dados correlacionados foram discutidos à luz dos objetivos desse estudo, onde os temas mais relevantes são o Acolhimento e o Vínculo. Posteriormente, foi escrito um capítulo à parte visando discutir os resultados apresentados na escala SATIS-BR e nas entrevistas em grupo focal, com outras propostas de tratamento dos TAs.

Por fim, foi feita a discussão dos resultados referentes a utilização do referencial teórico metodológico psicodramático na condução das entrevistas em grupo focal. Dessa maneira, em posse do processamento e da análise temática, a pesquisadora realizou uma discussão onde estão presentes conceitos da teoria psicodramática como: Papel, Tele, Transferência e Espontaneidade. Assim, por meio dessa discussão pretendeu-se compreender de que forma o referencial teórico metodológico psicodramático influenciou os participantes da entrevista em grupo focal.

5 RESULTADOS

5.1 Os Resultados da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)

A escala SATIS-BR traz dados relevantes sobre o Acolhimento do serviço, e sobre a dimensão do acesso ao tratamento: 67% dos usuários foram encaminhados para o serviço por um médico ou terapeuta conhecido, e 13% dos usuários foram encaminhados por um serviço de referência. Apenas uma pequena parcela dos usuários (6,67%) tomou conhecimento do tratamento por uma pessoa da família, um amigo, ou por si próprios.

Para se locomoverem até o serviço 40% dos usuários utilizam o transporte público, 33% vêm ao tratamento com o transporte da família, e 27% utilizam o transporte próprio para realizarem o tratamento no serviço.

Com relação ao tempo gasto com esse percurso 40% dos usuários despendem de quinze a trinta minutos do percurso de suas casas até o local do tratamento. Como muitos usuários residem em cidades vizinhas a do tratamento, 33% despendem de quarenta e seis a sessenta minutos para chegarem ao serviço, e 27% gastam de trinta e um a quarenta e cinco minutos para se conduzirem o atendimento.

Alguns usuários (33%) consideram que ir ao serviço é algo fácil, 27% consideram algo razoavelmente fácil, 27% acham que ir até o serviço é algo difícil e 13% dos usuários acha que ir até o tratamento é algo muito fácil.

Conforme os relatos dos pacientes, durante a aplicação da escala SATIS-BR é interessante notar que a distância da casa onde reside o paciente até o serviço, não é o único fator que se relaciona a dificuldade da locomoção do paciente ao tratamento. Algumas pessoas mesmo morando a vinte minutos do atendimento consideram que ir até o serviço é algo difícil, pois envolve toda uma modificação dos seus compromisso e planejamentos pessoais diários. Podemos dizer que 46% consideram que se locomover até o serviço é algo fácil e 54% encontram alguma dificuldade para se locomover até o serviço.

A escala SATIS-BR também traz informações relevantes sobre o processo de admissão do paciente no serviço, e de quais são as percepções e pensamentos do paciente nesse momento: 60% dos pacientes disseram que consideravam ter um problema psicológico de saúde quando adentraram ao serviço, 33% não sabiam qual era o seu problema e 7% achavam que tinham um problema físico de saúde. Esses dados são interessantes, pois mostram uma grande parte dos usuários (33%) com total desconhecimento sobre o seu problema. Essa informação é útil para refletir sobre as formas de acolher os pacientes

diagnosticados com transtornos alimentares, que geralmente chegam ao tratamento muito debilitados fisicamente e emocionalmente, e assustados com o caráter enigmático de suas condições.

Quando os usuários foram questionados sobre o porquê escolheram o serviço investigado, 23% disseram que confiaram na recomendação da pessoa ou instituição que lhe referiu este serviço; 21% disseram que o serviço foi fortemente recomendado por alguém; 21% disseram que não tiveram outra escolha; 19% apresentaram o motivo de o tratamento estar dentro de suas possibilidades financeiras; 14% se referem à localização do serviço, que é muito conveniente; e 2% escolheu o serviço porque já haviam realizado tratamento nesta instituição no passado.

Ao analisar os dados acima, pode-se considerar que um dos primeiros fatores para a escolha do serviço foi à recomendação de uma pessoa ou instituição que indicou o serviço. Dessa forma, pode-se levantar a hipótese de que a escolha do serviço é feita por uma relação de confiabilidade com a pessoa ou instituição que o indicou. Essa relação de confiabilidade parece superar ou se equivaler a outros fatores de escolha do serviço como, por exemplo, estar dentro das possibilidades financeiras do usuário ou a localização de fácil acesso do serviço.

O item “eu não tive outra escolha” desta questão foi respondido por 21% dos usuários, o que o coloca no 3º posição no índice de motivos pelos quais os usuários escolheram o serviço. Esse dado pode mostrar um sistema de saúde deficitário em atender pacientes com TAs, já que a resposta dada por 21% dos pacientes pode mostrar que há poucas opções de uma assistência especializada em TAs no sistema de saúde público da região onde a pesquisa foi realizada.

A escala SATIS-BR traz ainda questões abertas, em que os usuários puderam se colocar mais livremente a respeito de suas opiniões sobre o serviço. Quando os usuários foram questionados se tiveram alguma dificuldade em obter informações da equipe de profissionais quando questionaram por ela, os usuários relataram uma série de dificuldades em receber informações da equipe. Algumas delas foram:

- Dificuldades em receber informações a respeito das condições dos equipamentos utilizados para a realização de exames. (Ex: Se os equipamentos estão quebrados, ou se estão em boas condições para realizar os exames).
- Dificuldades em receber informações sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos receitados pelo serviço, quando administrados por um longo período.

- Dificuldades em receber informações a respeito dos resultados de exames realizados no hospital onde o serviço se encontra.
- Dificuldades em obter explicações mais “teóricas” e “técnicas” a respeito dos transtornos alimentares, suas causas, disfunções psíquicas e biológicas, e seu prognóstico.
- Dificuldades em obter informações concordantes dos profissionais que formam a equipe, já que na equipe algumas vezes as informações estão “desencontradas”.
- Dificuldades do usuário em obter informações claras e detalhadas sobre o seu diagnóstico, como o tipo de anorexia nervosa e bulimia que possuem, e as possíveis co-morbidades existentes.
- Dificuldades em obter informações sobre os cardápios e alimentos alternativos para a dieta que o usuário segue dentro do tratamento.

As qualidades do serviço investigado, apontadas pelos usuários foram:

- O fato de o serviço oferecer uma equipe multiprofissional especializada em tratar pacientes diagnosticados com TAs.
- A infraestrutura do serviço, localizado dentro de um hospital geral público, que possibilita internações, exames e medicamentos gratuitos.
- Os grupos de apoio psicológico aos pacientes e o grupo de orientação nutricional aos pacientes, onde os pacientes podem obter informações relevantes sobre a sua condição orgânica e psicológica, o seu tratamento, obter apoio para enfrentar o transtorno e mensurar seus respectivos progressos dentro do tratamento.
- O fato de o tratamento ser acessível financeiramente, já que a assistência, os exames e as internações são oferecidos gratuitamente pelo hospital.

Os aspectos que os usuários mais gostaram no serviço foram:

- O vínculo que alguns dos usuários obtiveram com os profissionais nutricionistas, pois eles os orientam nas questões alimentares e nutricionais, e os ajudam a enfrentar as dificuldades surgidas no tratamento dos TAs.
- A postura amistosa e empática de alguns profissionais para com os usuários.

- A habilidade técnica da equipe em diagnosticar os TAs e os distúrbios fisiológicos decorrentes dele.

Os aspectos que os usuários menos gostaram no serviço foram:

- A rotatividade de profissionais que de acordo com os participantes, prejudica o Vínculo entre o profissional e o paciente e gera o desencontro de informações, causando desorganização em todo o processo de tratamento.
- A rotatividade do psiquiatra no serviço, o que dificulta a consolidação do Vínculo entre o profissional e o paciente.
- A falta de um médico nutrólogo que esteja mais presente no serviço e que possa realizar consultas mais frequentes.
- As condições dos banheiros do hospital que se encontram pouco higienizados.
- A falta de clareza sobre as informações relacionadas ao tratamento, e as dificuldades do usuário em discutir com a equipe questões relacionadas ao seu tratamento.
- A longa espera para as consultas individuais dos pacientes, e a longa duração dos grupos de apoio psicológico e de orientação nutricional aos pacientes.
- Alguns residentes médicos do serviço, que foram considerados como pouco preparados técnica e teoricamente para tratar os usuários diagnosticados com TAs.
- A grosseria e o desrespeito de alguns profissionais na forma de tratar os usuários.
- A ordem de chamada para as consultas individuais que, conforme os usuários, não acontecem por ordem de chegada como está previsto.
- A pesagem dos pacientes, que é realizada em um ambiente pouco privativo, e por profissionais pouco preparados.

A escala SATIS-BR também traz a possibilidade de que os usuários deem sugestões sobre o serviço. Os usuários apontaram várias sugestões:

- A contratação de profissionais que fossem fixos no serviço, para interromper a rotatividade, e consolidar o Vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde.
- Mudanças em algumas regras do serviço que de acordo com os participantes são rígidas e inflexíveis, como a regra de entrada dos familiares e dos pacientes no serviço. De acordo com os usuários quando há, por exemplo, o atraso do familiar ou do

paciente para uma atividade do serviço, o porteiro do hospital impede a entrada desse familiar ou desse usuário. Também, o usuário só pode entrar no hospital no horário marcado em seu cartão de atendimento. Do contrário, o usuário deve aguardar o horário do seu atendimento do lado de fora do hospital. Assim, os usuários solicitam regras mais flexíveis e adequadas às necessidades do usuário e do familiar.

- Melhora nas condições estruturais do prédio onde o serviço se localiza como, por exemplo, espaço para os refeitórios e a higienização adequada dos banheiros.
- Mudança nos horários de atendimento do serviço para se adequar às necessidades dos usuários, como o oferecimento de mais um período e dia de consulta.

A Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) mostra os seguintes resultados conforme a tabela abaixo (n = 15). A maior pontuação (5) corresponde a uma maior satisfação com o fator avaliado.

Tabela 1 - Porcentagem de escolhas das respostas da escala SATIS-BR (n = 15)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | F% | F% | F% | F% | F% |
| Fator 1 | 0% | 5,7% | 6,7% | 39% | 48,6% |
| Fator 2 | 0% | 2,2% | 9% | 55,5% | 33,3% |
| Fator 3 | 10% | 26,7% | 40% | 23,3% | 0% |
| Questão 5 | 0% | 6,7% | 6,7% | 40% | 46,6% |
| Questão 6 | 0% | 13,3% | 6,7% | 20% | 60% |
| Questão 8 | 0% | 6,7% | 13,3% | 20% | 60% |
| Questão 9 | 0% | 6,7% | 20% | 46,6% | 26,7% |
| Questão 11 | 0% | 0% | 0% | 20% | 80% |
| Questão 14 | 0% | 13,3% | 0% | 73,3% | 13,4% |
| Questão 16 | 0% | 0% | 13,4% | 53,3% | 33,3% |
| Questão 17 | 0% | 0% | 6,7% | 73,3% | 20% |
| Questão 20 | 0% | 0% | 6,7% | 53,3% | 40% |
| Questão 21 | 0% | 0% | 0% | 40% | 60% |
| Questão 25 | 6,6% | 26,7% | 40% | 26,7% | 0% |
| Questão 26 | 13,3% | 26,7% | 40% | 20% | 0% |
| Satisfação Global | 1,7% | 8,3% | 12,8% | 40,5% | 36,7% |

A escala SATIS-BR revelou que quando o serviço foi avaliado globalmente 77,20% dos usuários o consideraram satisfatório, 12,8% o consideraram regular e 10% o consideraram ruim.

Com relação à satisfação dos usuários com a competência e a compreensão da equipe e do terapeuta principal a respeito dos seus problemas (Fator 1) 87,6% dos usuários mostraram-se satisfeitos com a compreensão que a equipe teve com relação ao problema do paciente e com a competência que a equipe demonstrou ao exercer a sua assistência. E apenas 12,4% estão em uma faixa que avaliaram a compreensão da equipe e a competência dos profissionais entre regular à ruim.

No que concerne à satisfação quanto à ajuda que o usuário recebeu da equipe, e de que modo foi a acolhida e a forma de tratamento do usuário pela equipe (Fator 2), 88,8% consideraram que essas dimensões tiveram níveis satisfatórios, 9% consideraram que a ajuda recebida, a acolhida e a forma de tratamento pela equipe foram regulares, e apenas 2,2% dos usuários acharam que as dimensões de “ajuda”, “forma de tratamento” e “acolhida” da equipe foram ruins.

O fator 3 teve resultados menos satisfatórios do que os outros dois fatores apresentados acima. Apenas 23,3% dos usuários consideraram as condições físicas, a aparência e o conforto do serviço (Fator 3) satisfatórios, pois 40% os avaliaram como regular e 36,7% os acharam ruins.

Pode-se perceber que de modo geral, a maioria dos usuários possui uma avaliação positiva com relação à maioria dos itens avaliados pela escala SATIS-BR. Os dois itens que receberam maior pontuação na escala foram os referentes à questão 11 e 21 que tratam, respectivamente da satisfação do usuário sobre o tipo de ajuda dada pela equipe e da competência do terapeuta principal. Essas duas dimensões foram avaliadas como tendo níveis satisfatórios para todos os usuários que responderam a escala. O item que recebeu pontuação mais baixa foi o referente à questão 26, e que trata das condições gerais das instalações físicas do serviço. Para esse item apenas 20% dos usuários responderam que consideravam as condições físicas das instalações do serviço satisfatórias.

Ao classificar os itens de acordo com aqueles que receberam o maior número de pontuações mais altas tem-se: em primeiro lugar, a satisfação do usuário sobre o tipo de ajuda dada pela equipe e a competência do terapeuta principal; em segundo lugar, a competência da equipe e o quanto a equipe é amistosa com o paciente; em terceiro lugar, a discussão que a equipe faz com o usuário a respeito do seu tratamento no serviço; em quarto lugar, a maneira como o paciente foi tratado pelo serviço em termos de respeito e dignidade e o grau em que a

equipe ajudou o paciente; em quinto lugar, a qualidade da escuta e da compreensão do profissional na admissão do paciente no tratamento; em sexto lugar, o grau de compreensão da equipe sobre o tipo de ajuda que o paciente necessita; em sétimo lugar, o grau de satisfação com o conforto e a aparência do serviço; e em último lugar, a satisfação dos usuários com as condições gerais das instalações físicas do serviço.

5.2 Os resultados das entrevistas em grupo focal

Abaixo estão os processamentos realizados pela unidade funcional dos oito encontros das entrevistas em grupo focal.

5.2.1 A organização do laboratório

Antes de se iniciar as entrevistas em grupo focal, o laboratório onde se realizou a atividade foi organizado. O laboratório “LIGIE” é um laboratório da EERP-USP próprio para a atividade, estando equipado de bancos com almofadas coloridas, lâmpadas amarela, vermelha, verde e azul, com o “dimer” que permite regular a intensidade da luz, uma mesa que se desmonta em duas quando necessário, e várias cadeiras com encosto e almofadadas. O laboratório também possui um aparelho de ar condicionado e uma persiana opaca, que impede a luminosidade assim que se necessite.

A pesquisadora organizou o laboratório separando as duas partes da mesa, de modo que ela formasse duas mesas que ficaram encostadas na parede. Em uma delas foi colocado petti-fours, sucos light e com açúcar, chá, café, adoçante, açúcar e água. Também havia copos de plástico e colheres. A outra mesa serviu como amparo para as bolsas e materiais dos participantes. Foi feito um círculo de cadeiras ao centro da sala, e delimitado um palco no centro do círculo de cadeiras com uma fita adesiva amarela.

5.2.2 1º Encontro da entrevista em grupo focal

Nesse 1º Encontro estiveram presentes Livia e Nadir. A questão prevista a ser abordada nesse 1º Encontro foi: Como foi o seu primeiro contato com o serviço e com o profissional que o acolheu?

No aquecimento inespecífico, logo que as pessoas se acomodaram nas cadeiras, foi realizada a apresentação dos participantes, da pesquisadora, do ego-auxiliar, dos objetivos da pesquisa e da questão a ser abordada nesse 1º Encontro.

A pesquisadora esclareceu que para realizar essa investigação seria usado o referencial teórico metodológico psicodramático para conduzir as entrevistas em grupo focal. Foi explicado que o referencial teórico metodológico psicodramático faz uso de técnicas de teatro para investigar questões intrapsíquicas, sociais e referentes às relações humanas. Os participantes foram informados sobre a função do diretor e do ego-auxiliar no grupo. Também, foi esclarecida a diferença entre o contexto grupal e o contexto dramático, e o que é palco, protagonista e a plateia no Psicodrama.

Dada algumas informações sobre o referencial teórico metodológico psicodramático, para situar o grupo sobre o que iríamos realizar naquele dia, foi colocado uma música de relaxamento com sons de água e canto de pássaros. A música visou criar um clima acolhedor e propício para que as participantes pudessem abordar o tema escolhido para a investigação. A lâmpada branca foi apagada e foram acesas as lâmpadas coloridas. O ego-auxiliar fechou as venezianas e ajustou a câmera e o gravador para iniciar a gravação e a filmagem.

Desse modo, foi criado um clima mais acolhedor e propício para a fase de aquecimento. As participantes, no aquecimento inespecífico, foram convidadas a realizarem dinâmicas e jogos teatrais, para aquecerem o corpo, adquirirem maior entrosamento e se conhecerem melhor.

Depois de aproximadamente vinte minutos de aquecimento inespecífico, foi dado o início do aquecimento específico. Ainda caminhando pelo espaço, foi dada a consigna para que as participantes voltassem a sua memória para o primeiro dia em que estiveram no serviço, e que percebessem, prestando a atenção em seus corpos, como foi entrar pela primeira vez nesse serviço. A diretora disse: - Como os seus pés estavam? Como era o seu caminhar naquele momento? Como estavam os joelhos, os quadris? E o peito e os ombros, estavam tensos ou relaxados? A cabeça estava pendida para trás ou estava reta? Como estava a sua face: tensa, relaxada, calma?

Nadir rapidamente entrou na dramatização, caminhando pelo espaço com as pernas cruzadas, a coluna pendida para o lado, os braços soltos, aparentando cansaço e fraqueza, e a cabeça caída para frente, com os cabelos tapando os seus olhos. Lívia caminhava pelo espaço, mas parecia não encontrar uma posição ou um caminhar que representasse o seu primeiro contato com o serviço. Estava mais pensativa do que explorando posições ou movimentos. Desse modo, a diretora tentou ajudá-la perguntando se ela já havia encontrado alguma posição corporal ou um caminhar que representasse a sua chegada ao serviço. Então ela disse que estava confusa sobre o que fazer, pois havia chegado ao serviço de cadeira de rodas.

Então, a pesquisadora utilizou uma cadeira da sala para representar a cadeira de rodas e a colocou no palco. Lívia sentou na cadeira e a diretora perguntou que posição mais representaria a sua chegada ao serviço. Lívia, permanecendo sentada, posicionou os seus braços cruzados na frente do corpo, os ombros ficaram retraídos, a cabeça se inclinou para o lado e para baixo, e a face se expressou com uma aparência triste.

Para compreender melhor os movimentos e posições das participantes, a diretora pediu que Nadir fizesse um solilóquio do que ela estava sentindo naquele momento. Suas palavras foram: tristeza, cansaço, desequilíbrio, medo, angustia, aflição, culpa, responsabilidade. A diretora pediu também que Lívia fizesse um solilóquio do que estava sentindo e pensando, por meio daquela posição corporal. Lívia falou em um tom de voz muito baixo e infelizmente o gravador não pode captar todas as suas palavras, mas disse algo como medo e culpa. Porém, relatou que ao entrar no serviço sentiu ânimo para melhorar do transtorno.

Continuando o aquecimento e aprofundando mais o tema proposto na pesquisa, a diretora pediu que as participantes relembressem como foi o contato com o primeiro profissional que as acolheu nesse serviço. Lívia disse que o primeiro profissional do serviço que a acolheu foi o nutricionista. Nadir disse que o seu primeiro contato com um profissional do serviço foi com o médico psiquiatra, e que presenciou uma atitude ríspida dele com outra paciente do serviço. Nadir relatou que a postura ríspida do médico psiquiatra com a outra paciente a assustou.

Na dramatização, a diretora escolheu Nadir para ser a protagonista, porque a sua história com relação ao primeiro profissional que a atendeu apresentava mais detalhes, e porque abordava algumas impressões que Lívia também teve ao entrar no serviço.

A cena se desenvolveu da seguinte forma: Nadir estava esperando para o atendimento no corredor do ambulatório com sua mãe. O médico psiquiatra saiu de sua sala para chamar Nadir para a sua consulta, porém foi abordado por outra paciente que, demonstrando muita impaciência e irritação, disse que não iria mais se pesar na balança do ambulatório, pois

aquela balança estava deixando-a gorda. De forma ríspida (conforme Nadir) o médico psiquiatra disse que era para essa paciente se sentar, que não era o seu horário de consulta, e não a iria atender naquele momento.

Logo depois, o médico psiquiatra chamou o nome de Nadir para que ela entrasse no atendimento. Nadir perguntou a ele se a sua mãe poderia entrar na consulta, e o médico psiquiatra respondeu de maneira seca (conforme Nadir) que apenas a paciente deveria entrar na consulta. Quando Nadir entrou na sala de consulta, o médico psiquiatra até então aparentado irritação com a outra paciente mudou de atitude, demonstrando acolhimento e calma. Para Nadir essa atitude de acolhimento do médico psiquiatra pareceu ser falsa.

Conforme a dramatização da cena foi se desenrolando, pode-se ver que o médico psiquiatra apresentava uma postura diretiva na entrevista inicial, fazendo várias perguntas à paciente. Nadir, na variação da técnica de inversão de papéis, quando assumiu o papel do médico psiquiatra, fez várias perguntas, e geralmente não esperava que a paciente (ego-auxiliar) terminasse de falar, interrompendo-a com outras perguntas. Essas várias perguntas fizeram com que o ego-auxiliar (que estava no papel do paciente) não tivesse tempo para refletir sobre os questionamentos, e elaborar melhor as suas respostas.

Na primeira versão da dramatização dessa cena, Nadir assumiu o papel dela mesma, enquanto o ego-auxiliar representava o papel do médico psiquiatra. Por falta de mais um ego-auxiliar, a diretora fez o papel da paciente que não queria se pesar novamente na balança do ambulatório.

O ego-auxiliar fez o médico psiquiatra conforme a paciente havia relatado: agindo de maneira ríspida com a outra paciente que não queria se pesar, mudando para uma postura mais acolhedora quando Nadir entrou na sala e depois fazendo varias perguntas à paciente.

Nadir dramatizou a si mesma com uma expressão de assustada com a reação do profissional, que tratou de forma ríspida a paciente que não queria se pesar. Sua atitude corporal mostrava-se retraída, e os seus braços sobre o corpo e a sua cabeça baixa pareciam uma postura defensiva. A voz baixa, quando questionada pelo médico psiquiatra, também denotava uma imagem de medo, defesa e cansaço.

A diretora então paralisou a cena e utilizou a técnica do duplo. Colocando as mãos nos ombros de Nadir, a diretora explicou que iria realizar a técnica do duplo, tentando dramatizar o que possivelmente estaria na mente da participante naquele momento. Assim, a diretora, assumindo o papel do que a mente da paciente poderia estar dizendo naquele momento, disse: - Que moço [médico psiquiatra] esquisito! Ele foi super estúpido com aquela outra ali e agora

ele fica se fazendo de educado, de simpático. Eu estou com medo, não consigo nem falar com ele. Não sei, essa moço é estranho, não se abre.

Assumindo a mente do médico psiquiatra, por meio da técnica do duplo, a diretora disse:

“Nossa, mas essas pacientes me “enchem o saco” mesmo. Tô aqui trabalhando, tendo que atender um monte de gente, e me vem essa paciente dizendo que não vai mais pesar. Eu não aguento mais isso. Eu já estou de “saco cheio” dessa profissão, desse trabalho. Eu tô aqui, essas pacientes ficam reclamando, eu tento fazer o meu melhor e olha o que eu levo. Nossa senhora! É muita ousadia me interromper na hora em que eu estou trabalhando, para perguntar da balança. Não é a minha responsabilidade a balança!”

Quando terminou o duplo, Nadir trocou de papel e fez o papel do médico psiquiatra, enquanto o ego-auxiliar fez o papel da paciente. Surgiu então uma nova característica do médico psiquiatra, que se mostrou pouco atento ao que a paciente tinha a dizer. No papel do médico psiquiatra, Nadir fez várias perguntas, uma seguida da outra, não esperou que a paciente (que estava sendo feita pelo ego-auxiliar) terminasse de dizer a resposta, e estabeleceu pouco contato visual com o ego-auxiliar, mantendo-se de cabeça baixa.

Na etapa do compartilhamento do que foi dramatizado no palco, Lívia foi a primeira a falar. Ela disse:

“Tudo o que ele [médico psiquiatra] falou parece que é o mesmo roteiro, porque é a mesma pergunta [...]. E eu não sei... parece que é desse jeito mesmo que ela falou... uma pergunta... começa a fazer um monte de perguntas [...]. E aí parece que você vai se embolando nas perguntas e você não sabe se responde isso, se responde aquilo, o que você faz... se responde aquela pergunta, essa... você fica perdida, é tanta pergunta. Às vezes você esquece isso, você fala outra coisa. Parece que faz uma confusão na sua cabeça que na hora você embola tudo, pensa tudo, mas você não diz nada do que você quer.”

Lívia também disse que entrar no serviço e aderir ao tratamento é complicado no início, pois é necessário entrar em contato com várias atividades e procedimentos que o tratamento exige, o que traz confusão e medo no início. Ela disse: - Como é que eu vou seguir isso [o tratamento]. Eu tenho vida lá fora também. [...] Eu estou doente, mas eu não queria estar doente. É muito conflito dentro de mim.

Ao perguntar para Nadir como havia sido para ela a dramatização ela disse:

“Estranho... porque me trouxe lembranças muito amargas. E estranho porque eu senti identificação de novo com esse momento, sabe? Eu achei que isso tivesse sido apenas lembrança, principalmente no estado em que eu estava. E na verdade foi estranho... nossa, eu estou assim de novo!? Isso o que eu estava pensando naquele momento eu estou pensando agora de novo. Algumas coisas ainda são comuns... um pouco de descrença no tratamento, de

que dá para melhorar sempre mais. De que depende do meu empenho, de alguns fatores internos sim, mas da maior parte de mim. E senti na cena inteira uma culpa gigante porque eu lembrava sempre da minha mãe [...] que estava debilitadíssima psicologicamente. E no presente ela ainda experiência isso por causa de mim [...].”

Quando Nadir foi questionada sobre se o duplo que a diretora tinha feito correspondia ao que realmente a paciente estava pensando naquela situação, a paciente disse que correspondia. No entanto, o que Nadir estava pensando naquele momento ia além, porque ela tinha a sensação de que o médico psiquiatra a iria humilhar, por causa do seu TAs. Nadir achou que a diretora, quando fez o duplo do médico psiquiatra, transmitiu bem o que talvez o médico estivesse pensando naquele momento.

Nadir afirmou que no primeiro contato com o médico psiquiatra sentiu medo da crítica do profissional, e a rispidez dele. Ela acredita que pode ter existido do médico psiquiatra uma tentativa de aproximação com a paciente, mas também havia nele a insatisfação de ter que lidar com pessoas “desse jeito” (com transtornos alimentares). Quando a diretora perguntou para Nadir o que significava “pessoas desse jeito”, Nadir respondeu que as pessoas com TAs são pessoas que apresentam relutância ao tratamento, e que estão com o juízo crítico pouco preservado, a ponto de não quererem se pesarem na balança, ou não entenderem a necessidade de uma alimentação adequada.

Após a fala de Nadir, Lívia falou novamente da dificuldade em enfrentar o transtorno alimentar e ter que aderir ao tratamento, que exige dedicação e tempo prolongado. Disse que já conseguiu sair de problemas piores, mas não consegue sair dos TAs.

Para finalizar, a diretora perguntou às pacientes se elas tinham alguma sugestão ou crítica a respeito das atividades realizadas naquele dia, pois era muito importante ouvi-las para melhorar a intervenção.

Nadir disse que achou o grupo interessante e rico. Lívia disse que gostou muito do grupo. Ela acha que o grupo de apoio psicológico e o grupo de orientação nutricional oferecidos pelo serviço deveriam ser no formato do grupo realizado nessa pesquisa, por ser mais dinâmico e permitir técnicas de ação que vão além da conversa. Nadir concordou com Lívia, ao dizer que os grupos oferecidos no serviço são mais monótonos.

Lívia disse que nos grupos oferecidos pelo serviço são sempre abordados os mesmos temas, e que seria interessante ter outras formas de interação e outras atividades no grupo. Apontou que no grupo de nutrição seriam interessantes atividades mais práticas e para “interagir melhor” com os participantes. A questão dos grupos oferecidos pelo serviço terem a participação obrigatória dos pacientes também é algo que causa a insatisfação das mesmas.

Palavras como autoritário e maçante emergiram para se referirem aos grupos do serviço. A diretora encerrou o grupo agradecendo a presença de todos e dizendo estar feliz pela participação e o envolvimento das pessoas.

Como impressões gerais desse 1º Encontro foi percebido que houve um tempo maior voltado ao aquecimento inespecífico e específico, para poder oferecer aos participantes informações gerais sobre a pesquisa e o Psicodrama, e também para aquecer os participantes para a dramatização.

O aquecimento parece ter sido vantajoso, pois Nadir se mostrou bastante aquecida, realizando com rapidez as consignas propostas. Já Lívia estava mais retraída em realizar as consignas, mas se mostrou participativa e envolvida no processo.

O aquecimento específico foi revelador por oferecer imagens de como as pacientes adentraram ao tratamento. As imagens corporais e as frases que apareceram no solilóquio revelaram pacientes debilitadas, com medo, cansadas, desorientadas e culpadas.

Nadir foi a protagonista da cena, por se mostrar mais aquecida e por seu relato também abordar aspectos da fala de Lívia. A dramatização permitiu visualizar que a paciente, em seu primeiro contato com o profissional do serviço, estabeleceu um contato com um profissional que não parecia ter uma escuta qualificada e uma postura de acolhimento. A paciente, dessa forma, mostrou-se retraída e com medo de se comunicar com o profissional.

A técnica do duplo pôde revelar alguns pensamentos da protagonista que estavam implícitos como, por exemplo, o possível desagrado que ela acha que o médico psiquiatra deve ter ao atender as pacientes com TAs.

No compartilhamento, Lívia pareceu concordar com a dramatização de Nadir, identificando momentos semelhantes ao da protagonista, em seu primeiro contato com o serviço como, por exemplo, as perguntas feitas pelo médico psiquiatra que pareciam um roteiro. Já a protagonista afirmou ter se sentido surpresa em perceber que muitos sentimentos vivenciados em seu primeiro contato com o serviço ainda estavam presentes nela atualmente. A protagonista pareceu ter se sentido frustrada em não ter conseguido resolver algumas questões como o sofrimento de sua mãe, e ainda se ver com dificuldades relacionadas aos TAs.

Por último, as pacientes relataram terem gostado do grupo, e sugeriram que o Psicodrama fosse empregado nos grupos oferecidos pelo serviço, para torná-los menos enfadonhos e mais dinâmicos.

Uma análise geral do 1º Encontro, realizada pelo ego-auxiliar e pela diretora, mostrou um grupo bastante rico, pois ofereceu dados relevantes sobre o modo como as pacientes

chegam ao tratamento, e sobre o modo como elas percebem a forma como os profissionais as acolheram, nesse primeiro contato com o serviço.

5.2.3 2º Encontro da entrevista em grupo focal

A questão prevista para ser abordada nesse encontro era com relação à compreensão da equipe sobre o problema do paciente, e da ajuda que ele necessita. No entanto, logo no aquecimento inespecífico, Nadir, a única participante que compareceu ao encontro naquele dia, mostrou-se bastante mobilizada com o tema do 1º Encontro.

A diretora questionou Nadir sobre como tinha sido para ela participar do 1º Encontro da entrevista em grupo focal. Nadir (sempre com os braços cruzados) respondeu que achou interessante abordar cenicamente o primeiro contato com o serviço, pois a dramatização a fez reviver esse momento, sem, contudo sofrer. Antes, quando pensava nesse momento, emergiam sentimentos tristes e dolorosos, mas por meio do Psicodrama Nadir relatou que pode ver o primeiro contato com o serviço e com o profissional que a acolheu, com outro olhar. A participante disse que a dramatização dessa cena permitiu que a participante percebesse o seu primeiro contato com o serviço, por meio de uma visão distanciada e pode refletir sobre o que estava acontecendo naquele momento.

A diretora então optou por aprofundar esse assunto e esse acabou se tornando o tema do 2º Encontro. Nadir disse que por meio da dramatização, pôde pensar como se comportaria caso essa situação acontecesse novamente. Também disse que a técnica do duplo, realizada pela diretora com o papel do médico psiquiatra, permitiu que a paciente tivesse outro olhar sobre aquele profissional. Dessa maneira, Nadir pôde pensar que talvez o médico psiquiatra estivesse realmente tentando acolhe-la da melhor maneira possível.

A participante afirmou que a inversão de papéis permitiu que ela assumisse o papel do médico psiquiatra e pudesse perceber a realidade através da perspectiva desse profissional. Desse modo, parece que Nadir rompeu o pensamento “cristalizado” que tinha com relação ao psiquiatra e pôde vê-lo de outra forma, e de um modo mais empático.

Nadir disse que muito da percepção que ela tinha sobre o médico psiquiatra estava imbuída de sentimentos próprios que, por vezes, distorciam a “pessoa real” do médico psiquiatra, ou seja, “o que ele realmente é”. Nadir afirmou que começou a perceber a

existência desses sentimentos e como eles interferem na relação que possui com esse profissional. A participante refletiu, então, em como adquirir o equilíbrio entre perceber o que a pessoa realmente é, com as suas falhas e limitações, e a percepção que está influenciada pelos sentimentos e preconceções próprios com relação à pessoa. A usuária discutiu como olhar para o serviço de forma crítica, percebendo as suas falhas e limitações, e como avaliar criticamente a sua percepção, conseguindo distinguir o que é próprio dos profissionais e do serviço que as atende, e as percepções do serviço e dos profissionais que são influenciadas pelos sentimentos e projeções da paciente.

A diretora disse, então, que no Psicodrama há o conceito de Tele e de Transferência e explicou esses dois conceitos. A diretora comentou que Nadir parecia estar percebendo a relação transferencial que possuía com o médico psiquiatra, e tentando avaliar as suas projeções, preconceitos e sentimentos, para ter com ele uma relação que fosse mais télica.

Nadir comentou que, muitas vezes, quando achava que algum profissional do serviço estava tendo um pensamento crítico com relação a ela, na realidade era a própria usuária que projetava seus pensamentos na figura do profissional. Dessa forma, Nadir pareceu adquirir uma maior compreensão dos seus processos transferenciais e das projeções que estavam presentes em suas relações. Também, pareceu perceber a crítica e o menosprezo que tinha para consigo própria. A participante pareceu ter compreendido que o mecanismo de projeção a impedia de sofrer, pois a crítica que tinha sobre si mesma era projetada no profissional e, dessa forma, a paciente se colocava em uma atitude de vítima daquele que a criticava, se esquivando de sua responsabilidade no tratamento. Colocando a culpa na imagem do outro, Nadir compreendeu que se mantinha na postura passiva de vítima e evitava a responsabilidade da mudança de seus comportamentos.

No aquecimento específico, a diretora perguntou a Nadir como ela agiria em seu primeiro contato com o serviço e com o profissional que a acolheu, tendo agora a percepção de seus processos transferenciais e das suas projeções. Nadir disse que se focaria menos em alguns aspectos que considerou como “irrelevantes” como, por exemplo, uma cara sisuda do profissional, e se focaria mais nos objetivos do seu tratamento. Nadir também disse que tentaria relevar a cara “sisuda” do profissional e tentaria enxergá-lo como uma pessoa apta a ajudá-la. Assim, ao acreditar no potencial de ajuda do médico psiquiatra, a paciente confiaria mais nele. Relatou que, com o aumento da confiança, poderia ter se aberto mais a relação com o médico psiquiatra e contado os assuntos que julgava relevante para o seu tratamento.

Para iniciar a dramatização da cena, Nadir lembrou o momento de primeiro contato com o serviço, relatando verbalmente o que aconteceu. Surgiram, então, novos elementos na

cena. Como o local da sala de espera para os atendimentos do serviço é também o ambulatório de pediatria, Nadir relatou a presença de muitas crianças no local.

Nadir disse ter ficado olhando para as crianças com deficiência e em cadeiras de rodas. Também relatou ter ficado olhando para as crianças “magrinhas” e para as crianças “gordinhas” que estavam no local, e ter pensado como as crianças “gordinhas” viam essa diferença de peso com as crianças “magrinhas”.

Esse pensamento fez com que Nadir lembrasse quando era criança, e percebeu essa diferença entre ela (que era “gordinha”) e as outras crianças mais magras. Nadir, na infância, tentava descobrir a razão do por que era mais gorda. No entanto, ela não conseguia encontrar explicações do porque pesava mais do que as outras crianças, pois comia a mesma quantidade do que as outras. Nadir disse então que sempre se sentiu injustiçada com a sua situação em relação ao peso.

A diretora nomeou esse sentimento de injustiça como o “conflito” e pediu que Nadir escolhesse uma almofada que o representasse. A diretora perguntou a Nadir onde o conflito estaria posicionado na cena. Nadir posicionou o seu conflito, que estava representado pela almofada amarela, atrás da cadeira onde estava sentada.

Também, estavam presentes na cena as pacientes extremamente magras. Nadir relatou ter se incomodado muito com a magreza daquelas pacientes, em seu primeiro contato com o serviço. A diretora pediu que Nadir escolhesse uma almofada que representasse as pacientes extremamente magras. Para a paciente que estava mais ao seu lado na cena, Nadir escolheu uma almofada rosa, pois essa paciente se encontrava agitada e foi a paciente que reclamou da balança para o médico psiquiatra.

Haviam duas pacientes sentadas mais a frente de Nadir. Uma paciente estava muito magra e debilitada. Para essa paciente Nadir escolheu uma almofada azul claro (desbotado) e a colocou na cadeira onde a paciente estaria sentada. Para a paciente que estava com aspecto saudável Nadir escolheu o tom azul escuro e colocou a almofada na cadeira onde essa paciente estaria sentada. Também, estava presente na cena a mãe da paciente e Nadir escolheu a almofada de cor rosa para representar a sua mãe, pois ela estava atordoada com o estado da filha.

A diretora pediu que Nadir assumisse o papel de todas as pessoas representadas na cena, começando pela sua mãe. No papel de “mãe de Nadir”, Nadir assumiu uma posição corcunda, e de aparência triste. A diretora deu a consigna de que Nadir fizesse um solilóquio no papel de sua mãe. Nadir deu relatos de uma mãe desamparada, desesperada, “sem saber o que fazer” com o transtorno da filha, perplexa, culpada, se sentindo responsável pelo

adoecimento da filha, com medo de que a filha morresse, e com dúvidas a respeito do tratamento.

A diretora pediu que Nadir assumisse o papel da paciente representada pela almofada azul claro. Nadir assumiu a postura com a cabeça pendida para o lado, as mãos sobre o colo e a fala em tom de voz muito baixo. Nadir realizou um solilóquio dizendo: - Eu não quero que ninguém me veja. Todo mundo está vendo o quanto eu estou gorda e as pessoas estão falando que eu tenho que engordar mais. Eu só quero dormir. Dessa forma, Nadir pareceu ter feito o papel de uma paciente resistente ao tratamento, com medo de engordar e desanimada.

No papel da paciente representada pela almofada azul escuro, Nadir assumiu uma postura corporal com as pernas cruzadas e as mãos representando que a paciente estava segurando um livro. O tom de voz já se mostrava mais forte nessa paciente. No papel da paciente representada pela almofada azul escuro, Nadir revelou uma paciente ansiosa por ser atendida logo, com muitos compromissos a realizar, e cansada devido as suas inúmeras obrigações. Os temas que apareceram no solilóquio dessa paciente foram temas relacionados ao seu cotidiano e não estavam relacionados aos TAs e ao medo de engordar. No papel dessa paciente em melhores condições orgânicas, Nadir relatou que ela parecia sentir que o tratamento não era mais o seu lugar.

Após, Nadir assumiu o papel da paciente que não queria mais se pesar na balança do serviço. A postura corporal dessa paciente foi: pernas balançando (podendo demonstrar algum tipo de irritação ou ansiedade), olhar para cima, fala em ritmo rápido e em tom alto. Essa paciente demonstrou estar indignada com o seu peso aferido na balança do ambulatório, irritada com o médico psiquiatra, insatisfeita e cansada com a demora em ser atendida.

Nadir assumiu então o papel do seu conflito e se posicionou de pé, colocando as duas mãos no rosto. Suas falas pareceram demonstrar uma pessoa triste e frustrada com o seu peso corporal. Na dramatização Nadir disse: - Por que eu tenho essa barriga? Por que eu tenho que comprar roupa de adulto? Por que eu sou assim se as pessoas que são magras comem muito mais do que eu? Suas falas revelaram também o conflito entre a vontade de comer e o desejo de ser magra. Ela disse: - Eu quero ser magra, mas eu quero continuar comendo também. Eu não sei o que eu faço.

Por último, Nadir assumiu o próprio papel. Na dramatização, Nadir sentou-se com as mãos sob o colo e observou as pessoas que estavam ao seu redor na cena. A participante demonstrou estar assustada com o ambiente do hospital, ao expressar a frase: - Gente, eu quero ir embora daqui. Meu Deus do céu! Se eu ficar igual aquela ali [paciente que estava muito magra e estava esperando a consulta] eu estou no pau da rabiola. Também, Nadir

mostrou estar preocupada com a sua mãe. No entanto, parecia negar o TAs afirmando que o seu transtorno era uma fase: - Porque não tem o que ser resolvido também. Isso aqui é uma fase. Com o tempo eu acho que vai passar. E parecia resistir ao tratamento, como mostrou a frase: - Está quase chegando na hora deles me obrigarem a comer. E eu não vou comer. O que eu vou falar dessa vez. Quais vão ser as desculpas?

A cena da sala de espera foi desfeita e foi montada a cena em que a paciente entrou na sala do médico psiquiatra para ser atendida. A diretora pediu que Nadir assumisse o papel do médico psiquiatra e o ego-auxiliar assumisse o papel da paciente que não queria se pesar na balança do serviço. A cena se iniciou quando o médico chamou Nadir para entrar na consulta e a paciente que não queria se pesar na balança do ambulatório interrompeu o médico. No papel do médico psiquiatra, Nadir demonstrou bastante firmeza para a paciente (ego-auxiliar). Falou em um tom de voz alto e disse frases como: - Eu não vou te atender agora. Não é a sua vez de ser atendida. Por favor, X [nome da paciente que não queria se pesar na balança do serviço] você pode se sentar?

Então, a diretora assumiu o papel de Nadir na cena para poder entender melhor o seu papel. A diretora assumiu uma posição corporal com as mãos sob as pernas, o tom de voz baixo e o olhar para o chão. Nadir, no papel do médico psiquiatra, assumiu uma posição onde manteve os olhos voltados para o papel em que estava escrevendo, sendo que somente de vez em quando olhava para a paciente (diretora).

Nessa cena, o médico psiquiatra (Nadir) fez várias perguntas a Nadir (diretora) e garantiu pouco espaço para que ela se expressasse de forma detalhada a respeito de cada tópico perguntado. As várias perguntas, feitas às vezes uma após a outra, confundiu a paciente, pois ela não sabia qual das perguntas deveria responder primeiro.

Então, a diretora pediu que Nadir assumisse o seu próprio papel de paciente e o ego-auxiliar assumisse o papel do médico psiquiatra. A diretora pediu que Nadir, ao refazer a cena, buscasse formas alternativas para se comportar e tentar um desfecho mais satisfatório da situação dramatizada. Nessa cena, Nadir expressou melhor os seus sentimentos ao médico psiquiatra e revelou estar sentindo vergonha e culpa pelos seus TAs. A participante disse também ao médico que precisava de um tempo maior para conseguir se abrir com ele, e contar o que verdadeiramente estava acontecendo com ela. O médico psiquiatra (ego-auxiliar), olhando para a paciente, disse: - Olha, eu estou aqui para te ajudar. Assim, o médico mostrou-se mais compreensivo com a paciente na cena.

A atitude mais compreensiva do médico psiquiatra na dramatização pareceu ter ajudado Nadir a se abrir mais com ele, e a expor melhor os seus pensamentos e as suas

dificuldades. A participante sentiu-se à vontade em dizer, por exemplo, da sua felicidade em estar emagrecendo, apesar de saber que é errado não querer comer. Também, Nadir expôs ao médico psiquiatra (ego-auxiliar), na dramatização, o seu conflito de racionalmente saber que não está se comportando adequadamente com relação à alimentação, contudo a sua felicidade em estar cada vez mais magra.

Após essas dramatizações, foi iniciado o compartilhamento e os comentários a respeito do que foi dramatizado. Nadir disse que a dramatização a ajudou a “esclarecer mais as coisas” e a compreender melhor o seu problema. A participante relatou que, por meio da dramatização, conseguiu ter uma visão mais “organizada” de si mesma e do seu primeiro contato com o serviço. Dessa forma, a paciente disse que a dramatização a ajudou a pensar no primeiro contato que teve com o serviço de maneira mais clara, produtiva e organizada.

A diretora perguntou à participante se houve alguma mudança na forma como se realizou o diálogo com o médico psiquiatra, entre a primeira e a segunda dramatização. Nadir disse que na segunda dramatização pôde se sentir mais próxima do médico e que percebeu que o autoritarismo do médico foi menor, pois ele se mostrou mais compreensivo com a condição da paciente. Também, a participante relatou que ao dramatizar pela segunda vez a cena em que é atendida pelo médico psiquiatra, conseguiu se expressar de maneira mais sincera com ele, deixar de lado o seu sentimento de culpa, e dizer temas que tinha vergonha de abordar.

No processamento do 2º Encontro, a unidade funcional percebeu que a protagonista mostrou-se bastante aquecida, entrando com facilidade na dramatização dos papéis sugeridos. Foi observado que a protagonista estava bastante mobilizada pelo tema despertado no 1º Encontro, e que o 2º Encontro serviu como um momento para aprofundar o tema. O 2º Encontro permitiu que a protagonista ampliasse a sua percepção sobre a relação que estabeleceu com o médico psiquiatra, e com os fatores que foram relevantes em seu primeiro contato com o serviço.

Ainda, nesse 2º Encontro a protagonista relatou que conseguiu desenvolver uma relação mais empática com o médico psiquiatra, o que a levou a se abrir mais ao diálogo com esse profissional e a exercer a sua sinceridade. A protagonista relatou os avanços que o Psicodrama lhe ofereceu, como a possibilidade de organizar melhor os seus pensamentos com relação ao primeiro contato com o serviço.

5.2.4 3º Encontro da entrevista em grupo focal

No 3º Encontro estavam presentes Bianca e Nadir. A questão proposta no 3º Encontro foi: O que você acha a respeito da compreensão da equipe sobre o seu problema e da ajuda que você necessita?

Dessa forma, após o aquecimento inespecífico¹, a diretora realizou o aquecimento específico direcionado à questão do 3º Encontro. No aquecimento específico, a diretora pediu que caminhando pelo palco as participantes voltassem o seu pensamento para refletir sobre o que é ser uma pessoa com TAs, e percebessem em seus corpos as suas maiores necessidades, enquanto pessoas com TAs. A diretora, então, deu a consigna para que as participantes fizessem gestos ou esculturas corporais que melhor representassem a sua necessidade, enquanto pacientes que apresentam os TAs.

Bianca disse que precisava de uma maior compreensão e abertura, tanto por parte dos profissionais, como por parte dos pacientes. Ela afirmou que no momento atual se sentia presa e assumiu uma posição corporal com os braços cruzados a frente do corpo. A diretora pediu que Bianca fizesse um gesto que demonstrasse a compreensão. Ela então abriu os braços e as mãos, como se quisesse abraçar alguém, e disse que esse gesto representa o acolhimento.

A diretora perguntou para Nadir que palavras vieram a sua mente, por meio da posição em que estava (com as mãos na cabeça). Nadir, com a voz chorosa, respondeu: - Tensão, tristeza e imobilidade. Nadir disse que a sua maior necessidade, enquanto paciente com TAs, é o equilíbrio. A diretora pediu que Nadir fizesse um gesto ou posição corporal que representasse o equilíbrio. Para representar o equilíbrio em seu corpo, Nadir colocou sua coluna de forma mais ereta.

Após, a diretora deu a consigna de que, ainda caminhando pelo espaço, as participantes relembressem uma cena que ocorreu em seu tratamento onde as suas necessidades foram ou não compreendidas pela equipe. Depois de aproximadamente cinco minutos, Nadir relatou uma cena em que ela considerou que a sua necessidade não foi atendida por um dos profissionais do serviço. Na cena em questão, ela disse que contou para um médico do serviço que não estava conseguindo se olhar no espelho, porque estava se achando muito gorda. No entanto, de acordo com Nadir, ao invés desse profissional responder

¹ Os aquecimentos inespecíficos realizados em cada encontro foram alongamentos e movimentações corporais, que não serão descritos nesse estudo para tornar o texto mais objetivo e menos extenso.

a sua pergunta, ele apenas retrucou a mesma pergunta a Nadir dizendo: - Por que será que isto está acontecendo? Nadir afirmou que esse profissional manteve um “ar de dúvida” enquanto conversava com ela, como se implicitamente dissesse: - Você já está bem o suficiente para sentar aqui e dizer que você tem tanta distorção. Dessa forma, Nadir achou que não foi compreendida em sua necessidade quando estava contando essa sua dificuldade a esse profissional.

Bianca então relatou uma cena em que também não se sentiu compreendida em suas necessidades, quando o médico psiquiatra disse que ela era resistente ao tratamento, porque não queria tomar uma medicação. A participante relatou que havia tomado o medicamento por doze anos, e que não gostaria mais de tomá-lo por conta de alguns efeitos colaterais desse medicamento. Ao relatar esses efeitos ao médico, Bianca disse que gostaria que ele tivesse sido mais compreensivo, e que não a tivesse acusado de ser resistente ao tratamento. A participante acreditava que, porque o profissional a consultava uma vez a cada três meses, ele não possuía um vínculo mais profundo com ela, e não poderia avaliá-la como resistente.

Para a dramatização, a participante descreveu a cena compartilhada no aquecimento. Disse que, antes de conversar com o médico psiquiatra, conversou com o médico residente e disse para ele que gostaria de parar de tomar a medicação, pois há anos tomava esse medicamento, e ele estava lhe causando efeitos colaterais. O residente então saiu da sala para conversar com o médico psiquiatra responsável. Ao adentrar a sala, o médico responsável, antes de ouvir Bianca, disse que ela deveria parar de ser resistente ao tratamento, e que deveria continuar o uso do medicamento porque a paciente estava muito impulsiva e explosiva sem a medicação.

No entanto, Bianca afirmou na entrevista em grupo focal que ainda estava fazendo o uso do medicamento quando conversou com o médico residente. Por esse motivo, Bianca achou que o médico residente contou de uma maneira distorcida a sua fala para o médico responsável, quando foi transmitir a consulta que tinha feito com Bianca a ele. Isso pode ter feito o médico responsável entrar na sala de consulta rotulando Bianca como resistente ao tratamento, sem antes ouvi-la. Bianca reclamou do fato do médico psiquiatra não a ter escutado antes de chamá-la de resistente ao tratamento.

Após o relato da cena, a diretora pediu que Bianca assumisse o papel do médico responsável. Na dramatização, o médico responsável (Bianca) adentrou a sala dizendo que a paciente (ego-auxiliar) era resistente ao tratamento. De acordo com a dramatização, o médico psiquiatra falou a maior parte do tempo, e apenas depois Bianca disse para o médico sobre os efeitos colaterais que estava sentindo pelo uso da medicação, e que por isso gostaria de parar

de toma-la. Dessa forma, a participante disse que não teve a sua necessidade ouvida e compreendida pelo médico.

A diretora pediu que Bianca realizasse uma nova dramatização, mas que agora dramatizasse o modo como ela gostaria de ter sido atendida pelo médico. Como Bianca não quis mais dramatizar, a diretora assumiu o papel do médico e o ego-auxiliar continuou no papel de Bianca. Nessa segunda cena, a diretora dramatizou um médico mais aberto em ouvir as justificativas da paciente do por que ela desejava parar de usar a medicação. Ao final dessa última dramatização, Bianca disse que era dessa forma que gostaria de ter sido tratada pelo médico.

Após a cena de Bianca, a diretora escolheu Nadir para dramatizar a sua cena. Na dramatização, Nadir mostrou um profissional desconfiado com o sintoma de distorção da imagem corporal da paciente. Dessa forma, Nadir pareceu ter dramatizado um profissional que não confia no paciente e que também não busca respostas ou soluções aos problemas apresentados por ele.

A diretora então deu a consigna de que Nadir dramatizasse o papel do profissional, do modo como ela gostaria que ele tivesse agido. Pôde-se observar que nessa versão da dramatização Nadir dramatizou o profissional se portando de uma maneira mais investigativa e interessada, buscando colher dados a respeito da distorção da imagem corporal da paciente. O profissional investigou a frequência em que estava ocorrendo essa distorção da imagem corporal, se houve algum fato que gerou o aumento dessa distorção, ou se a paciente estava mais ansiosa ou mais nervosa. Além disso, o profissional ofereceu dados à paciente que poderiam explicar o aumento da sua distorção de imagem corporal. Assim, nessa dramatização o profissional se mostrou mais compreensivo, atencioso e ofereceu mais respostas às dúvidas da paciente.

Durante a fase do compartilhamento, Nadir disse que os profissionais deveriam ser mais bem preparados para atender os pacientes, pois agem como se nunca tivessem lido nada a respeito dos TAs, ou sobre a distorção da imagem corporal presentes nessas síndromes. Para Nadir, alguns profissionais do serviço tentam convencer os pacientes de que eles não estão gordos por meio de dados concretos como, por exemplo, o Índice de Massa Corporal (IMC). No entanto, conforme Nadir essa forma de agir do profissional é inútil ao paciente, pois ele mesmo sabendo que está correndo risco de morte sente satisfação em emagrecer, e insiste em ficar cada vez mais magro.

As participantes falaram desse conflito de saberem que estão muito debilitadas fisicamente, mas da sensação de prazer e vitória que é perder um (1) quilo. As participantes

disseram que os profissionais parecem não perceberem que tentar abordar a questão por meio de uma perspectiva objetiva e concreta, tal como o IMC, não resolve o assunto, pois a questão dos TAs assume uma perspectiva subjetiva. As participantes disseram que gostariam que houvesse uma conversa franca entre o profissional e o paciente e que, diante do caráter enigmático do transtorno, ambos buscassem alternativas que ajudassem a paciente a ter uma maior qualidade de vida e a compreender melhor a dimensão psicológica dos TAs.

Nadir afirmou que na graduação do curso de medicina é retirado tudo o que não tem objetividade. Os médicos, de acordo com a participante, não têm contato com nenhum assunto que seja de uma ordem mais subjetiva. Dessa forma, para Nadir o caráter enigmático dos TAs devido a sua complexidade psicológica é um desafio aos médicos.

Nadir, quando foi internada, sentiu esse despreparo dos profissionais em lidar com as questões emocionais dos pacientes. De acordo com a participante, se o paciente está em boas condições orgânicas e consegue se alimentar bem, o tratamento é visto como promissor, mesmo que o paciente esteja em intenso sofrimento psíquico. Bianca afirmou que alguns profissionais do serviço se atem a dimensão orgânica, e não valorizam os aspectos emocionais do paciente.

A diretora retomou o assunto da cena dramatizada por Bianca, e Nadir disse que os profissionais não devem sempre concordar com a paciente, mas que devem expor da melhor maneira possível o porquê de suas opiniões sobre o tratamento. Porém, Nadir afirmou que toda a justificativa dos profissionais se encerra na frase: - Você está resistente ao tratamento.

Bianca também disse que, muitas vezes, há um excesso de medicalização no tratamento. Nadir afirmou que a decisão sobre o uso das medicações fica exclusivamente sobre a responsabilidade da equipe, e que não há uma discussão com o paciente a respeito dos benefícios do uso de determinado medicamento ou de seus efeitos colaterais. Dessa forma, Bianca afirmou que muitas vezes os pacientes não fazem uso do medicamento, porque eles não entendem a sua utilidade e os seus benefícios. Ainda, Bianca disse que as pacientes com TAs são taxadas como manipuladoras pela equipe, e essa rotulação dificulta que as pacientes se tornem mais participativas e colaborativas no tratamento.

Ao encerrar a atividade a diretora perguntou o que as participantes acharam do encontro. Bianca disse que gostou do encontro, apesar de ser para ela uma atividade nova e, algumas vezes, constrangedora por causa da dramatização. No entanto, ela sentiu que a atividade a ajudou a se desinibir e a se expressar. Nadir também achou o grupo bom, pois considerou importante um ambiente em que não houvesse censura, tal como ela percebeu haver no serviço. Bianca criticou o serviço por ter regras muito rígidas, quando deu o exemplo

da obrigatoriedade da participação da família no tratamento, e pela censura que foi feita quando os pacientes criticaram alguns aspectos do serviço.

No processamento da unidade funcional foi observado que Bianca esteve pouco aquecida para dramatizar as cenas, no entanto se manteve participativa e colaborativa durante todo o processo. Com relação à questão abordada no encontro, pode-se perceber que as pacientes sentem que as suas necessidades não estão sendo atendidas, quando falta uma escuta qualificada do profissional em ouvir as suas demandas e permitir que sejam participativas nas discussões sobre o seu tratamento. Nos dois casos dramatizados, os profissionais não demonstraram abertura para tentar compreender o problema das pacientes e buscarem vias para que as dificuldades dos usuários fossem amenizadas.

Um dos fatores que pode ter contribuído para que a compreensão do problema do paciente não tenha se realizado é uma postura do profissional voltada ao modelo biomédico e com dificuldade em acolher dimensões mais psíquicas e subjetivas do paciente. O foco da assistência de alguns profissionais, de acordo com as participantes, parece estar voltado ao modelo curativo e com alvo no tratamento biológico. Dessa forma, os profissionais dialogam com as pacientes, buscando aderi-las ao tratamento com elementos como IMC, estado nutricional, e medicação sem, contudo, ouvirem as suas dificuldades emocionais e sentimentos. Foi dito ainda das regras rígidas e inflexíveis do serviço que, muitas vezes, parecem não “ouvir” as necessidades dos pacientes e de seus familiares.

5.2.5 4º Encontro da entrevista em grupo focal

Estiveram presentes no 4º Encontro Bianca, Nadir e Verônica. As questões abordadas no 4º Encontro foram: Como é a sua autonomia na participação das decisões sobre o seu tratamento? Como você participa das discussões que são realizadas sobre o seu tratamento?

Assim, após o aquecimento inespecífico, a diretora pediu que as participantes caminhassem pelo espaço, e que relembassem a sua chegada, a sua história, e o máximo de vivências possível que tiveram nesse serviço. A diretora deu a consigna de que as participantes percebessem como se sentiam com relação ao serviço, e onde localizavam esses sentimentos em seus corpos. Bianca, com os braços para baixo, fez um movimento com as

mãos como se quisesse expulsar algo. Disse que se sente “meio solta” com relação ao serviço e que não tem mais vontade de ir a ele.

Nadir estava com uma feição triste e disse se sentir ingrata, porque acreditava que o serviço tinha uma intenção positiva ao proporcionar situações para que os pacientes melhorassem, porém Nadir achou que não estava colaborando com o serviço como eles colaboravam com ela. O sentimento de ingratidão foi expresso através de um solilóquio onde Nadir disse palavras como tristeza, sono, desanimo, e sentimento de culpa. A ingratidão de Nadir com relação ao serviço também foi expressa com o gesto da participante de fechar os olhos.

Verônica disse que ultimamente tinha ficado muito ansiosa e irritada quando vinha ao serviço. Ela se sentia irritada porque não conseguia transmitir aos profissionais os seus sentimentos e dificuldades. Para representar a sua irritação, Verônica fez uma postura com os braços cruzados na frente do corpo, na altura do ventre.

Verônica foi escolhida como protagonista da dramatização porque a sua tentativa de estabelecer um diálogo com a equipe relacionou-se ao tema das questões abordadas nesse encontro, que é a participação do usuário no tratamento. Na dramatização, Verônica disse que tem o desejo de que o serviço a receba com os braços abertos, e abre bem os seus braços. No entanto, quando a diretora perguntou como a participante achava que o serviço a estava recebendo nesse momento de tratamento, ela disse que o serviço a estava recebendo com os braços nem muito abertos e nem muito fechados (uma distancia de meio metro entre as palmas).

A diretora pediu então que Verônica fizesse a imagem corporal de como ela chegava ao serviço. Verônica dramatizou a sua chegada ao serviço com os braços bem fechados e cruzados na frente do corpo. A diretora perguntou se a distância entre a paciente e o serviço (dramatizado pelo ego-auxiliar) estava boa (meio metro). Verônica disse que, apesar de desejar que a distância entre o serviço e ela fosse mais próxima, a distância de meio metro estava bem representada. A diretora perguntou se o serviço estava de frente para ela, de lado, ou de costas, e a paciente respondeu que o serviço estava de lado, mas ela estava de frente para o serviço. Quando a diretora perguntou à participante se essa posição estava satisfatória para representar a sua relação atual com o serviço, ela mudou seu gesto e abriu os braços em cerca de meio metro, contudo disse ter sentido medo. Então ela escolheu o gesto anterior, onde seus braços estavam cruzados à frente do corpo.

A diretora pediu que Verônica invertesse os papéis, e no papel do serviço realizasse um solilóquio do que o serviço provavelmente diria naquela cena. Porém, Verônica pareceu

não estar aquecida para desempenhar o papel do serviço. Então a diretora pediu que Verônica escolhesse alguém da plateia para desempenhar o papel do serviço e alguém para desempenhar o seu papel enquanto paciente. A eleita para desempenhar o papel de serviço foi Nadir e a eleita para desempenhar o papel de Verônica foi o ego-auxiliar. A diretora deu a consigna de que Nadir, no papel do serviço, realizasse um solilóquio. Ela disse: - O que você espera de mim, Verônica? [pausa] Eu acho que eu estou precisando apontar algumas coisas para você, para você melhorar, às vezes de forma dura. Eu não sou tão flexível como a Verônica gostaria que eu fosse, e nem pretendo ser. Ela [Verônica] pode manter as expectativas baixas em relação a mim.

A diretora perguntou ao ego-auxiliar como ele estava se sentindo no papel de Verônica. O ego-auxiliar disse que estava se sentindo um pouco irritado, porque precisava chegar mais perto do serviço e precisava que o serviço chegasse mais perto dele. A diretora perguntou à Verônica, que estava assistindo a cena, se o que foi dramatizado correspondia ao que ela sentia com relação ao serviço e Verônica respondeu que correspondia muito. Então a diretora pediu que Verônica assumisse o papel do serviço, e se posicionasse do modo como ela gostaria que fosse a sua relação com o serviço. Após Verônica dizer que gostaria que a sua relação com o serviço fosse mais próxima, o serviço (Verônica) abriu completamente os seus braços e esboçou um sorriso.

Então a diretora deu a consigna de que Verônica desempenhasse o seu papel de paciente e representasse corporalmente o modo como ela gostaria de se relacionar com o serviço. Verônica escolheu novamente Nadir para desempenhar o papel do serviço. A paciente (Verônica) tentou abrir os braços completamente, mas disse que tinha medo. A diretora pediu que ela colocasse esse medo na dramatização, e disse: - Como você acha que é se abrir, mas com medo? Verônica oscilou entre abrir e fechar os braços. Então com ajuda da diretora assumiu a posição com os braços meio abertos e com as mãos e dedos se movimentando de um lado para o outro. A diretora teve a impressão de que suas mãos e dedos movimentando-se se assemelhavam a uma antena que buscava captar o clima dessa relação entre o serviço e a paciente.

Verônica disse do seu medo de se abrir para as relações com os profissionais do serviço, quando esses demonstram alguma abertura para com os pacientes. Então a diretora perguntou de que forma poderia ser essa relação entre o profissional e o paciente para que Verônica não se assustasse tanto com a abertura dos profissionais. A diretora perguntou: - Como você acha que conseguiria acessar esse profissional e discutir com ele a respeito do seu tratamento? Como você acha que conseguiria ter um melhor Vínculo com esse profissional?

Verônica respondeu que teria uma relação mais próxima com os profissionais se eles a ouvissem mais, não fizessem uma pergunta atrás da outra, e que a olhassem nos olhos. A diretora perguntou então como o papel do serviço poderia ser dramatizado com essa atitude mais acolhedora. Verônica assumiu então o papel do serviço e perguntou para o ego-auxiliar (Verônica): - Como você está hoje, Verônica? Como você está se sentindo? Nesse momento o serviço (Verônica) estava de frente para Verônica (ego-auxiliar), com os braços semiabertos e estabelecendo um contato visual com a paciente.

A diretora pediu que Verônica invertesse os papéis com o ego-auxiliar e desempenhasse o papel de paciente. Verônica no papel de paciente assumiu a posição anterior, com os braços semiabertos e suas mãos e dedos movimentando-se. A diretora perguntou como Verônica estava se sentindo e ela disse que estava se sentindo bem nessa cena. A diretora perguntou se agora a paciente conseguiria se aproximar mais do serviço (ego-auxiliar). A paciente respondeu que um pouco. A diretora perguntou se o serviço parecia estar mais receptivo, olhando-a nos olhos, ou escutando-a mais e Verônica afirmou que sim.

Na etapa de compartilhamento, Bianca disse que achava que o serviço se abria em alguns momentos para ouvir as demandas e as necessidades dos pacientes, mas que se “fechava” rapidamente. Também, disse que o serviço não apresentava abertura para que os usuários participassem das discussões e decisões sobre o tratamento, e que ele não tinha flexibilidade para se adaptar às necessidades dos usuários. Bianca disse: - Eles até se esforçam para te ajudar, mas de acordo com o que está estabelecido ali. No entanto, apesar de sua fala, Bianca também assumiu a sua parcela de responsabilidade, ao dizer que não conseguia se abrir inteiramente para a relação com o serviço, porque não acreditava que ele estivesse totalmente aberto para ela.

Verônica disse que apesar de ter sido recebida de forma acolhedora e agradável pelos profissionais do serviço no começo do seu tratamento, afirmou que vir ao serviço atualmente era algo muito difícil, porque buscava o serviço temendo que ele não a recebesse de braços abertos. De acordo com a participante, em momentos passados existiam profissionais mais agradáveis no serviço, e agora parecem existir profissionais que transmitem uma insegurança aos pacientes. Verônica disse que o mesmo profissional pode mudar a maneira de tratar os pacientes, dependendo do dia. Ela disse: - Mesmo que às vezes você encontre um profissional que venha de braços abertos para você nas primeiras relações com você, têm uns dias que você chega e ele está diferente. A participante considerou necessário sentir confiança no profissional para poder se abrir para a relação com ele.

Verônica deu o exemplo de uma médica do serviço que foi muito amistosa e com quem a usuária conseguiu estabelecer uma relação de confiança, pois escutava a paciente e a olhava com atenção. Dessa forma, Verônica pôde se sentir a vontade em dizer coisas muito íntimas para essa profissional. Verônica disse da diferença existente entre um profissional que é atencioso e preocupado com o bem estar do paciente, daquele que só se preocupa com a medicação administrada. A paciente pareceu dizer que o bom profissional é aquele que enxerga, além da anorexia nervosa e da bulimia, a pessoa da paciente. Verônica pareceu depositar nesse “bom profissional” a cura de seu TAs, com a frase: - Encontrei uma pessoa que vai me ajudar. Encontrei uma pessoa que vai me livrar dessa situação. Para o processo de cura, Verônica disse que seria necessário que os profissionais a auxiliasse na busca de um controle emocional para conseguir enfrentar os TAs, e relatou que o profissional deve ser um parceiro, e não apenas responsabilizar a paciente pelo seu descontrole emocional. A paciente contou que em momentos passados havia no serviço profissionais mais sensíveis e atenciosos, que a ajudaram a enfrentar os TAs, porém percebeu que atualmente falta um profissional mais compreensivo no tratamento.

A diretora perguntou para Nadir o que ela poderia dizer da dramatização realizada. Nadir achou interessante como os pontos de vista dos participantes presentes no grupo eram diversos. Nadir disse que as cenas dramatizadas no Psicodrama a fizeram pensar no quanto as impressões sobre serviço tinham influencias das opiniões de cada um, porque os profissionais que Verônica citou como sendo profissionais agradáveis e que a tinham ajudado, eram maus profissionais para Nadir.

Verônica relatou, no entanto, que essa profissional que a ajudou somente fez isso quando a paciente tentou estabelecer um diálogo com essa profissional e expôs as suas dificuldades de forma detalhada. Verônica disse que foi muito difícil se abrir para essa profissional e associou a sua “abertura” com o ato de ter que “tomar um remédio muito amargo”, que apesar de ser ruim é necessário para a sua melhora.

O grupo refletiu sobre a dificuldade dos pacientes em se abrirem para a relação com os profissionais e Nadir discorreu sobre a responsabilidade que os pacientes possuem na forma como se estabelece essa relação. Nadir disse: - A gente quer, quer, quer abertura. Mas será que a gente está preparada para essa abertura? Será que quando a gente tem essa abertura a gente não assusta?”. Assim, a participante disse que através das entrevistas em grupo focal estava ficando cada vez mais ciente da responsabilidade que ela tinha na construção do Vínculo com o profissional.

Bianca também achou que a qualidade da relação com o profissional dependia em parte do paciente, mas criticou a rotatividade de profissionais como um dos fatores que prejudicava a qualidade dessa relação.

Verônica falou que as alterações de humor que os TAs provocavam também dificultavam a formação do Vínculo com os profissionais, já que às vezes ela estava se sentindo ótima e conseguia se abrir para o profissional, mas em outros momentos estava se sentindo péssima e já se irritava com o mesmo.

Por fim, a diretora perguntou como as participantes estavam se sentindo ao final do grupo. Bianca, que havia pedido para sair quinze minutos mais cedo, não estava mais presente nesse momento. Verônica disse que, apesar de ter ficado com medo no início da atividade, estava mais tranquila agora. Nadir disse que o encontro estava fazendo com que ela visse a realidade do que acontece no tratamento, pois com o Psicodrama ela pôde se distanciar da situação vivenciada e ver o serviço como um todo. Nadir fez uma analogia entre o Psicodrama e uma peça de teatro para explicar que o Psicodrama, tal como uma peça de teatro, permitiu que ela observasse o tratamento de uma maneira mais global. Dessa forma, Nadir disse que o seu olhar fragmentado sobre o serviço pareceu estar se ampliando por meio das dramatizações.

No processamento desse 4º Encontro a diretora e o ego-auxiliar levantaram alguns pontos que estavam sendo frequentes em cada encontro como, por exemplo, a rigidez de algumas regras do serviço, e a falta de uma escuta qualificada de alguns profissionais. A unidade funcional discutiu sobre as características de funcionamento do serviço, que possuía alguns elementos semelhantes a uma abordagem biomédica, tal como o foco na sintomatologia do problema, e a não compreensão do paciente de uma maneira integral.

5.2.6 5º Encontro da entrevista em grupo focal

O 5º Encontro teve uma característica peculiar, por ter tido o maior número de participantes de todas as entrevistas em grupo focal realizadas nesse estudo. Nesse encontro estiveram presentes: Nadir, Bianca, Vivian e Ana Beatriz. O tema abordado no 5º Encontro foi: Como a equipe o trata em termos de respeito e dignidade? Como você sente que os profissionais o acolhem?

Para aproveitar o maior número de participantes e colher um maior número de dados a respeito do tema investigado, a pesquisadora realizou um aquecimento inespecífico rápido. No aquecimento específico a diretora deu a consigna de que as participantes, em um trabalho conjunto e com a utilização de almofadas, construíssem no palco um “quadro” que representasse as várias atividades presentes no tratamento.

As participantes foram relembando as várias atividades oferecidas pelo serviço. Depois que fizeram um levantamento de todas as atividades presentes no serviço, as participantes escolheram uma almofada para representar cada atividade. A primeira atividade escolhida foi a que se refere à consulta com o médico psiquiatra. Para essa atividade as participantes escolheram o colchonete preto. A escolha da cor preta para representar a atividade de consulta com o médico psiquiatra foi para dar a conotação de que essa consulta é uma atividade desgastante e difícil de ser enfrentada pelas pacientes. O grupo de orientação nutricional aos pacientes foi considerado “mais ameno”, e por isso as participantes o representaram com a almofada rosa. O apoio psicológico breve que é realizado entre as consultas foi representado pelas participantes com a almofada amarela porque foi considerada uma atividade irrelevante. As participantes qualificaram o grupo de apoio psicológico às pacientes como um pouco tenso, e por isso escolheram o colchonete preto para representá-lo. De acordo com as participantes, a consulta com o médico nutrólogo e com a nutricionista tem níveis de tensão variáveis dependendo do dia, e por isso elas foram representadas com as almofadas de cor laranja (tensão) e uma almofada da cor rosa (amenidade).

Vivian representou a sua psicoterapia por um banco de madeira, e disse que a psicoterapia lhe dava sono e que ela parecia estar sempre sem assunto durante as sessões. Nadir escolheu uma cadeira para representar o processo de transição entre a troca do seu psicoterapeuta por outro. Bianca e Ana Beatriz escolheram a cor laranja para representarem a tensão de ir à psicoterapia, pois apesar de fazê-la resistem um pouco ao processo psicoterapêutico.

A diretora perguntou se a disposição das almofadas que estavam representando as “psicoterapias” no palco estava correta. Apenas Vivian disse que a disposição de sua psicoterapia não estava bem representada, porque ela realizava a psicoterapia em uma cidade que não era a do serviço e o psicoterapeuta não tinha tanto contato com o tratamento. Por isso o banco de madeira que estava representando a psicoterapia de Vivian foi afastado do restante das almofadas.

Então, Nadir propôs que se representasse o momento de pesagem das pacientes, que foi representado por várias almofadas pretas. As participantes disseram que o momento de

pesagem é desagradável e tenso, porque não gostam como as auxiliares de enfermagem as tratam. Ana Beatriz disse que é desagradável o modo como as auxiliares de enfermagem gritam seus nomes no ambulatório, para chamar os pacientes para a pesagem.

Dessa forma, as atividades ficaram representadas no palco como mostra a Figura 1:

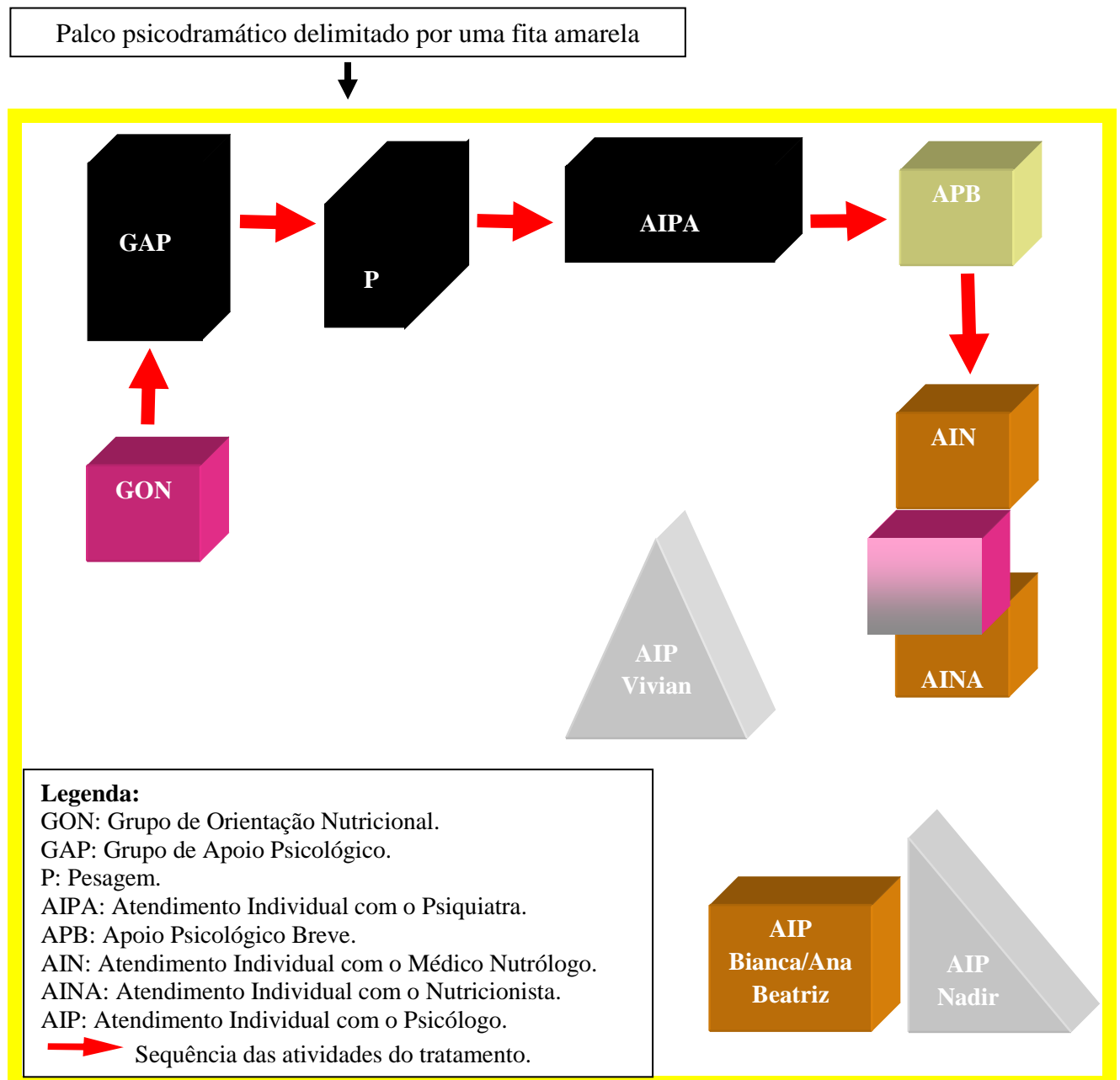


Figura 1 - Esquema das atividades oferecidas pelo serviço

Na fase de dramatização a diretora pediu que as participantes assumissem os papéis de cada atividade do serviço, representadas pelas almofadas, bancos e cadeiras, e fizessem um solilóquio com relação ao respeito e ao acolhimento oferecidos pelos profissionais aos pacientes, em cada uma dessas atividades.

De modo geral, as participantes consideraram os profissionais do grupo de orientação nutricional educados, amigáveis, e acessíveis. A maioria dos participantes achou que os coordenadores do grupo de apoio psicológico não conduzem adequadamente o grupo, porque frequentemente o tema discutido recai nos TAs, e não aborda assuntos diferentes. Algumas participantes também reclamaram da forma infantilizada como os coordenadores do grupo de apoio psicológico tratam os pacientes, da falsa amabilidade que aparentam ter, e do pré-julgamento que fazem dos pacientes. Também, acharam que anteriormente o grupo era mais bem conduzido, pois havia profissionais que conseguiam acolher melhor os pacientes.

A atividade de pesagem na balança foi vista como algo tenso, horrível, e desagradável. Bianca não gostou da forma como a atividade de pesagem foi conduzida pelas auxiliares de enfermagem, porque elas gritaram os nomes das pacientes que iriam se pesar, o que causou uma sensação de invasão de privacidade nas participantes. Ana Beatriz achou que não existia respeito das profissionais na condução dessa atividade, porque as profissionais não compreendiam que o peso era um aspecto muito pessoal das pessoas com TAs. Ana Beatriz disse que preferia que os profissionais do serviço realizassem a atividade de pesagem dos pacientes, e não os auxiliares de enfermagem, pois eles não têm preparo para exercer tal conduta. Nadir considerou as profissionais que realizam a pesagem como pessoas grosseiras e disse que se o modo de tratamento dessas profissionais fosse mais amável, talvez ela conseguisse transformar o momento da pesagem em um momento “não ruim”.

No que se refere à consulta com o médico psiquiatra, Bianca disse que odeia essa atividade, pois não se sentiu acolhida pelo profissional, e não sentiu que existia uma relação terapêutica. Ela achou que a rotatividade de médicos residentes do serviço dificultou que os médicos psiquiatras conhecessem as pacientes e a sua história diagnóstica. Essa rotatividade impediu o estabelecimento do Vínculo entre a paciente e o médico psiquiatra. Ainda, Bianca achou que na consulta com os médicos psiquiatras foi impedida a autonomia dos pacientes, pois quando o paciente questionou demais algum aspecto do tratamento, não foi bem visto pelo médico.

Ana Beatriz classificou como tensa a consulta com o médico psiquiatra porque a rotatividade de médicos dificultou a relação profissional-paciente. A falta de um Vínculo e de uma intimidade com o profissional fez com que a paciente não sentisse abertura para expor a sua vida privada. Ana Beatriz disse que apesar do médico psiquiatra fixo no serviço ser algumas vezes ríspido e autoritário, conseguia se expor melhor, pois tinha com ele um maior Vínculo. Vivian também concordou que a rotatividade de profissionais era uma questão problemática no serviço.

Nadir achou que a relação com os médicos psiquiatras do serviço foi complicada pela questão da rotatividade de profissionais que dificulta o Vínculo; pelo fato dos pacientes serem atendidos por médicos residentes, que conforme Nadir, são mal preparados para tratar as pacientes com TAs; e por muitos profissionais possuírem uma visão estereotipada dos TAs e conhecerem pouco as características do transtorno.

Com relação ao atendimento psicológico breve, Nadir relatou não entender a finalidade desse atendimento. A participante não soube se a atividade era para abordar como a paciente estava se sentindo no tratamento no dia da consulta, ou se era para abordar como estava a paciente em termos psicológicos, de uma maneira geral. Nadir considerou o tempo disponível para esse atendimento curto para o objetivo a que se propunha. Em termos do modo como os profissionais que realizavam o atendimento psicológico breve tratavam a paciente, Nadir disse que eles tinham a mesma amabilidade falsa apresentada pelos profissionais que conduziam o grupo de apoio psicológico aos pacientes.

Bianca disse que também não sabia para que servia essa atividade e que achava o tempo e a frequência oferecida para a atividade poucos. Dessa forma, disse que não havia oportunidade para a construção de Vínculos e para que a paciente se sentisse a vontade para se expor. Bianca e Vivian disseram que os profissionais dessa atividade a respeitavam e eram cordiais, mas eram profissionais com quem as pacientes não possuíam Vínculo. Ana Beatriz também não entendeu a finalidade do atendimento psicológico breve e achou que porque o dia de consulta era muito sobrecarregado com várias atividades, a inserção de mais uma atividade como o apoio psicológico breve era desnecessária.

Nadir retomou o assunto de que os profissionais a tratavam de maneira infantilizada e com uma “amabilidade falsa”. Disse que essa atitude dos profissionais transformava os pacientes em “vítimas” e retirava a possibilidade de que elas fossem tratadas como pessoas autônomas e adultas. Vivian também disse se sentir irritada com a forma infantilizada com que alguns profissionais a tratavam, pois percebia que esse modo de lhe tratarem se repetia em sua família, e tirava dela a sua autonomia. Nadir e Vivian disseram que gostariam de serem tratadas com mais maturidade pelos profissionais do serviço e por suas famílias.

Ao olhar o papel do atendimento com o médico nutrólogo as pacientes disseram que a sua relação com esse profissional era muito difícil de ser avaliada, porque muito raramente foram atendidas pelo médico. Nadir relatou que quando foi atendida pelo médico nutrólogo a consulta se resumiu a investigação sobre os sintomas orgânicos da paciente, e que não foi feito um acompanhamento mais próximo do seu caso, pois ela ainda estava tomando remédios que já não eram necessários. Nessa consulta Nadir reclamou que não foi ouvida quando

perguntou ao médico dúvidas a respeito do tratamento. As pacientes tiveram opiniões semelhantes sobre o médico nutrólogo e afirmaram que a utilidade do médico no serviço foi exclusivamente para pedir exames.

Com relação ao atendimento nutricional, Vivian disse que gostava mais da nutricionista anterior que atendia no serviço, porque percebia que o interesse dela na melhora da paciente era maior. Vivian disse que apesar dessa antiga nutricionista ser mais rígida, ela passava aos pacientes uma segurança de que estava fazendo bem o trabalho dela. Nadir relatou que essa nutricionista demonstrava ser uma profissional interessada no paciente, pois caso a paciente tivesse alguma dúvida, essa profissional buscava respostas e se mobilizava para tentar atender as necessidades da paciente. Era também uma profissional que construía junto com as pacientes as alternativas para tornar o tratamento mais viável e acessível a elas. Ana Beatriz também considerou satisfatório o Vínculo que ela construiu com a sua nutricionista atual, pois relatou ser uma profissional que ouvia a paciente, demonstrava paciência, e mostrava as alternativas para que a paciente pudesse seguir o tratamento. Nadir criticou a nutricionista que a atendeu no passado, porque ela errou um conceito básico de biologia, e disse que a nutricionista que a está atendendo atualmente pareceu ser um pouco despreparada, pois às vezes ficou sem reação e não tentou buscar alternativas para o tratamento junto com a paciente. Bianca disse que se sentiu muito acolhida pela sua nutricionista atual, pois foi uma profissional que lhe transmitiu confiança, e que demonstrou interesse pela pessoa da paciente. Bianca acrescentou que essa profissional ofereceu novas propostas de tratamento, e que esclareceu alguns aspectos do comportamento alimentar da paciente que às vezes ela própria não percebia.

Por último, foi abordado o atendimento psicológico individual. Nadir disse que não conseguia criar o Vínculo com as psicólogas devido à rotatividade de profissionais, e porque as psicólogas com quem teve contato a tratavam de uma forma infantilizada. Vivian achou que a sua psicóloga fazia um “bom trabalho”, não a desrespeitava, e era amigável, contudo a participante afirmou que tinha dificuldade de se comunicar com a psicóloga quando ia à sessão. Ana Beatriz considerou que, apesar da psicóloga a respeitar, a ouvir e a compreender, a sua relação com a psicóloga era tensa, porque às vezes não tinha vontade de comparecer à sessão, e em se abrir para a profissional. Bianca se sentiu vinculada à psicóloga, mas disse que ainda não conseguia se abrir totalmente para a relação com ela, e por isso considerava a psicoterapia uma atividade tensa.

Nesse 5º Encontro pode-se dizer que aquelas atividades que abordaram aspectos mais psicológicos, como o grupo de apoio psicológico, a consulta individual com o médico

psiquiatra, e a psicoterapia foram percebidas pelas participantes como atividades tensas. Foi visto ainda que o apoio psicológico breve pareceu ter pouca utilidade, pois as pacientes não entenderam o objetivo dessa atividade. Também, se observou que a rotatividade de médicos psiquiatras e alguns psicólogos, e a baixa frequência de consultas com o médico nutrólogo dificultaram um maior Vínculo dos pacientes com esses profissionais.

Com relação ao tema do 5º Encontro, foi visto que, de acordo com as participantes, a falsa amabilidade de algumas psicólogas, a postura desrespeitosa das profissionais que realizam a pesagem, e a postura ríspida e autoritária de alguns médicos psiquiatras foram comportamentos rejeitados pelas pacientes e que pareceram não contribuir para o tratamento. Em contrapartida, foram classificados como bons profissionais aqueles que se mostravam interessados, que propuseram alternativas e soluções para os problemas apresentados, e que foram respeitosos com os pacientes.

5.2.7 6º Encontro da entrevista em grupo focal

A participante que compareceu ao 6º encontro foi Bianca. A questão abordada nessa sessão foi: Como é o serviço em termos de conforto, aparência e condições gerais das instalações?

Após o aquecimento inespecífico, a diretora deu a consigna de que Bianca escolhesse um aspecto físico do serviço que ela gostaria de modificar. Bianca disse que a primeira coisa que ela modificaria no serviço seria retirá-lo do hospital e colocá-lo em uma das casas existentes no *campus* da USP. Bianca escolheu a almofada laranja para representar o serviço fora da estrutura do hospital. A participante disse que o serviço localizado dentro do hospital possuía um “clima pesado” em decorrência do ambiente que acolhia muitas pessoas doentes e em sofrimento.

A diretora pediu que a participante representasse com a almofada o *campus* da USP. Bianca escolheu o colchonete preto para representar o *campus* da USP pelo seu tamanho. Assim, Bianca colocou a almofada laranja, que representava o serviço fora do ambiente hospitalar, encima do colchonete preto, e escolheu a almofada azul escuro para representar o hospital e a colocou na mesma almofada. No entanto, apesar do serviço estar localizado fora do *campus* da USP Bianca afirmou que o Vínculo dele com o hospital não seria rompido, e

que as participantes poderiam ter acesso às internações, aos exames e aos medicamentos oferecidos pelo hospital.

Bianca disse que a outra vantagem do serviço estar localizado em uma casa fora do hospital seria evitar o clima tenso do ambiente hospitalar, e ter um acesso mais facilitado para entrar no tratamento. A participante relatou que a entrada dos pacientes e dos familiares no hospital era muito controlada, o que dificultava o fluxo livre de pacientes e familiares no ambiente do tratamento. Para exemplificar o seu relato, Bianca contou que um dia tentou entrar no hospital para remarcar uma consulta, mas a sua entrada foi barrada pelos guardas da portaria porque não era o dia do seu retorno.

A diretora escolheu uma almofada amarela e a colocou em outro ponto dentro do palco e disse que essa almofada representava a casa onde estaria o serviço de assistência às pessoas com TAs. A diretora deu a consigna de que a participante escolhesse o que poderia ser construído dentro dessa casa e que estivesse relacionado com a aparência, o conforto e a estrutura geral do serviço.

Bianca disse que a primeira coisa que deveria ser construída nessa casa seria uma recepção mais aconchegante, e com uma pessoa para acolher melhor os pacientes e direcioná-los dentro do serviço. Bianca escolheu a almofada azul para representar a recepção. A participante disse que o azul representava uma cor aconchegante e que trazia paz.

A recepção construída dentro dessa casa seria bem diferente da recepção que existe atualmente dentro do hospital. De acordo com Bianca, no hospital as recepcionistas estão atrás de um painel de vidro que distancia e dá a impressão de que elas estão com medo de terem um contato maior com os pacientes. Já na casa, a recepção seria construída sem o painel de vidro, e faria com que a recepcionista estivesse mais próxima e mais disponível para atender os pacientes. De acordo com Bianca, o maior contato que ela poderia ter com a recepcionista da casa trariam um maior aconchego e acolhimento ao serviço.

Além disso, conforme Bianca relatou, a forma como o serviço do hospital estava estruturado em termos físicos dificultava uma relação de maior proximidade com os recepcionistas. Já na casa, o modo como o serviço seria estruturado facilitaria uma maior abertura e espaço para a comunicação entre a recepcionista e o usuário, e isso poderia levar a uma maior proximidade entre eles.

Com relação ao conforto do serviço investigado, Bianca disse que as cadeiras de plásticos da sala de espera eram muito duras e desconfortáveis, e que a sala onde os grupos de pacientes eram realizados era pequena e tinha muita exposição ao sol, deixando o ambiente quente.

Para iniciar a dramatização, a diretora pediu que Bianca construísse os ambientes dessa casa. A participante construiu, primeiramente, a sala onde seriam realizados os grupos dos pacientes. A participante imaginou uma sala maior para a realização dos grupos, e por isso escolheu duas almofadas rosa unidas para representar o tamanho amplo da sala, colocando-a próxima a almofada azul, que estava representando a recepção. Bianca achou que dentro da sala onde os grupos seriam realizados poderia haver cadeiras almofadadas para um maior conforto e uma cortina para impedir a entrada do sol.

A participante também disse que a sala de grupos do hospital estava sempre empoeirada, e por isso a sala de grupos da casa deveria sempre estar limpa. As cadeiras almofadadas, a cortina e a limpeza da sala deixariam, conforme Bianca, o ambiente mais aconchegante.

De acordo com a participante, cada profissional continuaria a ter a sua sala de consulta. Bianca escolheu duas almofadas laranja para representar as salas de consulta e disse que, porque elas estariam fora do ambiente hospitalar, poderiam ser mais limpas e amplas. Bianca disse que a estrutura do hospital, que é antiga, contribuiu para que o serviço possuísse uma aparência de sujo e mal cuidado. Por isso Bianca imaginou um local mais organizado, mais limpo e com móveis mais novos para a sala de consulta.

A participante também disse que os familiares dos pacientes também se sentiriam mais a vontade esperando em uma recepção mais confortável e em um ambiente específico para o tratamento dos TAs. No local onde o serviço se encontra atualmente está a presença de outras pessoas com diversas enfermidades e também crianças, pelo fato desse local ser um ambulatório infantil. De acordo com a participante, um ambiente específico para o tratamento dos TAs faria com que os pacientes e os familiares percebessem uma maior privacidade.

A diretora perguntou à participante como ela imaginava o ambiente de pesagem. Bianca disse que a pesagem poderia ser realizada dentro do consultório e pelo nutricionista. Esse ambiente para a pesagem também garantiria uma maior privacidade para os pacientes.

Bianca achou que seria pertinente existir uma sala dentro da casa para a realização de psicoterapias individuais. A participante afirmou que já realizava atendimento psicológico em uma das casas do *campus* e que esse ambiente trazia à psicoterapia uma “leveza”, que a distanciava do clima “pesado” existente no HC. A participante escolheu a almofada azul claro para representar a sala de psicoterapia.

A diretora perguntou sobre os banheiros e sobre a cozinha da casa, e Bianca escolheu a almofada amarela para representar ambos os espaços. De acordo com Bianca, a cozinha

deveria oferecer água e, como o tempo que os participantes passavam no tratamento era longo, poderia haver bolachas e petiscos para os pacientes.

Conforme Bianca, não houve dentro do serviço a possibilidade de refeições ou lanches para os pacientes, pois a lanchonete que existia dentro do hospital fechou. Bianca disse que apesar do hospital oferecer água aos pacientes, ela tinha nojo de utilizar os bebedouros e preferiria bebedouros que utilizassem copos.

Com relação ao banheiro, Bianca disse que poderia existir um banheiro masculino e um feminino para garantir privacidade e maior conforto aos pacientes e aos seus familiares. Bianca disse que o banheiro do hospital era sujo, que a sua porta não fechava corretamente, e que às vezes não havia rolos de papel higiênico. Assim, de acordo com a participante, o banheiro da casa deveria ser limpo, garantir privacidade, e ser organizado corretamente.

A diretora buscou investigar melhor quem seria a pessoa responsável pela recepção do serviço e perguntou isso a Bianca. Bianca disse que seria uma pessoa que fosse uma referência dentro do serviço e alguém que faria a “ponte” entre o paciente e o profissional, quando necessário. Conforme a participante, as recepcionistas do hospital não possuíam Vínculo com os profissionais e não conheciam as atividades oferecidas pelo serviço. Dessa forma, estavam inaptas para transmitir informações dos profissionais para os pacientes e dos pacientes para os profissionais. Também, não sabiam informar sobre os locais e os horários das atividades. De acordo com Bianca, essa falta de Vínculo entre as recepcionistas e os profissionais do serviço acontecia porque as recepcionistas estavam vinculadas ao ambulatório de pediatria, e por isso conheciam melhor as atividades e os profissionais desse setor. Dessa forma, a recepcionista da casa teria uma maior comunicação com os profissionais, e permitiria uma maior comunicação entre os profissionais e os pacientes atendidos.

A diretora perguntou sobre a internação e Bianca afirmou que não mudaria o modo como a internação era realizada no hospital, mas que gostaria que houvesse uma ala de internação somente para pacientes com TAs. Bianca disse que o modo como a internação estava atualmente organizada no hospital não ofereceu um apoio tão grande aos pacientes, pois os pacientes com TAs estavam internados com pacientes que apresentavam outros transtornos psiquiátricos. A internação dos pacientes com TAs eram realizada na ala da psiquiatria e por isso as pacientes com anorexia nervosa e bulimia, apesar de terem a sua consciência preservada, ficavam às vezes ao lado de pessoas em surto psicótico, o que poderia causar uma sensação desconfortável nas pacientes. Dessa forma, conforme Bianca seria necessária uma ala de internação somente para pacientes com TAs. Bianca escolheu a

almofada azul para representar a internação com uma ala exclusiva para os pacientes com TAs, porque a internação com o espaço exclusivo para esses pacientes seria mais aconchegante e o tom azul representava esse aconchego para Bianca.

O esquema da casa onde o serviço de assistência às pacientes com diagnóstico de TAs estaria localizado foi representado por Bianca como mostra a Figura 2:

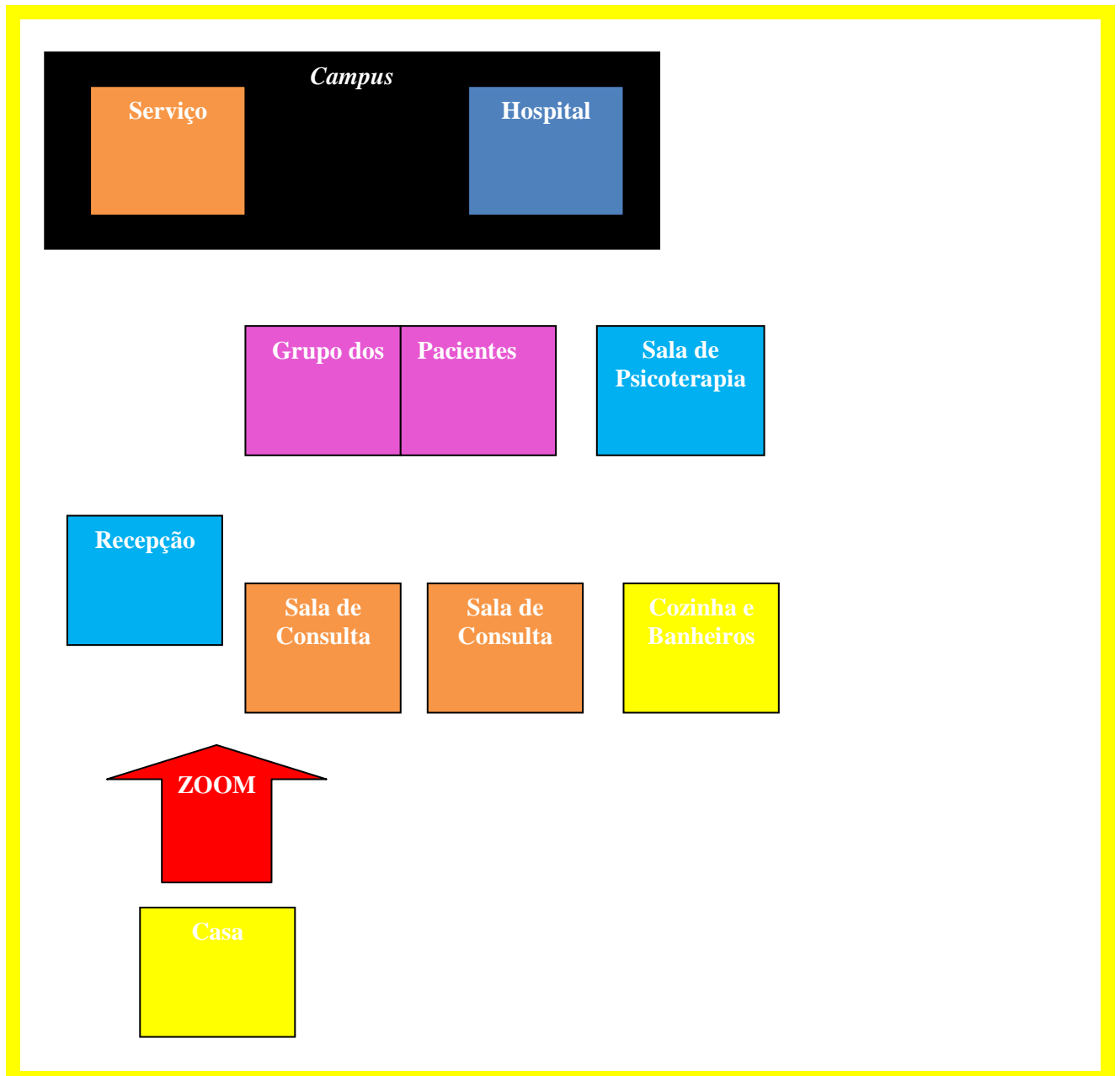


Figura 2 - Esquema da nova estrutura física do serviço

Então, a diretora perguntou à paciente o que ela primeiramente mudaria na estrutura física do serviço, caso tivesse a oportunidade. A participante disse que transferiria o serviço do hospital para uma casa no *campus* da USP. Em segundo lugar, a participante mudaria a unidade de internação, construindo uma ala exclusiva para a internação dos pacientes com

TAs porque, de acordo com Bianca, a experiência que o paciente pode ter na internação, em contato com pacientes em surto ou com outros problemas mentais, pode influenciar todo o seu tratamento.

A fase de compartilhamento e comentários foi iniciada. Bianca começou dizendo que o ambiente do hospital era “pesado” e que o acesso ao tratamento dentro do hospital era difícil. A diretora pediu que a participante explicasse melhor essa dificuldade de acesso. Bianca disse que o acesso era difícil porque o paciente era impedido de entrar no serviço nos horários que estavam fora dos horários de retorno do paciente. O porteiro que controlava a entrada e a saída das pessoas dentro do hospital, segundo Bianca, era inflexível e impedia a entrada dos pacientes e dos seus familiares no serviço, em horários que não estavam marcados no retorno.

A diretora perguntou para Bianca se ela conseguiu ter uma consciência maior de como ela gostaria que fosse o serviço após a dramatização no palco. Bianca disse que nunca havia pensado em como ela gostaria que fosse o serviço em termos estruturais, e que a dramatização desse aspecto do serviço possibilitou que ela tivesse uma maior consciência sobre ele.

Ainda, a diretora perguntou para Bianca se ela achava que a estrutura física do serviço influenciava em seu tratamento. Bianca respondeu que achava que a estrutura física do serviço influenciava no tratamento, porque a paciente deveria se sentir bem no ambiente do serviço. Bianca disse que um serviço com aparência acolhedora e confortável tornava o processo de tratamento menos difícil.

Nesse momento do encontro, a diretora tentou investigar qual é a relação entre o Vínculo e a estrutura física do serviço. Então pediu que Bianca escolhesse uma almofada que representasse o Vínculo da participante com os profissionais do serviço, e outra almofada que representasse a estrutura física do serviço. Bianca escolheu a almofada azul clara para representar o Vínculo e almofada rosa para representar a estrutura. A diretora pediu que Bianca escolhesse uma almofada para representar a participante e Bianca escolheu a almofada amarela.

Para representar uma relação ideal entre o Vínculo e a estrutura física do serviço, Bianca colocou a almofada azul claro encima da almofada rosa e posicionou a almofada amarela ao lado dessas duas almofadas que estavam sobrepostas. No entanto, Bianca disse que para representar a relação entre o Vínculo e a estrutura física do serviço, tal como ela era no serviço investigado, as almofadas rosa e azul claro deveriam estar separadas. Bianca disse que a estrutura física do serviço não estava colaborando para o Vínculo entre o profissional e

o usuário, porque existia a dificuldade de acesso ao tratamento e a falta de Acolhimento quando o paciente adentrava ao tratamento.

No processamento realizado pela unidade funcional destacou-se que um dos aspectos que foi importante no 6º Encontro foi a possibilidade de criar uma nova estrutura física para o serviço, pois a diretora deu a protagonista a consigna de que fosse criado, com a utilização das almofadas, um serviço de assistência às pessoas com TAs que tivesse uma estrutura física, conforto e aparência considerados ideais pela protagonista. Desse modo, a protagonista pôde exercitar a sua criatividade e imaginar os aspectos físicos do serviço que poderiam ser melhorados.

Um dado importante que surgiu a partir da dramatização foi a retirada do serviço de dentro da localidade do hospital e a sua transferência para uma casa no *campus* da USP. Essa mudança trouxe alterações imediatas na estrutura física do serviço e também nas relações entre os profissionais e os pacientes. Uma das alterações mais imediatas de retirar o serviço de dentro do hospital e transferi-lo para uma casa foi a aparência mais “leve” que um ambiente domiciliar trouxe. Também, o serviço instalado em uma casa poderia trazer mais conforto, pois não teria que se adequar aos moldes da instituição hospitalar, onde os móveis e as instalações eram destinados a atender o grande público e, por isso, geralmente ofereciam pouco conforto. Assim, o serviço em uma casa poderia ter salas mais amplas, arejadas, higiênicas e confortáveis. Também, os móveis e os recursos materiais seriam mais novos e bem cuidados. A casa garantiria, ainda, maior privacidade, facilidade de acesso dos usuários e familiares para entrar no serviço, e maior proximidade entre os usuários e os profissionais. Ademais, a recepção teria uma importante função na casa, sendo a recepcionista uma pessoa treinada para acolher e orientar os pacientes e seus familiares, de uma maneira mais atenciosa e efetiva.

Contudo, o Vínculo do serviço com o hospital não seria rompido, pois os pacientes poderiam acessar o serviço hospitalar, caso necessitassem de exames e internações. Com relação ao ambiente hospitalar, foi dito ainda da importância de se ter uma ala exclusiva para a internação de pacientes com TAs, já que a experiência de ser internado com pacientes com outros tipos de enfermidade mental poderia traumatizar o paciente e prejudicar a sua adesão ao tratamento.

O 6º Encontro pôde revelar, portanto, o quanto a estrutura física, o conforto e a aparência do serviço influenciavam no Vínculo entre o paciente e o profissional, e o quanto era responsável pela qualidade do tratamento.

5.2.8 7º Encontro da entrevista em grupo focal

A questão abordada no 7º Encontro foi: O que você acha da competência da equipe e da competência do terapeuta principal para realizar a assistência ao usuário? Estiveram presentes nesse encontro Bianca e Nadir.

Após o aquecimento inespecífico, a diretora deu a consigna de que as participantes caminhassem pelo espaço e que aos poucos fossem encontrando em seus corpos gestos ou posições corporais que representassem uma competência da equipe ou dos profissionais consideradas ideais.

Nadir representou a “competência ideal” através das mãos, como se quisesse perceber o ambiente por meio delas, e através de uma máscara de olhos arregalados, como se estivesse atenta e observando tudo o que está ao seu redor. A participante disse que a equipe com competência ideal seria aquela que estivesse atenta a todos os sentidos, e que estivesse aberta a se envolver com o paciente sem pré-conceitos e juízos de valor. Nadir disse que a equipe com competência ideal precisaria ter tato, “reconhecimento das coisas através do toque”, estar sempre atenta, e ter uma percepção “energética” do paciente.

Bianca colocou as mãos nas orelhas como se quisesse aumentá-las e disse que uma equipe com competência ideal seria aquela que estivesse disposta a escutar o paciente sem preconceitos e sem rotulações, e que estivesse aberta a ouvir as necessidades dos pacientes.

Após as participantes representarem corporalmente o que seria uma equipe com competência ideal, a diretora deu a consigna de que as participantes representassem corporalmente como seria a competência da equipe atualmente. Nadir começou a caminhar como um robô e disse que para ela a equipe atualmente era uma “coisa rígida”, e que não conseguia mudar o foco de sua atenção. Bianca disse que a equipe possuía uma “competência estagnada”, que só ia até certo ponto. Ao dizer isso, Bianca colocou as suas mãos na frente do corpo como se quisesse representar uma barreira. Nadir disse que existia certa flexibilidade na equipe, mas havia um limite para esse movimento, o que tornava a movimentação desconfortável. Nadir afirmou que essas dificuldades em ser mais flexível dificultavam que a equipe conseguisse observar o tratamento como um todo. Bianca disse que percebia a competência da equipe como se nela existisse uma barreira que a impedia que a relação entre os profissionais e os pacientes avançasse.

A diretora escolheu Nadir para ser protagonista da dramatização porque Nadir trouxe elementos, como por exemplo, a inflexibilidade da equipe, que também concordavam com o

que Bianca percebia a respeito da incompetência da equipe. A diretora solicitou que a protagonista investigasse melhor o que seria a falta de flexibilidade da equipe que impedia a sua competência. A diretora perguntou: - Quais características que existiriam na equipe que levariam a essa rigidez?

Nadir considerou que o primeiro elemento que conduziria à rigidez da equipe seria a postura dos profissionais. Então, Nadir se utilizou de várias almofadas e montou na cena um esquema que representava as várias dimensões do paciente, sendo que cada dimensão foi representada por uma almofada. Nadir dispôs cinco almofadas de cores diferentes de pé e em um semicírculo, e disse que a equipe deveria ter a competência suficiente para, de uma forma flexível, ficar atenta a cada aspecto das pacientes, utilizando todos os seus sentidos como: o de ver, o de ouvir e o de tocar. Quando disse isso, Nadir dramatizou essa ação olhando, cheirando e tocando todas as almofadas presentes na cena.

Nadir disse que a falta de competência dos profissionais vem de algumas características como, por exemplo, o orgulho em admitir que ele não sabe, e tenha que se mobilizar para analisar mais profundamente as dimensões que constituem os pacientes. Também, Nadir disse do orgulho do profissional que faz com que ele não saia de sua posição, para se “igualar” empaticamente com o paciente, e estabelecer com ele uma relação mais próxima. Ao dizer isso Nadir se agachou e ficou no mesmo nível de altura das almofadas que estavam representando as dimensões do paciente. Assim, Nadir disse que um profissional competente deveria ser aquele que se comportasse sem preconceitos e se aproximasse do paciente.

Para compreender melhor a dramatização, a diretora pediu que Nadir nomeasse cada dimensão do paciente, representada pelas almofadas. Nadir deu nomes a cada almofada: sentimentalismo, ou seja, a dimensão emocional de cada paciente; dimensão orgânica; dimensão “difusa”, onde estão as minúcias do paciente relacionadas à inconsciência e mais difíceis de serem acessadas; traços da personalidade do paciente; e a dimensão relacionada aos TAs. Essa última dimensão se fundia às demais, e por isso Nadir mudou a posição da almofada que representava essa dimensão, colocando-a na posição intermediária das almofadas. Nadir afirmou que a dimensão dos TAs se mesclava às outras dimensões e por isso era mais difícil de ser percebida.

Para representar essa “mescla” que, de acordo com Nadir, existia entre a personalidade da paciente e a dimensão dos TAs, Nadir usou mais almofadas para representar os TAs e as colocou entre as várias dimensões. A participante afirmou que para o profissional tratar o transtorno ele deveria entender essa complexa relação entre as dimensões, observado onde os

TAs se mesclavam com a personalidade do paciente, ou onde ele estaria unido à dimensão orgânica ou emocional, por exemplo. Para investigar essas relações sutis, Nadir disse que o profissional deveria ter uma percepção aguçada na forma de tratar o transtorno, e um modo de tratar o paciente de uma maneira mais próxima. A diretora pediu que a participante escolhesse um objeto que representasse o impedimento para que essas atitudes de maior proximidade e percepção apurada do profissional fossem tomadas.

Bianca propôs que fosse escolhido um banco de madeira para representar os profissionais da equipe. Nadir concordou com a escolha de Bianca e disse que também escolheu o banco por ele ser duro, inflexível e quadrado, assim como alguns profissionais do serviço. Nadir colocou o banco distante das dimensões do paciente, representadas pelas almofadas. Bianca afirmou que os profissionais ficavam em uma posição que tornava difícil enxergar todas as dimensões do paciente. Nadir acrescentou que, além de distante, os profissionais ficavam escondidos atrás de uma barreira e, para representá-la, as participantes escolheram cadeiras e as posicionaram conforme uma barreira. De acordo com Nadir, essa barreira dos profissionais representava: o orgulho, o egoísmo, a vaidade, a falta de conhecimento prático da doença, e a falta de vontade e de disponibilidade para conhecer mais sobre os TAs.

A diretora solicitou que Bianca participasse da dramatização junto com Nadir. Bianca disse que os profissionais são rígidos e “só olham para aquilo que eles querem”. Ainda, ela afirmou que de vez em quando os profissionais abrem uma brecha na barreira e olham determinada dimensão do paciente, no entanto, logo param de olhá-la e se fecham. O fechamento dos profissionais impede que eles tenham um olhar mais integral para o paciente. Bianca disse: - Eles não têm preparo para olhar tudo isso de uma única vez e só olham as brechas, os pedaços.

A diretora perguntou se os profissionais tinham uma visão do paciente que era fragmentada e as participantes concordaram. Então, a diretora perguntou como seria possível aos profissionais adquirirem essa visão mais ampla dos pacientes. Nadir afirmou que seria possível ter uma visão mais integral dos pacientes se os profissionais abrissem mais brechas em suas barreiras, para olhar o paciente como um todo. A participante também afirmou que, para conseguir diminuir as suas barreiras, seria essencial que os profissionais realizassem uma psicoterapia para se darem conta de suas resistências e preconceitos.

A diretora pediu que as participantes escolhessem almofadas para representar o preconceito e o orgulho. As participantes escolheram a almofada laranja para representar o

preconceito e um colchonete preto para representar o orgulho e os colocaram encima da barreira de cadeiras.

Dessa forma, a competência dos profissionais do serviço investigado foi representada no palco, como mostra a Figura 3:

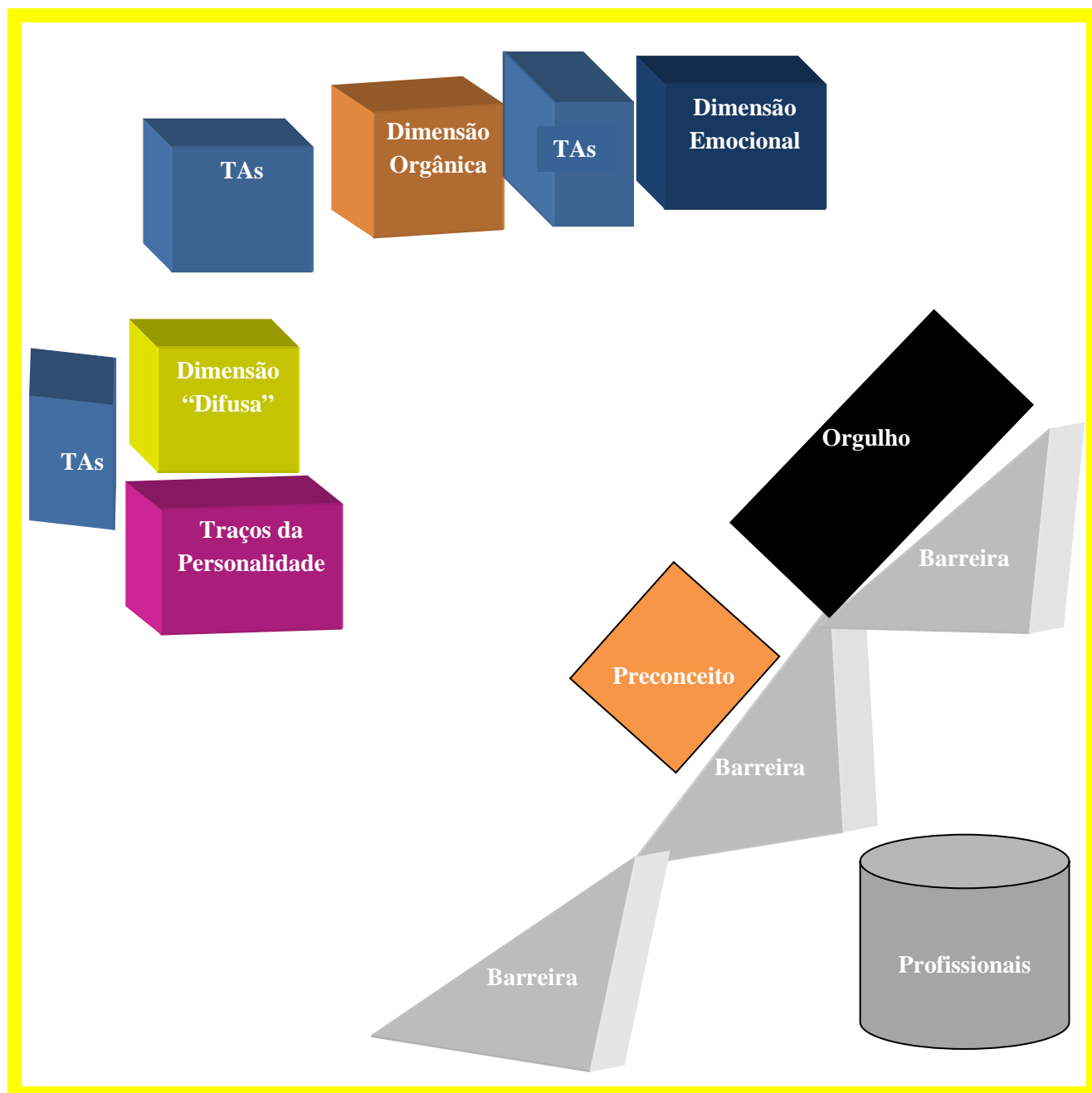


Figura 3 - Competência da equipe de profissionais do serviço

A diretora perguntou se o preparo emocional dos profissionais é igualmente importante que o preparo técnico. Nadir disse que acreditava que ambos os preparos eram importantes. A participante afirmou que existia o preparo técnico na equipe, pois eram profissionais que realizaram uma faculdade e fizeram diversos cursos extracurriculares. No

entanto, de acordo com as participantes, eram profissionais que mostravam limitações em perceberem outras dimensões dos pacientes, além da orgânica.

A diretora perguntou por que a avaliação da competência dos profissionais teve níveis muito satisfatórios na escala SATIS-BR, se na entrevista em grupo focal ela estava revelando algumas limitações, e Nadir afirmou que houve uma “falha de expressão” das pessoas que responderam o teste. Bianca afirmou que, ao responder a escala, não houve uma análise aprofundada dos participantes sobre cada aspecto do serviço. De acordo com a participante, nas entrevistas em grupo focal houve a possibilidade de investigar melhor cada aspecto do serviço e descobrir as suas limitações. Assim, apesar de Nadir e Bianca afirmarem na escala que os profissionais do serviço eram competentes, nas entrevistas em grupo focal elas afirmaram que a competência dos profissionais do serviço era limitada.

Nadir disse que a competência técnica do profissional permitia uma análise pontual e limitada do problema do paciente, e faltava nos profissionais um “jogo de cintura” e uma percepção apurada do paciente para compreendê-lo de uma maneira mais integral. Nadir propôs que os profissionais passassem por um processo de autoanálise, tal como um processo psicodramático, para eles poderem desenvolver as suas inteligências emocionais e terem uma maior flexibilidade e percepção na relação com o paciente.

Bianca afirmou que quando um profissional percebia que podia ser questionado ou criticado por um paciente a respeito dos seus procedimentos no tratamento, sua barreira se fechava ainda mais para o paciente. Dessa forma, de acordo com as participantes, seria útil que os profissionais realizassem um processo de autoanálise para poderem se desvencilhar dos sentimentos negativos como por exemplo, o orgulho, e estabelecerem um Vínculo mais próximo com as pacientes.

A diretora pediu que as participantes dramatizassem a competência do terapeuta principal, que era o profissional com quem as participantes possuíam o maior Vínculo no tratamento. Nadir disse que no caso do terapeuta principal a barreira que dificultava a aproximação do profissional com o paciente não era tão fechada e existiam aberturas que facilitavam a relação terapêutica. Nadir representou isso dramaticamente abrindo os espaços na barreira formada pelas cadeiras.

O esquema que representa a competência do terapeuta principal foi construído no palco como mostra a Figura 4:

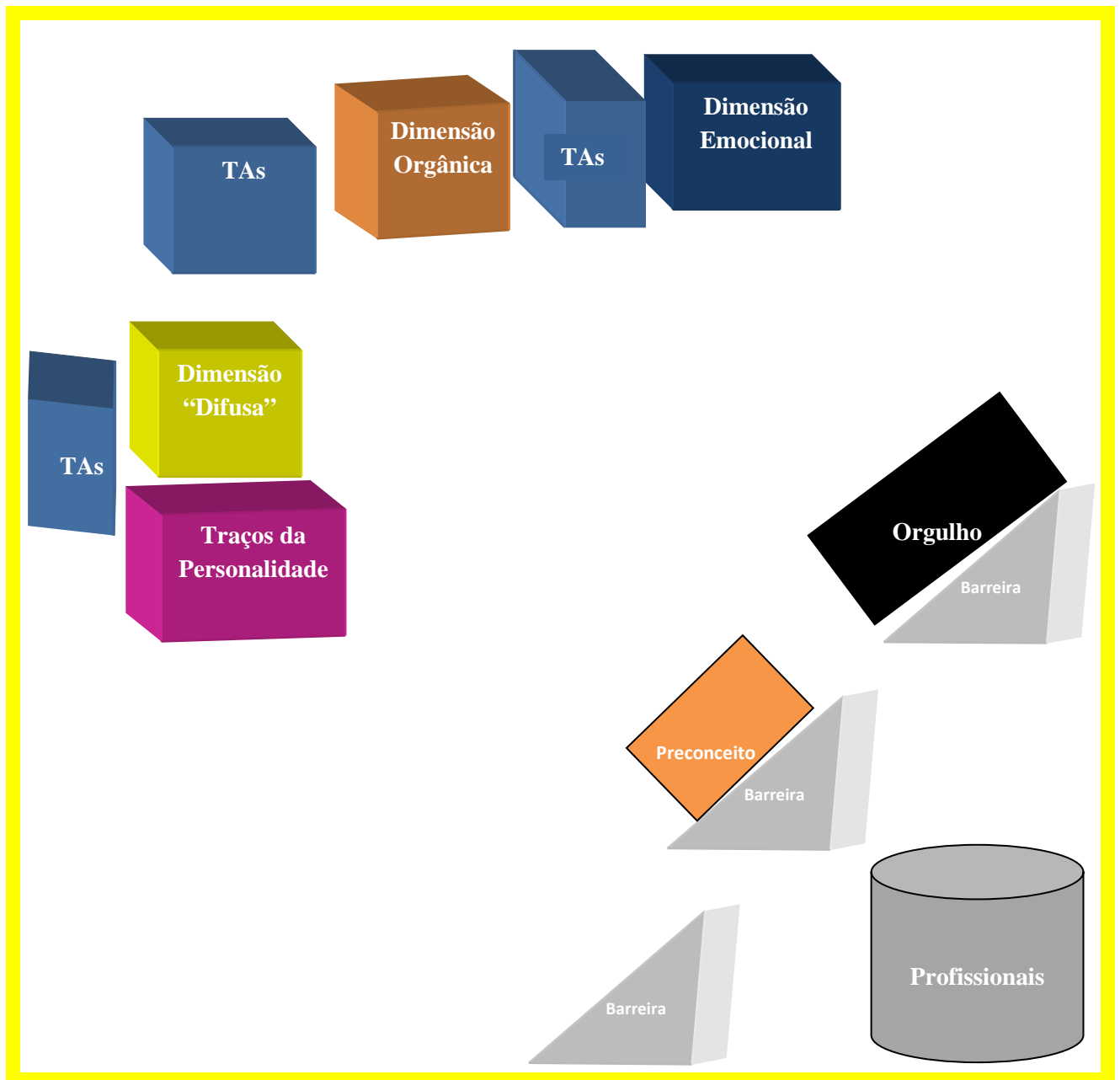


Figura 4 - Competência do terapeuta principal do serviço

Quando o grupo estava discutindo sobre a competência do terapeuta principal, Nadir disse sobre um médico psiquiatra que a tratou fora do serviço, e que parecia não apresentar grandes barreiras, pois às vezes se despiu de seus medos e defesas, e se colocava de uma maneira mais próxima à paciente. A diretora pediu que a participante desse um exemplo de quando esse profissional se despiu de seus medos e defesas e se comportou de uma maneira mais próxima com a participante.

Nadir contou um momento em que, durante a terapia, disse estar sentindo inveja e estar frustrada com isso. Então, o psiquiatra demonstrou proximidade quando disse que sentir

inveja era algo normal e que ele próprio já havia sentido inveja. O profissional também demonstrou proximidade com a paciente quando assumiu as suas próprias limitações e disse para a participante que não estava compreendendo o que ela estava querendo dizer. Nadir afirmou que um dos fatores que fez com que o profissional se tornasse competente foi quando ele assumiu suas fragilidades, limitações e incompreensões, para conseguir investigar e compreender melhor a paciente. Para representar essa flexibilidade e proximidade do profissional Nadir colocou o banco de madeira encima da barreira de cadeiras.

Para Nadir, o profissional inflexível e distante da paciente seria aquele que não ouvisse as necessidades do paciente, e que não possuísse uma postura investigativa para compreender e suprir essas necessidades. As participantes afirmaram que um dos motivos dos profissionais se colocarem nessa posição distanciada era o seu orgulho e a sua vergonha em assumir que não compreendiam as demandas e as necessidades dos pacientes.

A diretora perguntou como Bianca representaria dramaticamente a competência de sua terapeuta principal. Bianca disse que a sua terapeuta principal, muitas vezes, se aproximava da paciente e ia além da barreira existente. No entanto, quando percebia que estava muito próxima da paciente ela se sentia ameaçada e recuava. Então a diretora e Bianca conversaram sobre os limites que deveriam existir na relação entre o paciente e o profissional, pois seria necessário que o profissional possuísse um nível de proximidade para se tornar empático e colaborativo. Contudo, seria preciso que o profissional não rompesse os limites da intimidade e não invadisse a privacidade do paciente.

Foi também conversado sobre a relação entre o sigilo e a competência do profissional, pois o sigilo deveria existir na relação entre o profissional e o paciente, para que os assuntos íntimos do paciente não fossem transmitidos pelos profissionais a outras pessoas, mesmo que elas fossem da equipe. Bianca relatou um momento em que o que ela disse para um profissional, foi transmitido para os outros profissionais. Esse rompimento de sigilo, conforme a paciente, criou uma barreira na relação que existia entre ela e o profissional.

Bianca afirmou que apenas com a nutricionista ela conseguia se abrir mais e dizer das coisas que a incomodavam no tratamento. Para Bianca, a nutricionista era a profissional com quem ela tinha mais confiança. Para representar dramaticamente a competência da nutricionista, Bianca colocou o banco de madeira encima da barreira de cadeiras e disse que às vezes a nutricionista escutava-a, ao romper um pouco as suas barreiras.

Ao iniciar a fase de compartilhamento e de comentários Nadir afirmou que quanto mais competência ela percebia do profissional, mais agradável era a sua relação com ele. Para exemplificar essa afirmação, Nadir contou os comportamentos de dois profissionais. O

primeiro profissional, ao encontra-la no shopping, cumprimentou-a e tratou-a naturalmente. O segundo profissional, apesar de tê-la visto, não a cumprimentou. Dessa forma, Nadir considerou o primeiro profissional mais competente do que o segundo. Bianca também afirmou que quando um profissional era pouco compreensivo e atencioso, ele também era menos competente. A participante relatou um encontro com um profissional do serviço que também não a cumprimentou quando a viu, e isso pareceu ter afetado a sua percepção sobre a competência desse profissional.

As participantes abordaram a questão da neutralidade profissional. Nadir achou que os profissionais, principalmente os psicólogos, confundem a atitude de serem neutros em um atendimento clínico, com a atitude de não serem cordiais com os pacientes.

As participantes afirmaram que os terapeutas principais pareciam estabelecer com as pacientes uma relação mais próxima e também eram percebidos como profissionais mais competentes. Eles eram profissionais mais atenciosos com as necessidades dos pacientes, mais empenhados em buscar soluções para essas necessidades e mais cordiais.

No processamento da unidade funcional observou-se que apesar de Nadir ter iniciado a dramatização, Bianca também se envolveu no processo e acabou dramatizando. No aquecimento específico as participantes disseram que a competência ideal seria um profissional que se comportasse de um modo atento para as necessidades do paciente, sem preconceitos, e com uma percepção e uma escuta aguçada para captar todas as dimensões do paciente. No entanto, a competência da equipe foi descrita pelos participantes como uma competência insuficiente, por estar sendo influenciada por fatores como o orgulho, o preconceito, e a inflexibilidade do profissional.

Assim, esses profissionais que de acordo com as participantes se escondem atrás das barreiras, munidos do orgulho e do preconceito, não conseguem se relacionar empaticamente e terem um olhar atento e aguçado para as várias dimensões da paciente. Dessa forma, de acordo com as participantes alguns profissionais desenvolvem um olhar fragmentado para a paciente e que não consegue abarcar a integralidade do ser humano atendido.

As participantes também disseram que alguns profissionais considerados incompetentes usavam uma “máscara” que os mantinham em uma posição “fria” e distanciada do paciente. Os terapeutas principais, ao contrário, não usavam essa máscara e se mostravam próximos aos pacientes, atenciosos com as suas necessidades, dispostos a ouvi-las e cordiais.

Outro fator citado que prejudicou a percepção que as pacientes tinham sobre a competência dos profissionais foi a quebra de sigilo. A quebra de sigilo, de acordo com as

participantes, também poderia ser um fator que prejudicasse o Vínculo e reduzisse a confiabilidade dos pacientes.

Dessa forma, foi visto que o modo como o profissional se mostrou disponível para atender as necessidades do paciente e compreendê-lo de uma maneira mais integral, influenciou diretamente a percepção do paciente sobre a competência desse profissional.

Ademais, outro resultado significativo desse encontro foi as participantes terem afirmado que as entrevistas em grupo focal possibilitaram uma análise mais aprofundada sobre os temas investigados na escala SATIS-BR, e que talvez por essa razão os resultados da escala tenham certa divergência com os dados que emergiram nas entrevistas em grupo focal.

5.2.9 8º Encontro da entrevista em grupo focal

Compareceram a esse último encontro Nadir, Bianca e Ananda. No entanto, Ananda só chegou ao encontro no final da atividade. Devido a isso a diretora realizou uma entrevista com Ananda depois do final do 8º Encontro. No 8º Encontro foi tratada a questão: Você está satisfeito com o modo como a equipe do serviço está lhe ajudando? E o que você acha sobre o tipo de ajuda dada a você pela equipe?

Após o aquecimento inespecífico, a diretora deu a consigna de que as participantes caminhassem pelo espaço do palco, e que rememorassem o dia em que entraram no serviço pela primeira vez, lembrando como estavam as suas relações familiares, suas relações pessoais, o seu corpo, mente e espírito nesse momento. Então, a diretora deu a consigna de que as participantes retomassem o caminhar que tinham naquela época. Nadir caminhou de uma maneira cambaleante e colocando o passo na frente do outro. Seus braços estavam cruzados na frente do corpo. Bianca caminhou girando em círculos e com as mãos baixas e entrelaçadas.

A diretora pediu que as participantes realizassem um solilóquio enquanto se movimentavam. Bianca disse: - Lentidão, [...] a caminhada é como um ciclo: de vagar e sempre no mesmo lugar, [...] falta de atitude e medo.

A diretora perguntou sobre a posição das mãos de Bianca e a participante disse: - Sempre para baixo, paradas no mesmo lugar, devagar como se tivesse sempre alguma coisa presa e faltasse alguma coisa para se soltar.

Em seu solilóquio Nadir disse: - Ansiedade, pessimismo, insegurança, medo, rigidez e culpa, culpa. A participante falou a palavra culpa mais de uma vez e a diretora perguntou se a culpa era o sentimento mais presente nesse momento do primeiro contato com o serviço. Nadir disse que a culpa era um dos sentimentos mais presentes. A diretora perguntou se os braços de Nadir cruzados na frente do corpo representavam a culpa. A participante respondeu que os braços cruzados na frente do corpo representavam tudo o que a participante estava sentindo naquele momento como, por exemplo, a culpa, a ansiedade, o medo, a rigidez, o pessimismo e a insegurança.

A diretora pediu então que as participantes voltassem a caminhar pelo espaço do palco, guardando na memória as sensações que elas tiveram após a realização desses movimentos, e depois voltassem a caminhar tentando expressar em seus corpos a maneira como estavam se sentindo nesse momento de vida atual.

Nadir caminhou com os passos mais firmes e com um andar mais retilíneo, mas mantinha a cabeça baixa e o olhar direcionado para os seus pés. Bianca explorou mais o ambiente, e caminhou para outros espaços do palco. Ela não estava mais com a cabeça baixa e manteve o seu olhar ao nível do horizonte. As mãos de Bianca não estavam mais entrelaçadas e permaneceram pousadas sobre as suas coxas, enquanto ela caminhava. Apesar de ter um caminhar mais relaxado, Bianca manteve os braços enrijecidos e muito unidos ao corpo. A diretora pediu que as participantes realizassem um solilóquio desse caminhar. Enquanto caminhava Nadir disse: - Eu tento, tento, tento andar em linha reta. Tento, tento, tento ficar em um limite que não me prejudique, olhar sempre a minha caminhada, mas com isso eu não consigo olhar o que está acontecendo, e viver o que está acontecendo.

Em seu solilóquio Bianca disse que atualmente se sente melhor e que consegue “olhar mais de frente” para as coisas. Bianca disse que as suas mãos já estão mais soltas, e que ela às vezes sai de seu caminhar “circular” para explorar outras possibilidades na vida.

A diretora ressaltou para as participantes que elas pareceram mostrar mudanças em seu estado psicológico e orgânico desde que entraram no tratamento até o momento atual. Então, a diretora perguntou que mudanças foram de responsabilidade do tratamento no serviço.

Nadir começou a caminhar pela sala e disse que, devido ao tratamento, estava conseguindo sentir mais o seus pés no chão. A participante disse que o seu andar ficou mais leve e que hoje em dia possuía maior equilíbrio e autoconfiança. Também, relatou possuir maior força física para conseguir ficar de pé, se ajoelhar e se equilibrar. Enquanto disse isso Nadir caminhou para trás, se ajoelhou e se equilibrou em um pé só. Nadir também disse que

hoje em dia conseguia se alongar. A diretora perguntou se isso significava que a paciente adquiriu maior flexibilidade após realizar o tratamento, e a participante concordou.

Bianca se escorou atrás de uma cadeira e disse que essa imagem representava o momento em que ela entrou no tratamento, e quando sempre necessitava de alguém ou alguma coisa para apoiá-la. No entanto, hoje em dia esse apoio não é algo que a participante necessite em todos os momentos. A participante também disse que antes via as coisas de uma maneira muito escura e pessimista, e que agora conseguia perceber a vida como mais colorida. Bianca disse que o tratamento a ensinou a encarar “de frente” os seus desafios e os seus medos, e não se apoiar tanto nas outras pessoas para conseguir realizar as suas atividades. A participante afirmou que, tal como Nadir, conseguia levantar um pouco mais a cabeça e encarar os seus problemas, e que o tratamento lhe deu condições para ter mais segurança em realizar as suas ações e não ter tanta necessidade de se escorar em outras pessoas.

Ao iniciarmos a fase de compartilhamentos e comentários, Nadir disse que todos os encontros das entrevistas em grupo focal a fizeram ver o potencial que existia no serviço para trazer a melhora do paciente. Nadir disse que acreditava que o potencial do serviço era muito grande, pela forma como as atividades foram articuladas e planejadas. No entanto, de acordo com Bianca e Nadir, apesar de ter havido um planejamento das atividades do serviço e uma meta de resultados que esse tratamento pretendia alcançar, na prática esses resultados não foram tão satisfatórios.

De acordo com as participantes, a ideia do serviço era boa, mas ela não se realizou. Existia, de acordo com Nadir, uma distancia entre o desenvolvimento do serviço real e o potencial do serviço. Nadir disse que acreditava que se houvesse uma intervenção no serviço, todo o seu potencial poderia se realizar na prática. A diretora questionou que intervenção seria capaz de desenvolver ainda mais o potencial do serviço, porém Nadir disse que ainda não sabia detectar qual seria essa intervenção.

A diretora afirmou que as participantes mostraram no palco mudanças consideráveis em suas vidas desde que entraram no tratamento até o momento atual. Também, a diretora disse que as participantes expressaram resultados favoráveis em suas condições orgânicas e psicológicas e que foram conseguidas graças ao tratamento realizado. Então a diretora perguntou por que as participantes achavam que o serviço deveria desenvolver o seu potencial, se os resultados apresentados por elas foram significativos e favoráveis.

Nadir respondeu que os resultados favoráveis que as pacientes tiveram se deveram mais ao número de vezes que as pacientes foram ao tratamento do que à qualidade do serviço.

Nadir afirmou que o fato de ter que ir semanalmente ao tratamento e realizar consultas e pesagens, faziam com que as pacientes quisessem melhorar o mais rápido possível para se livrarem do tratamento. Bianca concordou que a melhora vinha da tentativa da paciente em se livrar do tratamento, e afirmou que, muitas vezes, não falava que estava se sentindo mal para que os profissionais não agendassem o seu retorno mais vezes durante o mês.

Nadir disse que o que foi dito nas consultas pelos profissionais não tinha “ressonância” com o que a paciente estava sentindo e necessitando, e por isso ela buscou vias alternativas e recursos próprios para enfrentar o transtorno alimentar. Também afirmou que muitas pacientes se mantinham saudáveis e em um estado de peso adequado a sua idade e a sua altura pelo medo da internação compulsória. As participantes afirmaram que o serviço realizava um “terrorismo” a respeito da internação do paciente. Bianca disse: - Eu acho que uma vez internada, eu acho que o terrorismo é tão grande que você nunca mais quer aquilo na sua vida de jeito nenhum. Nadir disse que o medo da internação fez com que a paciente mantivesse ou recuperasse o peso, e isso fazia com que sua distorção da imagem corporal diminuísse, trazendo possibilidades de melhora.

Assim, as participantes relataram que o serviço agia através de uma pressão psicológica, onde a equipe usava a internação como um elemento de coação, para que a paciente recuperasse o seu peso. Assim, as participantes disseram que a percepção de que deveriam recuperar o seu peso e possuir hábitos alimentares mais saudáveis raramente se desenvolvia a partir de diálogos e atividades no tratamento que conduziam a essa percepção.

De acordo com Bianca, o terrorismo que os profissionais faziam a respeito da internação do paciente era desnecessário, pois haveria outros meios, tal como o diálogo, do profissional conscientizar o paciente sobre a necessidade de uma alimentação mais adequada e sobre a necessidade de recuperação do peso corporal.

A diretora perguntou às pacientes se os resultados do tratamento teriam sido diferentes, caso não houvesse essa pressão dos profissionais com relação à internação. Nadir e Bianca disseram que acreditavam que poderiam ter chegado ao mesmo patamar de resultados e sem tantos sofrimentos, se não houvesse essa pressão da internação compulsória dentro do tratamento. No entanto, Nadir reconsiderou a sua opinião e disse que talvez não conseguisse ter alcançado os mesmos resultados que tem hoje em dia, caso o tratamento não usasse o “terrorismo” da internação.

A diretora colocou ao grupo a questão de que para curar o câncer, muitas vezes, era necessário um tratamento agressivo e traumatizante. Também, disse que a pessoa que era obesa e desejava emagrecer deveria passar por um tratamento sofrido e árduo, já que deveria

restringir a sua alimentação, e mudar os seus hábitos comportamentais e alimentares. A diretora perguntou, então, se era possível realizar o tratamento dos TAs sem um certo grau de sofrimento, que às vezes era necessário para fazer o paciente aderir ao tratamento e reestabelecer a saúde física. A diretora perguntou também qual era o limite do profissional ser enfático e firme em suas colocações, e ser autoritário e repressor.

Nadir disse que concordava que os profissionais deveriam ser enfáticos e firmes, para fazer com que os pacientes seguissem as orientações do tratamento. No entanto, ela não concordava com a atitude julgadora e crítica de alguns profissionais do serviço, que “apontavam o dedo” para o paciente e o culpavam pelo seu estado. Bianca concordou com Nadir e disse que alguns profissionais do serviço criticavam e julgavam os pacientes.

Bianca e Nadir disseram que as falas críticas e julgadoras de alguns profissionais aumentavam as suas culpas, porque o modo como alguns dos profissionais abordaram os pacientes, lembrando o sofrimento que os TAs causaram em seus pais, e o quanto os TAs dificultavam as relações e a carreira profissional desses pacientes, parecia transmitir, de acordo com as participantes, uma mensagem de cobrança e de responsabilização do paciente pelo seu problema. De acordo com as participantes, apesar de alguns profissionais do serviço estarem capacitados tecnicamente para atender os pacientes com diagnóstico de TAs, eles desconsideravam as dificuldades psíquicas que os pacientes enfrentavam.

Bianca também achou que a equipe não conseguia se atentar para algumas dificuldades que o paciente vivia como, por exemplo, a dificuldade que a paciente tinha em levar acompanhantes para o seu tratamento. Bianca disse que era complicado levar o seu marido e os seus familiares ao tratamento devido aos seus compromissos. No entanto, um profissional do serviço disse que se não houvesse acompanhantes Bianca não poderia continuar o tratamento. Bianca disse que, por não ser compreendida em sua dificuldade, ia criando mecanismos para se livrar do serviço. As participantes disseram que o modo como alguns profissionais abordavam os pacientes poderia ser melhorada, se eles demonstrassem maior compreensão e empatia para com as dificuldades dos pacientes.

Dessa forma, Nadir disse que as atitudes falhas dos profissionais a fizeram buscar os meios alternativos para melhorar. A internação também foi o evento que fez com que a participante quisesse sair do seu problema e levar uma vida normal. Além disso, o apoio que a participante recebeu dos familiares, dos amigos, dos profissionais que não são do serviço, e o autoconhecimento fez com que ela buscasse meios para sair do problema.

A diretora perguntou para Nadir porque ela continuava no serviço, se os outros apoios que não eram do tratamento a ajudaram a melhorar. Nadir respondeu que continuava no

serviço porque ele era o único apoio especializado que a paciente tinha para os momentos críticos dos TAs, tal como a necessidade de internação ou a realização de exames clínicos. Também, a psicoterapia oferecida pelo serviço era outro aspecto positivo, que fazia com que as participantes se mantivessem no tratamento.

Nesse momento, Ananda chegou ao grupo e Nadir voltou ao assunto de que alguns profissionais do serviço responsabilizavam os pacientes pelos seus TAs, e não possuíam um olhar empático para eles, não conseguindo serem compreensivos e entender as suas dificuldades. Nadir afirmou que alguns profissionais do serviço não possuíam essa visão integral dos pacientes, e que eles necessitavam de uma capacitação profissional para conseguirem serem mais compreensivos e empáticos. A participante disse que seria interessante que alguns profissionais realizassem a atividade de Psicodrama, para eles poderem se colocar no papel dos pacientes e se tornarem mais compreensivos e empáticos.

Bianca disse que acreditava que a falta de compreensão e empatia acontecesse porque o profissional se achava superior, e Nadir complementou a fala de Bianca dizendo que a falta de compreensão e empatia do profissional vinha do orgulho e da preguiça em se esforçar, e se relacionar de uma forma mais próxima com os pacientes. Nadir disse que alguns profissionais tratavam os TAs de uma forma objetiva, “como se fosse um machucado na mão”, e desconsideravam o aspecto emocional envolvido no enfrentamento dos transtornos.

A diretora tentou acolher Ananda, que tinha acabado de chegar ao grupo, e perguntou se ela estava compreendendo o que o grupo estava conversando. Ananda disse que estava compreendendo totalmente o que as participantes estavam conversando, no entanto discordava parcialmente do que Nadir estava falando. Para Ananda, alguns profissionais que eram do serviço eram empáticos e compreensivos com as pacientes e as tratavam de maneira integral, pois assistiam as dimensões orgânicas e ofereciam um suporte emocional para os pacientes. Ananda disse que um desses profissionais era uma nutricionista que já não trabalha mais no serviço, e que a ajudava tanto no aspecto nutricional, como no aspecto emocional.

Bianca e Nadir concordaram com Ananda dizendo que alguns profissionais que já estiveram no serviço foram atenciosos e compreensivos. Contudo, muitos dos profissionais do serviço atual, principalmente os médicos, eram pontuais e não atendiam os pacientes de uma forma integral, não sendo compreensivos, empáticos e afetivos com os pacientes.

Ananda concordou com Bianca e Nadir, e disse que atualmente muitos profissionais do serviço não tinham o preparo psicológico para lidar com os pacientes com TAs, e contou de um episódio em que o modo como um médico psiquiatra do serviço conversou com ela em uma consulta a prejudicou psicologicamente.

Nadir disse que as pacientes reclamavam da maioria dos profissionais do serviço e que a maioria das pacientes reclamava de certo médico psiquiatra. Contudo, Ananda afirmou que esse médico psiquiatra era o melhor profissional do serviço, e que foi o grande responsável pela sua melhora. De acordo com Ananda, esse médico tratou o seu aspecto emocional e tinha uma visão sobre os TAs que era completa, pois ele sabia exatamente o que uma paciente com anorexia nervosa e bulimia pensava e sentia. Ananda disse que também gostou desse médico porque ele era prático e objetivo. Então Nadir disse que talvez Ananda gostasse da atuação desse profissional, pois ela se adaptava melhor ao tipo de abordagem clínica empregada por ele.

Como o grupo já estava com o tempo de duração esgotado, Nadir e Bianca se despediram e a diretora pediu que Ananda ficasse para uma entrevista. Quando Nadir e Bianca saíram da sala, a diretora perguntou o que Ananda tinha achado da discussão que presenciou.

Ananda disse que concordou parcialmente com o que Nadir disse a respeito do serviço. A participante explicou que, no serviço, existiam diferenças entre os profissionais. Para detalhar o que queria dizer Ananda contou sobre a sua história de tratamento. A participante disse que chegou fisicamente e psicologicamente debilitada ao tratamento, e que o seu primeiro sentimento com relação ao serviço foi o de estar assustada. O seu relacionamento com o primeiro profissional que a atendeu foi sem muita afetividade. Contudo, Ananda disse que confiou nesse profissional e se “entregou ao tratamento”, pois ela estava desesperada e “sedenta por cura”. Dessa forma, Ananda disse que viu o tratamento como um porto seguro, pois ela estava vivendo momentos difíceis e “pesados”, e que por isso, sentia gratidão pelo serviço.

Ananda achou que Bianca e Nadir eram ingratas ao tratamento, porque a cura delas estava nele e porque elas não tinham nenhum gasto monetário. A participante achou que Nadir e Bianca não estavam receptivas com o tratamento. Disse também que o médico psiquiatra, que foi tão criticado por Bianca e Nadir, era um excelente profissional, porque conseguia perceber e revelar as “artimanhas” das pacientes que não queriam seguir o tratamento. Na opinião da participante, o profissional deveria ser perspicaz e firme com as pacientes para que elas conseguissem adotar atitudes e comportamentos saudáveis para enfrentar os TAs. Dessa forma, a participante afirmou que gostava do tratamento oferecido pelo médico psiquiatra, porque considerava que ele tinha as qualidades apontadas acima.

A diretora perguntou para Ananda por que a participante discordou parcialmente de Nadir. A participante respondeu que no serviço existiam profissionais que não eram preparados para atender as pacientes, pois abordavam as pacientes de maneira superficial e não conseguiam se vincular a elas. Em contrapartida, existiam profissionais que eram muito bons como, por exemplo, o médico psiquiatra.

Ananda contou sobre o médico psiquiatra do serviço com quem ela teve uma consulta conturbada recentemente. Conforme a participante, esse médico foi intrusivo e firme com a participante, o que provocou nela uma crise de choro. De acordo com Ananda, o tratamento desse médico foi um tratamento de choque e a abalou emocionalmente, no entanto, ajudou-a a melhorar. Por isso, Ananda considerou a postura firme dos profissionais essencial em alguns momentos do tratamento, para que houvesse a melhora do paciente. Ananda disse: - Se você não tiver um tratamento de choque você não melhora. [...] Você não sai do lugar. É cômodo, muito cômodo para você. [...] Você sempre fica numa posição emocionalmente confortável. Você se blinda de um monte de coisas. A doença te traz essa vantagem.

Dessa forma, segundo Ananda os TAs criavam uma barreira, onde o foco de todas as coisas que aconteciam com o paciente recaíam nos transtornos alimentares, e todas as coisas ruins ficavam “debaixo do tapete”. Assim, Ananda disse que o tratamento retirava essa “proteção” das pacientes que os transtornos alimentares criavam, e obrigava as pacientes a olharem para o seu lado oculto. Por conta disso, as pacientes se sentiam desconfortáveis em terem que encarar o seu lado sombrio por meio do tratamento.

Então a diretora perguntou como Ananda percebia o serviço atualmente. A participante disse que atualmente tinha apenas confiança no médico psiquiatra que estava fixo no serviço, pois a rotatividade dos outros profissionais provocava uma relação um pouco mais fria com as pacientes. A participante relatou que o ano passado ela não passou pela consulta de nenhum médico do serviço, devido a essa rotatividade. A participante também não recordou o nome da nutricionista que a atendeu o ano passado, devido a troca de nutricionistas.

Ananda disse que o serviço antigamente era mais profissional, pois o período de tempo dos profissionais no serviço era maior, e por consequência havia um Vínculo maior das pacientes com os profissionais. Ananda afirmou que o tempo maior dos profissionais atuando no tratamento fazia com que eles pudessem se especializar e adquirir uma maior qualidade na assistência. Também, o maior tempo dos profissionais no serviço aumentava a confiança das pacientes nos profissionais.

Ananda disse que no passado, apesar da falta de estrutura física do tratamento, existia uma equipe de referência para o atendimento das pacientes com diagnóstico de TAs, com quem a participante desenvolveu sentimentos de confiança e segurança. Assim, no passado o serviço tinha uma continuidade e um foco no tratamento que, de acordo com a participante, não eram oferecidos atualmente devido à rotatividade de profissionais.

Para a dramatização, a diretora pediu que a participante se levantasse da cadeira, caminhasse um pouco pelo palco, e percebesse o ambiente. Depois, a diretora deu a consigna que a participante utilizasse as almofadas e representasse como era a equipe do serviço no momento em que a participante percebeu que ela era mais efetiva.

Ananda rapidamente entendeu a proposta e se utilizou de três almofadas: duas almofadas rosa e uma almofada amarela. Uma das almofadas rosa representou a nutricionista, a outra almofada rosa representou o médico psiquiatra, e a almofada amarela representou o médico nutrólogo. Para dramatizar como era a equipe do serviço, no momento em que o tratamento foi mais efetivo para a paciente, Ananda dispôs as almofadas de forma unida, como mostra a Figura 5:

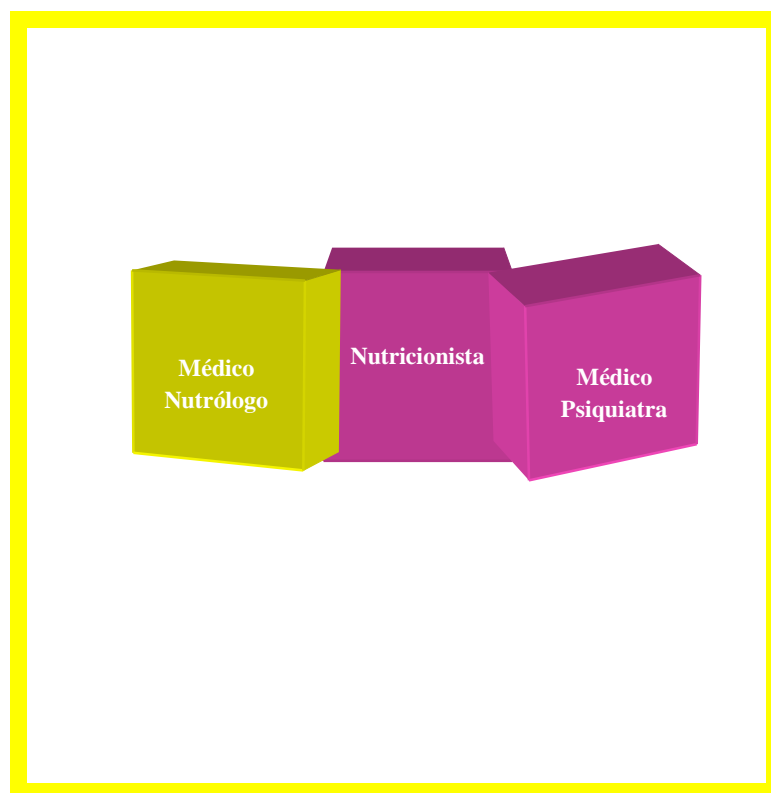


Figura 5 - Equipe de profissionais quando o serviço foi mais efetivo para Ananda

Para representar como a equipe do serviço estava atualmente, Ananda afastou as almofadas, tal como a Figura 6 revela:

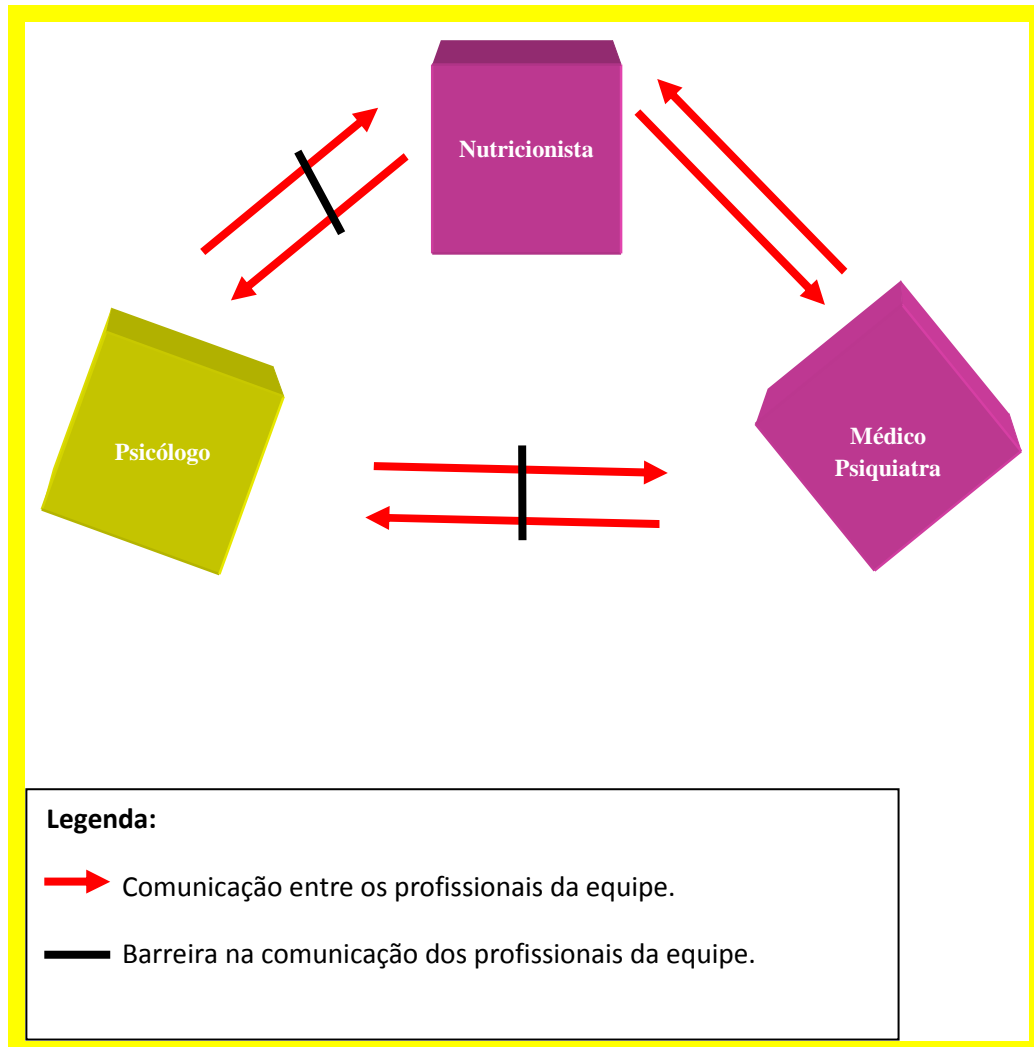


Figura 6 - Equipe de profissionais do serviço atualmente, de acordo com Ananda

Na dramatização, Ananda disse que atualmente as pacientes vinham ao tratamento e se sentiam perdidas, pois não tinham uma equipe de referência que trabalhasse de maneira integrada. Ananda disse que teve uma equipe de referência em momentos anteriores do seu tratamento e por isso conseguiu construir uma relação de confiabilidade com o serviço. De acordo com Ananda, o fato de ela ter tido uma equipe de referência fazia com que ela conseguisse identificar o seu único ponto de apoio dentro do serviço atual, que era o médico psiquiatra. No entanto, as pacientes mais novas no tratamento não tinham essa equipe de referência e, sentindo-se inseguras e sem apoio, não aderiam ao tratamento.

Então, a diretora deu a consigna de que Ananda assumisse os papéis dos profissionais que estavam no serviço antigamente. Para dramatizar a nutricionista, Ananda contraiu os seus bíceps e disse que esse gesto simbolizava a força e a importância dessa profissional no tratamento. Também, Ananda afirmou que essa nutricionista foi o “pulso firme” e a base do seu tratamento, e representou isso segurando um dos pulsos com uma das mãos, e fazendo um gesto com as mãos como que representando o chão ou o solo.

Para dramatizar o médico nutrólogo, Ananda fez um gesto com as mãos representando que o médico foi um dos “alicerces” para o seu tratamento. Apesar de Ananda ter também colocado o médico psiquiatra na Figura 5, ela disse que o via com menos frequência e, por isso, não encontrou nenhum gesto para representá-lo. Dessa forma, a participante concluiu que os profissionais de referência para Ananda, no tratamento anterior, foram o nutricionista e o médico nutrólogo.

Então a diretora pediu que a participante representasse os profissionais que estavam envolvidos no tratamento atualmente. Ananda disse que o médico psiquiatra era hoje a “base” e o “pulso firme” de seu tratamento, e fez um gesto com as mãos representando o que seria uma “base” e “um pulso firme”. Para representar a nutricionista, a participante fez um gesto com as mãos indicando “mais ou menos”. Ananda disse que não estava “sentindo firmeza” (faz o gesto com as mãos como se não houvesse o “chão para se apoiar”) da nutricionista, dos psicólogos e dos médicos nutrólogos por conta da rotatividade. Ananda disse que tinha confiança no coordenador antigo do grupo de apoio psicológico para os pacientes. Contudo, ele não estava mais no serviço, e atualmente os profissionais que coordenavam esse grupo estavam também em processo de rotatividade.

A diretora perguntou como Ananda representaria a comunicação entre os profissionais da equipe atual. Ananda disse que a comunicação da equipe atual era totalmente falha, e não percebia que existia uma comunicação do psicólogo com o médico psiquiatra e do psicólogo com o nutricionista. Para representar isso dramaticamente (Figura 6), Ananda fez uma barreira com o seu corpo entre a almofada que estava representando o psicólogo e a almofada que estava representando o médico psiquiatra. Também, faz uma barreira com seu corpo para representar o entrave da comunicação entre o psicólogo e o nutricionista. Contudo, a participante disse que existia uma comunicação entre o médico psiquiatra e o nutricionista.

A diretora perguntou como era a comunicação dos profissionais na equipe que atendeu a participante no começo do tratamento, e a participante respondeu que era uma comunicação totalmente conjunta. Para representar isso, a participante uniu as almofadas e disse que sentia haver uma afinidade entre esses profissionais e uma correspondência de informações.

Foi iniciada a fase de compartilhamento e comentários do que foi dramatizado. Ananda, afirmou que a sua melhora foi devido a um conjunto de fatores. O apoio da equipe no início do tratamento foi muito importante para a melhora da participante, contudo, como a participante era muito imatura e tinha resistência ao tratamento, alguns eventos pessoais fizeram com que ela mudasse de atitude e começasse a aderir ao tratamento. Ainda, a baixa rotatividade de profissionais nos momentos anteriores do serviço, somada a regularidade de participação de Ananda no tratamento favoreceram os seus resultados. Ananda afirmou que um dos fatores que mais fizeram com que ela evoluísse dentro do seu tratamento foi a sua não resistência, pois, de acordo com a participante, as pacientes muito críticas ao tratamento e muito resistentes, não estavam abertas para ouvirem os profissionais e receberem ajuda.

Para tentar explicar a resistência dos pacientes com o tratamento, Ananda usou a metáfora do espelho. Ananda disse que o tratamento era como um espelho, pois as pessoas que possuíam os TAs ou amavam o tratamento ou o detestavam. Dessa forma, de acordo com Ananda, as participantes resistiam ao tratamento, porque por meio dele tinham que enfrentar o seu problema quando, por exemplo, entravam em contato com as outras pacientes que também possuíam os TAs, e visualizavam a desnutrição e a debilidade dessas pacientes. Ananda, parecendo estar emocionada, disse que a realidade da bulimia era muito suja, porque o comportamento de comer e depois vomitar era algo nojento e difícil de aceitar.

Ananda afirmou que a realidade do tratamento era difícil, e que muitas vezes recorria a sua psicóloga particular quando saía abalada emocionalmente do serviço. A participante discordou de Bianca e Nadir quando elas disseram que alguns profissionais do serviço tratavam as pacientes de forma crítica e julgadora, mas concordou que alguns profissionais tinham uma relação superficial com as pacientes. A participante descreveu uma nutricionista do serviço que a atendeu no início do tratamento e que não tinha uma relação superficial com a paciente, pois oferecia além do tratamento orgânico, o apoio emocional. Dessa forma, Ananda disse que quando realizou o tratamento com essa nutricionista, estabeleceu um Vínculo com ela. Ananda explicou que essa nutricionista buscava o porquê a paciente estava se sentindo triste em determinado dia, comendo determinado alimento ou induzindo o vômito com mais frequência. Ainda, essa nutricionista investigava o porquê a paciente havia melhorado, ou os aspectos emocionais que estavam prejudicando o paciente durante a semana.

O 8º Encontro mostrou que os resultados do tratamento se revelaram bastante positivos, pois as pacientes relataram terem adquirido uma personalidade com maior segurança, firmeza, espontaneidade e recursos para enfrentarem os seus desafios e os seus

obstáculos. No entanto, o que se mostrou peculiar foi o fato desses resultados, de acordo com algumas participantes, surgirem a partir das deficiências e das limitações do serviço. As participantes disseram que as limitações dos profissionais fizeram com que elas buscassem recursos complementares para enfrentarem os TAs. Dessa forma, a falta de empatia e a falta de compreensão de alguns profissionais fizeram com que as pacientes não construíssem um Vínculo com eles. Pelo fato de não se sentirem ouvidas e compreendidas em suas necessidades por alguns profissionais do serviço, as pacientes pareceram buscar a melhora como uma tentativa de se livrar o mais rápido possível do tratamento. Contudo, esse sentimento com relação ao tratamento pareceu ser ambíguo, pois ao mesmo tempo em que as pacientes desejavam se livrar rapidamente do tratamento, viam nele um dos poucos locais que, apesar de suas limitações e deficiências, estava sempre disponível para assistir a paciente.

As participantes concordaram que o serviço tinha um grande potencial, mas que pareceu não ter se concretizado na prática pela falta de compreensão e empatia de alguns profissionais, e pela forma como os profissionais transmitiam a imagem da internação aos pacientes. Foi visto que as pacientes não concordavam com o modo como alguns profissionais transmitiam a imagem da internação como algo ruim e doloroso, chegando a ser vista pelas pacientes como um “terrorismo”. Apesar da imagem ruim da internação, as participantes reconheceram que alcançaram resultados mais rápidos e positivos por meio da internação. Contudo, elas acharam que esse “terrorismo” era desnecessário, pois poderiam chegar aos mesmos resultados de maneira mais lenta e menos dolorosa.

Na entrevista com Ananda, ela relatou ter tido grandes resultados que foram devidos a sua maior maturidade e a sua psicóloga particular que lhe garantiu respaldo emocional. O tratamento também foi responsável pela sua melhora, pois a equipe antiga e o médico psiquiatra atual do serviço também a ajudaram muito. O que foi interessante na entrevista com Ananda foi a fala que revelou que a equipe de profissionais no passado do tratamento possuía um maior Vínculo com as pacientes, devido à baixa rotatividade de profissionais. Conforme Ananda, hoje em dia as pacientes não possuíam uma equipe de referência dentro do tratamento, porque havia uma rotatividade de profissionais que não permitia a consolidação do Vínculo. Assim, a participante tinha exclusivamente no médico psiquiatra do serviço o profissional onde a paciente poderia depositar a sua confiança.

De acordo com Ananda, a confiança entre o profissional e o paciente era um elemento essencial para que o tratamento ocorresse. No entanto, porque a rotatividade de profissionais

prejudicava o processo de vinculação do paciente com o profissional, essas pacientes assustadas e resistentes tinham dificuldade em aderir ao tratamento.

Foi visto também que a participante achou necessário que os profissionais fossem mais firmes para “despertarem” os pacientes, fazerem com que eles enfrentem os seus problemas, e saíam da posição emocionalmente confortável que permanecem. Ananda achou que era essencial que o tratamento tivesse certa dose de firmeza e sofrimento para que as pacientes se tornassem proativas em sua recuperação. Ainda, Ananda concordou com Nadir e Bianca quando elas disseram que muitos profissionais do serviço atual eram “superficiais” e não conseguiam “cativar” o paciente.

5.3 Análise temática dos 8 encontros das entrevistas em grupo focal

As unidades temáticas dos oito encontros das entrevistas em grupo focal foram nomeadas conforme as questões abordadas em cada encontro: “O primeiro contato do paciente com o serviço e com o profissional que o acolheu.”; “A compreensão da equipe sobre o problema do paciente e sobre a ajuda que ele necessita.”; “O tratamento da equipe em termos de respeito e dignidade e o Acolhimento dado pelos profissionais aos pacientes.”; “A autonomia do paciente nas decisões sobre o seu tratamento e a participação do paciente nas discussões que são realizadas sobre o seu tratamento.”; “O conforto, a aparência e as condições gerais das instalações do serviço.”, “A competência da equipe e a competência do terapeuta principal para realizar a assistência do usuário.”; e “A satisfação do usuário com o modo como a equipe do serviço está lhe ajudando e o tipo de ajuda dada ao usuário pela equipe.”.

5.3.1 1ª Unidade Temática: O primeiro contato dos pacientes com o serviço e com os profissionais que os acolheram

Em seu primeiro contato com o serviço, as pacientes apresentaram diversas maneiras de compreender o tratamento. Houve pacientes que compreenderam o tratamento como um “porto seguro” [Ananda – 8º Encontro], a “saída” para afastar-se do transtorno [Lívia – 1º

Encontro], e algo como a “tábua de salvação”, tal como essa fala expressou: -Me entreguei ao hospital [Ananda – 8º Encontro]. No entanto, as pacientes também pensaram se vão “dar conta de seguir o tratamento” e como irão segui-lo, conforme afirmou Lívia no 1º Encontro. Houve ainda outro grupo de pacientes que como Bianca relatou no 4º Encontro, ao entrarem em contato com o serviço pela primeira vez, “não acreditaram no tratamento” [Lívia – 1º Encontro] e não queriam fazê-lo.

Os sentimentos predominantes das pacientes em seu primeiro contato com o serviço, conforme foi visto no 1º Encontro da entrevista em grupo focal, foram de caráter negativo. Foram sentimentos como: “ansiedade, pessimismo, insegurança, medo, culpa, sentimento de estagnação” [Nadir] e conforme revelou Lívia sentimentos de: “vergonha, cansaço, tristeza, angustia e aflição”. Também, estiveram presentes sentimentos de desorientação, que foi expresso na fala de Ananda: - Eu não sabia o que estava se passando. [8º Encontro], reações de negação do problema, conforme relatou Verônica na fala: - Eu não tenho nada disso [4º Encontro]; e a dificuldade em enfrentar a situação, conforme a frase de Nadir: - Quero ir embora [2º Encontro]. No entanto, houve um grupo de pacientes, como afirmou Lívia no 1º Encontro, que em seu primeiro contato com o serviço sentiu “ânimo para sair do problema”.

Os fatores que influenciaram o primeiro contato das pacientes com o serviço, conforme Nadir apontou no 1º e no 2º Encontro, e que causaram sentimentos negativos com relação ao tratamento foram: as “crianças gordinhas na sala de espera”, a “maneira ríspida de agir do psiquiatra”, e a “magreza e estado de humor” das pacientes com diagnóstico de TAs.

O primeiro contato com o profissional que atendeu as pacientes foi, conforme Nadir expressou no 1º Encontro, o de um profissional com “cara sisuda” onde, de acordo com Lívia, a conversa “parecia um roteiro” em que ela “acabava perdida e não dizia nada do que queria dizer”. Houve outro grupo de pacientes, como Ananda, que afirmou que a sua primeira consulta com o profissional do serviço foi estritamente “profissional e objetiva” [8º encontro]. Ananda relatou ter assimilado tudo o que o profissional disse, apesar de não ter colocado suas sugestões em prática.

5.3.2 2º Unidade Temática: A compreensão da equipe sobre o problema dos pacientes e sobre a ajuda que eles necessitam

Para os usuários, a compreensão e a escuta de alguns profissionais para as demandas e necessidades dos pacientes não estavam sendo atingidas. Isso se revelou quando alguns usuários reclamaram “da falta de um profissional mais compreensivo” [Verônica – 4º Encontro], e que desse crédito as dificuldades, medos e angústias das pacientes. Nadir revelou essa necessidade de um profissional mais compreensivo na fala abaixo:

“Eu estava contando, não é fácil contar. Eu estava desabafando. Contando com sentido do meu melhor, do que estava acontecendo, para tentar me equilibrar, para tentar não dar tanta importância para isso. É difícil expressar isso como se fosse uma coisa superficial. Como se essa sua fraqueza não fosse digna de crédito, não fosse forte o suficiente para te deixar desse jeito.”. [3º Encontro]

Dessa forma, as participantes pareceram sentir falta de um profissional que pudesse entender os conflitos emocionais envolvidos nos TAs, sem reduzir os usuários a um ser caprichoso e voluntarioso, tal como mostrou a fala de Nadir: - Começam a te tratar como se você fosse uma criança mimada [3º Encontro]. Assim, o modo de alguns profissionais da equipe tratarem as pacientes de uma maneira infantilizada foi algo que irritou as participantes, como disse Vivian no 5º Encontro: - A coisa que eu odeio é isso, você não quer falar e a pessoa te trata como uma criança chorando.

As participantes revelaram uma dificuldade de comunicação entre o profissional e o usuário. As falas de Verônica (Eu não consigo passar para os profissionais o que realmente se passa comigo [4º Encontro]); e Nadir (Estou precisando de um profissional que consiga me esclarecer melhor [3º Encontro]), mostraram que algumas participantes não encontraram profissionais que as compreendessem e que esclarecessem as suas dúvidas. Bianca, com a fala: - Eu chego [no serviço] e já não falo mais se eu tô bem, se eu tô mal. Eu sempre tô bem; afirmou que a falta de compreensão e de uma escuta qualificada do profissional fez com que a relação dela com o profissional se tornasse superficial.

As atitudes e os comportamentos que foram vistos pelos participantes como aspectos positivos dos profissionais foram: uma escuta atenta e qualificada às necessidades do usuário, como Nadir relatou na fala do 7º Encontro: - Ouvir, disponibilidade de escutar, a estar aberta e a olhar o paciente; e uma postura sem preconceitos de qualquer espécie para com o paciente

e o seu transtorno alimentar, como disse Nadir no 7º Encontro: - Sem preconceitos, sem rotulação [...] sentindo a necessidade dele [do paciente].

As participantes também perceberam, nas entrevistas em grupo focal, que o profissional deveria ter uma postura investigativa em que ele procurasse compreender integralmente o usuário em suas várias dimensões, e tentasse também compreender a complexidade da personalidade do paciente, tal como a fala de Nadir, no 7º Encontro, revelou: - Dimensão sentimental, dimensão orgânica [...] Uma parte um pouco mais difusa, um pouco mais confusa, onde estão aquelas minúcias do paciente [...] e aqui eu acho que a parte de aspectos que dão vida aos TAs, e a todo o problema pelo qual ele [paciente] tá passando.

Dessa forma, as participantes afirmaram que uma sensibilidade aguçada do profissional era essencial para que ele pudesse acessar as várias dimensões das pacientes e se tornar mais empático com elas, conforme Nadir afirmou no 7º Encontro: - Ele [profissional] tem que ter todo um cuidado para acessar, para olhar, para se atentar, chegar perto, sentir, cheirar, escutar, ver bem... dialogar com isso pelo toque [...] ele [profissional] tem que ter esse aguçamento.

De acordo com as participantes, para os profissionais serem mais compreensivos era também necessário que eles fossem flexíveis em suas condutas e que pudessem se despir dos seus orgulhos, egoísmos e saberes preconcebidos, para estarem mais próximos das pacientes, conforme revelou a fala de Nadir quando, no 7º Encontro, apontou os pontos positivos de certo profissional com quem havia sido atendida: - [O profissional] tinha mais flexibilidade... despia desse orgulho, desse preconceito e dava uma andadinha entre mim.

5.3.3 3ª Unidade Temática: O tratamento da equipe em termos de respeito e dignidade e o acolhimento dado pelos profissionais aos pacientes

Verônica afirmou que alguns usuários buscaram relações mais afetivas com os profissionais, onde houvesse demonstrações de carinho e de atenção dos profissionais para com os pacientes. Assim, Verônica descreveu um profissional do serviço que foi afetivo e atencioso com ela: - [O profissional esteve] Me orientando, foi conversando comigo com gesto de carinho [...]. Gosto quando os profissionais me olhem nos olhos [4º Encontro].

Os pacientes afirmaram o desejo que os profissionais tivessem uma postura empática, e buscassem se colocar nos papéis de pessoas com diagnóstico de TAs, conforme Nadir expressou no 7º Encontro: - [...] Mas que ele [profissional] se permita se aproximar mesmo disso [do mundo psíquico do paciente], se igualar mesmo.

Contudo, as participantes relataram que alguns profissionais mostraram-se receosos em terem relações mais próximas com as pacientes e romperem o limite de uma relação terapêutica segura. Conforme Bianca e Nadir revelaram nas frases abaixo, alguns profissionais do serviço temiam um contato mais próximo com as pacientes, chegando a ser, inclusive, pouco afetivos e cordiais:

Bianca: “Mas a hora que eu vejo que ela [profissional] está se soltando dessa maneira, ela já recua já, meio que assim, “Nossa, falei bem da linguagem delas”. [...] Que nem, a psicóloga [...] eu sinto um pouco dela é um pouco um distanciamento. Um dia eu a encontrei na rodoviária. [...] Não é possível que ela não me viu.”

Nadir: “Porque eu deixaria de cumprimentar uma pessoa na rua, sendo que eu já conversei com ela, já vi ela outras vezes e tudo mais. [...] se existe isso, esse problema e tudo mais, como que eu vou conseguir me permitir ser tratada por essa pessoa? Ele faz de conta que não te conhece.”

De acordo com as participantes, alguns profissionais pareceram demonstrar uma postura de superioridade e de distanciamento com as pacientes que dificultou a construção do Vínculo do profissional com as pacientes, conforme disse Bianca no 3º Encontro: - É uma pessoa [profissional do serviço] que eu sempre sinto ela com ar de superioridade. Parece que perto dela ela fica muito grande e eu muito pequena.

Com relação ao Acolhimento que é dado pelo serviço às pacientes, os usuários afirmaram não se sentirem completamente acolhidos pelo serviço, tal como expressou Verônica, no 4º Encontro: - Eu sou recebida [pelo serviço] com os braços nem muito abertos, nem muito fechados.

As pacientes afirmaram que o grau de Acolhimento do serviço varia conforme o momento, pois em alguns momentos o serviço se abre ao usuário, mas logo se fecha, como relatou Bianca na frase do 4º Encontro: - Eu acho que [o serviço] eles se abrem em alguns momentos, mas eles se fecham muito rápido.

Algumas participantes relataram que a sensação de que os usuários não são acolhidos pela equipe pareceu provir da falta de apoio e compreensão de alguns profissionais com as demandas dos usuários, como afirmou Nadir no 8º Encontro, com a frase: - A dor poderia ser diminuída se o apoio oferecido fosse melhor, se a gente tivesse isso que a gente requisita.

Conforme Verônica disse no 4º Encontro (Eu fui recebida de uma forma tão agradável que aos poucos eu fui [...] me abrindo. [...] mas atualmente está muito difícil.), em momentos passados o serviço acolhia melhor os seus usuários e possibilitava que eles sentissem maior confiança na equipe de profissionais. A confiança das pacientes nos profissionais foi, de acordo com as participantes, um elemento essencial do tratamento, como revelaram as falas de Verônica, no 4º Encontro, e Ananda, no 8º Encontro: - Para você estar bem com aquela pessoa, você tem que sentir confiança naquela pessoa para você se abrir mais [Verônica]. Você ter confiança no profissional é fundamental [Ananda].

Os usuários relataram os seus momentos de desconfiança no serviço atual quando, por exemplo, Bianca perdeu a confiança em um profissional ao perceber que o que ela disse foi transmitido à equipe sem o seu consentimento:

“Então têm coisas assim que às vezes eu penso para falar. É a pessoa que está próxima, que eu sinto confiança, mas não é tudo que eu pô... falo. [...] Mas eu perdi um pouco isso no momento que eu falei uma coisa e depois eu vi que ficaram sabendo assim.”. [Bianca – 7º Encontro]

De acordo com algumas participantes, o distanciamento que os profissionais pareceram mostrar atualmente fez com que os usuários possuíssem uma dificuldade de confiarem na equipe e no tratamento, conforme a frase de Bianca, no 4º Encontro, indicou: - Eu não consigo mais me abrir para o serviço e também não consigo sentir isso também deles. Nadir também demonstrou o seu temor e a sua desconfiança em estabelecer uma relação mais próxima com os profissionais, quando disse no 4º Encontro a frase: - Mas será [...] que quando a gente tem essa abertura [por parte do profissional] a gente não assusta? De acordo com algumas das participantes, os profissionais que se portam de uma maneira mais distanciada e que não expressam seus limites e dificuldades no tratamento, não conseguem estabelecer uma relação de confiança com as pacientes, como mostrou a fala de Nadir no 7º Encontro:

[Nadir imita um profissional] *“Não consegui entender. [...] Tô inseguro em relação a perguntar isso para ela [paciente] [...] Não, mas eu não posso fazer isso de forma alguma. Imagina. Ela vai olhar para mim e vai falar: - Nossa, agora que eu não confio mesmo. Agora que eu tenho moral mesmo, que eu tenho argumentos suficientes para provar que ele [profissional] não é competente.”.*

As usuárias apontaram que essa dificuldade de abertura dos profissionais para a relação talvez venha de alguns fatores como, por exemplo: o orgulho e a vaidade dos

profissionais em admitirem os seus limites, a não compreensão dos profissionais sobre o paciente, e o desconhecimento dos profissionais sobre o transtorno, assim como disse Nadir no 7º Encontro: - Isso aqui é o escudo. É o orgulho. É o egoísmo. É a vaidade dos profissionais. É a falta de conhecimento mesmo. Conhecimento prático da doença, de aspectos da doença.

Algumas das atitudes e dos comportamentos tomados pelos profissionais e que, de acordo com as participantes, dificultaram a relação do profissional com o usuário foram uma maneira exaltada na forma de falar com o usuário, ou então um modo de se comunicar de uma maneira artificial como, por exemplo, expressou Nadir no 5º Encontro: - Eu quero que você trate nem se exaltando, nem assim artificialmente. Eu quero que você trate normal.

Também, as excessivas cobranças que, de acordo com as participantes, os profissionais colocaram nos pacientes, sem compreender o momento pelo qual eles estavam passando, e seus limites com relação ao tratamento foi algo que, como Verônica disse no 4º Encontro, dificultou a relação entre o profissional e o usuário: - Não é só cobrar do paciente. [...] Porque muitas vezes o paciente não tem condição de fazer tudo porque ele está afetado.

No entanto, apesar de criticarem os aspectos negativos do tratamento, os usuários admitiram que eram desconfiados, e que tinham medo de se aproximarem dos profissionais e permitirem que essa relação terapêutica se estabelecesse, tal como mostrou Nadir e Bianca, na dramatização do 7º Encontro: - É uma Nadir receosa, meio desconfiada [Nadir]. - Eu acho que em alguns momentos eu me aproximo um pouco do serviço, mas eu volto, por medo também, [...] medo de me aproximar também e ver que isso não é recíproco [Bianca].

Apesar de terem criticado algumas condutas dos profissionais, as usuárias admitiram que grande parte da responsabilidade para que essa relação terapêutica desse certo também era dos usuários, como disse Bianca, no 5º Encontro: - E a autonomia para melhorar parte muito do paciente. [...] eu acho que muito é da sua responsabilidade também e da maneira como você se abre.

Contudo, apesar de admitirem que grande parte da responsabilidade para que a relação terapêutica se consolidasse provinha dos usuários, algumas preferiram assumir uma postura hipócrita e falsear a relação que estabeleceram com a equipe, tal como Bianca expressou no 8º Encontro: - Acho que virou um mecanismo de defesa já. Eu nunca falo que eu tô mal quando eu vou [...] então é pra se livrar mesmo [do tratamento].

A relação entre o profissional e o usuário foi descrita como rígida, inflexível e atravancada como disse Bianca, no 7º Encontro: - É como se tivesse uma barreira. [...] É como se tivesse um limite na relação. Nadir também concordou que a relação que os usuários

estabeleceram com os profissionais era, na maioria das vezes, rígida, inflexível e atravancada, conforme revelou na fala do 7º Encontro:

[Fala de Nadir ao dramatizar a relação entre o profissional e o paciente] “*É eu acho que é uma coisa dura [pega um banquinho de madeira], inflexível, e pesada, quadrada mesmo, e distante, que fica numa posição que é difícil de ver todas essas dimensões [do paciente, representadas pelas almofadas].*”.

Os usuários descreveram que a relação entre o profissional e o paciente era rígida de ambos os lados, tanto por parte dos profissionais, como por parte dos pacientes, tal como afirmou Bianca, no 7º Encontro: - Porque do mesmo jeito que eu não senti abertura, eu também não me abri. [...] Eu vejo que não tem a flexibilidade de nenhuma das partes.

De maneira geral, as participantes afirmaram que a relação entre o profissional e o paciente pareceu ainda não ter se estabelecido na maioria dos casos, pois estava marcada pelo medo, pela desconfiança e pelas oscilações, como mostrou Verônica, no 4º Encontro: - É difícil aquele profissional que eu escuto, que eu posso chegar nele. [...] Tem dia que eu chego e eu consigo falar melhor com o profissional. Tem dia que eu chego e eu não consigo falar nada.

No entanto, apesar das dificuldades de relações entre os profissionais e os usuários, alguns usuários preferiram se manter vinculados ao serviço porque ele possuía uma equipe especializada no tratamento dos TAs, e era o único respaldo que não lhes abandonaria, caso outros apoios para o enfrentamento dos transtornos alimentares falhassem como, por exemplo, o apoio familiar, de amigos ou de cônjuges. A opção das participantes em permanecerem no serviço para receberem o mínimo de apoio possível, apesar de acharem que não eram suficientemente acolhidas pelo serviço, esteve expressa na fala de Bianca (O que me faz continuar lá é [...] o medo de ficar sem nenhum apoio, e de acontecer alguma coisa. [8º Encontro]), e de Nadir:

“[O serviço] *é o único apoio que eu tenho especializado para momento críticos que eu sei que estão suscetíveis a acontecer a qualquer momento na anorexia [...] Se a sua família desistir de você [...] você paga imposto, e o apoio deles [equipe], por mais ineficiente que seja você vai ter.*” [8º Encontro].

As participantes também relataram momentos em que essa confiança com o profissional foi reestabelecida quando, por exemplo, o profissional se mostrou mais firme e impôs limites ao comportamento da paciente, fazendo com que ela respeitasse o tratamento e o profissional:

“Esse rapazinho [o médico psiquiatra que Ananda relatou ter sido firme em sua intervenção] [...] ganhou credibilidade comigo da última... apesar que eu saí daqui odiando, odiando. Só que como eu tive uma melhora muito grande por conta desse tratamento de choque que ele me deu, ele ganhou credibilidade comigo [...] a postura profissional da pessoa cria em você um respeito. E você acaba olhando o tratamento com mais seriedade.”. [Ananda – 8º Encontro]

Apesar de existir um grupo de pacientes que aprovou as atitudes mais firmes de alguns profissionais, para conscientizar as pacientes da importância de aderir ao tratamento, outras eram extremamente contra a essa postura profissional, como relatou Bianca no 8º Encontro: - É pra fazer um terrorismo desse na cabeça da paciente? [...] Isso aí não é terapêutica nem aqui nem na China.

Os usuários também sugeriram que os profissionais se mostrassem mais humildes e admitissem seus limites, pois essa atitude aproximaria o profissional do paciente, e contribuiria para que o profissional conseguisse compreender os aspectos obscuros do seu cliente, tal como disse Nadir no 7º Encontro: - [Assumir] uma fragilidade, uma dificuldade, uma limitação. Foi nesse momento que eu falei: - Nossa, esse cara é bom. Ele está disposto a cuidar de mim.

O profissional, de acordo com as participantes, também deveria ser autêntico, no sentido de se portar da mesma maneira dentro e fora do consultório, e também deveria ser congruente com os seus princípios, como exemplificou Nadir no 7º Encontro com a frase:

“E eu percebia que ele, enquanto pessoa não era nada incoerente com isso que ele me falava em terapia. Porque ele fazia isso. Ele não colocava máscaras [...] E o que eu percebi é quanto mais natural é a minha relação com o profissional, quanto mais competência eu percebo no profissional, mais agradável é o meu encontro com ele nesses locais [fora do ambiente hospitalar].”.

5.3.4 4ª Unidade Temática: A autonomia dos pacientes nas decisões sobre os seus tratamentos e a participação dos pacientes nas discussões que são realizadas sobre os seus tratamentos

No decorrer das entrevistas em grupo focal, os usuários tiveram a percepção de que alguns profissionais do serviço não criaram uma relação terapêutica, onde era possível uma participação ativa do usuário em seu tratamento. As principais reclamações se centraram no fato de que não havia uma abertura para que o usuário pudesse se colocar e emitir uma opinião a respeito do seu tratamento, como expressou Bianca, no 3º Encontro: - Não chegou

de novo para mim perguntando para eu poder falar [do meu problema] [...] Eu já tinha a impressão de que eu não ia ser escutada.

Os usuários perceberam também que existia uma resistência por parte dos profissionais em ouvirem as suas críticas ou reclamações a respeito do tratamento, como relatou Nadir, no 3º Encontro: - Todo mundo é censurado. E também como relatou Bianca, no 3º Encontro:

[Bianca se referiu nessa frase a como os profissionais da equipe a enxergaram quando a paciente questionou alguns aspectos do tratamento] *“Ai, ela [Bianca] questiona demais. Ela vai às vezes muito ali. E eles [profissionais da equipe] não gostam disso. [...] No começo eu debatia. [...] Mas aí eu comecei a ver que eu era a paciente chata.”*

De acordo com os usuários, esse comportamento resistente dos profissionais ao diálogo se originou de uma postura autoritária, em que o profissional se colocou como sendo o detentor exclusivo do saber sobre o tratamento. Nadir exemplificou essa postura autoritária dos profissionais com a frase do 3º Encontro: - Essa pessoa [paciente] está tentando tirar a minha autoridade. [...] Não, essa parte não é para você [paciente]. Essa parte fica aqui nos bastidores.

Dessa maneira, os usuários afirmaram estarem frustrados, pois perceberam que não faziam parte das decisões que a equipe tomava a respeito do seu tratamento. Nadir, no 3º Encontro, disse que gostaria que os profissionais estabelecessem com as pacientes um diálogo maior e que, através desse diálogo, ambos pudessem chegar a uma concordância com relação às decisões sobre o tratamento, tal como mostrou na fala a seguir: - Não que eles [profissionais] tenham que concordar com a gente, mas se eles não concordem [...] tentem expor da melhor forma.

Com relação às informações que eram transmitidas aos usuários a respeito do tratamento, Bianca afirmou no 3º Encontro que, muitas vezes, os usuários não tomaram a medicação ou não seguiam os procedimentos previstos no tratamento porque não lhes era cedido ou era dificultado o acesso sobre informações como, por exemplo, os efeitos de um determinado medicamento no organismo, tal como mostrou Bianca na frase: - O paciente não toma o medicamento porque ele não entende para que serve.

5.3.5 5ª Unidade Temática: O conforto, a aparência e as condições gerais das instalações do serviço

As participantes relataram que a estrutura física do serviço influenciava na qualidade do tratamento, conforme foi visto no relato de Bianca, no 6º Encontro: - Eu acho que faz diferença [a estrutura física do serviço] porque você se sente bem em um lugar [...]. A estrutura [do serviço] em que você está também não te acolhe tão bem, você não se sente confortável naquele lugar, eu acho que fica mais pesado.

A participante afirmou que a forma como o serviço estava estruturado fisicamente contribuía para uma sensação de menor ou maior Acolhimento. Também foi observado que a estrutura física do serviço poderia influenciar na forma como eram desenvolvidos os Vínculos entre os profissionais e as usuárias, facilitando ou dificultando o acesso delas aos profissionais como expôs Bianca, no 6º Encontro: - Atualmente o Vínculo em que você está [...] a estrutura não está colaborando. [...]. A estrutura deveria colaborar com o Vínculo, pelo acesso mais fácil, pelo Acolhimento a hora que você chega.

Assim, de acordo com Bianca, a forma como fosse estruturado o ambiente do serviço facilitaria a proximidade das pacientes com os profissionais, tal como ela afirmou na frase seguinte: - Eu acho que até o Vínculo que você teria com a pessoa [caso o serviço fosse em uma casa no *campus* da USP], pelo fato de você estar mais próximo delas [equipe de profissionais] seria mais fácil [Bianca – 6º Encontro].

Nas entrevistas em grupo focal as participantes puderam recriar uma estrutura do serviço que seria mais acolhedora e satisfatória aos usuários. A desvinculação do serviço do ambiente hospitalar foi a alternativa proposta por Bianca, para que os atendimentos se tornassem mais agradáveis. A sugestão foi que os atendimentos fossem realizados nas casas existentes no *campus* da USP Ribeirão Preto. As casas do *campus* da USP Ribeirão Preto exercem diversas funções e, dentre elas, os atendimentos a pacientes com diversas patologias. Dessa forma, conforme Bianca, uma dessas casas seria reservada ao atendimento de pacientes com diagnóstico de TAs. No entanto, conforme o relato a seguir, a relação de atividades com o Hospital das Clínicas permaneceria, para manter a facilidade de acesso dos pacientes aos exames, internações e medicamentos administrados:

“Acho que ele [serviço] não seria dentro do hospital [...] seria em alguma dessas casas aqui, para tirar aquele ar tão pesado que é lá [...] mas não saindo desse contexto, dentro da USP.

[...] *O vínculo com o hospital, tendo já esse vínculo, seria muito mais fácil.*”. [Bianca – 6º Encontro]

Bianca disse no 6º Encontro que o atendimento realizado nas casas do *campus* garantiria maior privacidade aos usuários, diferentemente do que acontece quando eles são atendidos no ambulatório do Hospital das Clínicas, junto a outros pacientes: - Porque ele [serviço] é feito dentro do ambulatório de criança. Eu acho que isso não tem muito a ver [...] tendo um lugar só para isso eu acho que seria [...] uma coisa mais reservada. Você se sentiria tendo mais privacidade [Bianca].

Também, de acordo com a participante, a casa do *campus* da USP seria um ambiente desvinculado da ideia de hospital e de doença que tornaria o ambiente um local mais agradável e confortável. Bianca expressou sua opinião positiva a respeito da reforma realizada no Instituto de Psiquiatria de um hospital em São Paulo, que deu ao lugar uma aparência distante de um centro hospitalar, e sugeriu que houvesse uma reforma semelhante no serviço investigado:

“Depois de uns dois anos teve uma reforma muito grande no hospital, no Instituto de Psiquiatria [em São Paulo]. É muito mais bonito o lugar. Tudo mais arejado. Não parece que você está num hospital. E a ala de TAs é separada [...] até as salas, não parecia que você estava dentro de um hospital, porque era bem organizado.”. [Bianca – 6º Encontro]

O modo como o serviço estaria estruturado fisicamente se estenderia também à unidade de internação, onde Bianca, no 6º Encontro, sugeriu a construção de uma ala de internação exclusiva para o tratamento de pacientes diagnosticados com TAs, tal como ocorreu no Instituto de Psiquiatria do hospital em São Paulo: - Eu acho que a internação [...] uma ala só para pacientes com transtorno alimentar, seria melhor do que ficar junto com todos os transtornos. Também, Nadir no 8º Encontro sugeriu que houvessem mais entradas de sol nos locais da internação, porque quando esteve internada sentiu a necessidade de tomar mais banhos de sol, como afirmou nessa frase: - [Na internação] Você não toma sol. [...] três meses eu não tomei sol. Eu tomava sol uma vez por semana, que era um passeio que tinha que ficava quinze minutos lá embaixo.

De maneira geral, as entrevistas em grupo focal revelaram que os usuários não consideravam o serviço confortável. Muitas coisas estavam implicadas nessa falta de conforto, como a estrutura física onde eram realizados os grupos de apoio psicológico aos pacientes que foi classificada por Bianca, no 4º Encontro, como pequena e quente. Também,

foi relatado por Bianca que a sala do grupo de apoio psicológico aos pais não possuía acomodação satisfatória: - A salinha dos pais [...] é ruim a acomodação [6º Encontro].

As participantes relataram que a forma como o serviço estava estruturado e organizado se mostrava insuficiente, porque seria mais confortável se ele tivesse, por exemplo, uma cozinha no local do atendimento e dois banheiros para atender ao público feminino e masculino, como relatou Bianca no 6º Encontro: - Acho que teria um banheiro masculino e feminino, até para as pessoas ficarem um pouco mais preservadas.

A cozinha, de acordo com a participante, traria maior conforto aos pacientes, disponibilizando lanches e bebidas para o período longo que os usuários passavam no serviço:

“Eu acho que poderia, nessa cozinha, água é óbvio. [...] acho que poderia ter uma bolacha, alguma coisa para ser oferecido, porque é muito tempo. [...] antes [no HC] tinha um restaurante ali [...] mas agora nem isso mais tem. Mas não é oferecido nada.”. [Bianca – 6º Encontro].

Além disso, conforme disseram Bianca e Nadir, a maioria dos móveis do serviço era de plástico e, portanto, mobiliários duros e desconfortáveis. Para Bianca, o que mais se destacou na aparência do serviço foi que o ambiente tinha o aspecto de sujo e mal conservado, como ela expressou na fala abaixo: - As salas de consulta parecem estar sempre sujas e empoeiradas.

A estrutura mal conservada parecia dar, de acordo com Bianca, a impressão de que o serviço não era limpo, conforme ela indicou nessa frase do 6º Encontro: - A sala sempre está suja. [...] estrutura que é muito velha também. Então eu acho que não dá esta cara de estar tão limpo.

Bianca relatou ter nojo de usar o bebedouro e o banheiro do hospital, pois o banheiro pareceu não estar sendo bem administrado e higienizado, como mostrou o relato de Bianca no 6º Encontro: - Para usar aquele banheiro é um tormento porque o banheiro é sujo, a porta não fecha direito, muitas vezes não tem papel.

Assim, Bianca no 6º Encontro requereu móveis mais novos, organização, e a limpeza do local onde era atendida, como ela disse na frase: - Uma sala mais organizada, mais limpa, uma coisa mais banca. Um ar mais de limpeza, com móveis mais novos, para passar um ambiente mais leve.

5.3.6 6ª Unidade Temática: A competência da equipe e a competência dos terapeutas principais para realizarem a assistência dos pacientes

No decorrer dos oito encontros das entrevistas em grupo focal, as participantes relataram deficiências na competência da equipe de profissionais, que foram resultantes de vários fatores.

Conforme as participantes, o primeiro fator que pareceu ter prejudicado a competência da equipe foi a dificuldade de comunicação entre os profissionais. Os usuários perceberam que em alguns casos havia ruídos e obstáculos nessa comunicação, pois já vivenciaram momentos em que suas histórias foram distorcidas, quando transmitidas de um profissional para outro, tal como relatou Bianca no 3º Encontro: - Aí eu acho que ele [médico residente que a atendeu anteriormente] já contou de uma maneira diferente. [...] Então foi aonde a história distorceu.

Os usuários afirmaram a existência de profissionais que estabeleciam uma comunicação mais fluente e frequente entre eles, enquanto outros profissionais possuíam pouca intercomunicação. Ananda afirmou essa dificuldade de comunicação entre alguns profissionais do serviço no 8º Encontro, com a frase:

“[A comunicação entre os profissionais é] totalmente falha. [...] Eu não sinto que entre os psicólogos daqui [agacha perto da almofada rosa] exista uma comunicação ali [aponta a almofada que representa o médico psiquiatra]. Dali ainda existe. [...] Entre a psiquiatra e o nutricionista.”.

Ao comparar a comunicação entre os profissionais da equipe no passado e dos profissionais da equipe no serviço atual, os usuários apontaram que a qualidade de comunicação dos profissionais da equipe atual regrediu, tal como apontou o diálogo entre a diretora e Ananda a seguir:

Ananda: [No serviço atual] *“Não sei se existe uma comunicação, mas eu não sinto. Então é como se tivesse uma fenda aqui [entre psicólogo e psiquiatra], uma falha aqui. E aqui [entre nutricionista e psiquiatra] ainda tivesse uma ligação.”.*

Diretora: *“Se você colocar como o grupo era antes, como era essa comunicação?”.*

Ananda: *“Totalmente conjunta. [...] havia uma afinidade entre o grupo.”.*

Diretora: *“Você achava que as informações eram passadas?”.*

Ananda: *“Sim. Existia uma correspondência.”.*

Outro fator que, de acordo com as participantes, pareceu ter prejudicado a competência da equipe foi o enfoque biológico que era dado ao tratamento. Alguns usuários perceberam que no seu tratamento era enfatizada a dimensão biológica, a despeito da dimensão psíquica e social do paciente, como apontou Nadir, no 3º Encontro: - O que importa puramente é o biológico.

Dessa forma, as pacientes afirmaram que muitas vezes se sentiram resumidas a sua dimensão orgânica, como afirmou Bianca na frase do 3º Encontro: - Porque às vezes eles olham só a parte física. Você está bem fisicamente, então está bom.

Foi visto nas entrevistas em grupo focal que algumas pacientes requeriam a atenção da equipe para outras áreas do seu problema, além da dimensão orgânica. Contudo, essa atenção requerida pelas pacientes, na forma de queixas e de reclamações, não foram consideradas por alguns profissionais da equipe, como mostrou Bianca na frase dita no 7º encontro. Bianca, nessa frase, tentou exprimir o pensamento de alguns profissionais sobre as reclamações das pacientes: - Ela [paciente] está bem organicamente, biologicamente, ela está bem. [...] Esse negócio de reclamar é dela mesmo. Mas ninguém vê por trás..

A indicação excessiva de medicações por alguns profissionais aos pacientes foi outro fator que, de acordo com as participantes, abalou a competência da equipe. Alguns usuários criticaram o excessivo uso de medicamentos que era feito no tratamento, sem que fosse dada atenção para os outros aspectos do paciente, conforme relatou Bianca, no 3º Encontro:

“Então meio que assim... tudo eu vou medicalizar? Eu estava ansiosa porque aconteceu uma coisa que para mim eu julgo ser importante [...]. Ele [profissional] falou: - É até normal você estar ansiosa por isso, isso. Pô, se ele entendeu que eu estou tão ansiosa, porque passar a medicação ali entendeu? Porque eu vou medicalizar se eu estou entendendo. Será que [o profissional] entendeu mesmo?”.

Os usuários criticaram o uso da medicação por alguns profissionais como um elemento que por si só traria a melhora, sem que houvesse a necessidade de diálogo e de um trabalho conjunto entre o profissional e o paciente. Os usuários afirmaram que havia pouco diálogo do profissional com o paciente para informar sobre a importância do uso do medicamento. Verônica, na frase dita no 4º Encontro, afirmou que não ocorria o diálogo do profissional com o paciente, que poderia trazer maior controle emocional ao usuário, e a conscientização sobre a necessidade do uso do medicamento:

“[imitando um profissional]: - Você tomou o medicamento? Mas você não está ficando sem tomar o medicamento? Porque você precisa tomar o medicamento. [...] Aí então você olha

para a cara do profissional e fala assim: - Ah não. [...] Se você está com dificuldade [...] eu preciso buscar esse controle primeiro.”.

Dessa forma, para as participantes o enfoque do tratamento na dimensão biológica do paciente, e o excessivo uso de medicamentos que eram administrados sem as devidas informações fizeram com que elas percebessem que não eram atendidas de forma integral pela equipe. As usuárias disseram que a maioria dos profissionais do serviço não possuía uma assistência que abarcasse uma visão mais integral do paciente, como relataram Bianca e Nadir, no 7º encontro:

Bianca: “Eles não têm preparo para olhar tudo isso de uma única vez e só sabem olhar as brechas, os pedaços [...]”.

Diretora: “É a visão de um paciente que é fragmentado?”.

Nadir: “Sim”.

Conforme Bianca disse no 7º Encontro, o tratamento mostrou-se fragmentado, quando aparentou tratar os transtornos alimentares como uma disfunção pontual, onde o principal objetivo do tratamento era o reestabelecimento das funções orgânicas das pacientes: Diretora: - O que eu estou entendendo é que em termos mais sintomáticos, orgânicos, eles [profissionais] são bem competentes. Bianca: - Coisas sintomáticas que sejam muito visíveis e que sejam do campo deles.

Dessa forma, para as participantes o tratamento oferecido pelo serviço foi realizado de uma forma pontual e com uma concepção biomédica do cuidado. Conforme as participantes, os transtornos alimentares pareceram ser tratados semelhantes a uma doença orgânica, onde o reestabelecimento da desnutrição ou do equilíbrio hidroeletrolítico corporal significavam a cura para o transtorno alimentar. Bianca, no 8º Encontro, afirmou com a frase abaixo o enfoque biomédico e curativo dado ao tratamento: - O psiquiatra eu acho que ele só te dá remédios, o outro eu acho que só pede exames [...].

Os participantes perceberam, ainda, que alguns profissionais do serviço não possuíam uma visão contextualizada do adoecer das pacientes, pois desconheciam o seu processo de adoecimento e, muitas vezes, desconsideravam as suas subjetividades e singularidades, como disseram Nadir e Bianca, na frase a seguir do 8º Encontro:

Nadir: “Pegam só essa parte: a pessoa para de comer [...]. E tipo, trabalha com isso só. Então você chega lá no consultório e fala: - Parei de comer. A pessoa fala: - Ah, isso eu já sei. Isso é característico da sua doença. Mas ele [...] ignorou todo o meu contexto, sabe?”.

Bianca: “É eles não entendem. Não fazem questão de entender o seu contexto muitas vezes.”.

Para que o tratamento atingisse uma maneira mais integral de assistir as pacientes, elas acreditaram que era necessária uma capacitação tanto do profissional, quanto do modo como o serviço estava organizado. Falas como a de Nadir, no 7º Encontro: - [Os profissionais] deviam passar por um processo de flexibilização [...] aprender a usar todos os sentidos, todas as potencialidades que eles têm [...]. Porque eu acho que inteligência emocional é uma coisa muito importante; denotou um profissional que conseguisse, por meio dos seus sentidos apurados, uma visão mais integral das pacientes e que realmente pudesse captar as subjetividades e singularidades delas.

No entanto, os usuários disseram que esse movimento de encontro e de aproximação dos profissionais com as necessidades das pacientes foi muitas vezes barrado pelo orgulho e pela falta de esforço de alguns profissionais em ampliarem a sua percepção sobre as pacientes, e conseguirem ter uma visão integral delas, conforme Nadir disse nessa frase do 8º Encontro: - É, dizer que eles não têm uma visão integrada envolve muito coisa. Envolve orgulho [...] preguiça de ser um profissional melhor [...].

Os usuários também disseram que a equipe poderia rearranjar o modo como organizavam as suas atividades, para ela garantir aos usuários um modo de assistência mais integral como, por exemplo, realizando um atendimento com duas ou mais especialidades de profissionais (atendimento conjunto). No entanto, conforme a fala de Nadir no 7º Encontro, os atendimentos conjuntos eram são realizados no tratamento:

“Nunca isso aconteceu de ter mais de um profissional. De o profissional assumir: - Olha isso aqui talvez eu não consiga te dizer sozinho. Eu vou precisar de uma ajuda, de um auxílio. Vamos lá, vou chamar, vem cá nutrólogo, vem cá psiquiatra sentar junto com a Nadir, vamos conversar.”.

Os usuários que eram mais antigos no tratamento demonstraram preocupação com o modo como o serviço estava estruturado atualmente, pois sentiam que não havia uma equipe de referência que pudesse dar aos novos usuários um respaldo para enfrentarem os transtornos alimentares e seguirem o tratamento, como afirmou Ananda no 8º Encontro:

“Hoje [o serviço] é isso aqui [afasta as almofadas]. [...] Hoje a gente chega e está isso aqui [afasta as almofadas]. E o que acontece? Você vem aqui no meio [Ananda se coloca no meio das almofadas espaçadas] e fica perdida aonde você vai [Ananda anda de um lado para o outro como se estivesse perdida]. Você está perdida.”.

De acordo com o que Verônica relatou no 4º Encontro, os profissionais antigos e que já não estavam mais no serviço pareciam trabalhar em equipe e dar a direção e o apoio para as

pacientes que não era dada pelos atuais profissionais: - Eu estou meio preocupada com o agora, com o tratamento agora. Sinto muita falta de alguns profissionais [antigos no tratamento].

Para os usuários mais novos no tratamento, a promissora proposta de um serviço multidisciplinar que assiste pacientes com diagnóstico de TAs, apesar de ter um elevado potencial, não se realizava:

“O potencial é muito grande, é gigante, pelas formas como as atividades são articuladas e pela forma como utopicamente é planejado que as coisas aconteçam. [...] Existe uma zona de diferença, um intervalo, entre o desenvolvimento do serviço potencial e o real.”. [Nadir – 8º Encontro].

Nas entrevistas em grupo focal, os usuários tiveram a impressão de que o serviço no passado era mais profissional. Esse “profissionalismo” indicado pelos usuários em momentos passados do tratamento pareceu surgir por dois fatores. O primeiro fator era que parecia haver no serviço passado um período de tempo maior em que o profissional de saúde era responsável pelo atendimento do usuário, como relatou Ananda, no 8º Encontro: - [O serviço no passado] era mais profissional [...]. O período de tempo dos profissionais era maior. Você criava um Vínculo maior.

Isso gerava, conforme as participantes, um Vínculo mais consistente entre o profissional de saúde e o usuário, e um conseqüente aprofundamento na relação terapêutica de ambos. Dessa maneira, a continuidade dos profissionais no serviço fazia com que a equipe se tornasse um ponto de referência e apoio das pacientes, como disse Ananda, no 8º Encontro: - Você tinha sempre aquela equipe [...] eu sabia o que eu ia encontrar aqui [...] você tinha uma continuidade no seu tratamento. Você tinha um foco.

O outro fator que contribuiu para o profissionalismo da antiga equipe do serviço foi que a continuidade de profissionais, de acordo com as participantes, desenvolveu um trabalho conjunto mais elaborado, onde as pacientes podiam ter um trabalho em equipe com melhor comunicação entre os profissionais. Ananda dramatizou essa equipe de profissionais, mais coesa, no 8º Encontro: - Isso era a equipe antes [Ananda colocou as almofadas unidas no chão] um conjunto. [...]. Nutricionista, psiquiatra e nutrólogo [significaram as três almofadas, que juntas formavam a equipe]. [...] Eu sabia que eu tinha esse respaldo.

Diante de um trabalho de equipe forte e consolidado, as participantes disseram que os usuários se sentiam amparados e confiantes, tal como revelou a frase a seguir: - O serviço

antigamente ele tinha um papel tão forte, a equipe era tão unida [...] porque eu tinha um ponto de apoio forte aqui [Ananda – 8º Encontro].

Nas entrevistas em grupo focal, os usuários identificaram a rotatividade de profissionais (*turnover*) do serviço atual como um fator que prejudicou o tratamento, como indicou Vivian, na frase do 5º Encontro: - O problema é essa mudança dos profissionais. [...] Eu concordo que essa troca de profissionais é complicada, porque quando você começa a se sentir bem com a pessoa, cria um certo Vínculo, daqui a pouco troca.

Os participantes também afirmaram que a frequência reduzida de retornos de alguns pacientes em melhores condições orgânicas, somada a rotatividade profissional, pareceu dificultar ainda mais o estabelecimento do Vínculo entre o profissional e o usuário, como disse Nadir no 4º Encontro: - Se [a consulta] for agora, eu vou ter o retorno só daqui a dois meses [...] Então o Vínculo dela comigo já é difícil para ela construir.

A rotatividade de profissionais pareceu ser um fenômeno generalizado no serviço, pois as participantes afirmaram que todas as especialidades que constituem a equipe multidisciplinar apresentou *turnover* considerável. Existia a rotatividade dos médicos, como disse Ananda, no 8º Encontro com a frase: - Com os outros médicos se torna uma relação um pouco mais fria. [...] É muito rotativo. [...] O ano passado eu não tive nenhum médico.

Conforme Ananda, a nutricionista foi também outra profissional que apresentou rotatividade no serviço:

“A nutricionista, o ano passado estava... então, nem sei o nome da menina. [...] Ficou pouquinho tempo e saiu também. [...] Só que você não cria Vínculo. É diferente dos anos passados, dos anos anteriores. [...] Agora não tem foco. Fica aquela coisa assim dispersa. [Ananda caminhou em direção à almofada amarela] aqui é a nutricionista. Porque eu não estou sentindo firmeza. Está mudando muito.”. [8º Encontro]

Os psicólogos do serviço, de acordo com Ananda na frase abaixo, também apresentaram rotatividade: - Aqui é o médico, o psicólogo. [...] Também não tem firmeza. Está rodando demais [8º Encontro].

A coordenação do grupo de apoio psicológico das pacientes está também desfalcada pela rotatividade de profissionais, como revelou esse diálogo entre Ananda e a diretora, no 8º Encontro. Diretora: E o grupo de apoio? Ananda: - Muito rotativo também. [...] Então é aonde fica... ele fica manco. [...] Hoje está manco.

Tal como mostrou a fala de Vivian no 5º Encontro, o *turnover* era prejudicial ao tratamento, pois impedia que os usuários tivessem uma equipe de referência em que pudessem confiar e impedia que os usuários e os profissionais construíssem uma relação terapêutica

adequada: - Eu não sei nem como avaliar [o serviço] porque é complicado, sempre está mudando [Vivian – 5º Encontro].

Com relação ao terapeuta principal, para os usuários as pessoas de referência no tratamento não eram a equipe como um todo, mas apenas alguns profissionais que já estiveram no serviço, ou que ainda permaneceram nele. É interessante destacar que, apesar de alguns profissionais não estarem mais presentes no serviço, alguns usuários ainda os consideraram como profissionais de referência, como, por exemplo, Ananda indicou nessa frase do 8º Encontro:

Ananda: “[No serviço] *tem uma única pessoa que eu me identifico [...] hoje ela nem está mais lá [...] uma nutricionista [...] ela me dava esses embasamentos.*”.

Diretora: “*Mas a Rita² [nutricionista] não faz mais parte [do serviço].*”.

Ananda: “*Mas ela [nutricionista] é ainda o meu ponto de apoio. [...] Ainda representa para mim o serviço.*”.

Assim, de acordo com Ananda, o Vínculo com esses antigos profissionais pareceu ser tão forte, que a saída deles do serviço foi um momento doloroso ao usuário, conforme disse Ananda, no 8º Encontro: - A Fernanda³ [nutricionista] para mim foi... eu senti muito quando ela saiu [do serviço].

Aos olhos dos usuários mais antigos no tratamento, os usuários mais recentes no serviço não possuem uma equipe de referência, como foi revelado em um diálogo do 8º Encontro, que está exposto a seguir. Diretora: - Elas [usuárias mais novas no serviço] não têm um profissional de referência? Ananda: - É exatamente. Elas não têm referência. [...] nós que somos antigas tínhamos essa equipe de referência.

Diante de uma equipe que não se mostrou referente, os usuários mais novos no serviço pareceram buscar em alguns profissionais da equipe, ou em profissionais não relacionados à equipe, uma referência e um apoio para o seu tratamento, conforme disse Nadir no 8º Encontro: - Por mais que eu precisasse, que eu tenha precisado de um apoio, que eu acho que não tem nada a ver com o serviço esse apoio da cabeça levantada, tem a ver com alguns profissionais, mas que não tem relação com o serviço. Tem a ver com psiquiatras, que foram meus psiquiatras na internação [...], mas que não são profissionais do serviço.

Ananda e Bianca também pareceram buscar em apenas um profissional da equipe um apoio para o seu tratamento, tal como mostrou esse diálogo, no 8º Encontro:

² Nome fictício.

³ Nome fictício.

Ananda: *“Meu ponto de apoio está aqui [apontou a almofada que representava o médico psiquiatra]. [...] O serviço para mim hoje é só isso aqui [apontou a almofada que representava o médico psiquiatra].*

Bianca: *“Eu gosto muito da nutricionista.”.*

5.3.7 7ª Unidade Temática: A satisfação dos pacientes com a ajuda oferecida pela equipe do serviço

Com relação à ajuda dada aos usuários pela equipe, as participantes consideraram que essa ajuda recebida seria mais eficiente se os conflitos psíquicos mal resolvidos dos profissionais fossem elaborados por meio de uma psicoterapia realizada por eles. De acordo com as participantes, os profissionais que se submetessem à psicoterapia poderiam oferecer uma assistência ao paciente sem tantos distúrbios causados pelas projeções do profissional na relação profissional-paciente. Nadir, no 7º Encontro, afirmou a necessidade dos profissionais do serviço em se submeterem a uma psicoterapia:

“Ele não se dispor a fazer uma terapia [...] eu acho que eles não fazem [terapia] [...] O profissional precisa se conhecer. Ele precisa saber o quanto do tratamento que ele está... o trabalho dele está imbuído, está sendo influenciado de características que são dele, de dificuldades que são dele.”.

De acordo com as participantes a terapia seria importante, ainda, para o profissional reconhecer as suas limitações e as suas dificuldades, e assim tentar contorná-las ou superá-las. Esse desejo dos usuários para que os profissionais buscassem recursos para se tratarem psiquicamente, veio da percepção de que, embora os profissionais estivessem preparados tecnicamente para tratarem os TAs, não estavam aptos para abordarem os pacientes no que diz respeito a sua dimensão emocional, conforme relatou Nadir, no 7º Encontro: - O preparo técnico eu acredito que [a equipe] tenha, a maioria deles. [...] Agora, o preparo emocional [...] na maioria das vezes só se é analisado o Currículo Lattes.

A percepção das participantes de que alguns profissionais não estavam preparados para abordar as pacientes veio, de acordo com as participantes, da superficialidade dos atendimentos realizados, como afirmou Ananda, no 8º Encontro: - Porque tem muitos profissionais que não são preparados aqui [...] são muito superficiais. Esses superficiais não conseguem atingir a gente.

Ainda, as participantes relataram uma dificuldade de alguns profissionais em se relacionarem empaticamente com as pacientes e estabelecerem uma comunicação mais próxima e afetiva com os usuários, como afirmou Bianca no 8º encontro: - A maneira como [os profissionais] poderiam te falar isso [sobre a necessidade de o paciente realizar o atendimento com um acompanhante] seria uma maneira muito melhor, entendeu?

Os usuários cogitaram a hipótese de que falta formação para que os profissionais consigam atender as pacientes por meio de um olhar integral, que abarcasse, por exemplo, as áreas psíquicas e sociais dos mesmos, como afirmou Nadir, no 8º Encontro: - Falta formação, uma visão integral do paciente. É isso que falta.

Alguns usuários apontaram que a elevada frequência de participação no tratamento, e a obrigatoriedade de participar de todas as atividades do serviço fizeram com que surgisse nos pacientes o desejo de se livrar o mais rápido possível do tratamento, como foi dito na fala de Nadir, no 8º Encontro: - Quando eu ia semanalmente ao serviço eu tinha consulta semanalmente, tinha que me pesar semanalmente, eu acho que surge uma obrigatoriedade, que talvez venha do seu esforço de se livrar do serviço.

O desejo de muitos pacientes quererem “se livrar do tratamento”, de acordo com as participantes fizeram com que as pacientes tivessem resultados positivos no tratamento, como revelou o diálogo abaixo, realizado no 8º Encontro:

Diretora: “[...] Vocês relataram ganhos significativos [com o tratamento] agora na dramatização.”.

Nadir: “[...] Manifesta isso [os ganhos no tratamento] mais pelo quê? Pela qualidade do serviço, ou, por exemplo, pela... frequência do serviço... entendeu?”.

A melhora, de acordo com alguns usuários veio mais pela quantidade de participação no tratamento, do que pela qualidade do serviço. Para muitos pacientes, o serviço é deficiente em vários aspectos e, para algumas participantes, a melhora do transtorno veio dos recursos alternativos que elas buscaram para superar a baixa qualidade do tratamento, como disse Nadir no 8º Encontro: - A nossa melhora é exatamente pelo fato do serviço ser ruim, entendeu? [...] Vou ter que aproveitar de algum jeito dessa ineficiência pra pensar que então só depende de mim e buscar formas alternativas.

A manutenção da saúde orgânica, de acordo com algumas participantes, veio do medo de elas serem internadas, e de terem que ser submetidas a um regime alimentar e a um tratamento de forma obrigatória, como o diálogo entre Nadir e Bianca, no 8º Encontro, revelou:

Nadir: *“Por exemplo, muita gente, paciente com quem eu converso que não perde peso e que evita internação, não é internado e tudo mais porque fica com medo da internação compulsória [...]”.*

Bianca: *“Eu acho que uma vez internada o terrorismo é tão grande que você não quer nunca mais aquilo na sua vida de jeito nenhum.”.*

Apesar dos sentimentos de medo, incômodo e insatisfação que a passagem pelas experiências dolorosas do tratamento gera, os usuários relataram avanços bastante significativos desde que entraram no tratamento. Na fala abaixo, dita no 8º Encontro, Nadir revelou como o sofrimento vivido na internação a fez buscar recursos para enfrentar os TAs: - Ter me privado durante 3 meses do contato com os meus amigos, de sair, de fazer coisas que me davam prazer, antes de eu ficar doente [...] eu precisei de ser [...] internada pra ser privada disso e pra conseguir ver que era isso que eu queria de volta.

Um dos principais benefícios do tratamento relatados pelas participantes foi o desenvolvimento da espontaneidade de algumas pacientes. Nadir relatou em uma frase do 8º Encontro que, após sua inserção no tratamento, conseguiu dar respostas mais integradas às situações que o cotidiano lhe apresentava, percebendo claramente a si mesmo e o meio em que estava inserida, e conseguindo encontrar soluções satisfatórias aos entraves apresentados:

[Nadir fala enquanto caminha pelo palco] *“Eu caminho mais naturalmente. [...] Tenho flexibilidade [...]. Pra caminhar eu não tô pensando [...]. Eu tenho força física pra fazer isso. Eu tenho disponibilidade física e psicológica pra fazer isso. [...] Enquanto antes eu não tinha nem força e eu tinha que pensar pra fazer cada movimento, porque eu não queria nem esse movimento [...]. Só que antes do serviço, antes de começar meu tratamento, eu não conseguia.”.*

Outro avanço relatado pelas participantes foi o aumento da confiança em si próprias, e um maior equilíbrio mental que gerou maior segurança e discernimento das pacientes em suas ações, como relatou Nadir, na frase do 8º Encontro: - Eu tenho mais equilíbrio pra andar, mais segurança pra andar [...]. Tenho mais força [...]. Tem muito mais flexibilidade e eu acredito mais em mim.

A ampliação do conhecimento sobre si mesmas e sobre o mundo pôde diminuir uma visão extremista e pessimista que as pacientes traziam sobre si e sobre o ambiente ao redor, como Bianca disse no 8º Encontro: - Agora eu não me cobro mais tanto, e antes eu via as coisas de uma maneira muito... muito escura... e agora ficou um pouco mais colorido.

Também, o tratamento pareceu ter promovido o aumento da confiança e da coragem das pacientes em realizar as suas ações, conforme Bianca afirmou, no 8º Encontro: - [O

tratamento] me ensinou a encarar mais de frente as coisas e não me apoiar em outro alguém pra conseguir fazer as coisas.

5.4 Os resultados da utilização do Psicodrama nas entrevistas em grupo focal

De acordo com as participantes, as entrevistas em grupo focal conduzidas pelo referencial teórico metodológico psicodramático as ajudaram a re-vivenciarem o seu primeiro contato com o serviço de maneira menos temerosa, e de modo que as pacientes não sofressem ao se lembrarem desse momento. Como apontou Nadir no 2º Encontro, as participantes puderam compreender melhor o seu estado, e qual era a sua necessidade de ajuda naquele período, ao re-vivenciarem o momento de entrada no serviço por meio das dramatizações:

“Até o encontro da semana passada, pensar nesse momento [na primeira vez em que Nadir entrou no serviço] era ruim de todas as formas, não era produtivo em nenhum aspecto. [...] E o que a gente fez a semana passada parece que me ajudou sim a pensar nesse momento sem trazer dor [...]. Consegui ter uma visão mais completa do meu estado, de como eu estava, [...] o que eu estava precisando mais naquele momento [...] me ajudou a esclarecer um pouco algumas coisas, os meus conflitos, as minhas confusões.”

Os usuários relataram que, por meio das entrevistas em grupo focal conduzidas pelo referencial teórico metodológico psicodramático, puderam refletir sobre como reagiriam caso tivessem que reviver a situação de primeiro contato com o serviço. Dessa forma, por meio do Psicodrama, as participantes puderam ampliar a compreensão sobre o papel que desempenhavam no momento em que adentraram ao tratamento. Também, puderam exercitar a sua espontaneidade quando, no palco psicodramático, criaram respostas mais adequadas ao momento de primeiro contato com o tratamento, como afirmou Nadir, no 2º Encontro: - Eu consegui pensar se eu tivesse de novo uma situação desagradável como essa [momento de entrada no tratamento], eu consegui pensar como eu reagiria.

Os usuários relataram que, por meio do Psicodrama, conseguiram ter uma visão mais ampla do serviço e dos vários papéis que estavam presentes nesse contexto. Assim, conseguiram olhar com outras perspectivas os profissionais que os atenderam, e dirigiram a sua visão não só aos aspectos negativos do tratamento. Isso ficou bastante evidente no 4º Encontro, na fala de Nadir: - Antes eu estava [...] dirigindo o olhar para [...] os pontos fracos do sistema [...]. Eu acho que eu me afastei e eu estou olhando de uma outra visão.

Dessa forma, por meio do Psicodrama, os pacientes puderam abrir o seu olhar para as potencialidades do serviço, como disse Nadir no 8º Encontro: - Todos esses encontros me despertaram para [...] o potencial que tem o serviço.

Os usuários relataram que o Psicodrama também garantiu uma avaliação mais aprofundada e apurada sobre o serviço, já que a escala SATIS-BR, aplicada antes da realização das entrevistas em grupo focal, não permitiu uma análise “aguçada” para avaliar o tratamento, como afirmaram Bianca e Nadir, no 7º Encontro:

Bianca: *“Porque é aquela coisa, o teste... se eu fizer o teste hoje eu posso garantir que vai dar outra coisa. Porque você entra em contato com o teste ali sem parar para pensar em tudo isso [que foi discutido nas entrevistas em grupo focal]. A gente nunca tinha parado para pensar em tudo isso.”*

Natália: *“Sim, houve uma análise [para responder o teste], mas não é uma análise aguçada. É como se fosse assim, lá quando você deu o teste para a gente, a gente tinha todos os instrumentos que a gente tem agora para analisar, para ter feito essa análise que a gente está fazendo agora, só que talvez a gente ainda não soubesse usar esses instrumentos.”*

Bianca: *“A pessoa tem que ser estimulada para poder pensar, senão ela não vai pensar nesse ponto.”*

Dessa forma, as entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo referencial teórico metodológico psicodramático, pareceram ter contribuído para que os usuários pudessem ter uma visão mais clara e ampliada do serviço, avaliando seus aspectos positivos e negativos.

Também, o Psicodrama contribuiu para desenvolver a empatia dos usuários, pois por meio da variação da técnica de inversão de papéis, eles puderam se colocar no papel dos profissionais e compreender um pouco o seu ponto de vista. Isso foi revelado na fala de Nadir, no 2º Encontro:

“Não reduzir o profissional só aquela pessoa de expressão sisuda, mas sim expandir isso, não reduzi-lo a isso, e pensar nele como uma pessoa que é apta, que tem condições. [...] Teve, teve mudança. [...] Eu passei primeiro a me aproximar mais dele [médico psiquiatra] no sentido de colocar menos esse distanciamento em relação à autoridade.”

A variação da técnica de inversão de papéis pareceu ter sido benéfica aos usuários, pois eles propuseram que ela fosse realizada com os médicos do serviço, para aumentar a sua empatia com as pacientes e assim, melhorar a qualidade da assistência, conforme revelou a fala de Nadir, no 8º Encontro:

“Como seria um grupo desses com os médicos. [...] Todo esse movimento que a gente fez sempre de se colocar no lugar do médico, fazendo eles se colocarem no nosso lugar. Eu acho

que muitos deles teriam dito assim: - Olha o contexto desse paciente. Sabe? Nossa! Exatamente porque eles não têm essa visão continuada, essa visão integrada.”

Nadir relatou que, por meio das entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo referencial teórico metodológico psicodramático, conseguiu diferenciar as suas opiniões com relação ao serviço, das suas projeções sobre ele, conforme foi revelado na frase de Nadir, no 2º Encontro:

“Você falou da percepção transferencial, falou de projeção. Isso foi outra coisa que eu notei. Quanto de muitas atitudes que eu julguei... nossa, essa pessoa está pensando isso de mim agora, na verdade era uma projeção [...]. As impressões que a gente tem do sistema, o quanto está impresso de nós e o quanto está impresso o que o sistema é.”

Dessa forma, mais consciente de suas projeções sobre o serviço, Nadir afirmou que pôde reconhecer, por meio do Psicodrama, o quanto a sua opinião a respeito do serviço estava, em parte, baseada em suas projeções. Também, Nadir afirmou que pôde perceber que a sua atitude de vítima com a equipe do serviço era proveniente das ideias que tinha de si, e que projetava no papel da equipe. Dessa forma, concepções desfavoráveis sobre si eram projetadas nos profissionais, que se tornavam críticos e extremamente julgadores aos olhos da paciente. Isso parecia fazer com que ela se colocasse no papel de “agredida” e de “vítima da equipe”, e se esquivasse da responsabilidade do tratamento. Essa postura de “vítima” adotada pela paciente foi expressa na fala de Nadir no 2º Encontro:

“Era eu quem estava pensando: ‘que menina mimada, cheia de caprichos. Nossa que saco essa doença, essa pessoa, ela tem total controle sobre isso’. Sabe, eu pensava, penso isso de mim. E não gosto disso. [...] E parece que projetar para outra pessoa é mais fácil. Oh, sou uma vítima. Gera um processo de vitimização.”

O Psicodrama permitiu, ainda, que o usuário percebesse as próprias dificuldades relacionadas ao transtorno alimentar, e “confessasse” que elas ainda estão presentes em seu dia-a-dia, conforme Nadir expôs no relato do 2º Encontro: - Mas foi uma coisa que me despertou para o fato de pensar o quanto essas dificuldades ainda são grandes para mim.

Nadir revelou que por meio do Psicodrama conseguiu compreender o quanto era responsável para que a relação que desenvolvia com o profissional tivesse sucesso, e se transformasse em uma relação terapêutica, onde ambos pudessem trabalhar em consonância para o resultado do tratamento. A consciência de sua responsabilidade no tratamento e no desenvolvimento da relação terapêutica entre ela e o profissional foi relatada na frase do 4º

Encontro: - Eu não tinha noção até começar a fazer essa dinâmica [...] o quanto de responsabilidade a gente tem também na forma como se dá essa relação [com o profissional].

Além disso, outro benefício trazido pelo Psicodrama foi ser um “instrumento” facilitador da expressão das participantes. Até mesmo as participantes tímidas e com dificuldade em se expressar verbalmente se sentiram um pouco mais “soltas” para expressar a sua opinião sobre o serviço, tal como revelou Bianca, no 4º encontro:

Diretora: “- *O que você achou do grupo hoje?*”

Bianca: “- *Eu gostei também. Para mim foi novo. E eu tenho muita vergonha. [...] Mas eu acho que é uma maneira de você se soltar um pouco mais, de você se expressar um pouco mais. [...] Porque eu tenho muita dificuldade de me expressar mesmo.*”.

Por fim, as entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo referencial teórico metodológico psicodramático receberam elogios dos usuários, pois permitiram uma expressão sobre o tema investigado sem censuras, como não é visto nas atividades do serviço. Assim, Nadir, no 3º Encontro afirmou: - A liberdade que eu sinto para falar nesse espaço, porque não tem censura, é muito diferente da liberdade que eu sinto no próprio serviço.

6 DISCUSSÃO

6.1 O primeiro contato dos pacientes com o serviço e com os profissionais que os acolheram

Para discutir sobre o primeiro contato do usuário com o serviço e com o profissional que o acolheu é antes necessário compreender a forma como os usuários chegaram até esse serviço e que elementos e obstáculos estiveram presentes nos caminhos que eles realizaram para obterem o acesso ao tratamento. Para tanto, abaixo será feita uma breve explicação do que significa o acesso aos serviços de saúde e como ele está relacionado ao conceito de Acolhimento.

O Acolhimento, tal como ele é concebido pela Política de Humanização em Saúde (PNH), não se resume a uma forma “agradável” e receptiva de receber o usuário no serviço, nem a uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Tampouco o Acolhimento se limita a ambiência de um local confortável e aconchegante. O Acolhimento vai além de uma ação pontual, isolada e se compromete com os processos de responsabilização e produção de Vínculo entre profissional e usuário, durante o processo de atendimento, e não somente na “porta de entrada” do serviço de saúde (BRASIL, 2006b).

Dessa forma, o Acolhimento no campo da saúde, deve ser entendido também como uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de Vínculo, e garantia do acesso, com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Com relação ao acesso, ele é um elemento essencial para que o Acolhimento do usuário no serviço aconteça, já que obter acesso aos serviços de saúde é o primeiro passo para que o usuário encontre soluções para as suas necessidades e demandas.

O acesso e Acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RAMOS; LIMA, 2003). No Acolhimento são identificados e estabelecidos os critérios de acessibilidade dos usuários aos serviços. Dessa forma, com base nas informações sobre o acesso do usuário ao serviço, pode-se construir um processo de trabalho centrado no interesse do usuário, e com vistas à garantia de acesso universal, atendimento resolutivo, e humanização do atendimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

De acordo com Donabedian (1973), o acesso aos serviços de saúde pode ser classificado em: acesso sócio organizacional e acesso geográfico. A acessibilidade sócio organizacional inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos

geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços como, por exemplo: as políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, a situação econômica ou o diagnóstico. Ainda, os preconceitos sociais menos explícitos como idade, raça ou classe social, podem aumentar ou diminuir o acesso de um usuário a um serviço de saúde.

Apesar dos atributos dos indivíduos (sociais, culturais, econômicos e psicológicos) não fazerem parte do conceito de acessibilidade de Donabedian (1973), ela é mediada pela relação entre esses atributos e o uso dos serviços, isto é, a acessibilidade expressa as características da oferta que intervêm na relação entre as características dos indivíduos e o uso de serviços.

De acordo com o mesmo autor a acessibilidade geográfica relaciona-se a distância entre o serviço e a residência do usuário, e pode ser medida por fatores como a distância linear, tempo de locomoção, custo da viagem, etc.

O autor avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada dos usuários nos serviços de saúde, pois para ele a acessibilidade também indica o grau de (des) ajuste entre as necessidades dos pacientes, e os serviços e recursos utilizados. Acessibilidade não se restringe, dessa forma, apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos, materiais e organizacionais do serviço para suprir necessidades de saúde dos pacientes.

Esse estudo revelou que parte dos usuários que tiveram acesso ao serviço investigado (23%) o escolheram por uma relação de confiança entre o usuário e a pessoa ou a instituição que o indicou. Outra parcela dos participantes (21%) relatou ter escolhido o serviço porque ele foi fortemente indicado por alguém. Assim, 44% dos participantes que responderam a escala SATIS-BR disseram terem escolhido o serviço porque confiaram na recomendação da pessoa ou instituição que lhes referiu o serviço.

Investigar as formas de encaminhamento dos pacientes aos serviços de saúde é importante para averiguar como esses encaminhamentos são feitos e conhecer a abrangência do acesso de determinado serviço de saúde. Para atender com rapidez e efetividade as necessidades dos usuários é necessário que os serviços de saúde estejam articulados em redes de referência e contra referência para que seja feito a avaliação de risco do usuário, o seu projeto terapêutico e o encaminhamento satisfatório desse cliente. Uma rede bem articulada entre os serviços de saúde permite a organização dos processos de trabalho, e o Acolhimento dos usuários pelos trabalhadores. Dessa forma é possível atender bem o paciente, fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolver seus problemas e se necessário, fazer

um encaminhamento seguro. Isto só é possível se esta rede estiver operando com base nas “linhas do cuidado”.

A organização do atendimento em saúde por meio de linhas de cuidado propõe um novo funcionamento entre os serviços para garantir que o problema de cada pessoa seja resolvido com a estrutura adequada e no tempo necessário, respeitando as especificidades de cada situação e atendendo a Política de Humanização do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2003). Assim, pode-se dizer que os usuários que responderam a escala SATIS-BR estavam participando do encaminhamento com base nas linhas de cuidado, pois foram direcionados para o serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs por serviços de “porta de entrada”, ou por profissionais atuantes na rede de saúde, que avaliaram os riscos desses clientes e os encaminharam adequadamente ao serviço.

Além de uma parte dos usuários terem escolhido o serviço porque confiou na recomendação da instituição ou pessoa que o referiu, ou porque o serviço foi fortemente indicado por alguém, alguns usuários escolheram o serviço investigado por motivos como: (1) não terem outra escolha de tratamento (21% dos participantes); (2) o tratamento estar dentro de suas possibilidades financeiras (19% dos participantes); (3) a localização de o serviço ser conveniente (14% dos participantes), (4) e o usuário já ter sido atendido pelo mesmo serviço no passado (2% dos participantes).

O fato de 21% dos usuários responderem, na escala SATIS-BR, que escolheram o serviço investigado, pois não tiveram outra possibilidade de escolha, pode revelar um sistema de saúde deficitário em atender as pessoas com diagnóstico de TAs. Esse dado parece mostrar que ainda são poucas as opções de uma assistência de saúde especializada no tratamento dos TAs no sistema de saúde público da região onde a pesquisa foi realizada.

Ademais, em consonância com estudos anteriores sobre a atenção à saúde no Brasil, o motivo de escolha do serviço número 2 revelou que alguns participantes desse estudo escolheram o serviço investigado pelo fato dele ser de caráter público e gratuito e, portanto, vantajoso financeiramente (RAMOS; LIMA, 2003; SANTOS, 1995). O fato de 14% dos participantes terem escolhido o tratamento pela facilidade de acesso geográfico aponta para a importância da localização do serviço para favorecer o acesso ao tratamento. Apenas 2% dos usuários retornaram ao serviço porque já haviam sido tratados no mesmo anteriormente, o que pode indicar que, de alguma forma, o serviço trouxe benefícios a eles.

Com relação ao acesso sócio organizacional, como já foi dito anteriormente, alguns usuários relataram que um dos fatores que facilitou o seu acesso ao tratamento foi o fato dele ser acessível financeiramente. Contudo, de acordo com os usuários a longa espera para as

consultas, somada a desorganização da ordem de chamada para as mesmas são dois fatores que pareceram prejudicar o acesso ao tratamento. Assim, os usuários se sentiram prejudicados pelo grande tempo que despendem dentro do serviço, e pelo não cumprimento da regra da ordem de chamada para as consultas, que deveria priorizar as pessoas que chegam mais cedo no serviço.

Além disso, o acesso ao tratamento parece ser prejudicado pelo fato de o serviço estar localizado dentro de um hospital, que tem regras para a entrada e para a saída dos usuários e de seus familiares no serviço. Assim, de acordo com as participantes, o porteiro só admite dentro do hospital pessoas que estão com o seu retorno agendado no cartão de atendimento. Caso haja algum atraso ou a necessidade de um atendimento de emergência, a entrada do usuário no hospital é vetada pelo porteiro. Os usuários também reclamaram dos horários disponibilizados para o atendimento. Conforme as participantes existem opções de datas reduzidas para que o atendimento se realize, já que todas as consultas ocorrem apenas às sextas-feiras. As participantes requereram, pois, maior acesso ao tratamento por meio do oferecimento de opções para os horários de atendimento, e do oferecimento de maior liberdade para que os pacientes entrem e saiam do serviço.

Vê-se que essas reclamações e demandas dos usuários que frequentam o serviço investigado não são exclusivas a eles, já que outros estudos revelaram reclamações e demandas semelhantes da população que frequenta os serviços do SUS. A espera prolongada pelas consultas clínicas foi, nesses estudos, o principal problema apontado pelos usuários. Também, foi revelada a insatisfação dos usuários com o serviço, por haver a impossibilidade de agendamento de novas consultas, devido à falta de horários disponíveis (FRANCO; CAMPOS, 1998; KLOETZEL et al., 1998).

Com relação ao acesso geográfico, um grande montante (40%) das pessoas atendidas pelo serviço investigado utiliza os transportes cedidos pelas prefeituras de suas cidades, para se locomoverem até o local do tratamento. Assim, deve-se compreender que o acesso aos serviços de saúde depende de ações intersetoriais que permitam o acesso geográfico dos usuários ao local de atendimento. As ações intersetoriais em saúde são importantes porque é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), num segundo (REDE HUMANIZA SUS, 2013). Dessa forma, o transporte gratuito cedido pela prefeitura, para que as pessoas com diagnóstico de TAs realizem o tratamento fora das suas cidades, é um exemplo de uma ação intersetorial que

interliga o setor do transporte e o da saúde, e possibilita um maior acesso dos usuários ao tratamento.

Apesar da facilidade de se ter disponível os transportes da prefeitura para que alguns usuários realizem o tratamento fora de suas cidades, pode-se considerar que o serviço possui certa dificuldade de acesso geográfico, pois 60% dos usuários que responderam a escala SATIS-BR demoram entre 30 minutos a 60 minutos para se locomoverem de suas casas até o local de tratamento. Talvez por essa razão 54% dos participantes percebem alguma dificuldade para se deslocar até o serviço.

Para Franco e Merhy (2005), o Acolhimento deve garantir a acessibilidade universal dos usuários aos serviços de saúde, e, para tanto, ele precisa promover a reorganização do processo de trabalho que necessita ser desenvolvido com base nos parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania, e na escuta qualificada do profissional sobre as necessidades de saúde da população.

A escuta qualificada pode ser descrita como o ato de escutar a queixa, os medos e as expectativas dos usuários, e identificar os riscos e a vulnerabilidade da população atendida, acolhendo também a avaliação do próprio usuário sobre o seu problema de saúde, onde o profissional deve se responsabilizar para dar uma resposta ao problema apresentado (BRASIL, 2006b). De acordo com o mesmo autor, o Acolhimento, com base na escuta qualificada, deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde, e permite que sejam analisados: o ato da escuta e a produção de Vínculo como ação terapêutica, as formas de organização dos serviços de saúde, o uso ou não de saberes e afetos para a melhoria da qualidade das ações de saúde, e a humanização das relações no serviço.

Com relação à escuta qualificada, 80% dos usuários que responderam a escala SATIS-BR disseram estar satisfeitos com o modo como foram tratados pelo serviço e pelo profissional que os acolheram, no momento de suas admissões ao tratamento, pois se sentiram ouvidos e compreendidos.

Contudo, o primeiro e o segundo encontro da entrevista em grupo focal revelaram resultados diferentes dos resultados encontrados na escala SATIS-BR. As participantes da entrevista em grupo focal afirmaram não terem ficado satisfeitas com o modo como foram acolhidas e compreendidas pelo profissional que as recebeu pela primeira vez no tratamento.

Nadir relatou em vários momentos da entrevista em grupo focal que não sentiu que o profissional que a acolheu teve uma escuta qualificada. De acordo com as participantes, essas impressões sobre o profissional pareceram ter vindo de sua “cara sisuda” e de uma conversa

inicial que parecia estar baseada em “um roteiro”, onde as pacientes sentiram-se perdidas e não disseram o que gostariam de terem dito para o profissional, naquela ocasião.

Dessa forma, o primeiro profissional que atendeu Nadir e Livia pareceu ter sido um profissional pouco acessível e que não deu oportunidade para que as usuárias se abrissem e estabelecessem com ele uma relação de confiança. Para Nadir, a “cara sisuda” do profissional transmitiu a imagem de que ele não gostava de assistir as pacientes com diagnóstico de TAs e, por isso, Nadir afirmou que não teve a oportunidade de estabelecer com ele o Vínculo e a confiança necessários para que ela se abrisse e expusesse o seu problema. Já “as várias perguntas que pareciam um roteiro” inibiram Livia de expressar suas dúvidas, sentimentos e pensamentos com relação ao tratamento, para o profissional.

A Política Nacional de Humanização em saúde apresenta como seu principal objetivo a possibilidade de um apropriado Acolhimento e de uma escuta qualificada das demandas e necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Contudo, no caso descrito acima pode ser percebido que o diálogo entre o profissional e as pacientes foi comprometido pela falta de uma escuta qualificada do profissional que deveria não apenas ouvir as palavras ditas pelos usuários, mas compreender os sentidos implícitos empregados nessas palavras (BRASIL, 2011). O atendimento integral e humanizado de uma pessoa se faz por meio de sua “escuta ativa”, quando se escuta objetivamente a sua linguagem verbal e não verbal, e quando se compreende a sua subjetividade, que é desvelada nas relações do paciente com o profissional de saúde (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

Assim, pode-se dizer que o profissional que acolheu Livia e Nadir no serviço, apesar de aparentemente ter ouvido o que as pacientes disseram, pareceu não lhes dar a devida atenção para os seus sentimentos, dúvidas, receios, e pensamentos naquele momento. Ainda, esse profissional pareceu não estar atento à comunicação não verbal e às mensagens implícitas nas falas das usuárias.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) requisita um profissional que tenha uma escuta qualificada para as necessidades do usuário, e que seja compreensivo com o momento de vida pelo qual o usuário está passando. De acordo com a OMS, tanto os cidadãos dos países em desenvolvimento, como os dos países ricos, estão à procura de profissionais que possuam algo além de competência técnica. A população também requer prestadores de cuidados de saúde que sejam compreensivos, respeitadores e dignos de confiança. Ela deseja cuidados de saúde organizados em torno das suas necessidades, que respeitem as suas crenças e que sejam sensíveis às situações particulares das suas vidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Nesse estudo, as participantes da 1ª Entrevista em grupo focal também requereram um profissional mais compreensivo e sensível à situação de primeiro contato com o tratamento, vivenciada pelas pacientes. Pensar em como os profissionais recebem os pacientes com diagnóstico de TAs no serviço é relevante porque estudos indicam que esses pacientes, quando iniciam o tratamento, estão no estado mais agudo dos transtornos alimentares, e geralmente apresentam características como: intenso estado de raiva, sentimento de ser injustiçado, tendência de comportamento autoritário, sensibilidade a críticas e avaliações, temor da ruptura de vínculos, passividade e isolamento, prejuízo da simbolização, dificuldades em estabelecer parâmetros defensivos, culpa, medo, vergonha, e evitação de intimidade e proximidade (ESPÍNDOLA; BLAY, 2006; KAWASHIMA; RUMIN, 2011). Diante desse quadro complexo esse estudo revelou que uma escuta qualificada do profissional é importante nos momentos iniciais do tratamento, para gerar confiança nos usuários e abrir possibilidades para o estabelecimento dos vínculos necessários à adesão do paciente ao tratamento.

Conforme Lazzari e Schmidt (2008), um atendimento, quando realizado de uma forma terapêutica, pode ser de extrema importância, pois permite alterar as perspectivas de vida de uma pessoa. Assim, na entrevista inicial com o paciente é importante o profissional oferecer a escuta e o acolhimento adequado, para possibilitar que a pessoa mobilize seus aspectos internos e possa expor seu conflito emocional, suas angústias ou tensões ao profissional.

Uma abordagem e uma escuta adequada podem diminuir, por exemplo, a resistência, o medo e as dúvidas que foram relatados pelas pacientes nesse estudo, em seu primeiro contato com o tratamento. Os resultados dessa pesquisa mostraram que se existem pacientes que adentram ao tratamento com esperanças de melhorar, e o enxergam como um recurso para enfrentar o transtorno, outros se mostram muito temerosos e resistentes com o tratamento, e desorientados e confusos com as suas condições, no momento da admissão.

Assim, foi observado que dentre os 40% dos usuários que responderam a escala SATIS-BR, 33% não sabiam qual era o seu problema e 7% achavam que tinha um problema físico no momento da admissão do tratamento. Ainda, foram predominantes nos usuários os sentimentos de medo, culpa, vergonha, tristeza, angústia, e aflição. A resistência ao tratamento e a negação do problema foram expressas em frases como: “Quero ir embora” [Nadir – 2º Encontro]; e “Eu não tenho nada disso” [Verônica – 4º Encontro].

Os dados mostrados acima concordam com alguns autores que descrevem a baixa adesão dos pacientes com diagnóstico de TAs ao tratamento, e a resistência deles em seguir as orientações dos profissionais de saúde que os assistem (ROZENSZTEJN; TREASURE, 1998;

TOMAZ; ZANINI, 2009). Dessa maneira, é necessário que os profissionais que entram em contato com o paciente no momento de sua admissão no tratamento, estejam preparados tecnicamente para acolher, ouvir e atender as suas necessidades na medida do possível. Como forma de melhor acolher os pacientes diagnosticados com TAs, Treasure e Ward (1997) apresentaram a técnica de “entrevista motivacional”, adaptada para o tratamento de pessoas com diagnóstico de TAs, para vencer a resistência do paciente e melhor aderi-lo e acolhê-lo ao tratamento (ROZENSZTEJN; TREASURE, 1998).

Nessa técnica, o objetivo da primeira entrevista diagnóstica, que acontece com a família e o paciente, é o de estimular o paciente a refletir sobre a influência da alimentação na sua vida, identificar as suas dificuldades e motivos de preocupações, e se preparar para a mudança. Através de perguntas abertas o profissional ajuda o paciente a identificar as áreas de sua vida que foram atingidas pelos transtornos alimentares como, por exemplo: a sua saúde física e emocional, o seu convívio social, a sua vida familiar, o seu processo de formação educacional e a sua carreira profissional (TREASURE; WARD, 1997). Janet Treasure e sua equipe (Unidade de Alimentação do Hospital Maudsley, em Londres) têm considerado de grande relevância, para as entrevistas iniciais do tratamento, a técnica de entrevista motivacional, que foi baseada no modelo da entrevista motivacional que Miller e Rollnick (1995), que levava em conta as fases de mudança do modelo de mudança transteórico desenvolvido por Prochaska e Velcier (1997).

Consideram-se as 5 fases de mudança do modelo de mudança transteórico desenvolvido por Prochaska e Velcier (1997), como um movimento contínuo no tempo para a mudança e para a motivação do paciente. Cada etapa da fase de mudança do paciente corresponde a um determinado tipo de intervenção do profissional, para não incrementar a resistência do paciente. Durante as primeiras fases, a abordagem é do tipo cognitivo-emocional. Nas fases de ação e manutenção prevalecem as estratégias de tipo comportamental.

Essa técnica de acolhimento do usuário no tratamento é relevante, pois não instaura uma luta de poderes entre o profissional e o paciente, que geralmente não se considera doente no momento inicial do seu tratamento, em contraste com o profissional, que vai à contramão do desejo do paciente, e busca a sua melhora através de uma ação terapêutica (MILLER; ROLLNICK, 1991).

Entretanto, a entrevista motivacional é apenas um dos vários elementos que podem ser empregados para melhorar o acolhimento do paciente com diagnóstico de TAs ao tratamento.

Uma recepção adequada do paciente ao tratamento depende também de um conjunto de fatores que, no âmbito do SUS, é dado o nome de “ambiência”.

Segundo o Ministério da Saúde, a ambiência é o tratamento ofertado ao espaço físico do serviço entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, e que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. A ambiência também prevê que a organização e a estética estejam compatíveis e que haja um equilíbrio entre a funcionalidade, a estrutura e a estética (BRASIL, 2006a).

Assim, considerando a estrutura física do serviço investigado, esse estudo mostrou que alguns fatores estéticos e estruturais influenciaram negativamente a experiência das pacientes com o primeiro contato com o serviço. A entrevista em grupo focal revelou que a estrutura hospitalar, já antiga e mal cuidada, somada a presença de crianças “gordinhas” na sala de espera e a magreza e o estado de humor de outras pacientes com TAs, causaram uma impressão ruim do tratamento, conforme disse Nadir no 2º Encontro.

Dessa maneira, visto que as pacientes com diagnóstico de TAs são pessoas que muitas vezes se portam de maneira crítica e avaliativa (KAWASHIMA; RUMIN, 2011) esse estudo percebeu que as pacientes são rigorosas quanto a avaliação da ambiência do serviço. Esses dados fazem pensar que os serviços de assistência às pessoas com diagnóstico de TAs necessitam ser criteriosos, para construir os espaços físicos do serviço em termos estéticos e funcionais, e estarem atentos a capacitação técnica da equipe, para oferecerem um acolhimento e uma escuta qualificada, principalmente no primeiro contato da paciente com o serviço.

6.2 A compreensão da equipe sobre o problema dos pacientes e sobre a ajuda que eles necessitam

De maneira geral, as participantes que responderam a escala SATIS-BR estão satisfeitas com o modo como a equipe do serviço investigado compreendeu o problema e o tipo de ajuda que elas necessitavam, pois 73,3% das participantes afirmaram estarem satisfeitas com a compreensão da equipe. Em contrapartida, 26,7% das participantes acharam que a equipe não conseguiu compreender o tipo de problema e de ajuda necessitada por elas.

Contudo, apesar da maioria das participantes que responderam a escala SATIS-BR estarem satisfeitas com a compreensão e a ajuda da equipe, as participantes do 3º Encontro da

entrevista em grupo focal expressaram várias reclamações sobre o serviço. Essas reclamações vêm do fato das usuárias não se sentirem compreendidas em seus problemas pela equipe e de não terem recebido a ajuda de que necessitavam. Dessa forma, pode-se compreender que, apesar da avaliação das participantes do 3º Encontro da entrevista em grupo focal ter sido positiva na escala SATIS-BR, a participação nos encontros das entrevistas em grupo focal pode ter feito com que elas aprofundassem a reflexão sobre o tema e pudessem pensar mais detalhadamente a respeito da compreensão e da ajuda oferecida pela equipe.

Desse modo, as participantes do 3º Encontro da entrevista em grupo focal relataram cenas onde alguns profissionais do serviço pareceram não compreender as suas necessidades e, por isso, lhes ofereceram soluções insatisfatórias para os seus problemas. De acordo com as participantes, alguns profissionais do serviço não se portam de uma maneira compreensiva para com o paciente, e não conseguem perceber e respeitar as dificuldades, medos, e angústias das pessoas que estão sendo atendidas no tratamento.

A PNH foi desenvolvida para que, além de qualificar o SUS e estabelecer na prática as suas diretrizes, pudesse agir como uma resposta às evidências do despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado (BRASIL, 2006c). Essa política traz propostas na tentativa de superar as condições de massificação, mercantilização e supervalorização da técnica na assistência à saúde, que situou a subjetividade do paciente em posição secundária, e destacou a objetividade da doença (EISENBERG, 1977; KLEINMAN, 1988).

Assim, quando Verônica, no 4º Encontro, requereu “um profissional mais compreensivo” que estivesse disposto a ouvir e acolher as suas dificuldades e Nadir, no 3º Encontro, relatou que percebeu que a sua dificuldade com relação aos TAs não foi “digna de crédito” por um dos profissionais do serviço, as participantes pareceram estar dizendo que alguns profissionais do serviço não conseguem enxergar os pacientes como seres dotados de subjetividade e dignos de um cuidado integral.

Um dos significados do cuidado integral ao paciente é contrário à atitude de fragmentação do ser atendido, que é “recortado” em sistemas anátomo-fisiológicos e reduzido a dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das suas dimensões psicológicas e sociais (MATTOS, 2006).

Assim, as participantes desse estudo requereram um cuidado integral na medida em que requisitaram profissionais que estivessem preparados para compreender, além da dimensão biológica, as dimensões psíquicas e todo o sofrimento emocional envolvido no transtorno. Visto que as pessoas diagnosticadas com TAs trazem em si uma gama de

sentimentos negativos como: raiva para consigo e para com o outro, culpa, medo, e vergonha (ESPÍNDOLA; BLAY, 2006; KAWASHIMA; RUMIN, 2011) as pacientes necessitam de profissionais que as acolham além da dimensão orgânica, mas que lhes ofereçam uma assistência com base na integralidade do cuidado.

O cuidado, na visão de Boff (1999), é sistêmico. Exige-se, pois, uma integralidade no cuidado com o humano que passa pela consideração do ambiente no qual ele vive, da sociedade na qual ele convive com outros seres humanos, e até das suas próprias individualidades físicas, espirituais e mentais.

O cuidado pode ser compreendido como um fenômeno de interação entre o profissional e o paciente, onde ambos devem estabelecer uma relação participativa, praticada na perspectiva da integralidade. No ato de cuidar, o profissional deve compreender o ser atendido como um ser humano complexo, onde está presente a sua dimensão histórica, psíquica, cultural, social, e a sua subjetividade (GOMES et al., 2011).

Assim, além de estar aberto para compreender o ser atendido integralmente, de modo a abarcar as suas dimensões históricas e bio-psico-sociais, o profissional deve propiciar para o usuário uma relação participativa, onde ele possa se colocar e expressar o que necessita. Só será possível um profissional compreender o tipo de ajuda que o paciente necessita se ele der espaço para que o paciente possa assumir uma postura ativa dentro do tratamento e expressar seus desejos, anseios e necessidades.

Contudo, as participantes relataram que a participação ativa delas em seu tratamento algumas vezes foi barrada por uma postura autoritária do profissional. Quando Bianca, no 3º Encontro, dramatizou a cena onde informou ao profissional que havia interrompido o uso da medicação, afirmou que o profissional não deu espaço para que ela expusesse os motivos que a fizeram tomar tal decisão e ele acabou não compreendendo as suas necessidades. Ainda, as participantes afirmaram que o modo como alguns profissionais tratam as pacientes de forma infantilizada retirou delas a autonomia e a possibilidade de se colocarem como pessoas que expressam as suas necessidades e opiniões para a equipe de profissionais.

A falta de protagonismo e de autonomia dos usuários no tratamento não está previsto no conceito de Acolhimento, porque esse conceito compreende uma relação de diálogo e participação conjunta do profissional e do paciente na construção da assistência. A relação entre o profissional e o paciente deve estar pautada no protagonismo, na corresponsabilidade e na autonomia desses dois sujeitos no decorrer do processo terapêutico, pois a PNH valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2006c).

Contudo, sabe-se que a resistência das pessoas com diagnóstico de TAs ao tratamento e os seus constantes boicotes e “manipulações” (CHANDLER, 1998; GRANDO; ROLIM, 2006; LATTERZA et al., 2004) dificultam a possibilidade desses sujeitos se tornarem autônomos e ativos, já que não contribuem para a construção e a consolidação de uma relação terapêutica saudável. Desse modo, esse estudo revelou que uma atitude de desvelo, de respeito e de atenção dos profissionais pode ser capaz de amenizar a resistência do paciente e torna-los pessoas mais próximas e aderidas ao tratamento.

A “Clínica Ampliada” formula algumas diretrizes com o objetivo de esclarecer melhor que atitudes os profissionais devem tomar frente aos pacientes resistentes ao tratamento, sem lhes tirarem a autonomia e permitindo que eles consigam expressar as suas dificuldades. Porém, antes de expor essas diretrizes, é preciso esclarecer o que é a Clínica Ampliada.

A Clínica Ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde, e existe para promover a articulação e o diálogo de diferentes saberes, com a finalidade de fazer com que a equipe compreenda os processos de saúde e de adoecimento dos pacientes. Também, ela almeja colocar o usuário como cidadão que, por exemplo, participa das condutas em saúde, e elabora o projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

Cunha (2005) propõe algumas diretrizes para ampliar a clínica, vencer as resistências dos pacientes, e fazer com que eles atuem ativamente em seus tratamentos. A primeira diretriz é que a equipe evite recomendações “pastorais” e culpabilizantes, e que negocie restrições com o paciente sem rancor, e levando em conta os investimentos do doente, tal como ele relata na frase:

Acontece que muitas vezes a equipe, acreditando que uma forma de viver seja mais saudável, põe-se a orientar enfaticamente os pacientes sobre o que fazer e evitar. Fala muito e escuta pouco. Então, quando os pacientes encontram dificuldades de seguir “as ordens”, ou têm outras prioridades, a equipe se irrita inconscientemente com eles. Essa irritação transparece e dificulta o diálogo e a possibilidade de uma proposta terapêutica pactuada com o paciente, provocando reações de “afirmação de autonomia” e resistência ao tratamento e gerando um neurótico círculo vicioso (CUNHA, 2005, p. 168).

De acordo com o autor, é necessário que a equipe trabalhe com as ofertas do tratamento e não apenas com as restrições, e que especifique os benefícios das ofertas para cada sujeito. As mudanças de hábitos podem ser encaradas como ofertas de experiências novas e não apenas como restrições. Novos hábitos podem ser descobertas interessantes e, sendo mais agradáveis do que as restrições, podem facilitar a inserção de novas propostas pelo

profissional, o que ajuda que o profissional e o paciente construam uma proposta terapêutica viável e coerente com a vida do usuário.

No entanto, se o paciente tem dificuldades de mudar os hábitos que lhes são agradáveis e confortáveis é necessário especificar as ofertas para cada sujeito, ou seja, fazer um atendimento personalizado para cada cliente atendido. Se o profissional observa que encontrará resistência em ofertar determinada tarefa que acarretará mudança na vida do paciente é preferível não começar o tratamento por esse aspecto, e eleger outro que causará menos transtorno ao paciente no início do tratamento. Como diz Cunha (2005, p. 169): “Especificar os Projetos Terapêuticos significa procurar o jeito certo e a proposta certa para cada pessoa ou grupo, de acordo com as suas preferências e histórias”. Observa-se, portanto, que cada atendimento deve ser individualizado e específico, pois só considerando a subjetividade e a experiência histórica de cada cliente, através de uma ação conjunta entre profissional e paciente, é que poderá ser construído um projeto terapêutico que seja adequado a cada momento do tratamento.

Também, ainda de acordo com Cunha (2005), o profissional deve se aproximar empaticamente do paciente e evitar julgá-lo ou emitir juízos de valor, quando, por exemplo: exige aferições e comportamentos do cliente, ou cobra o paciente caso ele não tenha seguido as orientações prescritas pelo profissional. Tais posturas médicas, quando realizadas com frequência, fazem com que o paciente sinta-se infantil, e retira do usuário a sua autonomia e poder de decisão. Também, deve-se evitar, logo no início da consulta, perguntas sobre os sintomas e as doenças presentes. Espera-se que, antes, o profissional priorize os aspectos saudáveis e a qualidade de vida do paciente, para depois abordar os seus sintomas e as suas patologias. Agindo dessa forma o profissional, ao invés reduzir o paciente a sua doença, mostra que tem o desejo de ajuda-lo a viver melhor.

É importante, ainda, que o profissional de saúde sempre pergunte ao paciente se ele entendeu o que foi dito sobre a sua doença e sobre as prescrições propostas, pois a linguagem do profissional nem sempre é compreensível. Além disso, é importante ouvir quais são as causas da doença na opinião do paciente. Se a doença se originou, por exemplo, devido a um estresse vivido, ao saber disso a equipe pode estar atenta para que, vivendo situações similares, o paciente não tenda a piorar e os profissionais possam desenvolver junto com o paciente os recursos para lidar com essas situações.

Evitar assustar os pacientes é outra diretriz que deve ser seguida pelos profissionais de saúde, de acordo com Cunha (2005). O medo nem sempre é um bom aliado porque pode não funcionar para fazer o paciente aderir ao tratamento ou para fazer com que ele siga as

orientações de saúde prescritas. Quando se utiliza o medo para reforçar a participação de um paciente no tratamento pode-se supor que as pessoas sempre ajam de forma racional e que, para evitar uma doença e a morte, irão seguir o tratamento conforme o indicado. Contudo, as pessoas nem sempre agem pela razão e podem cometer deslizes como: exagerar na comida, realizar determinadas atividades de risco para a sua saúde, ou retornar a velhos hábitos prejudiciais. Por tudo isso, talvez, na maioria das vezes, assustar o paciente é pouco eficaz, pois pode levar o paciente à dependência pelo serviço, ou à resistência ao tratamento.

Ao utilizar dessas diretrizes apontadas pela Clínica Ampliada, o profissional poderá ter maiores recursos para lidar com as resistências do paciente, e estabelecer com ele uma relação onde o diálogo e o protagonismo de ambos, na construção do projeto terapêutico, sejam constantes.

No tratamento de pessoas com diagnóstico de TAs, o emprego das diretrizes da Clínica Ampliada pode facilitar o manejo das resistências e obstáculos que emergem no decorrer da assistência desses pacientes. Também, essas diretrizes podem ser úteis para estabelecer um diálogo mais franco e aberto e para que o profissional colha importantes informações dos pacientes como, por exemplo, seus medos, motivos de resistência ao tratamento, pensamentos com relação ao serviço, etc.

Um profissional que assume uma postura de diálogo e interesse pela fala do usuário é um elemento importante dentro do tratamento, pois pode desvendar os motivos latentes que causam a resistência do paciente, ou quais são as reais necessidades do usuário naquele momento. As participantes desse estudo relataram que o profissional que se mostrou compreensivo e que buscou soluções aos problemas apresentados por elas assumiu uma postura “investigativa”, e buscou compreender os usuários em suas dimensões históricas e bio-psico-sociais. Dessa forma, as participantes disseram que um profissional compreensivo e eficaz é aquele que possui uma postura mais empática e interessada buscando compreender, através da relação terapêutica, o paciente em sua integralidade, tal como Nadir apontou no sétimo encontro:

“[Natália aponta as dimensões dos pacientes que devem ser consideradas pelos profissionais] *Dimensão sentimental, dimensão orgânica [...] Uma parte um pouco mais difusa, um pouco mais confusa, onde estão aquelas minúcias do paciente [...] e aqui eu acho que a parte de aspectos que dão vida aos TAs, e a todo o problema pelo qual ele tá passando.*”

A empatia é a capacidade de identificar os afetos no outro, por meio de sutis pistas sociais. Ela é uma habilidade baseada na autoconsciência emocional, fundamental para a

efetividade interpessoal, e citada como parte do processo de Acolhimento (DEMENECK, 2008). Também, a palavra empatia denomina um sentimento que nos permite considerar uma perspectiva diferente, fazendo com que olhemos o sofrimento alheio com o olhar de quem sofre, e apreciemos a situação como se estivéssemos no lugar da pessoa que a experimenta. Na sua ausência, existe desconsideração pela pessoa do outro, seus valores, crenças e desejos (GOLDIM, 2006).

Nas entrevistas em grupo focal, as participantes requereram um profissional que fosse sensível às suas dificuldades, e “despidos” dos seus orgulhos, medos, e preconceitos, para poderem se aproximar das pacientes e tentar olhar o mundo através de suas perspectivas.

Alguns autores afirmam que os profissionais de saúde são criticados pelo seu despreparo em lidar com os sentimentos, emoções e sentidos do paciente. De acordo com esses autores, muitos profissionais imersos no saber tecnicista não compreendem o contexto de vida de seus pacientes como, por exemplo: as tensões do dia a dia, os problemas familiares, os sofrimentos e as condições de vida. Somada a essa falta de compreensão do contexto de vida do paciente o profissional porta-se de maneira preconceituosa e desconsidera o saber que a população possa ter sobre a doença e seus métodos de tratamento. O profissional, muitas vezes imerso em preconceitos como o de cor, gênero, opção sexual, aparência, etnia e até mesmo de classe social, porta-se como o detentor exclusivo do saber e restringe a possibilidade do usuário expressar a sua opinião (NATIONS; GOMES, 2007) que, dessa forma, fica desprovido de autonomia nas decisões sobre sua saúde (PASSOS, 2006).

Assim, as participantes das entrevistas em grupo focal solicitaram que os profissionais tivessem uma “sensibilidade aguçada” para compreendê-las, mas que, além disso, possuísem uma postura proativa que buscasse acessar as pacientes em toda a sua complexidade e, desse modo, encontrasse juntamente com elas soluções para os problemas apresentados. Tal requisição apareceu na fala de Nadir no 7º Encontro: - Ele tem que ter todo um cuidado para acessar, para olhar, para se atentar, chegar perto, sentir, cheirar, escutar, ver bem... dialogar com isso pelo toque [...] ele [profissional] tem que ter esse aguçamento.

A postura proativa dos profissionais, requerida pelas participantes, e exemplificada na fala de Nadir, descrita acima, diz respeito ao profissional assumir uma postura autônoma, protagonista e implicada no processo de produção da saúde (REDE HUMANIZA SUS, 2013). 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 postura de cuidado para com o sujeito atendido, onde há uma atitude de ocupação,

preocupação e responsabilização pela saúde do outro (BOFF, 1999). Essa postura criativa da equipe, onde o protagonismo profissional permite a adequação de técnicas e atividades frente aos recursos do serviço, garante plasticidade nas ações, para solucionar muitas das demandas trazidas pela população atendida (CAMPOS, 1994).

Contudo, existem autores que apontam uma falha no processo de formação dos profissionais da área da saúde, pois o ensino tradicional na educação superior geralmente desconhece as estratégias didático-pedagógicas que facilitam o aprendizado sob o eixo da integralidade. Para alguns autores, raramente se aplicam modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com o protagonismo ativo dos estudantes, na grade curricular dos cursos da área da saúde (OLIVEIRA, 2003).

Para as participantes, alguns profissionais do serviço possuem uma formação insuficiente, pois eles não compreendem a integralidade do ser atendido, e não se portam de maneira protagonista e responsável. A insatisfação com a postura de alguns profissionais do serviço, às vezes provoca uma relação onde predominam o distanciamento e a falsidade das pacientes, tal como mostrou a fala de Bianca, no 7º Encontro: “Eu chego [no serviço] e já não falo mais se eu tô bem, se eu tô mal. Eu sempre tô bem.”.

Sampaio (2005) afirma que é necessário que o profissional possua determinadas competências, para que as relações não se tornem distanciadas e falsas, e possam ser promotoras de mudanças. Para o autor, o profissional deve estar munido: da competência técnica, da competência narrativa e da competência relacional. A competência técnica abarca a formação profissional e a condição de exercício do cuidado, que abrange desde o salário até o espaço físico da clínica. A competência narrativa envolve a capacidade de escutar e de respeitar a subjetividade do outro, e valorizar a história do paciente como uma narrativa inédita. Essa competência envolve uma escuta qualificada do profissional, que torna possível a produção de relações mais autônomas, coletivas e democráticas. A competência relacional supera a mera compaixão no processo de atendimento, e promove o caráter cidadão e participante do paciente na construção do seu tratamento.

A promoção do caráter cidadão do paciente através da relação terapêutica é importante, porque o Vínculo não significa uma ação de sentido único, que parte do profissional e se dirige ao paciente. O Vínculo é uma relação de interdependência e de duplo sentido, onde existe o compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa. Assim, a constituição de Vínculo depende de movimentos tanto dos usuários, quanto da equipe de profissionais (CAMPOS, 2003).

As participantes desse estudo também se sentiram incompreendidas, porque algumas vezes perceberam-se desprovidas de sua condição cidadã e de pessoas participantes e colaborativas na construção e seguimento do seu projeto terapêutico.

Contudo, esse não foi o único motivo da insatisfação das participantes, pois elas disseram nas entrevistas em grupo focal que se sentiram incompreendidas pela forma como o serviço organizava as suas regras. As participantes do 3º Encontro da entrevista em grupo focal relataram que a presença de regras “rígidas” e “inflexíveis” no serviço pareceu, muitas vezes, não “ouvir” as necessidades das pacientes e de seus familiares.

As participantes reclamaram da obrigatoriedade da participação da família no tratamento e disseram que, muitas vezes, não tinham como trazerem os seus familiares ao serviço devido ao compromisso que muitos deles possuíam, e que coincidiam com o horário do tratamento. Também, reclamaram de uma dificuldade de acesso dos pacientes e de seus familiares em entrarem no hospital em horários diferentes daqueles marcados no cartão de atendimento.

Dessa forma, esse estudo identificou que a forma como o serviço está funcionalmente organizado é também um fator que faz com que as pacientes se percebam compreendidas, ou incompreendidas pela equipe de profissionais. Assim, aspectos como: o modo como o serviço estabelece e organiza as suas regras, ou a forma como a funcionalidade do serviço está organizada, influencia o acesso do usuário no mesmo e pode indicar, para o paciente, uma maior ou menor “compreensão” do serviço das dificuldades e necessidades da população que o frequenta.

A funcionalidade do local onde o serviço está instalado é um dos elementos que está presente no conceito de Ambiência. A Ambiência é um conceito complexo que envolve a funcionalidade do ambiente físico do local de tratamento e as relações sociais, profissionais e interpessoais que acontecem dentro desse local. Ela é um conceito que abarca os elementos como a aparência, o conforto, a estrutura e, também abrange a forma como se dão as relações entre os atores que fazem parte da assistência.

Dessa forma, observa-se que a Ambiência é um dos fatores necessários para um Acolhimento bem sucedido. Ela deve estar considerada no projeto de saúde do paciente e voltada para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a Ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes, quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos por sentidos como o olhar, o olfato, e a audição. Ela, portanto, considera fatores como a luminosidade, os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Além disso, a Ambiência compreende: os componentes culturais e regionais, que determinam

os valores do ambiente; e o componente afetivo que está expresso na atenção dispensada aos usuários, e na interação entre os trabalhadores e os gestores (REDE HUMANIZA SUS, 2013). Visto que, nesse estudo, a funcionalidade, as regras e as relações sociais presentes no local do tratamento investigado influenciaram na forma como as participantes perceberam-se compreendidas pelo serviço, pode-se dizer que a Ambiência está relacionada com o grau em que as participantes perceberam-se compreendidas pelo tratamento.

6.3 A autonomia dos pacientes nas decisões sobre os seus tratamentos e a participação dos pacientes nas discussões que são realizadas sobre os seus tratamentos

Semelhante aos resultados dos outros itens, a maioria dos usuários que responderam a escala SATIS-BR mostrou-se satisfeita com as suas participações nas discussões que são feitas sobre o seu tratamento. Isso significa dizer que 86,7% das participantes pareceram participar das discussões sobre o seu tratamento, e concordar com as decisões que foram tomadas pela equipe.

Na escala SATIS-BR, as participantes do 4º Encontro da entrevista em grupo focal mostraram estar satisfeitas com a discussão da equipe a respeito do seu tratamento, pois elas responderam a pontuação 4 para esse item, o que demonstrou uma avaliação satisfatória.

No entanto, pode-se perceber que tanto a entrevista em grupo focal, como as questões abertas presentes na escala SATIS-BR, deram a oportunidade para que os usuários expressassem algumas insatisfações, com relação a sua participação nas discussões que foram feitas sobre o seu tratamento. As participantes disseram que, algumas vezes, não tinham tanta autonomia como elas julgavam necessário, para participar do processo de discussão do seu tratamento. Também, elas disseram que o serviço ofereceu limitadas informações sobre as suas questões organizacionais, sobre os procedimentos relativos ao tratamento e sobre as questões referentes aos TAs.

Uma das primeiras reclamações que emergiram foi a falta de espaços, dentro da relação terapêutica, para que as pacientes pudessem dizer sobre as suas dificuldades, ou explicar de maneira detalhada a sua necessidade. Quando Bianca disse, no 3º Encontro: “[O profissional] não chegou de novo para mim perguntando para eu poder falar [do meu problema] [...]. Eu já tinha a impressão de que eu não ia ser escutada”, ela pareceu estar dizendo que não era comum, na relação que desenvolveu com alguns profissionais do serviço,

momentos de interação, onde o profissional não apenas ouvisse a paciente, mas também escutasse a sua demanda, procurando se colocar de uma maneira mais próxima e empática ao problema apresentado. Escutar o paciente envolve um processo de Vínculo onde, no decorrer do desenvolvimento da relação, as subjetividades de cada um podem ser desveladas, por meio de uma escuta atenta e ativa (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999). Cabe ao profissional compreender o sentido implícito em cada frase do paciente, e se atentar para a linguagem não verbal emitida por ele. Os espaços de conversas que existem em uma consulta clínica tornam-se inúteis se não há uma escuta ativa do profissional, capaz de apreender os sentidos, significados, e emoções que estão por trás desta ou daquela demanda trazida pelo usuário.

Algumas participantes entenderam que a dificuldade de serem escutadas, e de participarem mais ativamente do processo de construção de sua assistência, vinha de uma relação de poder que se estabelecia entre os profissionais de saúde e as pacientes. De acordo com as participantes, os profissionais, através de uma postura autoritária onde carregavam o título de “detentores do saber”, limitavam os espaços para que os saberes e os discursos diversos dos seus fossem considerados. Nadir afirmou, no 3º Encontro, que não havia aberturas para uma maior participação do usuário em seu tratamento, porque o profissional temia perder a sua autoridade, tal como revelou na frase: [Nadir dramatizando o pensamento de alguns profissionais do serviço] Essa pessoa [paciente] está tentando tirar a minha autoridade. [...] Não, essa parte não é para você. Essa parte fica aqui nos bastidores.

Essa postura do profissional em retirar do paciente o seu direito em participar e opinar sobre os processos decisórios da sua assistência pode ter surgido do reducionismo com que a clínica abordou o seu “objeto de trabalho”, ou seja, o paciente. A valorização, quase que exclusiva, da dimensão biológica do processo saúde-doença, em detrimento das questões subjetivas e sociais, causou o empobrecimento da clínica (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Dessa forma, outros determinantes do processo saúde-doença não são elementos tão valorizados na abordagem clínica como, por exemplo: o modo como o paciente está vivendo a sua vida, o contexto socioeconômico em que vive, o que significa o agravo em termos subjetivos e sociais, o animo do paciente em recuperar-se e em ser ativo em seu processo de cura, etc. (ROLLO, 2007). Essa forma de cuidar que não compreende a integralidade dos pacientes leva a uma prática alienante e mecanicista, onde se reproduzem padrões de comportamentos reducionistas que se limitam a ações como, por exemplo: a identificação da doença e o estabelecimento da conduta, a identificação do doente e a realização do procedimento, e a categorização da queixa e a ação da conduta. Assim, as subjetividades, as histórias de vida, e as opiniões e saberes do paciente geralmente ficam em segundo plano.

Esse processo de fragmentação e redução dos pacientes diminui a eficácia das ações de saúde e conduz à desumanização das práticas profissionais, porque aborda o sujeito doente como um objeto inerte e refém da equipe de saúde (CAMPOS, 1994).

Contudo, as atuais políticas públicas visam conscientizar os usuários sobre o seu processo de adoecer, e construir um tratamento onde as singularidades, as necessidades e os desejos dos pacientes estejam implicados, a fim de garantir a humanização e a democratização da assistência em saúde.

Desde o final da década de 80, entrou em discussão nas políticas públicas de saúde a temática da “Informação” e da “Comunicação” como elementos necessários para a construção de um sistema de saúde público mais democrático e cidadão. Assim, a criação de conceitos como o “Controle Social” visava uma maior participação política da população nas discussões e decisões sobre a saúde pública. Em termos gerais o Controle Social significou a participação popular na fiscalização e no controle das ações e serviços, dos diferentes níveis de governo, em Conferências e Conselhos de Saúde (REDE HUMANIZA SUS, 2013). Assim, a política de informações e de participação popular nas decisões sobre a saúde pública constituem condições *sine qua non*, para a efetivação das diretrizes de democratização (TEIXEIRA, 2000).

Dessa forma, o poder público, como depositário da representação política legítima e dos recursos fiscais de direito coletivo, estimula e apoia toda a iniciativa que se origina dos cidadãos e de sua rede familiar e comunitária, e que apontem para uma margem maior de auto atividade frente às próprias necessidades vitais (DÂMASO, 1992). Assim, é responsabilidade do governo estimular a percepção, pelos agentes sociais, de possibilidades de autogoverno, que antes eram ignoradas pela predominância tecnocrática e assistencialista das políticas públicas. Prioriza-se, pois, o resgate das potencialidades discursivas envolvidas no processo de construção da assistência em saúde, de modo que os agentes e os atores do campo da saúde se tornem seres autônomos e cidadãos, por meio do reconhecimento dos seus direitos. No caso dos usuários dos serviços de saúde, para que ele exerça os seus direitos de cidadão, precisa sair da condição de mero expectador do que lhe é ofertado pelos serviços/profissionais de saúde, e participe das dinâmicas dos processos protagonizados nos serviços (FRANCO; MERHY, 2003).

As participantes desse estudo requereram essa condição cidadã quando solicitaram um espaço de diálogo entre os profissionais e as pacientes, onde ambos pudessem chegar a um acordo comum sobre a melhor decisão a ser tomada com relação a tratamento, ou ao projeto terapêutico das pacientes. Nadir, no 3º Encontro, revelou que sentia a falta de diálogos e

negociações com alguns profissionais do serviço, onde a troca de experiências (saberes) e vivências pudessem ser compartilhadas, tal como relatou na frase a seguir: “Não que ele [profissionais] tenham que concordar com a gente, mas se eles não concordarem [...] tentem expor da melhor forma.”.

Pode-se refletir, então, que as pessoas, dentro de um ambiente de assistência à saúde, não são componentes passivos, mas são elementos que interagem com as organizações e seus agentes, dando vida às ações projetadas e estruturalmente fixas, e construindo “modos de fazer” que emergem na prática diária, e que buscam se adequar às necessidades de cada momento (CHAUI, 1981). Portanto, as organizações de saúde devem valorizar a interação entre os seus sujeitos, e a possibilidade de “rupturas”, “reiteraões” e “reconstruções”, que surgem a partir dessas interações. As reconstruções que surgem em um diálogo franco e aberto entre o profissional e o paciente permite que a assistência se torne mais orgânica e “despida” de regras e “modos de fazer” fixos, que estão na contramão das necessidades de seus usuários.

Campos (1994) compreende o Vínculo profissional-usuário como um importante dispositivo para a criação de “espaços” que propiciem a produção de sujeitos autônomos. Contudo, o mesmo autor afirma que ainda existe a predominância de autoritarismos e prepotências, que marcam a relação profissional-paciente. O desafio é, pois, romper este estilo de relação, por meio da conscientização de que o paciente é um cidadão com direitos, e que todo processo terapêutico deve aumentar a capacidade de autonomia do paciente, sobre o seu corpo e a sua doença. Dessa maneira, o profissional deve agir de forma a valorizar a fala do paciente, escutando o que ele tem a dizer, e procurando desvendar representações, pensamentos, e juízos que eventualmente ele tenha. Assim, é função da equipe conhecer: o que os pacientes pensam sobre a sua doença; o que significa, para os pacientes, o agravo em sua vida (profissional, social, afetiva); qual é o estado de ânimo do paciente para a cura; quais são seus pedidos para a equipe; quais compromissos ele pode assumir em seu processo de recuperação; e qual é a sua rede de ajuda e de apoio, etc. (CAMPOS, 1992).

Assim, o Vínculo profissional-paciente exige uma “arte de fala e escuta”, que é construída nas interações do dia-a-dia, e onde se criam espaços de conversação, nos quais os medos, as falas ocultas, e as “cegueiras” possam ser levantados. Nesse Vínculo, a rede de pedidos e compromissos pode ser explicitada e acordada, em uma relação horizontal de sujeito para sujeito. O Vínculo deve se construir, pois, permeado por relações de confiança, de cooperação e de delegação de responsabilidades (ROLLO, 2007).

A avaliação dos serviços de saúde por seus usuários é uma das estratégias que permite a criação de espaços de conversação, onde os usuários possam se colocar como sujeitos cidadãos, e expressar as suas opiniões sobre o serviço, visto que todas as instituições de saúde devem estabelecer mecanismos de avaliação regular da satisfação de seus clientes (questionários, entrevistas, reuniões conjuntas, etc.) (CECÍLIO, 2007). As avaliações permitem a criação de parcerias entre os pacientes e a equipe de saúde, que são úteis porque, frequentemente no ambiente de saúde, os problemas mais comuns do cotidiano só podem ser enfrentados com sucesso, se a equipe e os pacientes atuarem de forma conjunta.

Vê-se, portanto, a necessidade da participação dos usuários para realizarem as avaliações sobre o serviço, e emitirem críticas e sugestões que poderão contribuir para a melhora da assistência. No entanto, esse estudo revelou que, de acordo com as participantes, as críticas e as reclamações dos usuários sobre o serviço, não foram bem aceitas por alguns profissionais, tal como mostrou a fala de Nadir, no 3º Encontro: “[Nadir se referiu as entrevistas em grupo focal] Não tem essa ausência de censura. [Nadir se referiu ao serviço investigado] Todo mundo é censurado, tem que seguir o protocolo e falar sobre o que eles [profissionais] querem.”.

Também, de acordo com as participantes, o acesso às informações pareceu estar restringido aos pacientes, como revelou a fala de Bianca no 3º Encontro, se referindo a como os profissionais da equipe a enxergaram: - Ai, ela [Bianca] questiona demais. Ela vai às vezes muito ali. E eles [profissionais da equipe] não gostam disso. [...] No começo eu debatia. [...] Mas aí eu comecei a ver que eu era a paciente chata.

No âmbito das políticas públicas existe atualmente um debate sobre a importância do “Controle Social” do SUS, e do componente de “difusão” ou de “disseminação” das informações de saúde. Assim, o Controle Social pode ser visto como instrumento de transparência e de garantia da participação popular, nos processos de gestão de serviços e programas de saúde (TEIXEIRA, 2000). Dessa forma, a democratização da informação e participação do usuário na construção da assistência, através de críticas, sugestões e acesso às informações são ações cada vez mais promovidas pelas políticas públicas de saúde.

É imprescindível que o serviço de saúde forneça informações para o usuário, de modo a orientá-lo sobre os caminhos e processos que serão percorridos no decorrer de seu tratamento. Contudo, esse estudo revelou dificuldades para que o usuário tivesse acesso a algumas informações sobre o seu tratamento, tal como a fala de Bianca, no 3º Encontro, revelou: “O paciente não toma o medicamento porque ele não entende para que serve.”. Ainda, as questões abertas da escala SATIS-BR mostraram que os usuários têm dificuldade de

obter informações sobre questões relacionadas: aos efeitos colaterais dos medicamentos receitados; aos resultados dos exames; aos TAs (suas causas, e possíveis disfunções psíquicas e biológicas), ao diagnóstico do paciente e possíveis co-morbidades, ao prognóstico do paciente, e aos cardápios e alimentos alternativos para a dieta que o paciente segue dentro do tratamento.

Fornecer informações ao usuário é relevante, porque melhora o entendimento do paciente sobre o seu corpo e as causas do seu agravo, e permite que ele possa diminuir seus hábitos e comportamentos de risco. Dessa forma, é dever do profissional estabelecer um plano terapêutico, ou um contrato de cuidados ao doente, onde esteja esclarecida a importância da participação do paciente e do seu familiar no tratamento. Ademais, é relevante informar o paciente e o seu familiar sobre o diagnóstico e o prognóstico mais provável, e os objetivos das condutas terapêuticas, e (ROLLO, 2007).

Contudo, de acordo com Teixeira (2000), há o reconhecimento de que o acesso ao “dado frio”, ou seja, o acesso a uma informação, sem os recursos intelectivos e materiais para coloca-la em prática, por si só não é capaz de assumir importância no processo de participação do usuário em seu tratamento. Assim, é necessária a articulação do “campo da informação” com o “campo da comunicação e educação”, para dar condições aos pacientes se tornarem detentores do saber e protagonistas em seu tratamento.

Os grupos de apoio psicológico aos pacientes e o grupo de orientação nutricional aos pacientes, presentes no serviço investigado, foram apontados como atividades relevantes, para fornecer informações sobre o tratamento e as condições orgânicas e psicológicas dos pacientes. Tal atividade une o campo da informação, com o campo da comunicação e educação, pois as informações podem ser discutidas e refletidas em grupo. Dessa forma, esse parece ser um espaço que, através de um processo educativo e comunicacional, visa informar os pacientes sobre o seu transtorno e sobre o seu tratamento, mas, além disso, visa capacitá-los para que façam o uso mais adequado dessas informações obtidas.

Assim, diante da dificuldade de acesso às informações, e da participação limitada dos usuários nas discussões sobre o tratamento investigado, alguns usuários acreditaram que os grupos oferecidos pelo serviço foram atividades que supriram, em parte, as dificuldades existentes, ao oferecem espaços de democratização da assistência.

6.4 O tratamento da equipe em termos de respeito e dignidade e o Acolhimento dado pelos profissionais aos pacientes

A maioria das participantes esteve satisfeita com o modo como foram tratadas pela equipe em termos de respeito e dignidade, e também avaliaram como satisfatório o Acolhimento dado pelos profissionais aos pacientes.

Contudo, a análise temática dos oito encontros das entrevistas em grupo focal revelou que, apesar da maioria dos usuários estar satisfeita com o modo como foi acolhida e tratada pela equipe, existiram atitudes de alguns profissionais que, conforme as participantes, dificultaram o Vínculo entre o profissional e as pacientes.

A primeira reclamação foi a falta de afetividade de alguns profissionais na forma de tratar as pacientes. A afetividade em saúde é um dos aspectos que fazem parte do Vínculo, e significa que o profissional gosta de sua profissão e demonstra interesse pelo usuário (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). O afeto está presente no Acolhimento quando se estabelece uma relação próxima entre os profissionais e os usuários, e onde predominam o diálogo e a troca de informações, em um clima de negociação, conduzido por emoções e afetos (TEIXEIRA, 2004). O afeto, no trabalho em saúde, está ligado à aceitação e compreensão do outro, de sua história, de suas experiências de vida e de sua individualidade.

Em ambientes institucionais, o modelo gerencial hegemônico (CAMPOS, 2000) contribui para o estabelecimento de padrões de relacionamentos, onde geralmente predomina o sentimento de “ameaça”, porque a maioria desses agrupamentos não tem constituída uma área de relações intersubjetivas, que permita que a experiência da diferença do outro se torne mais amena (CAMPOS, 2003). Essas relações onde predomina a ameaça podem ocorrer em diversos agrupamentos como, por exemplo: os de profissionais de saúde com os gestores, os de profissionais de saúde com os usuários, ou os de profissionais de saúde com outros profissionais.

Para superar o medo do encontro com o outro, e o objetivismo que limita a apreensão das subjetividades, é necessário compreender que cada profissional e paciente são únicos e que possuem a sua própria biografia, ou seja, uma história de vida onde estão presentes suas crenças e valores.

A subjetividade é um fenômeno modelado pelas condições estruturantes do contexto econômico, político e social em que os sujeitos estão inseridos, contudo pode adquirir autonomia relativa e leis próprias (KRAMER, 1999). Devido a isso, o encontro entre o

profissional de saúde e o paciente deve ser um momento singular, onde possa se criar um Vínculo necessário para que o profissional e o paciente coloquem suas subjetividades, e construam uma intersubjetividade capaz de possibilitar a humanização da convivência terapêutica (ONOCKO-CAMPOS, 2004).

Nesse estudo, as participantes afirmaram que a falta da afetividade e a dificuldade de se estabelecer uma relação intersubjetiva entre o profissional e o paciente vieram, em grande parte, de uma postura mais pragmática e reducionista do profissional. Esta postura profissional pode estar relacionada a um modo de assistir o paciente voltado ao modelo biomédico, onde predominam a fragmentação do cuidado, o tecnicismo e a objetividade das ações.

O pensamento cartesiano estabeleceu segmentações e fragmentações na forma de compreender o ser cuidado. Esse pensamento fez uma divisão entre o corpo e a mente na forma de compreender o indivíduo, e levou as ciências da saúde a tratar o corpo como uma “máquina” regida e analisada em termos de suas “peças”. A doença, dessa forma, começou a ser vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos e, dessa forma, as práticas de saúde começaram a se concentrar em partes cada vez menores do corpo, e a reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, perdendo de vista o paciente como um ser humano total (FLEURY, 1992).

Também, o modelo de produção industrial taylorista foi outro fator que contribuiu para o reducionismo, a fragmentação e a despersonalização do paciente. Esse modo de produção estabeleceu a fragmentação da atividade produtiva em diferentes parcelas, executadas por trabalhadores especializados. Essa divisão técnica, característica do sistema de produção capitalista, determinou a padronização das tarefas de forma hierarquizada e, quando empregada no campo da saúde, afastou o profissional do controle do processo de cuidado. Essa alienação do profissional, devido ao distanciamento do processo de cuidado, fez com que ele se tornasse menos consciente do cuidado integral. Nesse modelo, a criatividade e o protagonismo do profissional foram inibidos pela execução de procedimentos repetitivos, que excluiu o profissional de saúde do processo criativo e das decisões sobre o ato de cuidar (CAMPOS, 1998; PIRES, 2006).

Percebem-se, dessa forma, pacientes que raramente têm a oportunidade de falarem para os profissionais da saúde sobre as suas ansiedades, as suas crenças e a sua compreensão da doença, e que dificilmente podem colocar a sua opinião sobre as diferentes abordagens terapêuticas para o problema apresentado (STARFIELD, 2003). Muitos profissionais formados por uma perspectiva biomédica limitam-se a prescrições técnicas simples e ignoram

as dimensões humanas complexas, que são essenciais para a adequação e a efetividade dos cuidados que prestam.

Dessa forma, nos serviços de saúde geralmente se observa a presença de interações mecânicas, onde está desprovida a consciência de um atendimento usuário-centrado, tal como preconiza o conceito técnico-científico do Acolhimento.

Ademais, o problema se agrava no caso da assistência aos TAs, pois, muitas vezes, as relações entre os profissionais e os pacientes se tornam mecânicas, devido à resistência do paciente ao tratamento, e as dificuldades que a equipe enfrenta para lidar com os boicotes e as manipulações desses pacientes.

O processo de cuidar dos pacientes com TAs é visto em alguns estudos como algo desgastante, e que desencadeia uma alta carga de sofrimento psíquico nos profissionais. Através de posturas classificadas como “imaturas” pelos profissionais, os pacientes realizam condutas prejudiciais a eles próprios, que levam os profissionais a adotarem atitudes que, embora sejam consideradas firmes, visam reconduzir esses pacientes a melhores condições orgânicas. Contudo, esse embate diário torna-se estressante para muitos profissionais que lidam com esses pacientes (CHANDLER, 1998; GRANDO; ROLIM, 2006).

O estresse causado pelo embate diário desses profissionais pode levar ao surgimento de mecanismos de defesa como: a fragmentação do relacionamento profissional-paciente; a despersonalização, a categorização, e a negação da importância do indivíduo; o distanciamento dos profissionais dos pacientes; e a negação dos profissionais dos próprios sentimentos (GRANDO; ROLIM, 2006).

Assim, é visto que os profissionais que lidam com pessoas com diagnóstico de TAs, devem possuir certa capacidade de manejar as suas próprias emoções, reconhecendo os sentimentos que estão envolvidos na relação terapêutica.

Nesse estudo, foi visto certo distanciamento de alguns profissionais para com as pacientes, quando, por exemplo, Nadir afirmou existir uma “esquiva” de alguns profissionais para um relacionamento mais próximo com elas, tal como mostrou a frase do 7º Encontro: - Porque eu deixaria de cumprimentar uma pessoa na rua, sendo que eu já conversei com ela, já vi ela outras vezes e tudo mais. [...] se existe isso, esse problema e tudo mais, como que eu vou conseguir me permitir ser tratada por essa pessoa [profissional]? Ele [profissional] faz de conta que não te conhece.

Pode-se levantar a hipótese de que esse distanciamento dos profissionais ocorra, devido a dificuldades de lidar com os sentimentos transferenciais e contratransferenciais que emergem nessa relação.

No campo da saúde, a Transferência é um conceito vital, pois ela pode ocorrer em diversos momentos do tratamento. Por isso, é de extrema importância que o profissional perceba esses sentimentos que são projetados pelo paciente sobre ele, e encontre, no repertório do paciente, momentos em que esses sentimentos transferenciais possam ser percebidos e elaborados junto com o paciente. O reconhecimento da Transferência é útil para o paciente, pois pode ser um caminho para o (re) conhecimento da doença e de si próprio. De acordo com Cunha (2005, p. 114, grifo do autor):

O reconhecimento desse *fluxo de afetos* na relação terapêutica é o que chamamos de *Transferência Ampliada* e é a *chave* que possibilita a escolha de caminhos (temas, recursos teóricos, práticos, enfim, o projeto terapêutico) para a intervenção clínica.

Desse modo, a Transferência torna-se um conceito importante para a Clínica Ampliada, pois permite que, analisando os sentimentos e emoções que atravancam a relação, surjam protagonismos tanto do paciente quanto do profissional. A análise aprofundada das transferências permite compreender o sofrimento que o paciente está vivendo naquele momento e definir, a partir dessa análise, um projeto terapêutico para sanar esse sofrimento. Ademais, a análise da Transferência possibilita a definição da importância de cada uma das “variáveis” atuantes sobre o sujeito, e possibilita uma melhor elaboração do projeto terapêutico destinado a ele. Assim, reflete-se que, a partir de uma maior consciência dos processos transferências envoltos na relação entre o profissional de saúde e o paciente com diagnóstico de TAs, o profissional terá mais recursos para lidar com os obstáculos presentes nessa relação, de modo a conseguir transformar esses obstáculos em recursos de enfrentamento do transtorno. Além disso, a partir da análise transferencial dessa relação, o profissional terá melhores condições de compreender os sentimentos contratransferenciais que são projetados sobre ele pelos pacientes e, consciente desses sentimentos poderá se tornar mais próximo do paciente, e estabelecer com ele uma relação de confiança, cordialidade e afetividade.

Outro fator que fez com que as participantes se sentissem desrespeitadas e pouco acolhidas por alguns dos profissionais do serviço investigado é a presença de relações autoritárias no serviço. De acordo com as participantes, alguns profissionais assumem uma postura de superioridade, que dificulta uma relação próxima e de confiança como, por exemplo, relatou Bianca na frase do 8º Encontro: - Não é, é aquela coisa, eu [profissional do serviço] sou superior, você entendeu? Eu [profissional do serviço] tô nesse patamar aqui.

Dessa forma, as participantes afirmaram que a arrogância e o orgulho de alguns profissionais do serviço foram obstáculos que prejudicaram a relação entre o profissional e o paciente, tal como revelou a fala de Nadir no 7º Encontro: - Isso aqui é o escudo, é o orgulho, é o egoísmo, é a vaidade dos profissionais.

Alguns autores afirmam existir uma relação de autoritarismo e de poder na clínica tradicional, onde os profissionais de saúde, e principalmente o médico, são os detentores do saber sobre a saúde, e sobre as práticas interventivas mais adequadas a serem empregadas aos enfermos (RIBEIRO; SCHRAIBER, 1994; SCHRAIBER, 1993). O hospital herdou da instituição militar padrões autoritários de relação entre profissional de saúde e doente (FOUCAULT, 1977). Essa relação de poder permitiu que os profissionais tivessem maiores possibilidades de participação na construção dos saberes sobre a saúde, pois as suas falas são mais aceitas, e suas orientações de como viver bem e corretamente são mais legitimadas socialmente. De acordo com Rodrigues et al. (2000, p. 265): “Expressar e inscrever nas ações em saúde valores éticos e vontades políticas são situações mais garantidas para estes sujeitos [profissionais da área da saúde] do que para a população em geral”. Por essa razão, as relações usuários-profissionais têm assumido mais um caráter de “monólogo tecnocrático” do que um verdadeiro “encontro” (RODRIGUES et al., 2000), pois geralmente a voz do usuário encontra-se desapropriada pelo discurso do profissional. Vê-se que, comumente, o diálogo entre esses dois sujeitos se realiza apenas para que o profissional forme o seu quadro diagnóstico. Assim, a fala do usuário é, na maioria das vezes, conduzida pelo profissional que busca apreender, no discurso do usuário, o que já lhe é familiar, ou seja, as demandas que já são conhecidas e reconhecidas cientificamente. Dessa maneira, o profissional tende a ignorar ou desqualificar o que é “estranho” no discurso do paciente, ainda que esse “diferente” possa ser o que mais represente o problema do usuário, e esclareça a sua situação.

Dessa maneira, Nadir, no 7º Encontro, disse a frase:

“[Nadir imita um profissional] Não consegui entender. [...] Tô inseguro em relação a perguntar isso para ela [paciente] [...] Não, mas eu não posso fazer isso de forma alguma. Imagina. Ela vai olhar para mim e vai falar: - Nossa, agora que eu não confio mesmo. Agora que eu tenho moral mesmo, que eu tenho argumentos suficientes para provar que ele [profissional] não é competente.”.

Nessa frase Nadir tentou expressar a dificuldade do profissional em renunciar o seu “título” de detentor do saber, e admitir que existam questões sobre os TAs, ou aspectos do paciente, que ele desconhece e não compreende. Conforme as participantes dessa pesquisa, a exigência de que o profissional de saúde deva sempre ter uma resposta ao problema

apresentado, faz com que muitos deles não se permitam “vencer” os sentimentos de vergonha e orgulho, e se aproximar do paciente para melhor compreender o seu problema.

Contudo, esse movimento de aproximação e rompimento das relações de poder parece ser necessário, para que as pacientes com diagnóstico de TAs se sintam melhor acolhidas pelos profissionais, tal como revelou Nadir, no 7º Encontro, com a frase:

“Mas que ele [profissional] se permita se aproximar mesmo disso [aspectos do paciente]. Entendeu? Se for preciso, deitar junto com isso [aspectos do paciente]. Se for preciso passar um tempo mais longo em contato com esse ou com esse aspecto [apontou uma almofada que representou um dos aspectos do paciente]. Se igualar mesmo.”

A aproximação do profissional do paciente se faz necessária, pois, de acordo com Boff (1999), o ato de cuidar exige que a pessoa que cuida se aproxime do ser cuidado, de modo que preste atenção em sua vivência, e se mostre interessado pelos caminhos que foram e serão percorridos pelo enfermo. Uma das origens da palavra cuidado vem de *cogitare-cogitatus* que significa a cura. Assim, *cogitare-cogitatus* corresponde ao processo de cura através do cogitar, pensar, colocar atenção e interesse na pessoa do doente, e revelar uma atitude de desvelo e de preocupação para com ele. O cuidado é um modo de ser-no-mundo, onde existe uma relação sujeito-sujeito, em que não há domínio sobre o outro, mas uma “con-vivência”. Também, no cuidado não existem apenas ações interventivas, mas a “inter-ação” ou a comunhão entre o cuidador e o cuidado. Assim, quando Nadir disse na frase do 8º Encontro que: - A dor poderia ser diminuída se o apoio oferecido [pelo serviço] fosse melhor, se a gente tivesse isso que a gente requisita; ela afirmou que sentiu falta de profissionais que interagissem mais com as pacientes, que respeitassem mais as suas dificuldades e que compreendessem as suas experiências.

O tecnicismo e a fragmentação do cuidado transformou o enfermo em um organismo que, devido ao seu mau funcionamento, deve ser “consertado”. Dessa forma, houve um reducionismo do ser doente, que foi transformado em sua própria doença, e subjugado pela relação de poder existente no modelo médico tradicional. A relação profissional-paciente do modelo biomédico distancia-se da relação de cuidado sujeito-sujeito, e transforma-se em uma relação sujeito-objeto, onde a totalidade do ser é reduzida a sua patologia. O modelo de assistência à saúde tradicional, por não permitir a intimidade necessária ao cuidado, se afasta dos atos onde a intimidade, a percepção acurada do outro e a sensibilidade estejam empregados.

Dessa maneira, as participantes desse estudo requereram profissionais que não atuassem de acordo com o modelo de assistência à saúde pragmático, reducionista e “objetificante”, e solicitaram profissionais que assumissem uma postura de maior cuidado, sensibilidade e atenção, através de ações como, por exemplo: orientar o paciente em suas dificuldades, conversar com o paciente com gestos de carinho, e olhar os pacientes nos olhos.

No entanto, se por um lado houve o desejo das participantes de que os profissionais se tornassem mais empáticos, afetivos e atenciosos, caso essa transformação dos profissionais ocorresse, elas admitiram que poderiam assumir uma postura defensiva e temerosa, tal como mostrou a fala de Nadir no 4º Encontro: - Mas será [...] que quando a gente tem essa abertura [por parte dos profissionais] a gente não assusta?

O temor de Nadir em se vincular ao profissional mostrou a resistência dela ao tratamento, porque se vincular ao profissional poderia representar para ela a adesão ao tratamento, e a condição de “ganhar” mais peso. Contudo, Moreira e Oliveira (2008) afirmam que a resistência ao tratamento dos pacientes com diagnóstico de TAs não significa que eles não querem ser tratados, mas que a patologia em si os leva a sentimentos de conflito entre o desejo de ficar “bem” e o medo da “gordura”.

Apesar da resistência ao tratamento, as participantes reconheceram que deveriam estabelecer uma parceria com os profissionais, e que deveriam se responsabilizar pelo seu tratamento, conforme disse Bianca no 5º Encontro: - E a autonomia para melhorar parte muito do paciente. [...] Eu acho que muito é da sua responsabilidade também, e da maneira como você se abre. Contudo, as participantes também perceberam que a relação entre os profissionais e as pacientes era atravancada de ambos os lados: tanto por uma postura profissional tecnicista, reducionista e fragmentária, quanto pela resistência e pelo temor do paciente ao tratamento, conforme mostraram as falas de Bianca, no 4º e 7º Encontro, respectivamente:

“Eu não consigo mais me abrir para o serviço e também não consigo sentir isso deles.” [4º Encontro].

“Porque do mesmo jeito que eu não senti abertura, eu também não me abri. [...] Eu vejo que não tem flexibilidade de nenhuma das partes. [...] Eu acho que em alguns momentos eu me aproximo um pouco do serviço, mas eu volto, por medo também, [...] medo de me aproximar também e ver que isso não é recíproco.” [7º Encontro].

Assim, de acordo com as participantes, os profissionais deveriam se esforçar para se tornarem mais compreensivos e enxergarem as pacientes em suas totalidades, mas também os

pacientes deveriam vencer as suas resistências e medos, para se aproximarem e confiarem mais nesses profissionais. No entanto, vê-se, de acordo com a frase acima, que é grande o medo das participantes em se aproximarem e confiarem nesses profissionais. Dessa forma, pode-se dizer que devem ser evitadas as atitudes e os comportamentos dos profissionais que incitem o medo e o receio nos pacientes, pois eles podem aumentar ainda mais as suas resistências (CUNHA, 2005).

As participantes relataram, nesse estudo, atitudes dos profissionais que despertaram o medo e o receio quando, por exemplo, a internação foi usada como uma ferramenta de “pressão psicológica” para fazer com que as pacientes aderissem ao tratamento, e recuperassem o peso necessário, tal como mostrou a frase de Bianca, no 8º Encontro: - É para fazer um terrorismo desse [com a internação] na cabeça da gente? Isso aí não é terapêutica nem aqui, nem na China.

Há um grupo de participantes que solicitaram profissionais que não se utilizassem de pressões psicológicas, para fazerem com que as pacientes aderissem ao tratamento, ou recuperassem o seu peso. As pacientes afirmaram que preferiam ser acolhidas pelos profissionais em uma relação sincera, autêntica e franca, conforme exemplificou Nadir, no 7º Encontro, ao dizer sobre a atitude positiva de um psicoterapeuta:

“E eu percebia que ele [psicoterapeuta], enquanto pessoa não era nada incoerente com isso que ele me falava em terapia. Porque ele fazia isso. Ele não colocava máscaras [...] E o que eu percebi é quanto mais natural é a minha relação com o profissional, quanto mais competência eu percebo no profissional, mais agradável é o meu encontro com ele nesses locais [fora do ambiente hospitalar].”

Assim, Nadir disse que gostaria que alguns profissionais do serviço investigado tivessem relações mais autênticas e transparentes com os seus pacientes. De acordo com Moreno (apud KELLERMANN; HELLER, 1998), o terapeuta com um posicionamento autêntico pode estimular a tele-relação recíproca, ou seja, a autenticidade profunda de um indivíduo para com o outro, onde é possível ocorrer a memorável “relação eu-tu” (BUBER, 2006), isto é, o mútuo encontro profundo e pessoal entre os indivíduos (ROGERS, 1973).

Dessa forma, quando Nadir afirmou, no 7º Encontro, que gostaria de um profissional que não “colocasse máscaras”, requisitou um profissional que tivesse a capacidade de ser “ele mesmo”, com suas limitações humanas, seu repertório de papéis e sua autenticidade (KELLERMANN; HELLER, 1998). Nadir sugeriu que o terapeuta não se portasse de maneira onipotente, mas sim que oferecesse a plenitude de sua personalidade e de seu comportamento, para que esses aspectos estivessem presentes na relação terapêutica. Assim, para algumas

participantes desse estudo, os profissionais deveriam equilibrar a sua neutralidade com um processo mais transparente, onde eles pudessem oferecer mais pistas a respeito do que estão pensando e sentindo (WILLIAMS, 1989).

Dessa forma, os participantes solicitaram atitudes dos profissionais que não fossem artificiais, mas que tivessem veracidade e congruência com aquilo que eles pensavam e sentiam no momento da relação, tal como revelou a fala de Nadir, no 5º Encontro:

“Parece que eles [profissionais] expandem para outros lugares a sua distorção corporal. Você tem distorção corporal, mas tem distorção de escutar coisas maduras. [...] Eu acho que é até uma forma de trazer para a realidade esse problema, e não deixar num plano assim: ‘Não, esse é um assunto delicado, cheio de não me toques, [nós, profissionais] vamos colocar ele [paciente] numa redoma e tratar com muito cuidado’. Eu [Nadir] quero que você [profissional] trate nem se exaltando, nem assim artificialmente. Eu quero que você trate normal. Entendeu?”.

Contudo, além das participantes terem achado importante a existência de profissionais que as tratem de modo mais afetivo, verdadeiro e congruente, uma parcela das participantes achou relevante a existência de um profissional que mostrasse mais firmeza e determinação em suas ações, para conscientizar as pacientes sobre a seriedade do tratamento, como revelou a fala de Ananda, no 8º Encontro:

“E assim, igual esse rapazinho [o psiquiatra residente]. Esse rapazinho, ele ganhou credibilidade comigo da última [consulta]... apesar que eu saí daqui odiando, odiando. Só que como eu tive uma melhora muito grande por conta desse tratamento de choque que ele me deu, ele ganhou credibilidade comigo. O respeito que ele gerou em mim de certa forma faz com que eu tenha mais ânimo para topa o tratamento.[...] A postura profissional da pessoa cria em você um respeito, e você acaba olhando o tratamento com mais seriedade. Eu era muito displicente com remédio. Eu acho que eu te falei isso, não falei? Eu era, eu sou muito displicente com remédio, medicamento. Eu tô tomando remédio direitinho”.

Dessa forma, algumas participantes desse estudo perceberam que uma postura mais firme do profissional fortaleceu o Vínculo e deu ao paciente a consciência da seriedade do tratamento. Alguns estudos revelam que uma postura firme do profissional que assiste pessoas com diagnóstico de TAs é necessária para o fortalecimento do Vínculo entre o profissional e o paciente, e para restringir os desvios comportamentais presentes nesse caso (MARTINS; CACCAVO, 2012; ROSA; SANTOS, 2011). Em se tratando de morbidades associadas ao quadro de transtornos alimentares como, por exemplo, a personalidade *borderline* associada à bulimia, Kernberg (2005) afirma a necessidade de uma atitude firme do profissional, para

evitar o perigo das explosões emocionais dos pacientes, e o rompimento do Vínculo terapêutico.

Enfim, conclui-se que as participantes possuem algumas reclamações sobre a forma como foram acolhidas e tratadas pela equipe, pois requereram profissionais que lhes oferecessem um cuidado integral, e lhes tratassem de maneira mais afetiva, empática, autêntica e congruente. Contudo, algumas participantes afirmaram a necessidade de posturas mais firmes e incisivas dos profissionais, para conscientizar as pacientes da importância de seguir com maior seriedade o tratamento.

6.5 O conforto, a aparência e as condições gerais das instalações do serviço

Esse foi o item que obteve a menor pontuação da maioria dos participantes que responderam a escala SATIS-BR. Apenas 26,7% dos usuários estavam satisfeitos com o conforto e a aparência do serviço, e apenas 20% dos usuários estavam contentados com as condições gerais das instalações do serviço. Nas entrevistas em grupo focal, as participantes também afirmaram estar insatisfeitas com o conforto, a aparência e as condições gerais das instalações do serviço.

Apesar da baixa pontuação que esses aspectos receberam da maioria dos usuários, muitos relataram que, embora estivessem insatisfeitos com as condições do local da assistência, esse era um fator menos relevante para a qualidade do tratamento. Contudo, as entrevistas em grupo focal revelaram que o ambiente assistencial está relacionado à qualidade do tratamento. Taraboulsi (2009) afirma que a Ambiência do serviço, e a satisfação dos usuários com o ambiente facilitam o trabalho de equipe, e proporcionam uma experiência mais agradável para os pacientes e os profissionais que convivem no local de atendimento. A afirmação de Taraboulsi (2009) mostra-se em consonância com as opiniões das participantes das entrevistas em grupo focal, visto que Bianca, no 6º Encontro, afirmou que a estrutura física do serviço influenciava a qualidade da assistência prestada: - Eu acho que faz diferença [a estrutura física do serviço] porque você se sente bem em um lugar [...] a estrutura em que você está também não te acolhe tão bem, você não se sente confortável naquele lugar, eu acho que fica mais pesado.

Quando se compreende que o espaço do tratamento está além do mero espaço físico, mas abarca as dimensões sociais, culturais, profissionais e relacionais, está se falando de *Ambiência*.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2004 a, p.5), a *Ambiência*:

Refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve propiciar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores na inter-relação homem x espaço.

Dessa forma, a *Ambiência* pode ser usada como um instrumento construtor do espaço, onde se almeja um ambiente que vá além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar a alta tecnologia, mas que se importe com o conforto do ambiente (a iluminação, a morfologia, o cheiro, etc.), e o modo como são construídos e planejados os espaços dos serviços de saúde. O espaço pode ser um elemento facilitador do processo de trabalho funcional, onde se geram a otimização dos recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2004a). Portanto, a *Ambiência* é o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais, que deve estar relacionado a um projeto de saúde, voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006c).

A *Ambiência*, muitas vezes, é um fator que facilita a consolidação e a manutenção do Vínculo entre o profissional e o usuário. Um estudo apontou que em hospitais onde a *Ambiência* foi implantada houve o aumento da adesão ao tratamento, da confiança, e do respeito entre profissionais e usuários (BELTRAM; CAMELO, 2007).

Foi observado, nesse estudo, que a *Ambiência* é um fator que influenciou o Vínculo entre o profissional e o usuário, conforme afirmou Bianca no 6º Encontro: - Atualmente o Vínculo em que você está [...] a estrutura não está colaborando. [...]. A estrutura deveria colaborar com o Vínculo, pelo acesso mais fácil, pelo Acolhimento a hora que você chega.

De acordo com a participante, muitos aspectos da estrutura física do serviço garantiram uma “sensação” de menor Acolhimento. A recepção do serviço, por exemplo, tem a forma de um guichê, onde as recepcionistas encontram-se separadas das pacientes por um painel de vidro. Conforme Bianca, essa separação cria a impressão de que os profissionais receiam um maior contato com as pacientes. Contudo, de acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básica de Saúde, a recepção deve ser construída sem grades ou qualquer outro elemento que se coloque entre profissional e usuário, para não intimidar e dificultar a comunicação (BRASIL, 2008).

Também, os usuários emitiram reclamações a respeito da dificuldade dos familiares entrarem no hospital em horários diferentes daqueles que estão marcados no cartão de atendimento. Faz-se necessário, portanto, a elaboração de projetos onde haja espaços que sejam capazes de acolher os visitantes, e onde eles não sejam mais recebidos por um portão gradeado, ou seja, com obstáculos que limitem a sua entrada (BRASIL, 2004a). Também, é importante que exista para eles um espaço de espera, podendo ser uma recepção ou um ambiente de escuta.

Vê-se, então, que cada aspecto físico do serviço deve ser pensado para aumentar a proximidade dos usuários com os profissionais, e para facilitar o acesso dos usuários e de seus familiares ao tratamento.

Contudo, entende-se que uma instituição hospitalar deve seguir algumas normas de segurança em sua estrutura física, visto que contém em si equipamentos de alto custo, produtos químicos e biológicos, e deve preocupar-se com a segurança dos pacientes que lá estão internados (BRASIL, 2002; DE AMORIM, 2005; OLIVEIRA, 2010). Dessa forma, as instituições hospitalares devem proporcionar condições de segurança e vigilância do edifício. Porém, como foi visto nesse estudo, o controle do hospital da entrada e saída de pessoas dificulta o acesso das pacientes e dos seus familiares ao mesmo.

Assim, nesse estudo, Bianca pôde “criar” um ambiente de assistência que pudesse ter melhores condições de acesso, privacidade, conforto e interação entre o profissional e o paciente sem, contudo, se desvincular dos serviços de exames e internações presentes no hospital. Na dramatização do 6º Encontro, Bianca sugeriu que o serviço de assistência às pessoas com diagnóstico de TAs fosse transferido para uma casa do *campus* da USP, mas mantivesse a relação com o hospital, para que fosse possível realizar os exames e as internações das pacientes.

A transferência do serviço do ambiente hospitalar para uma casa mostrou ter várias vantagens. A primeira delas está relacionada ao acesso mais facilitado dos usuários e de seus familiares ao tratamento. Um ambiente domiciliar, não requerendo tantos recursos de segurança, tal como um hospital, não necessitaria de regras tão rígidas para a entrada e a saída dos usuários e de seus familiares ao ambiente de assistência. Ademais, o Vínculo com os profissionais do serviço poderia ser melhor, devido a maior proximidade física entre paciente e profissional.

Foi visto, nesse estudo que, por conta do serviço de assistência às pessoas com diagnóstico de TAs se localizar no ambulatório de pediatria do hospital, as recepcionistas tinham maior conhecimento dos profissionais que eram dessa especialidade, e pouco

conheciam os profissionais que assistiam as pacientes com TAs e as atividades realizadas nesse tratamento. Bianca explicou que a recepcionista da casa, que foi “construída” no palco no 6º Encontro, conheceria melhor os profissionais do que as recepcionistas que estavam no hospital, e ela poderia fazer a “ponte” de comunicação do usuário com o profissional e vice-versa. Dessa maneira, a recepcionista que atuaria na casa garantiria uma melhor recepção dos usuários e possibilitaria um maior acesso às informações sobre o tratamento às pacientes.

A recepção é um setor de extrema importância em um serviço de saúde, porque ela é a primeira que recebe o cliente, e é o centro de informações durante a permanência dele no tratamento. Por conta desses aspectos, há a necessidade dos recepcionistas terem um bom nível cultural, saberem comunicar-se adequadamente e com clareza, agir profissionalmente e com iniciativa, e ter uma boa percepção psicológica dos clientes. É também imprescindível que o recepcionista esteja informado sobre as atividades, horários e agendas de consulta do serviço, e sobre as possíveis alterações de datas e locais das atividades (DE AMORIM, 2005).

Dessa forma, é visto que a mudança do serviço para uma casa, e a presença de um recepcionista exclusivo para o atendimento das pessoas com diagnóstico de TAs poderia garantir melhor organização, melhor nível comunicacional entre os sujeitos envolvidos e melhor Acolhimento dos usuários e dos seus familiares.

Além disso, o 6º Encontro da entrevista em grupo focal apontou que a transferência do serviço para uma casa ofereceria maior privacidade aos usuários, conforme mostrou o relato de Bianca: - Porque ele [serviço] é feito dentro do ambulatório de criança. Eu acho que isso não tem muito a ver [...] tendo um lugar só para isso eu acho que seria [...] uma coisa mais reservada, você se sentiria tendo mais privacidade.

Assim, o serviço de assistência às pessoas com diagnóstico de TAs, instalado em uma casa, garantiria maior privacidade aos usuários, e estaria de acordo com a ideia de “privacidade” contida no conceito de Ambiência, já que um dos eixos da Ambiência é a garantia de espaços que visem o conforto, a privacidade e a individualidade dos pacientes (BRASIL, 2004a).

No ambiente ambulatorial as participantes relataram falta de privacidade quando, por exemplo, elas realizavam a pesagem. Para as pacientes, realizar a pesagem era um momento de muita tensão e intimidade, pois elas ficavam frente a frente com a questão que mais temiam: o ganho de peso (MOREIRA; OLIVEIRA, 2008). Por isso, Bianca sugeriu que a pesagem fosse realizada dentro do consultório da nutricionista, na casa que foi criada na dramatização, porque seria um ambiente mais confortável e privativo do que o ambiente do ambulatório, onde a pesagem era realizada pelas auxiliares de enfermagem, que, de acordo

com as participantes, não estavam preparadas para lidarem com as pessoas com diagnóstico de TAs.

Historicamente, o ambiente hospitalar já esteve ligado à ideia de doença (ANTUNES, 1989; GÓES, 2004) e é comum que ainda hoje seu local seja visto como algo desagradável, “frio” e impessoal. Assim, o serviço instalado em uma casa poderia trazer: melhor conforto, climatização, e higienização, tal como o conceito de Ambiência preconiza (BRASIL, 2008).

No entanto, a grande maioria das participantes disse que o serviço apresentou diversas deficiências como: a falta de conforto, climatização, higiene e manutenção do ambiente. As participantes relataram que: as cadeiras da sala de espera não eram almofadadas, algumas salas de atendimento eram pequenas e pouco arejadas, algumas salas de consulta e os banheiros eram empoeirados e sujos, os móveis eram velhos, e não havia um refeitório dentro do hospital, para que as pacientes pudessem realizar as suas refeições.

Dessa forma, a casa seria um local que traria mais conforto, pois permitiria explorar aspectos como: a morfologia do local, ou seja, suas formas, dimensões e volumes que configuram e criam os espaços; a ventilação, pois a ventilação adequada é imprescindível para se manter a salubridade nos ambientes; a iluminação do local, que além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante; o cheiro, ao se considerar o odor que compõe o ambiente; o som, quando, por exemplo, se propõe a utilização de músicas ambiente na sala de espera, ou planeja-se a proteção acústica para o controle dos ruídos; a sinestesia que corresponde à percepção do espaço por meio dos movimentos, bem como das superfícies e texturas; a arte como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas; as cores, pois seu uso estimula os sentidos e podem encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento; e o tratamento das áreas externas, já que além de porta de entrada, as áreas externas são espaços de espera ou de descanso de trabalhadores, e ambiente de estar de pacientes ou de seus acompanhantes (BRASIL, 2004a). Ademais, a casa teria uma cozinha onde os usuários e os seus familiares poderiam comer pequenos lanches, e teria banheiros mais higienizados e com boa manutenção, pois se presume que o ambiente restrito a um menor público facilitaria a sua limpeza e manutenção.

Dessa forma, visto que o ambiente tem papel fundamental na restauração da saúde dos pacientes (BECK et al., 2007), a transferência do serviço do hospital para uma casa poderia trazer uma melhor Ambiência, por criar um ambiente mais confortável e adequado as necessidades das pacientes.

As participantes também reclamaram sobre o conforto e a privacidade do ambiente da internação quando, por exemplo, Bianca disse da necessidade da criação de uma ala de internação que fosse exclusiva para as pessoas com TAs, tal como mostrou a sua frase do 6º Encontro: - Eu acho que a internação [...] se tivesse uma ala só para... dentro do terceiro andar mesmo, uma ala só para pacientes com transtorno alimentar, seria melhor do que ficar junto com todos os transtornos.

A política pública de saúde brasileira afirma a necessidade de ambientes de internação que sejam confortáveis e que respeitem a privacidade dos pacientes. Para garantir maior conforto e privacidade aos pacientes, podem ser empregadas nas alas de internação: a iluminação artificial em focos individuais na enfermaria, ou o uso de divisórias que permitam, ao mesmo tempo, a integração e a privacidade, além de facilitar o processo de trabalho e possibilitar o atendimento personalizado. Desse modo, a privacidade deve estar empregada em todas as ações e estruturas físicas dos ambientes de assistência à saúde para que sejam respeitadas as singularidades e os contextos históricos, sociais e culturais de cada paciente (BRASIL, 2004a).

A internação das pacientes com TAs com pacientes que possuem outras enfermidades pode ser uma experiência assustadora e desmotivadora para elas. Por essa razão, Bianca solicitou a existência de locais privativos para a internação de pessoas com TAs. Ela também ressaltou a importância de que o serviço considerasse o histórico de vida, as necessidades e as demandas de cada paciente com TAs, e criasse ambientes privativos e adequados a cada necessidade das pacientes. Uma área de internação exclusiva para o tratamento de pessoas com TAs seria vantajosa, pois, além de oferecer mais conforto aos pacientes, permitiria que a equipe fizesse atendimentos e atividades mais focadas à essa população, e de acordo com o tipo de necessidade requerida.

Dessa forma o ambiente hospitalar, tal como o Instituto de Psiquiatria de um hospital, em São Paulo, poderia se tornar mais acolhedor e humano, como relatou Bianca, no 6º Encontro:

“Depois de uns dois anos teve uma reforma muito grande no hospital, no Instituto de Psiquiatria [em São Paulo]. É muito mais bonito o lugar. Tudo mais arejado. Não parece que você está num hospital. E a ala de TAs é separada [...] até as salas, não parecia que você estava dentro de um hospital, porque era bem organizado.”

De acordo com Oliveira (2010), nas últimas décadas, a alta tecnologia contribuiu para “hipertrofiar” os ambientes hospitalares, e os tornarem frios e afastados da escala humana.

Assim, algumas ações estão sendo feitas para tentar reverter essa situação como, por exemplo: a aproximação da escala hospitalar da escala humana; a ligação do ambiente interno com o ambiente externo do hospital, através da criação de pátios e jardins; a aproximação com as referências dos espaços residenciais e a possibilidade de personalização/apropriação dos espaços; e a utilização de meios naturais de promoção do conforto ambiental, adaptados às condições bioclimáticas locais.

Posto que a humanização dos estabelecimentos assistenciais de saúde tem um impacto positivo na redução do tempo de permanência do paciente, e na qualidade de tratamento dispensada aos mesmos (COSTEIRA, 2004), cada vez mais os hospitais estão adotando novos projetos arquitetônicos para garantir uma assistência mais humanizada, e onde o paciente possa ser atendido de uma maneira holística. Dessa forma, é desafio das Políticas Públicas de Saúde dar aos serviços que tratam de pessoas com diagnóstico de TAs espaços que sejam mais acolhedores, confortáveis, e estruturados conforme as necessidades e demandas desses pacientes.

6.6 A competência da equipe e a competência dos terapeutas principais para realizarem a assistência dos pacientes

A competência do terapeuta principal foi um dos itens que recebeu o maior número de pontuações, pois a totalidade dos participantes que responderam a escala SATIS-BR avaliou como satisfatória a competência do terapeuta principal.

A competência da equipe obteve o segundo lugar, pois 93,3% dos usuários indicaram estar satisfeitos com a competência da equipe. Um dos fatores que pode ter contribuído para a avaliação positiva da competência da equipe foi a sua constituição multiprofissional que, de acordo com alguns participantes, possibilitou um atendimento mais completo das pacientes. Também, o fato de a equipe ser especializada no atendimento de pessoas com TAs fez com que suas ações fossem mais focadas e resolutivas no tratamento do transtorno.

Devido a complexidade dos TAs e da multiplicidade de dimensões humanas que afetam – física, psicológica, social, cultural, familiar – essas síndromes psicossomáticas de etiopatogenia multifatorial dificilmente podem ser tratadas por um profissional isoladamente (BORGES et al., 2006; SILVA; SANTOS, 2006).

Desse modo, alguns autores afirmam que o diagnóstico e o tratamento desses quadros devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar especializada e que, de preferência, trabalhe através de uma organização interdisciplinar, para a obtenção de resultados mais satisfatórios (BIGHETTI et al., 2007; GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002).

A proposta de trabalho em equipes multiprofissionais de saúde vem sendo enfatizada no Brasil desde a década de 70. Essa época é marcada pela forte expansão do mercado de trabalho em saúde, devido à necessidade de ampliação dos seus serviços (PEDUZZI; PALMA, 2000). Com o aumento da rede de extensão da atenção primária, e o intenso crescimento da rede médico-hospitalar privada, financiada pelo setor público, houve estratégias de extensão e racionalização dos serviços. Assim, foi enfatizado o trabalho em equipe com a incorporação de profissionais de diversas especialidades sendo, entretanto, regido pelo saber médico (SCHRAIBER, 1989).

A estruturação do trabalho em saúde através de equipes multiprofissionais foi um avanço histórico no modelo de assistência à saúde, pois mostrou que nenhum agente isolado pode realizar a totalidade das ações necessárias ao conjunto da assistência. Assim, é imperativa uma interdependência e uma complementaridade de saberes, para construir uma assistência que abarque o ser humano de maneira integral.

Foi assim que, historicamente, estabeleceu-se o trabalho da equipe multiprofissional que se refere, sobretudo, à articulação dos diferentes processos de trabalho em saúde. No entanto, essa articulação é desenvolvida de modo parcelar ou especializado, pois os objetivos, saberes e instrumentos de cada especialidade profissional se colocam de modo específico. Ainda, essa articulação não é realizada de maneira horizontal e sim hierárquica, já que, apesar de existir a articulação entre as várias especialidades profissionais, as equipes multiprofissionais estruturam-se sob a normatividade médica, que é hegemônica na organização das práticas de saúde (PEDUZZI; PALMA, 2000).

Todavia, em razão de uma compreensão do fenômeno da doença como algo cada vez mais fragmentado e onde, por influencia do modelo cartesiano, o ser doente passou a ser visto de forma cada vez menos holística (FLEURY, 1992), o trabalho das equipes multidisciplinares também passou a ser desempenhado de maneira fragmentada, o que levou a um modo de cuidar pouco integral.

Dessa maneira, cada campo de saber em saúde apresenta-se, normalmente, como conhecimentos fragmentados, na medida em que não há a integração das práticas e a interação entre os saberes dos profissionais envolvidos, o que conduz, geralmente, a uma justaposição alienada de trabalhos (PEDUZZI; PALMA, 2000).

As participantes desse estudo também revelaram que a equipe do serviço avaliado mostrou-se menos competente, porque tinha dificuldades de integrar os seus saberes e de trabalhar de uma forma interdisciplinar. Apesar de algumas participantes elogiarem o caráter multiprofissional da equipe, estiveram presentes relatos de que ela não atuava em coesão, pois havia ruídos na comunicação entre os profissionais. As participantes perceberam que havia distorções nas informações que foram transmitidas entre os profissionais da equipe como, por exemplo, Bianca afirmou na fala do 3º Encontro:

“Aí eu acho que ele [psiquiatra residente que a atendeu anteriormente] já contou de uma maneira diferente. Eu falei que eu queria diminuir a medicação. [...] eu falei para ele que eu achava que eu estava tomando muita medicação, me sentia muito carregada durante o dia para fazer as coisas, com sono, não tinha disposição para nada. [...] Foi a maneira como ele [psiquiatra residente] falou foi escutada. Então às vezes eu acho que isso é muito difícil. Eu conto para você, você vai contar para ela, você não vai contar da mesma maneira que eu te contei. Porque a sua percepção é diferente da minha. Então foi aonde a história distorceu...”

Assim, as participantes acreditaram que, por vezes, suas falas foram mal entendidas pelos profissionais, porque elas foram distorcidas na comunicação de um profissional para o outro. Dessa forma, as participantes afirmaram não haver uma comunicação consistente entre alguns dos profissionais da equipe, como afirmou Ananda, no 8º Encontro:

“[A comunicação entre os profissionais é] totalmente falha. [...] Eu não sinto que entre os psicólogos daqui [agachou perto da almofada rosa] exista uma comunicação ali [apontou a almofada que representou a médico psiquiatra]. Dali ainda existe [...] entre a psiquiatra e o nutricionista.”

Os entraves de comunicação que foram apontados por algumas participantes podem denotar a dificuldade da equipe em estabelecer um trabalho interdisciplinar. O prefixo *inter* da palavra “interdisciplinaridade” significa o elemento da conexão, ou da integração, que considera e une cada um dos trabalhadores de saúde, com seus respectivos aportes práticos e teóricos (PEDUZZI; PALMA, 2000). Contudo, de acordo com as participantes, a equipe do serviço investigado mostrou-se mais como uma equipe multiprofissional do que como uma equipe interdisciplinar, devido a dificuldade de comunicação entre os profissionais.

As participantes afirmaram que o serviço, no passado, conseguia realizar um atendimento mais integral, pois havia uma comunicação mais intensa entre os profissionais, e um trabalho mais coeso e integrado. Ananda mostrou que a equipe, no passado, trabalhava conjuntamente e possuía um modo de atuação harmônico, onde as várias práticas exercidas

pelos diferentes profissionais se integravam e complementavam, tal como mostrou a frase, no 8º Encontro:

Diretora: *“E aí se você colocar como o grupo era antes, como era essa comunicação?”.*

Ananda: *“Totalmente conjunta. Eu sentia que havia uma afinidade entre o grupo.”.*

Diretora: *“Você achava que as informações eram passadas?”.*

Ananda: *“Sim, existia uma correspondência.”.*

No entanto, as participantes afirmaram que, no serviço atual, as práticas e os saberes dos profissionais eram pouco articulados entre si, o que acabava fazendo com que a organização do trabalho, e a interação dos sujeitos também se tornassem desarticuladas. Dessa forma, a segmentação do trabalho, em que cada profissional se ocupou de suas tarefas, sem que houvesse a complementariedade das ações, fez com que houvesse pouca integração entre as atividades.

Dessa forma, é necessário que a equipe que atua no serviço investigado vise:

[...] construir possibilidades de superação das fragmentações apontadas, para que a equipe multiprofissional adentre o projeto da interdisciplinaridade, no plano do saber e da multiprofissionalidade, no plano do trabalho, o que pode ser logrado mediante a construção de novos saberes apropriados às necessidades do trabalho em saúde e mediante a criação de novas práticas (JAPIASSU, 1976 apud PEDUZZI; PALMA, 2000, p. 240).

Contudo, Ceccim (2005) afirma que, muitas vezes, o processo educacional não é capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, e ele não é capaz de valorizar a necessária multiprofissionalidade, para a construção de uma assistência que se desloque do eixo recortado-reduzido, e corporativo-centrado, para o eixo plural-complexo e usuário-centrado.

Assim, no processo de formação, é imprescindível que o profissional de saúde seja formado para compreender a pluralidade e a complexidade do fenômeno saúde-doença, que abarque a integralidade da assistência, por meio das dimensões da promoção, da prevenção e da prestação de serviços. A integralidade na assistência à saúde é um estado somente adquirido por meio do esforço de cada profissional e da equipe como um todo, onde ela é alcançada como fruto de um trabalho solidário e conjunto da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas (CECÍLIO, 2006). A integralidade na assistência à saúde, pois, deve ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde.

No entanto, apesar da integralidade na assistência ser algo que deva ser almejado, as participantes reclamaram que, no serviço investigado, os profissionais ainda possuem uma visão fragmentada do paciente atendido, tal como mostrou o diálogo entre Bianca, Nadir e a diretora, no 7º Encontro:

Bianca: *“Eles [profissionais] não têm preparo para olhar tudo isso de uma única vez e só sabe olhar as brechas, os pedaços. [...]”*.

Diretora: *“É a visão de um paciente que é fragmentado?”*.

Nadir: *“Sim.”*.

O primeiro sentido da integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. De forma resumida, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem, diante de seus pacientes, uma atitude cada vez mais fragmentada e reducionista, onde o conhecimento médico, nas diversas especialidades, ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais dos pacientes (MATTOS, 2006).

Nesse estudo, as participantes indicaram uma falta de um olhar integral de alguns profissionais da equipe, devido a uma ênfase exacerbada nos aspectos orgânicos e sintomáticos dos pacientes, tal como a fala de Bianca, no 7º Encontro, revelou:

Diretora: *“O que eu estou entendendo é que em termos mais sintomáticos, orgânicos, eles são bem competentes [...]”*.

Bianca: *“Coisas sintomáticas que sejam muito visíveis e que sejam do campo deles. Porque se você chegar com uma dor em qualquer outro lugar [Bianca relatou que estava com duas costelas quebradas] não, não é da minha competência, procura um Pronto Socorro. Coisas sintomáticas que sejam muito visíveis e que sejam do campo deles.”*.

As participantes acreditaram que essa falta de um olhar mais integral de alguns profissionais que as assistiam vinha de uma formação profissional insuficiente. Nadir, no 7º Encontro, afirmou:

“A competência técnica eles [profissionais] tem. Eu acho que a competência técnica permite uma análise perfeita e muito satisfatória, mas análises pontuais. Se eles [profissionais] pegarem um exame, a partir de um exame clínico eles são capazes, eles tem uma competência técnica gigante para, a partir do exame falar: - É possível que essa paciente esteja com distúrbio hormonal aqui, que está afetando o nível de serotonina liberado, então por isso está dando uma falta de felicidade, o apetite está diminuindo. Eu acho que eles conseguem fazer tudo isso a partir de dados pontuais. Agora, na hora de analisar tudo isso eles também deviam passar pela técnica de psicodrama para aprender... não só pela técnica de psicodrama, foi um exemplo que eu dei. Eles deviam passar por um processo de flexibilização, de aprender a ter jogo de corpo, aprender a usar todos os sentidos, todas as potencialidades

que eles têm, todos os instrumentos que eles têm, além do instrumento da inteligência prática. Porque eu acho que inteligência emocional é uma coisa muito importante para o profissional aprender a fazer tudo isso.”.

Assim, quando Nadir disse que os profissionais do serviço avaliado “deveriam passar por um processo de flexibilização” e “aprender a usar todos os sentidos, todas as potencialidades que eles têm”, e também a usarem a sua “inteligência emocional”, ela requisitou uma capacitação que fizesse com que os profissionais conseguissem apreender a humanidade dos pacientes atendidos, e não reduzi-los a exames e diagnósticos.

Peduzzi e Palma, (2000) afirmam que grande parte das profissões na área da saúde foi e é influenciada pelos fundamentos da racionalidade médica. A racionalidade médica fez com que houvesse o deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna, que passou da “arte de curar indivíduos doentes”, para uma “disciplina das doenças” (LUZ, 1988). Com essa mudança no modo de entender a prática médica, ocorreu um processo de objetificação das ciências da saúde, onde o corpo humano se tornou a sede das doenças, e as doenças tornaram-se entidades patológicas. A vida, então, deixou de ser o alvo central da prática clínica, pois ao invés de teorizar sobre Saúde, Vida ou Cura, as ciências da saúde iniciaram um discurso progressivo sobre as entidades mórbidas.

Com a instituição da moderna Anatomia, o corpo humano começou a ser visto morfológicamente como um grande engenho, constituído por peças que “encaixam-se” ordenadamente. Assim, surgiu o mecanicismo – traço constitutivo da racionalidade médica moderna – que compreendeu o corpo humano como semelhante a uma máquina, que deveria ser ajustada, caso suas “peças” trabalhassem de maneira disfuncional.

Dessa maneira, a racionalidade médica, desenvolvida a partir do século XIX, gerou algumas heranças que são vistas ainda hoje nas práticas de saúde tal como: o racionalismo, o mecanicismo, o dualismo, e o fragmentarismo.

De acordo com as participantes, essa herança trazida pela racionalidade médica moderna ainda tem resquícios na forma como os profissionais presentes no serviço investigado realizam as suas práticas, como pode ser visto na fala de Nadir, no 3º Encontro:

“Um dia eu estava pensando sobre essa questão que tem no curso de medicina, e a questão da imparcialidade faz com que seja abolido do curso de medicina tudo que não seja objetivo. Então os médicos não têm um contato com diversidade religiosa, diversidade cultural, nada disso. O que importa puramente é o biológico”.

A fala de Bianca, no 3º Encontro, também apontou uma ênfase dos profissionais no aspecto biológico do tratamento: - Porque às vezes eles olham só a parte física. Você está bem fisicamente, então está bom.

Dessa forma, apesar de na escala SATIS-BR algumas participantes terem elogiado a habilidade técnica da equipe em diagnosticar os TAs, e os distúrbios fisiológicos decorrentes dele, as falas que foram ouvidas nas entrevistas em grupo focal apontaram para a falta de um olhar mais integral de alguns profissionais envolvidos no tratamento, e que pareceu estar associada a uma ineficiência da formação profissional.

A falta da integralidade na forma como se dá a assistência dentro do serviço investigado pareceu estar relacionada a alguns fatores: o primeiro refere-se a ênfase dada ao aspecto biológico do paciente, tal como exposto acima; o segundo fator aborda o excesso de medicalização existente no tratamento; o terceiro fator está relacionado a uma forma de ver o paciente de maneira descontextualizada; e o quarto fator abarca um modo de trabalhar em equipe pouco integrado, e que abre espaço para ações fragmentadas e desconexas nas práticas profissionais.

No que tange ao excesso de medicalização, ele apareceu em algumas falas das participantes como, por exemplo, a de Bianca, no 3º Encontro:

“Então meio que assim... tudo eu vou medicalizar. Eu estava ansiosa porque aconteceu uma coisa que para mim eu julgo ser importante [...]. Ele [profissional] falou: - É até normal você estar ansiosa por isso, isso. Pô, se ele [profissional] entendeu que eu estou tão ansiosa, porque passar a medicação ali, entendeu? Porque eu vou medicalizar se eu estou entendendo. Será que entendeu mesmo?”.

E, por exemplo, a fala de Verônica, no 4º Encontro:

“[Verônica imitando um profissional] Você tomou o medicamento? Mas você não está ficando sem tomar o medicamento? Porque você precisa tomar o medicamento. [...] Aí então você olha para a cara do profissional e fala assim: - Ah não. [...] Se você está com dificuldade [...] eu preciso buscar esse controle primeiro.”.

Dessa forma, as participantes afirmaram que os profissionais muitas vezes colocaram o uso da medicação como o elemento fundamental do tratamento. Contudo, elas perceberam que era necessário, primeiramente, serem acolhidas pela equipe, para que, através de uma relação terapêutica consolidada, pudessem adquirir o equilíbrio necessário para enfrentarem o transtorno. Assim, as participantes solicitaram que os profissionais atuassem como “apoios” nos momentos de dificuldade e tensão e, para isso, seria necessário o estabelecimento de um

vínculo profissional-paciente, que fosse uma ação complementar à indicação dos psicotrópicos.

Conforme Pinheiro (2006), a tendência medicalizante nos serviços de saúde é uma realidade histórica, e surge a partir da clínica moderna racionalista. De acordo com essa tendência medicalizante, as intervenções médicas não tratam de ajudar a “força curativa da natureza” a manifestar-se para trazer de volta o “estado de saúde”. Ao contrário, elas concebem o remédio como um aliado na “guerra” do homem contra a doença. Assim, vê-se que a partir dessa racionalidade, o medicamento passou a assumir um papel cada vez mais privilegiado na intervenção médica (LUZ, 1988).

Para Pinheiro (2006), à medida que os medicamentos passam a ser vistos como “soluções mágicas” aos problemas de saúde, outros elementos envolvidos no processo do cuidado, como a relação dos médicos com os pacientes, começam a ser preteridos. Contudo, essa desvalorização da relação profissional-paciente poderia ser estendida a outras especialidades profissionais na área da saúde, pois de acordo com a mesma autora, se observa no campo da saúde a falta de uma formação específica voltada para a comunidade, elemento esse considerado fundamental para o estabelecimento do Vínculo.

Assim, Mattos (2006) aborda a questão da reforma curricular nos cursos de formação em medicina, de modo que ela introduza outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico-paciente. Também, o mesmo autor afirma a importância de se colocar, na reforma curricular, a introdução de conhecimentos relativos à sociedade, e aos contextos culturais, para a valorização desses conhecimentos básicos na prática médica. A reforma curricular pretende, ainda, enfatizar o ensino nas áreas ambulatoriais e nas comunidades, lugares em que, ao contrário das enfermarias, permitem apreender mais facilmente os contextos de vida dos pacientes.

A inclusão do contexto sócio-cultural do paciente no processo de assistência em saúde é uma iniciativa muito presente nas políticas de saúde pública atuais. Conforme a Estratégia de Saúde da Família, o modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, está a par com a concepção de integralidade na assistência em saúde, e focam as suas ações no contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico, onde a comunidade está inserida (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

No entanto, as participantes afirmaram que essa forma de olhar o paciente de maneira integral, e acolher a sua dimensão cultural, social e histórica, não foi realizada por alguns profissionais no serviço investigado. De acordo com Nadir e Bianca, alguns profissionais da

equipe possuíam ações pontuais e objetivas que, na maioria das vezes, desconsideravam o histórico de vida, e os caminhos que levaram as pacientes a desenvolverem o transtorno. Os relatos de Nadir e Bianca, no 8º Encontro, exemplificaram essa situação:

Nadir: *“Pegam só essa parte: ‘a pessoa para de comer’ [...]. E tipo trabalha com isso só. Então você chega lá no consultório e fala: - Parei de comer. A pessoa fala: - Ah, isso eu já sei. Isso é característico da sua doença. Mas ele [...] ignorou todo o meu contexto, sabe?”*.

Bianca: *“É, eles não entendem. Não fazem questão de entender o seu contexto muitas vezes.”*.

Conforme as frases apresentadas acima, a maneira como o profissional conduziu a consulta clínica levou a uma redução da paciente que, retirada do seu contexto, pareceu ser transformada em sua sintomatologia. Assim, de acordo com Pinheiro (2006), as relações pessoais são pouco valorizadas nas ações de saúde, como recurso terapêutico no processo de cura dos pacientes, ou como elemento de intersecção nas relações entre usuário/profissional e usuário/serviço. A autora afirma haver um desencontro entre a razão, a técnica e a emoção na relação médico-paciente. Apesar de a autora citar os profissionais médicos, pode-se pensar que grande parte dos profissionais da área da saúde convive com esse conflito. Assim, o que normalmente se processa é uma relação profissional-paciente pragmática e objetificante, onde todo afeto é desconsiderado, e onde se prioriza o sintoma e a doença a despeito dos aspectos cultural, social e pessoal da pessoa atendida.

No entanto, esse estudo não apresentou apenas relações profissional-paciente marcadas pelo distanciamento e a fragmentação. Os terapeutas principais, ou seja, os profissionais com quem as participantes possuíam maior contato e Vínculo dentro do tratamento, foram os que obtiveram o maior grau de satisfação quanto a sua competência. Os terapeutas principais foram avaliados como competentes pelas participantes porque se mostraram profissionais atenciosos, empáticos, sinceros e que buscavam se aproximar das pacientes, sem orgulhos ou preconceitos. A boa relação que os terapeutas principais estabeleceram com as participantes puderam influenciar na qualidade da assistência, já que estudos afirmam que as relações pessoais entre pacientes e profissionais de saúde são identificadas como um potente indicador da qualidade da assistência (CAMARGO JUNIOR, 1993; CANESQUI, 1992; COHN et al., 1999).

Pinheiro (2006) afirma que a competência do profissional e a qualidade do tratamento estão relacionadas à competência do profissional em se mostrar sensível e afetuoso na assistência prestada ao paciente. Assim, conforme a autora observa-se que muitos dos

usuários percebem quando o profissional empenha-se no ato de cuidar e mostra-se atencioso e afetivo para com o seu cliente.

No estudo em questão, foi visto que as participantes identificaram os profissionais que foram afetuosos e atenciosos no serviço, e elas construíram um forte Vínculo com esses profissionais, que, inclusive, se manteve mesmo após a saída desses profissionais do serviço, como mostrou a fala de Ananda, no 8ª Encontro:

Ananda: “[No serviço] *tem uma única pessoa que eu me identifico [...] hoje ela nem está mais lá [...] uma nutricionista [...] ela me dava esses embasamentos.*”

Diretora: “*Mas a Rita [nutricionista] não faz mais parte [do serviço].*”

Ananda: “*Mas ela [nutricionista] é ainda o meu ponto de apoio. [...] Ainda representam para mim o serviço.*”

Assim, viu-se que uns dos fatores que contribuíram para a manutenção e consolidação do Vínculo entre o profissional e o paciente foram a atenção e a afetividade do profissional. A dimensão da afetividade refere-se ao fato do profissional gostar de sua profissão e interessar-se pela pessoa do paciente e construir, assim, um Vínculo firme e estável entre ambas as partes (KLOETZEL, 1999).

Outro fator que, nesse estudo, pareceu estar relacionado à competência do profissional, é a capacidade do profissional desenvolver com o cliente uma relação terapêutica (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004). Dessa forma, o profissional que valorizou a autonomia das participantes e garantiu espaços para que elas expressassem as suas necessidades, críticas e opiniões sobre o tratamento foi o profissional considerado competente pelas participantes. De acordo com Boff (1999), o profissional competente deve construir uma relação terapêutica com os usuários, por meio de características como: ser atencioso, mostrar interesse, compartilhar, e estar com o outro com prazer. Na relação terapêutica não se espera que o profissional tenha domínio sobre o paciente, mas que haja um ambiente de convivência e de interação e, por isso, o que deve predominar é uma relação “sujeito-sujeito” e não “sujeito-objeto”.

De acordo com as participantes, a competência dos terapeutas principais veio de características como: uma escuta qualificada das necessidades das pacientes onde eles, por meio de um processo de negociação e interação, dividiam com as pacientes a responsabilidade sobre o tratamento; um conhecimento dos profissionais sobre si mesmos e sobre as pacientes que atendiam; a atenção à subjetividade e à singularidade de cada paciente; a empatia e a aceitação incondicional das pacientes.

No entanto, apesar das participantes terem afirmado existir um forte Vínculo entre elas e os terapeutas principais, elas revelaram que a rotatividade de profissionais dificultou o surgimento de mais Vínculos entre os profissionais e as pacientes no serviço. De acordo com as participantes, essa rotatividade esteve presente, no serviço, em quase todas as especialidades profissionais, tal como revelaram os relatos de Ananda, no 8º Encontro:

“Com os outros médicos se torna uma relação um pouco mais fria. [...] É muito rotativo. [...] O ano passado eu não tive nenhum médico. [...]. A nutricionista, o ano passado estava... então, nem sei o nome da menina. [...] Ficou pouquinho tempo e saiu também. [...] Só que você não cria Vínculo. É diferente dos anos passados, dos anos anteriores. [...] Agora não tem foco. Fica aquela coisa assim dispersa. [Ananda caminha em direção à almofada amarela] Aqui é a nutricionista. Porque eu não estou sentindo firmeza. Está mudando muito [...]. O psicólogo [...] também não tem firmeza. Está rodando demais [...].”

Diretora: *“E o grupo de apoio?”*.

Ananda: *“Muito rotativo também. [...] Então é aonde fica... ele fica manco. [...] Hoje está manco.”*.

A rotatividade é prejudicial ao Vínculo entre o profissional e o paciente, pois, conforme Kloetzel (1999), a continuidade é um dos fatores que constitui o Vínculo, e significa a responsabilização do profissional em assumir o encargo pela vida e a morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção. Portanto, a dimensão da continuidade presume que o profissional deva assumir a indicação e a garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema do paciente, não cabendo à transferência burocrática para outra instância decisória ou nível de atenção (MERHY et al., 1997).

No entanto, vê-se que a presença de estagiários, voluntários e residentes médicos que trabalham em caráter provisório no serviço investigado e a existência de poucos profissionais que atuam em caráter fixo faz com que haja o rompimento da continuidade no tratamento. Assim, o trabalho provisório produz certa rotatividade de profissionais que, de acordo com algumas participantes, dificultou o estabelecimento do Vínculo e de relações de confiança entre o paciente e o profissional, tal como revelou a fala de Vivian, no 5º Encontro: - O problema é essa mudança dos profissionais [...]. Eu concordo que essa troca de profissionais é complicada, porque quando você começa a se sentir bem com a pessoa, cria um certo Vínculo, daqui a pouco troca.

Dessa forma, conforme as participantes, o serviço atual apresentou o problema de não possuir uma equipe de referência para as pacientes, tal como existia em momentos passados do tratamento. De acordo com Ananda, apesar de no passado existirem estagiários, voluntários e médicos residentes no tratamento, que representavam a parcela de profissionais

que era rotativa no serviço, havia também os profissionais que se mantinham por mais tempo no tratamento e que, devido a sua continuidade, acabavam por se tornarem profissionais de referência para as pacientes:

“[O serviço no passado] era mais profissional [...]. O período de tempo dos profissionais era maior. Você criava um Vínculo maior. [...] Você tinha sempre aquela equipe [...] eu sabia o que eu ia encontrar aqui [...] você tinha uma continuidade no seu tratamento. Você tinha um foco.”.

Alguns estudos apontam para o fator prejudicial que a rotatividade de profissionais possui dentro de um tratamento, sendo que a alta rotatividade é um indicador da baixa qualidade da assistência prestada ao paciente (LIMA; KURGANCT, 2009), e a baixa produção de Vínculos entre o profissional e o paciente (ANDRADE; ARTMANN, 2009; STANCATO; ZILLI, 2010).

De acordo com as participantes, essa rotatividade também dificultou o relacionamento dos profissionais, porque prejudicou a comunicação que eles estabeleceram entre si, e a possibilidade da equipe realizar um trabalho com maior parceria, integração de saberes, e integralidade na assistência prestada ao paciente. Assim, os relatos das participantes levantaram a hipótese de que a pouca integração entre os profissionais, causada pela elevada rotatividade, dificultou o estabelecimento de um trabalho interdisciplinar.

Algumas participantes afirmaram, por exemplo, que não observaram ações na equipe que promoveram a integração e a complementação de saberes, como poderia acontecer, por exemplo, em um atendimento conjunto, que uniria saberes de várias especialidades profissionais, a fim de resolver a problemática do paciente, tal como mostrou a fala de Nadir, no 8º Encontro:

“Nunca isso aconteceu de ter mais de um profissional, de o profissional assumir: - Olha, isso aqui talvez eu não consiga te dizer sozinho, eu vou precisar de uma ajuda, de um auxílio. Vamos lá, vou chamar: -Vem cá nutrólogo, vem cá psiquiatra sentar junto com a Nadir, vamos conversar.”.

Assim, com base nos relatos das participantes, observou-se que a dificuldade da equipe em desenvolver um trabalho interdisciplinar contribuiu para uma assistência mais fragmentada. De acordo com Cecílio (2006), a fragmentação da assistência dificulta o desenvolvimento de um tratamento com o foco na integralidade, pois impede a confluência dos vários saberes presentes na equipe multiprofissional.

Como uma tentativa de oferecer à população um serviço de qualidade e que abarque a integralidade dos usuários envolvidos, as políticas públicas de saúde atuais, principalmente com foco na atenção primária, trazem o conceito de “equipes de referência”. Assim:

A reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde – como a responsabilização e a produção de vínculo terapêutico – dependem, fundamentalmente, da instituição de novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. [...] A equipe de referência contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, Acolhimento e Vínculo (BRASIL, 2004b, p. 5-6).

Dessa forma, a função da equipe de referência é tornar-se responsável pela atenção integral do enfermo, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, ao elaborar os projetos terapêuticos e ao buscar outros recursos, quando necessário, para alcançar a resolutividade pretendida.

A equipe de referência tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e almeja ampliar as possibilidades da construção do Vínculo entre profissionais e usuários (CAMPOS, 1998). O termo responsabilidade, relacionado ao conceito de “equipes de referência” refere-se à tarefa do profissional encarregar-se da atenção do paciente ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal (STARFIELD, 1992). Contudo, nesse estudo, a tarefa de responsabilizar-se pelo problema apresentado por cada paciente, ao longo da assistência, esteve prejudicada pela rotatividade de profissionais, conforme os relatos das participantes. De acordo com a fala de Ananda, no 8º Encontro, as pacientes mais novas no tratamento sentiam-se perdidas, pois não percebiam uma equipe de referência que as apoiassem e as assistissem em suas dimensões bio-psico-sociais, através de ações integradas:

“Hoje [o serviço] é isso aqui [afastou as almofadas]. [...] Hoje a gente chega e está isso aqui [afastou mais as almofadas]. E o que acontece? Você vem aqui no meio [Ananda se posicionou no meio das almofadas espaçadas] e fica perdida aonde você vai [Ananda andou de um lado para o outro como se não tivesse direção]. Você está perdida. [...] Eu tinha uma referência anterior e eu sei identificar onde está cada um deles [nutricionista, psiquiatra e nutrólogo]. Elas [pacientes mais novas no tratamento] não tinham essa referência, e elas ficam perdidas.”.

Contudo, como Ananda já teve uma equipe de referência no passado, percebeu-se mais amparada e compreendeu melhor quais eram os objetivos e o foco do seu tratamento. Isso já

não pareceu ocorrer com as usuárias mais novas que, assistidas de modo fragmentado, não percebiam ações conjuntas e integradas da equipe.

Dessa forma, a principal reclamação sobre a competência da equipe do serviço investigado pareceu ser a falta de uma integração entre as distintas especialidades profissionais, e a dificuldade da equipe em compreender e assistir as paciente de uma maneira integral, abarcando suas singularidades, subjetividades, e dimensões psíquicas, culturais, históricas e sociais. Ademais, a rotatividade profissional pareceu agravar o problema, pois não permitiu que as pacientes construíssem Vínculos duradouros com os profissionais, capazes de fazê-las perceberem que existia no serviço uma equipe de referência, onde pudessem buscar ajuda e apoio caso necessitassem.

6.7 A satisfação dos pacientes com a ajuda oferecida pela equipe do serviço

De acordo com a escala SATIS-BR, a totalidade dos usuários estava satisfeita com o tipo de ajuda que foi dada a eles pelo serviço, e 86,6% deles considerou que a equipe do serviço estava lhe ajudando.

Nas entrevistas em grupo focal, os resultados da ajuda oferecida pela equipe puderam ser vistos no desenvolvimento: da autoconfiança, da espontaneidade, da autoestima, da flexibilidade, e do otimismo das participantes. Também, foi visto que o tratamento ajudou as pacientes a terem mais recursos para enfrentarem os obstáculos e os desafios do cotidiano.

Esses avanços mostram-se importantes, pois a literatura aponta que as pessoas diagnosticadas com TAs apresentam autoestima rebaixada, traços de perfeccionismo, rigidez e obsessividade, dificuldade no controle da impulsividade, e tendência à introversão patológica, que muito contribuem para dificultar os seus relacionamentos sociais e os avanços nas áreas pessoais e profissionais (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004; CASTILLO; CASTILLO, 2004; DOYLE; BRYANT-WAUGH, 2000; OLIVEIRA; SANTOS, 2006).

Assim, quando Nadir disse, no 8º Encontro: - Eu tenho mais equilíbrio para andar, mais segurança para andar [...], tenho mais força [...], tem muito mais flexibilidade e eu acredito mais em mim; disse que sua melhora foi devido ao seu amadurecimento e ao tratamento que conseguiram aumentar a sua autoestima e fazer com que ela tivesse mais segurança e autocontrole para enfrentar os seus desafios diários. Nadir também relatou o

rompimento com alguns traços de perfeccionismo, rigidez e obsessividade, que são características dos TAs, quando adquiriu uma maior flexibilidade com o tratamento.

Bianca, no 8º Encontro, também relatou os bons resultados que obteve graças ao tratamento. Quando disse: - Agora eu não me cobro mais tanto e antes eu via as coisas de maneira muito... muito escura... e agora ficou um pouco mais colorido; afirmou que o traço de perfeccionismo, comum aos TAs, abrandaram e que ela conseguiu desenvolver uma percepção mais otimista da vida. Ao saber que alguns autores indicam que uma das características dos TAs é o sentimento de desesperança, ou uma “incapacidade de ser feliz” (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004; OLIVEIRA; SANTOS, 2006), o relato de Bianca sugeriu que o tratamento trouxe uma visão menos pessimista da forma como ela compreendia o mundo a sua volta e indicou a sua melhora psíquica.

Os resultados do tratamento atingiram não somente o campo psíquico, mas também se refletiram na área social dessas pacientes. Alguns relatos, como o de Ananda, afirmaram essa evolução. Ananda, no 8º Encontro disse, por exemplo, que no início do tratamento era uma pessoa tímida, retraída e sem muitos relacionamentos sociais, e que agora possuía uma carreira consolidada e estava em um relacionamento sério. Essa frase revelou progressos no campo das relações interpessoais e na área profissional da paciente.

As pessoas diagnosticadas com TAs geralmente mostram-se tímidas e retraídas socialmente, devido à vergonha que sentem da sua imagem corporal. Assim, os sentimentos negativos com relação ao seu corpo conduzem a um isolamento social (KAWASHIMA; RUMIN, 2011). É comum encontrar nos quadros de TAs pessoas que apresentam atitudes caóticas, não somente no tocante aos hábitos alimentares, mas também em outros aspectos da vida, como os estudos, a vida profissional e as relações amorosas. Os relacionamentos profundos são considerados ameaçadores e marcados pela baixa espontaneidade e intensa insegurança. Também são frequentes os sentimentos de solidão, isolamento, incompreensão, desamparo e desesperança (OLIVEIRA; SANTOS, 2006). Assim, quando Ananda revelou que atualmente era uma profissional que possuía a sua carreira em andamento, e que apresentava um relacionamento amoroso estável, mostrou que conseguiu desenvolver relacionamentos mais maduros. Essa maior maturidade emocional, conseguida em parte pelo tratamento, contribuiu para a expansão e o desenvolvimento de suas dimensões afetivas, profissionais e pessoais.

Além disso, conforme o relato de Bianca, no 8º Encontro, o apoio que ela recebeu do tratamento a ajudou a desenvolver recursos de enfrentamento dos desafios diários, e a auxiliou a ser mais independente e autônoma. As pessoas diagnosticadas com TAs, devido ao

desenvolvimento insatisfatório da sua identidade, tem a tendência a buscar aprovação externa, e desse modo, possuem hipersensibilidade à crítica dos outros. Essa constante necessidade de aprovação gera conflitos referentes às questões de autonomia versus independência (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004). Existe, nessas pessoas, um comprometimento da capacidade produtiva devido à interferência de fatores indicativos de imaturidade emocional. Além disso, é visto em pacientes diagnosticados com TAs um rebaixamento do dinamismo, indicando um comprometimento da tríade ação-realização-produtividade (OLIVEIRA; SANTOS, 2006). Desse modo, apesar de apresentarem a função lógica preservada, a capacidade produtiva encontra-se prejudicada pela afetividade. Assim, apesar da preservação da capacidade intelectual, a invasão dos afetos gera acentuado sentimento de ineficiência que prejudica a produtividade dessas pessoas (BRUCH, 1978). As pessoas diagnosticadas com TAs mostram-se geralmente inseguras, com dificuldades em decidir ou executar tarefas devido a invasão de afetos, e normalmente apresentam-se muito dependentes da opinião dos outros. Dessa forma, quando Bianca afirmou que o tratamento lhe “ensinou a encarar mais de frente as coisas”, e não se “apoiar em outro alguém para conseguir fazer as coisas”, disse que ele contribuiu para aumentar a sua autoestima e a sua auto-eficácia. O aumento da autoestima e da auto-eficácia de Bianca deveu-se ao fato dela acreditar que era capaz de desenvolver determinadas tarefas e ações, de forma independente e autônoma. Assim, Bianca relatou ter conseguido, através do tratamento, a segurança e a autonomia para enfrentar os desafios diários.

No entanto, se é verdade que o tratamento foi um dos fatores responsáveis por desenvolver uma maior autonomia na forma como as pacientes conduziam as suas vidas, foi visto que ele era realizado com ações coercitivas e firmes na opinião das participantes dessa pesquisa. Muitas vezes, essas ações pareceram retirar das pacientes a autonomia e o direito de decidirem mais amplamente sobre a condução dos seus tratamentos. A internação, realizada de maneira compulsória, foi um dos elementos presentes no tratamento que mais despertou medo e crítica das participantes, tal como as falas de Nadir e Bianca expressaram:

Nadir: *“Por exemplo, muita gente, paciente com quem eu converso que não perde peso e que evita internação, não é internado e tudo mais porque fica com medo da internação compulsória [...]”.*

Bianca: *“Eu acho que uma vez internada o terrorismo é tão grande que você não quer nunca mais aquilo na sua vida de jeito nenhum [8º Encontro].”.*

O temor da internação compulsória pelas pessoas com diagnóstico de TAs não é um dado exclusivo desse estudo, pois outro estudo verificou que os pacientes que sofrem de

anorexia nervosa apresentam um alto nível de percepção de coerção na internação, superior até aos pacientes diagnosticados com bulimia nervosa (SOUZA, 1968).

A anorexia nervosa é caracterizada como um transtorno egossintônico, e por isso, as pessoas com diagnóstico de TAs podem manifestar recusa e resistência ao tratamento. Dessa forma, um dos grandes desafios do tratamento de pessoas com TAs é tratar, respeitando a autonomia dos pacientes.

A autonomia é um conceito fundamental que norteia o processo de humanização da assistência em saúde. A PNH, adotada pelo Ministério da Saúde, tem como os valores que a norteiam: a autonomia do sujeito, a corresponsabilidade entre os atores presentes no serviço (profissionais, usuários e gestores), o estabelecimento de Vínculos, e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006c). Dessa forma, entende-se que os profissionais e os usuários de um serviço de saúde não são sujeitos passivos que apenas reproduzem tecnologias sobre o “fazer em saúde”, mas são sujeitos que, por meio de uma relação aberta a diálogos, negociações e criatividade, constroem um modo de assistência que possa ser mais adequado à realidade local. É nesse sentido que se apresenta o conceito de autonomia, pois, dentro do contexto da saúde, os sujeitos são livres para criar e construir modos e tecnologias de assistência mais coerentes com o meio onde ela irá ser empregada.

Contudo, de acordo com Souza (1968), no tratamento das pessoas com diagnóstico de TAs são vistos comportamentos coercitivos dos profissionais como, por exemplo: a persuasão, a barganha e a internação compulsória, que limitam a autonomia desses usuários. A equipe de profissionais que lida com esses pacientes realizam atos coercitivos quando, por exemplo, são impostas restrições como: o tempo que o paciente pode ficar fora do leito, suas idas sob supervisão ao banheiro, o fato dos pacientes terem de ingerir as calorias prescritas e alimentarem-se sob forma supervisionada, a proibição dos exercícios, ou mesmo a internação compulsória.

Para discutir a complexa questão da autonomia no contexto de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs, será importante explicar os conceitos de capacidade e de competência. Capacidade é o critério legal que indica ser um indivíduo capaz de tomar uma decisão autônoma e válida, já a competência refere-se ao conceito clínico do paciente possuir habilidades para a tomada de decisões válidas em relação ao tratamento (TAN; JONES, 2001).

Assim, para ser considerado legalmente capaz o usuário deve possuir uma habilidade intelectual para entender, por exemplo: o que é a sua doença e quais são as suas consequências, quais são os vários tratamentos disponíveis para combatê-la, e quais são os

riscos e os benefícios envolvidos no processo de tratamento (LAW SOCIETY AND BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 1995).

A competência é o equivalente clínico da capacidade (TAN; JONES, 2001) e envolve uma série de fatores, principalmente em pacientes psiquiátricos, como: a interpretação do paciente sobre as informações recebidas; o grau de credibilidade do enfermo com relação às informações cedidas pela equipe profissional; e a influência da doença mental sobre as decisões que o paciente virá a tomar no seu tratamento (GRISSO; APPELBAUM, 1998).

Com relação aos pacientes com TAs, eles não são globalmente incompetentes, pois possuem a sua capacidade intelectual preservada (OLIVEIRA; SANTOS, 2006), contudo a dificuldade de administrar seus afetos compromete seus pensamentos, percepções, julgamentos, comportamentos e a capacidade de atender às demandas para a manutenção de uma vida saudável (APPELBAUM; RUMPF, 1998). Assim, pode-se entender que, apesar de possuir capacidade intelectual para compreender as informações transmitidas pela equipe, os pacientes com diagnóstico de TAs mostram-se, de maneira geral, incompetentes para tomar decisões a respeito do seu tratamento.

Assim, existem alguns critérios para a indicação de uma internação completa, de modo a assegurar que os pacientes com diagnóstico de TAs não tenham risco de vida. Os indicadores para a internação de pacientes com diagnóstico de TAs são: menos de 75% do peso mínimo esperado; IMC abaixo da faixa de 13 a 14 kg/m²; presença de alterações hemodinâmicas, hidroeletrólíticas e metabólicas importantes (hipotensão arterial grave, bradicardia, hipotermia, hipoglicemia, hipopotassemia); e alterações físicas indicativas de ameaça imediata à sobrevivência da paciente (disfunção cardíaca, renal ou hepática, sintomas de desidratação e desnutrição graves).

Também, os critérios psiquiátricos e psicossociais são importantes indicadores para a internação dos pacientes com anorexia nervosa ou bulimia como: a presença de comorbidade psiquiátrica grave (depressão ou transtornos de personalidade); risco elevado de suicídio e autoagressão; colaboração inadequada da família ao tratamento; falta de engajamento do paciente às orientações ambulatoriais; e dificuldades de acesso geográfico, no caso de pacientes que residem em localidades mais distantes do tratamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

A internação, se bem empregada, pode conduzir a um reestabelecimento integral do paciente, e recuperar não só a sua condição orgânica, mas promover a reeducação dos hábitos alimentares mais saudáveis, e possibilitar um maior contato do paciente com seu mundo psíquico, caso esse processo seja acompanhado por um psicólogo (RAMSAY et al., 1999).

Foi visto que a internação pode ser um importante fator de adesão do paciente com TAs ao tratamento, pois em um estudo realizado por Souza (1968), a maioria dos pacientes que inicialmente alegavam não necessitar de internação, após duas semanas internados mudaram a sua opinião, reconhecendo a importância da internação para o seu tratamento.

Assim, observa-se que a internação, apesar de dolorosa, pode ser um recurso para que os pacientes com TAs compreendam que estão doentes, e que precisam de auxílio de profissionais para poderem enfrentar os seus transtornos. A fala de Nadir, no 8º Encontro, mostrou que a internação foi uma intervenção que possibilitou o despertar da participante para perceber que não mais queria estar naquela situação e que, de algum modo, deveria buscar a recuperação: - Ter me privado durante 3 meses do contato com os meus amigos, de sair, de fazer coisas que me davam prazer, antes de eu ficar doente [...] eu precisei de ser [...] internada pra ser privada disso e pra conseguir ver que era isso que eu queria de volta.

Apesar da internação compulsória no tratamento de pacientes com TAs algumas vezes apresentar resultados satisfatórios, ela é ainda uma intervenção muito discutida nos meios acadêmicos. Russell (2001) afirma que essa opção é válida a curto prazo, para a recuperação do IMC, e em situações clínicas que envolvam risco de vida. Nestes casos, a recuperação de peso atinge valores similares aos dos pacientes que se internam voluntariamente, contudo, ocorrem taxas maiores de mortalidade nos casos em que os pacientes são internados involuntariamente. Devido a esses dados, no longo prazo os benefícios da internação compulsória no tratamento de pessoas com diagnóstico de TAs são pouco claros (RAMSAY et al., 1999).

Vê-se ainda, que a internação compulsória deve ser profundamente avaliada em pacientes com idade inferior a dezoito anos, pois esses pacientes, com a característica de oposição ao poder específica da fase adolescente, podem apresentar uma percepção de coerção superior aos dos pacientes adultos (PROTAS, 2010).

Devido aos resultados inconclusivos do uso da internação compulsória no tratamento de pessoas com diagnóstico de TAs, há autores que afirmam que ela é pouco eficaz clinicamente e que envolve dificuldades ético-legais (FOST, 1984), enquanto outros veem a alimentação nasogastrica forçada como um elemento que pode e deve ser utilizado no tratamento (RATHNER, 1998).

Esse estudo mostrou que resultados positivos no tratamento podem surgir por meio da internação compulsória e por meio da “obrigatoriedade” das participantes em frequentarem o tratamento. De acordo com Souza (1969) o tratamento dos TAs muitas vezes requer regularidade, e ações firmes e coercitivas dos profissionais sobre os pacientes. Dessa forma,

observou-se que a regularidade em seguir o tratamento e as posturas firmes dos profissionais foram fatores que influenciaram no processo de recuperação das participantes. Nadir, no 8º Encontro, confirmou essa hipótese através do relato abaixo: - Quando eu ia semanalmente ao serviço eu tinha consulta semanalmente, tinha que me pesar semanalmente, eu acho que surge uma obrigatoriedade, que talvez [a melhora] venha do seu esforço de se livrar do serviço.

Dessa forma, pode-se dizer que o tratamento surtiu alguns resultados positivos devido à regularidade da frequência de participação das pacientes, a internação compulsória e as posturas firmes dos profissionais.

Foi visto que as participantes da pesquisa também apresentaram opiniões divergentes sobre a necessidade da internação compulsória ou outras ações mais firmes dos profissionais no tratamento. Existe um grupo de participantes que opinou que as ações da equipe deveriam ser desenvolvidas com base no diálogo e na negociação mútua entre o profissional e o paciente. Assim, algumas participantes foram contra atos mais firmes e autoritários da equipe, tal como revelou Bianca, no 8º Encontro: - [Bianca se referiu a internação compulsória] É para fazer um terrorismo desse na cabeça da gente? Isso aí não é terapêutica nem aqui, nem na China. E sugeriram que os profissionais agissem de maneira mais compreensiva e cordial em seu modo de falar, como expressou a frase de Bianca, também no 8º Encontro: - A maneira como [os profissionais] poderiam te falar isso [sobre a necessidade de o paciente realizar o atendimento com um acompanhante] seria uma maneira muito melhor, entendeu?

Entretanto, há outro grupo de participantes que consideraram necessárias ações firmes da equipe, para que as pacientes pudessem perceber que o seu estado de saúde era grave e que deveriam aderir ao tratamento. Viram-se opiniões como essa na fala de Ananda, no 8º Encontro:

“Se você não tiver um tratamento de choque você não melhora. [...] É muito cômodo para você. Você fica numa postura confortável, agradável. Por mais que a doença é ruim [...] você se blinda de um monte de coisa. A doença te traz essa vantagem, [...] você se torna inatingível por um monte de coisa. Você não se expõe, entendeu? Isso é o escudo que a doença te traz [...]. Você tem uma anorexia, você tem uma bulimia, o foco de tudo vai para a anorexia e para a bulimia, você esconde tudo o resto, fica tudo debaixo do tapete, tudo o que você tem de ruim está debaixo do tapete. Aí ninguém vê nada, é isso o que acontece. [...]. E aqui no serviço o que é que eles fazem? Arranca isso e fala: - Olha para o seu outro lado. É cômodo para você ficar aqui, mas eu vou te tirar dessa zona de conforto. Só que eles te tiram isso de uma maneira muito dolorosa.”

De acordo com Ananda, muitas pacientes tornaram-se resistentes ao tratamento, porque ele revelou o lado obscuro que elas desejavam manter escondido. Assim, a participante afirmou que as pessoas com diagnóstico de TAs têm um ganho secundário,

porque os TAs funcionam como uma forma de proteção para que elas não tenham que se deparar com os desafios e obstáculos presentes em suas vidas. Dessa forma, de acordo com Moreira e Oliveira (2008), apesar dos pacientes com diagnóstico de TAs geralmente estarem cientes dos benefícios do tratamento, para eles é difícil decidirem serem tratados, porque isso também implica em perder os ganhos secundários que eles têm com os TAs.

Assim, como mecanismo de defesa os pacientes negam os seus TAs e recusam o tratamento, por meio de discursos de que os TAs são um estilo de vida. (OLIVEIRA; SANTOS, 2006). A aderência desses pacientes ao esquema terapêutico é geralmente superficial (KAWASHIMA; RUMIN, 2012) e esses pacientes mostram-se resistentes, com comportamentos centralizadores e autoritários, para se defenderem do intenso sofrimento psíquico provocado pelas mudanças geradas pelo tratamento.

A Clínica Ampliada propõe que os profissionais evitem o confronto direto com os pacientes e enfatizem o diálogo, para diminuir a resistência dos pacientes ao tratamento. Essa abordagem terapêutica sugere, por exemplo, que o profissional: evite recomendações “pastorais” e culpabilizantes, negocie restrições e leve em conta os investimentos do paciente, trabalhe com ofertas e não apenas com restrições, especifique as ofertas para cada sujeito, evite iniciar consultas questionando aferições e comportamentos, valorize a qualidade de vida, pergunte o que o paciente entendeu do que foi dito sobre sua doença e medicação, e evite assustar o paciente (CUNHA, 2005).

Dessa forma, a Clínica Ampliada propõe que os profissionais de saúde tenham uma escuta qualificada e compreensiva, busquem compreender os saberes que os pacientes possuem, e tentem criar um Vínculo onde impere a co-responsabilidade e não a culpa. Além disso, ela sugere que os profissionais trabalhem com alternativas de tratamento, para que o paciente se adapte a uma delas. Isso significa que o tratamento deve partir de uma posição generalista e massificante para uma posição onde considera as singularidades bio-psico-sociais do paciente e a sua subjetividade. Esse tratamento mais individualizado requer uma postura do profissional que não seja tão julgadora e crítica e que permita um diálogo franco e aberto, onde o paciente possa falar de suas dúvidas, pensamentos e sentimentos. Vê-se que a Clínica Ampliada propõe um modo de fazer o cuidado onde esteja presente um olhar sobre a integralidade do ser atendido, considerado em seu aspecto histórico, cultural e bio-psico-social.

Assim, algumas participantes, como Nadir no 8º Encontro, não consideraram que a equipe as estava ajudando, pois afirmaram haver uma deficiência na formação profissional e uma visão fragmentada do paciente atendido. A falta de integralidade na assistência à saúde

pode surgir a partir de uma grade curricular que se baseia prioritariamente no modelo biomédico. Nesse modelo, que geralmente sustenta as formações dos profissionais em saúde, existe um direcionamento para a racionalidade clínica e seus padrões de normalidade, e que reduz os seres humanos a corpos biológicos, e descontextualizados socioculturalmente. Nessa perspectiva, os sujeitos sociais são reduzidos em sua multidimensionalidade, e há a limitação dos espaços de cuidado, que desconsideram as singularidades do sujeito atendido (COELHO; FONSECA, 2005).

O modelo biomédico baseia-se numa lógica que prioriza o ato prescritivo de produzir procedimentos (consultas, exames, medicamentos, curativos, vacinas, etc.), e desconsidera os demais determinantes do processo saúde-doença e a subjetividade dos sujeitos (MATUMOTO et al., 2005). Assim, o usuário fica reduzido a sua condição orgânica e passa a ocupar uma condição passiva e dependente, onde permanece subordinado aos serviços de saúde e aos profissionais disponíveis. Muitos profissionais, por sua vez, cobram a obediência dos pacientes por meio de procedimentos exclusivamente técnicos, onde imperam protocolos e prescrições (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013).

Parece haver nesse modo de atendimento subjugado aos parâmetros do modelo biomédico a desconsideração da autonomia e da subjetividade dos pacientes. As relações dentro do serviço passam a se processar de maneira “maquinal” e extremamente técnica. Esse modo de trabalhar, marcado pela predominância de procedimentos, intervenções e racionalidades, não abre espaços que promovam a intersubjetividade entre o profissional e o paciente, e o desenvolvimento de afetos entre eles.

Dessa forma, Nadir no 7º Encontro, apontou para a exacerbação dos procedimentos técnicos, em detrimento de uma capacidade mais empática da equipe acolher o usuário: - O preparo técnico eu acredito que tenha [na equipe], a maioria deles. [...] agora, o preparo emocional [...] na maioria das vezes só se é analisado o Currículo Lattes.

O ato de cuidar pode ser expresso de duas maneiras que são fundamentais e indissociáveis entre si: o cuidar de forma expressiva e o cuidar de forma instrumental. As atividades instrumentais correspondem ao atendimento de necessidades físicas do paciente, e que necessitam de uma ação prática e do conhecimento técnico do profissional. Já as atividades expressivas relacionam-se ao aspecto psicossocial e estão normalmente ligadas às formas de demonstrar afeto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro. Assim, a expressividade no âmbito da saúde relaciona-se a capacidade do profissional ser afetuoso, atencioso, compreensivo e empático com o paciente (SILVA, 1998).

A PNH compreende o cuidado integral que abarca as formas expressivas e instrumentais, na medida em que prevê que os profissionais possuam a competência instrumental, e também a competência expressiva para se interessar, compreender e responsabilizar-se pelos problemas do usuário (CAMELO et al., 2000).

Um estudo realizado em Goiânia (AZEVEDO, 2004) demonstrou a importância da competência expressiva dos profissionais, quando o Serviço de Triage do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) obteve maior resolubilidade e Acolhimento, quando procurou atender o indivíduo não só priorizando o seu aspecto biológico, mas também a sua dimensão psíquica e social. Ainda, foi visto em outro estudo que a maioria dos usuários deseja ser atendida por profissionais que, além de competência técnico-científica, relacionada com a sua habilidade em estabelecer um diagnóstico preciso e um tratamento eficaz, possuam a habilidade de se relacionar com o usuário de forma empática, cordial e humanizada (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

As participantes desse estudo também solicitaram um maior “preparo emocional” dos profissionais, conforme apontou Nadir no 7º Encontro, porque os atendimentos eram predominantemente focados no aspecto curativo e pontual do problema, como disseram Nadir e Bianca, no 8º Encontro:

Nadir: *“A questão é a seguinte, parece que, por exemplo, o nutricionista ele vai para tratar a anorexia, e ele trata a anorexia como se fosse, sei lá, um machucado na mão que você chega para o paciente e fala: - É pontual, meu amigo, põe o ‘bandaid’. A gente vai te dar o ‘bandaid’, a gente vai te dá não sei o que lá. É só você fazer isso, isso e isso daqui que é certeza que as suas células vão reagir desse jeito e vai sarar”.*

Bianca: *“Não, não tem apoio emocional, é apoio clínico”.*

Assim, quando Nadir e Bianca disseram que nos seus tratamentos comumente receberam apoios pontuais dos profissionais, afirmaram que de maneira geral a assistência oferecida pelo serviço não abarcou os contextos de vida e os seus aspectos sociais, culturais ou emocionais.

No entanto, no ato de cuidar não bastam que os profissionais, principalmente àqueles que lidam com pacientes psiquiátricos, tenham o envolvimento afetivo e as boas intenções, mas é necessário que eles estejam preparados psiquicamente para assistir as pacientes (NUNES; JUCA; VALENTIM, 2007). O profissional despreparado pode não possuir a consciência das transferências e contratransferências presentes na relação que estabelece, e corre o risco de proteger-se psiquicamente do sofrimento, mantendo relações frias e distantes

com os pacientes (RENIK, 2000). Por isso, não basta instruir apenas teoricamente os profissionais sobre o ato de cuidar, mas ele deve se conhecer profundamente, por meio de psicoterapias e supervisões, e conhecer profundamente o paciente, que é o objeto de seu cuidado (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). Portanto, para o fortalecimento do Vínculo é necessário considerar a relação profissional-paciente como um real processo terapêutico, onde devem ser levadas em conta as questões de transferência e contratransferência, e as singularidades presentes em cada relação.

As participantes desse estudo reconheceram a necessidade dos profissionais se capacitarem e autoconhecerem, por meio de supervisões ou psicoterapias, para não projetarem seus sentimentos na relação que eles desenvolveram com as pacientes. Esse requerimento foi visto na fala de Nadir, no 7º Encontro:

“Ele [profissional] não se dispor a fazer uma terapia [...], eu acho que eles não fazem [terapia] [...] O profissional precisa se conhecer. Ele precisa saber o quanto do tratamento que ele está... o trabalho dele está imbuído, está sendo influenciado de características que são dele, de dificuldades que são dele.”

Também, as participantes disseram que a formação do profissional da área da saúde era insatisfatória porque alguns profissionais do serviço não se mostravam preparados para acolher as dimensões emocionais das pacientes, e para lidar com os afetos que estavam presentes nessa relação. De acordo com algumas participantes, a ajuda oferecida pela equipe possuía deficiências porque faltava uma formação profissional que garantisse um cuidado mais integral capaz de fazer com que os profissionais lidassem com os aspectos emocionais das pacientes, e com as subjetividades que emergiam dessa relação.

No entanto, apesar das limitações e deficiências apontadas pelas participantes, elas disseram que permaneciam no tratamento, porque poderiam receber o amparo dele, caso outras fontes de apoio das pacientes (amigos, familiares e cônjuges) não estivessem disponíveis para ajudá-las em momentos de urgência. Assim, o serviço não poderia negar a assistência às participantes por ser um órgão público de saúde e orientado pelo princípio da “Universalidade” da assistência, previsto nas diretrizes do SUS (GAMA; GOUVEIA, 2011), tal como disse Nadir, na frase do 8º Encontro:

Nadir: “[...] se você perder, de repente, se a sua família desistir de você, seus amigos desistir de você, eles [equipe de profissionais] não podem desistir de você porque eles são pagos para isso, você paga imposto e o apoio deles, por mais ineficiente que seja você vai ter, porque você tem que ter, é um direito seu.”

Conforme Oliveira, Mattos e Souza (2009) existe uma tendência histórica da população brasileira de recorrer a hospitais e prontos-socorros, para resolver as suas demandas mais urgentes. Vê-se que grande parte da população opta por realizar seus atendimentos em contextos hospitalares, devido aos recursos humanos e aos aparatos tecnológicos existentes no hospital, que poderiam resolver as suas demandas mais urgentes. Assim, apesar das participantes terem avaliado alguns aspectos do serviço como “ineficientes”, elas afirmaram que o hospital onde o serviço está inserido representou um ambiente de apoio para os momentos de urgência em que fossem necessários procedimentos médicos e o uso de aparatos tecnológicos.

6.8 Outros modelos de tratamento para os TAs

As informações apresentadas nesse item foram obtidas através da participação da pesquisadora no “*11th International Conference: London Eating Disorders Conference 2013*”, e em duas visitas técnicas, realizadas pela pesquisadora, no serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs, do Hospital Maudsley, em Londres, e do Instituto de Psicologia da Universidade Autônoma de Madri. Por esse motivo, serão expostas várias informações obtidas através de fontes verbais e informais, e de cartilhas ilustrativas sobre o tratamento desenvolvido nesses locais.

Cartilhas entregues no *11th International Conference: London Eating Disorders Conference 2013* mostraram a existência de vários serviços para o tratamento de pessoas com TAs no Reino Unido. Enquanto no Brasil são limitados os serviços multidisciplinares de assistência à pacientes com TAs, no Reino Unido uma única rede de hospitais, por exemplo, possuía dezesseis serviços de assistência às pessoas com TAs, espalhados pelo país. Assim, quando, nesse estudo, a escala SATIS-BR mostrou que 21% dos participantes escolheram a alternativa “Eu não tive outra escolha”, para a questão “Por que você escolheu esse serviço?”, pode-se pensar que são reduzidos o número de serviços para a assistência de pessoas com TAs existentes no Estado de São Paulo, em comparação ao Reino Unido, onde é maior o acesso e a possibilidade de escolha de um tratamento multidisciplinar.

Outra característica observada em alguns serviços que atendem pacientes com TAs europeus é que alguns deles oferecem atendimento gratuito para os paciente e seus familiares,

como é o caso dos hospitais South London e Maudsley, que têm o seu serviço financiado pelo governo, e pelos impostos dos cidadãos (informação pessoal)¹. Já em Madri, o serviço oferecido e supervisionado pela Profa. Dra. Sepúlveda requer, para que os pacientes possam receber o tratamento, uma pequena taxa de investimento dos familiares ou dos pacientes². Já no serviço investigado é possível oferecer um tratamento gratuito às pessoas com diagnóstico de TAs, devido à diretriz da Universalidade presente no SUS (GAMA; GOUVEIA, 2011), onde é direito da população o acesso aos serviços de saúde.

Contudo, apesar da facilidade de acesso dos pacientes no serviço investigado foi observado que ele apresentou deficiências quanto aos recursos materiais oferecidos. Uma das questões que foram levantadas pelos participantes da pesquisa foi que o ambiente do serviço era desconfortável, quente, sujo e mal conservado. Também, foi visto que o hospital onde o serviço estava inserido possuía um sistema de controle de entrada no local que dificultava o acesso das pacientes e de seus familiares ao tratamento, pois permitia a entrada das pacientes somente nos horários que estavam estabelecidos no cartão de atendimento.

Já no serviço que atendia pacientes que recebiam tratamento ambulatorial no Hospital Maudsley, apesar de haver uma porta e uma campainha para limitar o acesso de pessoas estranhas, a entrada dos pacientes e de seus familiares no serviço era livre durante o horário de atendimento (9Hs-16Hs). A estrutura física do serviço inserido no Hospital Maudsley se assemelhava à casa que uma das participantes desse estudo (Bianca) havia sugerido como o novo ambiente do tratamento, pois o serviço inserido no Hospital Maudsley possuía um local específico dentro do hospital, o que fazia com que os pacientes e os profissionais ficassem separados do restante dos pacientes atendidos. Assim, o serviço ambulatorial do Hospital Maudsley apresentou um ambiente semelhante ao domiciliar, com um pé direito menor, e que tirava a impressão imponente e ameaçadora dos hospitais, que geralmente possuem um pé direito maior que três metros. Também, o local do serviço estava decorado com quadros e possuía uma sala de descanso para o conforto dos pacientes. Havia no local do tratamento salas para grupos e para consultas individuais, sala de espera, uma área para realizar as refeições, e uma cozinha (SOUTH LONDON AND MAUDSLEY, 2011).

Foi observado também que existiam em Londres serviços mais sofisticados para o tratamento de pacientes com TAs, como o *Ellern Made Ridgeway service for eating disorders*, que oferecia como estrutura física uma variedade de espaços comuns como, por

¹ WALTON, E. Informação fornecida por Emma.Walton@slam.nhs.uk em 18 de Julho de 2013.

² Informação fornecida pela Profa. Dra. Ana Rosa Sepúlveda, durante a visita técnica realizada no Instituto de Psicologia da Universidade Autônoma de Madri, em Madri, no ano de 2013.

exemplo: amplos jardins, hortas, ginásio, sala de música, biblioteca, sala de computador, cozinha para atividades de culinária, sala para terapia familiar e terapia individual. Esse mesmo serviço disponibilizava no local os equipamentos e os materiais necessários para tratar os pacientes com TAs que necessitavam de internação como, por exemplo: leitos, banheiros adaptados, elevadores, equipamentos para monitoramento cardíaco e assistência médica, de enfermagem e laboratorial 24 horas por dia.

Os setores de internação dos hospitais South London e Maudsley estavam localizados em duzentos e setenta acres de área verde, onde existia uma reserva florestal. Na área interna do hospital havia: uma piscina, uma galeria de arte, um oratório, um jardim, dezessete leitos, duas áreas de espera e descanso, área para refeições e lanches, cozinha para que os pacientes pudessem realizar atividades de culinária, sala para os familiares e sala para terapias individuais e em grupo (SOUTH LONDON AND MAUDSLEY, 2010). Vê-se que esses locais pareciam se preocupar com o conforto e o bem estar de seus pacientes, pois disponibilizavam a eles, além do tratamento, momentos de lazer e interação. A reclamação feita por Nadir, sobre a falta de atividades de lazer e banhos de sol durante a internação, pareceu ser algo levado em consideração por alguns serviços presentes em Londres, devido à preocupação que possuíam em, durante a internação, proporcionarem aos pacientes atividades culturais, físicas, terapêuticas e ligadas à espiritualidade. Também, os serviços londrinos que a pesquisadora teve contato preocuparam-se em oferecer uma facilidade de acesso geográfico aos pacientes com TAs e seus familiares, pois encontravam-se próximos a estações de ônibus e de metrô.

Foi observado que esses serviços também tinham o objetivo de oferecer aos seus pacientes o acesso a diversas atividades, pois existia um programa terapêutico que compreendia: atividades artísticas, esportivas, terapêuticas e espirituais, e relacionadas à melhora da autoestima, da alimentação saudável e da interação social dos pacientes. Assim, algumas das atividades oferecidas para os pacientes no decorrer de seus tratamentos foram: (a) Grupos de Alimentação saudável: onde o paciente pode ter contato com diversos grupos de alimentos, suas texturas, cheiros, aparências e gostos; (b) Culinária: onde o paciente planeja, prepara e serve os pratos preparados para os seus familiares; (c) Lanches Sociais: o paciente realiza lanches e refeições em locais públicos como restaurantes e cafés; (d) Atividades de Imagem Corporal: para facilitar uma imagem mais real da imagem corporal desses pacientes; (e) Compras: planejamento e preparação de refeições e lanches balanceados, incluindo a ida a supermercados; (f) Habilidades Sociais: para entender o impacto dos próprios comportamentos nas outras pessoas e para melhorar a comunicação social; (g) Foco

Futuro: para promover expectativas mais realísticas nos pacientes, e planos futuros; (h) Mimos: atividades de estética e beleza, como arrumar o cabelo, fazer as unhas, e receber massagens nas mãos e nos pés; (i) Relaxamento/Yoga: sessões de yoga para ajudar a restaurar a tranquilidade interna; (j) Grupo de Atividade Física: para que o paciente compreenda os benefícios dos exercícios realizados em parâmetros normais de atividade; (l) Tônus: exercícios moderados e alongamentos para ajudar a melhorar o tônus corporal; (m) Arte e Desenho: experiências artísticas através de diferentes artes, para promover a criatividade e o relaxamento; (n) Natação: exercícios moderados para promover a mobilidade e o tônus corporal; (o) *Mindfulness*: para reconhecer os modelos de pensamento e, uma vez que eles tenham sido reconhecidos, aprender a respondê-los de novas maneiras; (p) Grupos de Reflexão: os pacientes dirigem um grupo de discussão refletindo sobre temas relevantes.

Essa ampla gama de atividades oferecidas pareceu indicar que a maioria dos serviços desenvolvidos em Londres estava além de uma assistência biomédica, com o enfoque do tratamento nas áreas biológicas e nutricionais dos pacientes, mas pareceram assistir outras dimensões dos pacientes como, por exemplo, as dimensões artísticas, espirituais, sociais e psíquicas, e ofereceu uma assistência mais integral ao paciente. O mesmo não pareceu ser visto no tratamento investigado, pois as participantes afirmaram que alguns profissionais do serviço possuíam uma postura biomédica na forma de tratar as pacientes, e davam menos atenção as suas dimensões emocionais, culturais e sociais. As participantes afirmaram que para melhorar a assistência prestada pelos profissionais do serviço investigado seria necessário que eles realizassem capacitações e supervisões que desenvolvessem um olhar mais integral para os pacientes atendidos.

Dessa forma, foi visto que tanto em Londres, como em Madri, os serviços investiam na capacitação dos seus profissionais, para que conseguissem ter uma visão integral do paciente atendido, e pudessem realizar um trabalho em equipe com o foco na interdisciplinaridade. A cartilha do “*Ellern Made Ridgeway service for eating disorders*” afirma que investe na capacitação dos seus profissionais, por meio de treinamentos que incluem workshops e seminários. Os tópicos abordados nesses treinamentos são, por exemplo, o trabalho com as famílias dos pacientes e a comunicação com os pacientes e os seus familiares. Alguns serviços, como os que estão inseridos nos hospitais South London e Maudsley oferecem programas de treinamentos e supervisões para os profissionais sobre a avaliação e o tratamento dos diferentes aspectos dos TAs (SOUTH LONDON AND MAUDSLEY, 2010, 2011). Também, no atendimento ambulatorial oferecido no hospital Maudsley, as capacitações dos profissionais são realizadas por meio de supervisões e

discussões de equipe sobre os casos mais complexos (informação verbal)³. Já em Madri, as capacitações e supervisões dos profissionais são realizadas pela Profa. Dra. Sepúlveda, que treina os profissionais que assistem os pacientes com TAs, através da técnica de entrevista motivacional (informação verbal)².

Houve, nesse estudo, algumas reclamações das participantes sobre ao trabalho em equipe do serviço investigado, pois elas afirmaram haver ruídos na comunicação dos profissionais e desencontros de informações na equipe. A elevada rotatividade de profissionais foi um dos fatores que, de acordo com as participantes, poderia estar contribuindo para as deficiências encontradas no trabalho em equipe.

Os serviços que assistem os pacientes com TAs de Londres e de Madri e que foram visitados pela pesquisadora possuem uma equipe relativamente permanente e assalariada no serviço, e mesmo os estagiários são assalariados e permanecem no serviço por pelo menos 4 anos, o que possibilita a construção de um Vínculo entre estagiário-paciente e estagiário-equipe. De acordo com Sepúlveda (informação verbal)², a permanência dos profissionais por um período maior no tratamento fez com que se estabelecesse uma comunicação na equipe mais madura e consistente. Um maior tempo de convivência entre os profissionais pôde fazer com que eles compreendessem qual era o núcleo de competência do colega, e qual era o campo de competência⁴ de seu trabalho na equipe. Também, o fato de todos os profissionais serem treinados com a mesma técnica de abordagem dos pacientes, denominada de entrevista motivacional, contribuiu para um melhor trabalho interdisciplinar da equipe. Os serviços londrino e madrileno visitados pela pesquisadora possuem o treinamento da equipe com base na entrevista motivacional, e permite que a equipe trabalhe de uma forma mais integrada e democrática. A centralidade da figura médica, que normalmente é vista nos serviços de saúde brasileiros, é menor nesses serviços, pois todos os profissionais atuantes na equipe estão capacitados para assistir os pacientes a qualquer momento do tratamento, sem ser necessário o aval da figura médica, que normalmente é centralizadora das ações da equipe de saúde.

De acordo com Sepúlveda (informação verbal)², a entrevista motivacional é uma técnica útil em vários momentos do tratamento como, por exemplo, na avaliação inicial do

³ Informação fornecida por Emma Walton durante a visita técnica realizada no serviço de assistência às pessoas com diagnóstico de TAs do hospital Maudsley, em Londres, no ano de 2013.

⁴ Campos (1994), 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. Por Campo de Competência e de Responsabilidade Profissional entendem-se os saberes e as responsabilidades comuns, ou confluentes, a vários profissionais ou especialidades.

paciente, ou em momentos de resistência do paciente ao tratamento. Contudo, antes de esclarecer as aplicações da entrevista motivacional no tratamento dos TAs é necessário apresentar as principais abordagens utilizadas pelos tratamentos europeus visitados, e no que consiste a entrevista motivacional.

Basicamente, o modelo de tratamento para os TAs dos serviços europeus visitados é predominantemente cognitivo comportamental, motivacional e psicoeducativo, e uma das suas técnicas mais relevantes é a entrevista motivacional. A entrevista motivacional foi concebida quando Bill Miller e colaboradores pesquisavam os tipos de abordagens terapêuticas existentes para pessoas com problema de alcoolismo. Essa pesquisa levou ao desenvolvimento de uma técnica que envolve um processo gradual de escuta, reflexão para checar o entendimento do paciente, e clarificação.

A entrevista motivacional pode ser entendida como um estilo de aconselhamento diretivo, e centrado no paciente, que almeja ajuda-lo a explorar e a resolver suas ambivalências sobre a mudança de comportamento (TREASURE, 2004). Ela combina elementos da postura do terapeuta como, por exemplo, ele ser caloroso e empático, com a técnica focada em uma escuta reflexiva, e o desenvolvimento e a clarificação das discrepâncias presentes na fala do paciente. Assim, os 4 princípios centrais da entrevista motivacional são: (1) Expressar empatia usando a escuta reflexiva, para transmitir a compreensão sobre o ponto de vista do paciente; (2) Captar e trabalhar com a discrepância entre os valores mais arraigados do paciente e os seus comportamentos atuais; (3) Contornar a resistência do paciente com empatia e compreensão, mais do que com posturas de confronto; (4) Apoiar e favorecer a auto-eficácia do paciente, através do fortalecimento da convicção de que a mudança é possível.

A entrevista motivacional é uma técnica que geralmente vem acompanhada do “Modelo de Mudança Transteórico” (*The transtheoretical model of change*) apresentado por Prochaska e Velicer (1997). O Modelo de Mudança Transteórico tem sido usado em conjunção com a entrevista motivacional, para produzir formas de terapias que possam ser utilizadas em manuais resumidos, como é o caso da terapia de aprimoramento motivacional (*Motivational Enhancement Therapy* - MET), para uso e abuso de substâncias (MILLER, 1995) e alcoolismo (MILLER et al., 1992). No entanto, a MET vem sendo aplicada com sucesso no tratamento dos TAs, e já foi desenvolvido um manual do terapeuta que adaptou a MET para o tratamento da bulimia e anorexia nervosas (SCHMIDT; TREASURE, 1997).

O Modelo de Mudança Transteórico rompe com o conceito de prontidão à mudança e formula estágios de mudança do comportamento, que vão desde os pacientes ainda não terem

pensado a respeito da mudança, até os pacientes manterem o estado de mudança. Os estágios do Modelo de Mudança Transteórico são: (1) Pré-contemplação: o paciente ainda não está pronto para pensar seriamente a respeito da mudança; (2) Contemplação: O paciente está pronto para pensar sobre a mudança; (3) Determinação: O paciente se prepara para fazer planos sobre a mudança; (4) Ação: O paciente implementa a mudança; (5) Manutenção: O processo onde o paciente assegura-se de que a mudança em seu comportamento possa se tornar habitual (TREASURE, 2004).

Como se vê, a entrevista motivacional e o Modelo de Mudança Transteórico foram desenvolvidos separadamente, mas em sincronicidade, pois a entrevista motivacional garante a ferramenta prática para exercer o Modelo de Mudança Transteórico. Uma das mais importantes implicações da união entre a entrevista motivacional e o Modelo de Mudança Transteórico é que, para cada estágio de mudança do paciente, o terapeuta pode construir junto com o paciente os comportamentos de ajuda para que ele avance em cada etapa. No entanto, a transição do paciente de um estágio de mudança para o seguinte, apesar de sequencial, não é linear. Os indivíduos em processo de mudança muitas vezes recaem em estágios iniciais e passam por esse ciclo várias vezes, antes de atingir o estado de manutenção por um longo período (SCHACHTER, 1982). Dessa forma, vê-se que o processo de mudança é complexo, e necessita que o terapeuta possua a capacidade de perceber em qual estágio de mudança o paciente se encontra. As técnicas que os terapeutas usam devem ser modificadas de acordo com o estágio em que está o paciente, pois tentar impor estratégias que são inapropriadas para o estágio de mudança do cliente pode produzir a resistência e dificultar o processo terapêutico (MILLER; ROLLNICK, 1991).

Dessa maneira, conforme Beckford e Rose (2013), a entrevista motivacional e o Modelo de Mudança Transteórico vêm sendo utilmente aplicados no tratamento dos TAs europeus, principalmente nos momentos em que possivelmente é maior a resistência do paciente como, por exemplo, na avaliação inicial do paciente ou no momento de internação. Essas autoras desenvolveram uma abordagem motivacional multidisciplinar para a avaliação inicial dos pacientes com TAs, que faz uso do Modelo de Mudança Transteórico e da entrevista motivacional (informação verbal)⁵. De acordo com as autoras, os quatro principais objetivos dessa abordagem são: (1) Aderir o paciente ao tratamento; (2) Começar um processo de mudança, através da reflexão do paciente sobre os prós e os contras dos transtornos alimentares; (3) Relacionar os prós e os contras dos TAs com os temas psicológicos

⁵ Informação fornecida por Rachel Beckford e Helena Rose no *11th International Conference: London Eating Disorders Conference 2013*, em Londres no ano de 2013.

encobertos e, por meio disso, descobrir os sentidos sobre os problemas vinculados à alimentação; (4) Promover o acesso do paciente ao material educacional e ao menu de atividades dentro do serviço, para que o paciente possa fazer uma escolha consciente do programa de tratamento.

A aplicação da abordagem motivacional multidisciplinar para a avaliação inicial dos pacientes com TAs nos serviços visitados ofereceu ferramentas para que os pacientes pudessem refletir sobre os TAs e sobre o momento de início do seu tratamento. No entanto, nesse estudo, a avaliação inicial das pacientes do serviço investigado foram classificadas por algumas participantes como um roteiro onde as pacientes ficaram perdidas e não disseram o que queriam dizer, pelo grande número de perguntas feitas pelo profissional. Foi observado, portanto, que nas avaliações iniciais das pacientes do serviço investigado não houve espaços para que elas pudessem se expressar sobre como estavam se sentindo no momento da admissão no tratamento, e sobre quais eram os seus pensamentos presentes. Já na abordagem aplicada por Beckford e Rose (2013), os pacientes eram incitados a refletirem sobre o momento da admissão no serviço, através de perguntas como: “Como você sente em estar aqui?”; “Que pensamento você tem ao estar aqui?”; “Como chegou até aqui?”; “Você está no lugar certo?”.

Além disso, a abordagem motivacional multidisciplinar parece ser um método útil para lidar com os momentos críticos do tratamento, e que possivelmente envolvam a resistência do paciente. Nesse estudo, foi visto que o momento da internação é um período muito conturbado do tratamento e onde, normalmente, há a resistência do paciente em aderir a essa intervenção. A entrevista motivacional é uma técnica que tenta lidar com a resistência do paciente em aderir ao tratamento, através de uma postura profissional mais compreensiva e empática, e não de embate. Ela propõe que o terapeuta possua uma postura empática e amistosa e evite confrontos com o paciente. De acordo com Miller (1995), as taxas de resistência do paciente variam de acordo com a resposta do estilo terapêutico adotado, pois a confrontação produz elevados níveis de resistência, enquanto uma abordagem centrada no paciente reduz a oposição.

Desse modo, vê-se que uma postura de confronto pode conduzir a um círculo vicioso, onde um terapeuta irritado tenta, forçosamente, demonstrar a um paciente desmotivado o quanto é importante a sua mudança de comportamento, levando os clientes a recusarem a mudança o que, por sua vez, faz com que o terapeuta sinta-se ainda mais irritado.

Na medida em que baixos níveis de resistência do paciente dentro de uma sessão predizem mudanças, e a resistência geralmente cresce na presença de confrontação, é

aconselhável que a relação terapêutica entre profissional e paciente seja conduzida sem confronto, e por um processo de cooperação e acordos mútuos (MILLER; BENEFIELD; TONIGAN, 1993). Nesse sentido, pode-se afirmar que o principal objetivo da entrevista motivacional é a negociação e não o conflito (TREASURE, 2004). Assim, no processo da entrevista motivacional, a motivação do paciente para a mudança é fortalecida por um processo delicado de negociação, onde o paciente, e não o profissional é quem articula os benefícios e custos envolvidos na mudança. Para isso, é essencial uma relação colaborativa entre profissional e paciente, onde ambos manejem o problema juntos.

Rollnick e Miller (1995) descreveram as principais habilidades que o profissional de saúde deve ter para realizar a entrevista motivacional, e estabelecer uma melhor aliança terapêutica com o paciente: (1) Compreender a posição da outra pessoa; (2) “Filtrar” os pensamentos dos pacientes, para que as afirmações que encorajam a mudança sejam ampliadas e as afirmações que refletem o *status quo* sejam abafadas; (3) Ressaltar, das falas do paciente, aquela que encoraja a mudança, tal como expressões de reconhecimento do problema, preocupações, desejos, intenções de mudança e habilidades de mudança; (4) Trabalhar com o processo usado na teoria para o estágio de mudança, e assegurar-se de que os estágios de mudança estejam de acordo com o processo do paciente; (5) Expressar a aceitação e a afirmação do paciente; (6) Afirmar a liberdade do paciente em escolher e se autodirigir.

Dessa forma, é visto que o profissional deve possuir determinadas habilidades para conduzir a entrevista motivacional como, por exemplo, ser amistoso, otimista e assumir uma posição não autoritária, para enfatizar a autonomia e o direito de escolha do paciente. Assim, diferentemente do que as participantes perceberam de alguns profissionais do serviço investigado, que se portaram de uma maneira pouco empática e compreensiva, e que às vezes realizavam comportamentos autoritários, os profissionais que desempenham a entrevista motivacional devem ser empáticos, amistosos e favorecer a autonomia do paciente. Na entrevista motivacional, ao invés do profissional tentar “consertar” o problema de saúde do paciente, através de instruções forçosas, os terapeutas necessitam usar a sua empatia e o respeito, para persuadir o paciente e fazer com que ele deseje a mudança (TREASURE, 2004).

O fato de a entrevista motivacional exigir do profissional a aptidão de acreditar na competência do paciente para a mudança, e confiar na sua capacidade para avaliar os comportamentos que são prejudiciais a eles, e aqueles que são mais saudáveis para a sua saúde, está em consonância com o conceito de autonomia que a PNH preconiza.

De acordo com a PNH, tanto o profissional como o paciente devem construir uma relação de co-responsabilização e colaboração, que possibilite ações de autonomia e de compartilhamento, onde, na experimentação advinda dos encontros desses dois grupos de interesse, possam ser criadas estratégias criativas e adequadas a cada obstáculo enfrentado (BRASIL, 2006b). Dessa forma, pode-se dizer que a técnica da entrevista motivacional pautada na empatia, compreensão e respeito à autonomia do paciente, está em conformidade com o que a PNH elege como qualidades inerentes a um bom terapeuta. Também, se pode pensar que a técnica de entrevista motivacional exercida pelos profissionais do serviço investigado poderia melhorar a relação terapêutica, que foi alvo de algumas críticas das participantes. Através da técnica da entrevista motivacional, os profissionais do serviço investigado poderiam ser capacitados para lidarem com as pacientes de maneira mais empática, compreensiva e respeitando as suas autonomias. Assim, a técnica da entrevista motivacional poderia conduzir a uma relação terapêutica mais consistente, pois, de acordo com Beckford e Rose (2013), os principais resultados dessa técnica foram: os pacientes admitirem que têm um problema e que precisam de ajuda, olharem de forma mais consciente para a sua situação, pensarem que a mudança é possível, compreenderem os processos de pensamento que influenciam as suas motivações, e perceberem que a responsabilidade da mudança e a adesão ao tratamento também é sua. Assim, vê-se que a abordagem motivacional multidisciplinar dos pacientes com TAs é útil para que eles reflitam, por meio da entrevista motivacional, sobre os prós e os contras dos TAs e assim possam assumir um processo gradual para a mudança.

Alguns serviços observados em Londres pela pesquisadora procuram respeitar a autonomia e a opinião dos pacientes, não apenas através das técnicas que utilizam, mas também por meio das atividades que oferecem. Foi visto que alguns serviços realizam grupos com a presença dos profissionais e dos pacientes e onde os pacientes podem conversar sobre o assunto que desejarem com a equipe. Nesses grupos os pacientes podem expor as suas críticas e as suas sugestões com relação ao serviço como, por exemplo, algum problema que estão passando com relação ao tratamento, sugerirem alterações no cardápio, ou acrescentarem novas atividades ao seu plano de atendimento (informação verbal)³. Dessa forma, os pacientes são mais livres para escolherem sobre a atividade que preferem, ou criticarem algum aspecto do tratamento. Vê-se também que as particularidades dos pacientes são consideradas, pois se observam serviços destinados a produzir programas de atendimentos personalizados e que visam atender às necessidades de cada paciente.

No serviço que foi investigado nessa pesquisa, algumas participantes reclamaram da falta de participação nas discussões sobre o seu tratamento, e na censura quando realizavam alguma crítica sobre ele. Também, disseram que gostariam de um modelo de tratamento que considerasse mais as suas particularidades. Assim, a realização de grupos, onde as pacientes pudessem discutir com a equipe aspectos de sua assistência, poderia fazer com que elas expusessem as suas necessidades, e se tornassem mais participantes na construção do seu tratamento. Essa é, inclusive, uma das requisições da PNH, visto que a autonomia, garantida ao usuário pela equipe, o coloca na posição de cidadão imbuído de direitos e deveres, em seu processo de assistência (CAMPOS, 1994).

6.9 Os resultados da utilização do Psicodrama nas entrevistas em grupo focal

Nesse estudo, foi observado que a aplicação do Psicodrama nas entrevistas em grupo focal trouxe alguns resultados sobre a percepção das participantes sobre si mesmas e sobre o serviço investigado. Os resultados mostraram que as participantes das entrevistas em grupo focal puderam revivenciar algumas situações e momentos do seu tratamento, devido ao Psicodrama. Dessa forma, puderam compreender melhor o seu estado, e ter uma visão mais ampla de suas necessidades, conflitos e confusões, tal como revelou a fala de Nadir no 2º Encontro:

“Até o encontro da semana passada, pensar nesse momento [na primeira vez que entrou no serviço] era ruim de todas as formas, não era produtivo em nenhum aspecto. [...] E o que a gente fez a semana passada parece que me ajudou sim a pensar nesse momento sem trazer dor [...]. Consegui ter uma visão mais completa do meu estado, de como eu estava, [...] o que eu estava precisando mais naquele momento [...] me ajudou a esclarecer um pouco algumas coisas, os meus conflitos, as minhas confusões.”.

Na fala acima, Nadir disse que após ter feito uma representação dramática do seu primeiro contato com o serviço pôde compreender melhor o seu estado naquele momento e esclarecer diversos aspectos sobre a sua condição.

A representação dramática é a apresentação de um evento que tenha a faculdade intrínseca de interessar e comover. Assim, na representação dramática existe uma mobilização de afetos, provocada pela ação da cena (MENEGAZZO; TOMASINI; ZURETTI, 1995). Nela é possível investigar os afetos, os comportamentos, os valores, os pensamentos, e as

possibilidades de decisão do protagonista que representa, no palco psicodramático, determinada situação. Por ser uma atividade que surgiu nos ritos primitivos, como um método para a compreensão dos fenômenos que rodeiam o homem, a representação dramática pode conduzir à catarse de integração.

Na corrente psicodramática moreniana, a representação dramática possibilita para o protagonista e para o grupo que dela participa a transposição da dimensão patológica, para a compreensão do problema enfrentado, por meio de um processo onde os atos dramáticos, articulados entre si, se sucedem e se desenvolvem no cenário, à procura de uma resolução.

Dessa forma, Nadir revelou que por meio da representação dramática do seu primeiro contato com o serviço conseguiu “mergulhar” nessa cena conflitante e reestruturar, pelo processo de integração catártica, alguns aspectos de sua relação com o tratamento e consigo própria. Esse processo a conduziu a uma maior liberdade de pensamento sobre esse momento, e a uma maior reflexão criativa, que a permitiu sair de seu pensamento cristalizado, e enxergar o seu primeiro contato com o tratamento de uma forma mais ampla e que abarcou os vários aspectos envolvidos naquela situação.

Assim, pode-se dizer que a representação dramática do primeiro contato com o serviço levou Nadir a algo semelhante a uma catarse de integração, pois possibilitou que a protagonista percebesse a existência de seus papéis cristalizados, que estavam fixados em impressões inadequadas sobre o tratamento e sobre si própria. A representação dramática permitiu que a protagonista conseguisse desenvolver novas percepções e formas mais adequadas de pensar sobre aquele momento.

Pode-se dizer que essa representação dramática do primeiro contato com o serviço foi o primeiro passo para que Nadir pudesse refletir sobre os papéis e os vínculos conflitantes, envolvidos no processo do seu tratamento e que, até então, funcionavam obscuramente, mediados por mecanismos repressivos ou de negação. Também, quando Nadir disse que pôde revivenciar o seu primeiro contato com o tratamento, mas sem a dor e o sofrimento presentes em suas lembranças, pode-se pensar que a representação dramática possibilitou a reatualização dos estados afetivos na cena dramatizada. Nessa cena, o protagonista pôde canalizar e observar a ampla gama de paixões contidas em seu papel e lidar com elas por meio de uma postura reflexiva, e sem a dor ou o sofrimento que antes lhes eram comuns. Assim, no momento da catarse de integração, pode-se dizer que a protagonista uniu o pensamento, o sentimento e a ação em uma mesma e única atividade, para promover os desvelamentos e as compreensões sobre o seu primeiro contato com o serviço, conforme foi visto acima (PETRILLI, 1994).

Essa integração possibilitada pelo Psicodrama o torna um método útil para que o protagonista reveja a sua história e “rearranje” o “quebra-cabeça” que dela possui, para estabelecer ações e metas futuras mais adequadas. O Psicodrama promove a integração da parte límbica do cérebro – que contém imagens, sensações corporais e sentimentos – com o córtex cerebral, que contém a dimensão simbólica e é capaz de produzir significados sobre as situações que são vivenciadas. Dessa forma, faz com que o protagonista possa ter maior consciência intelectual e emocional de sua história (CARNABUCCI; CIOTOLA, 2013).

Nesse estudo, o Psicodrama foi útil para que o protagonista tivesse maior consciência dos papéis envolvidos em seu tratamento, e para que ele conseguisse perceber os vários papéis existentes nos TAs. Novamente de acordo com Carnabucci e Ciotola (2013), os papéis dos TAs estão presentes na personalidade do paciente, e são expressos através do corpo, por meio dos sintomas vistos nos TAs. Contudo, em uma intervenção psicodramática, pode ocorrer um processo de descoberta, onde os sintomas que encobrem os papéis patológicos podem ser revelados por meio da dramatização. O protagonista pode descobrir, por exemplo, que os TAs possuem vários papéis como, por exemplo: o de amigo, o de confortador, o de fortalecedor, ou o de punidor.

Nesse estudo, foi percebido que os TAs, muitas vezes, trazem para o paciente o papel de vítima, conforme revelou a frase de Nadir, no 2º Encontro:

“Era eu quem estava pensando: ‘que menina mimada, cheia de caprichos. Nossa que saco essa doença, essa pessoa, ela tem total controle sobre isso’. Sabe, eu pensava, penso isso de mim. E não gosto disso. [...] E parece que projetar para outra pessoa é mais fácil. ‘Oh, sou uma vítima!’ Gera um processo de vitimização.”

Assim, Nadir afirmou que a pessoa que possui os TAs parece se abster de suas responsabilidades, e assumir um papel de vítima de todas as ações e fatos que ocorrem com ela. Na realidade, os TAs funcionam como duas funções que estão mal adaptadas: a de representar outras partes do self e a de tomar conta do self, realizando coisas que a pessoa não pode fazer (CARNABUCCI; CIOTOLA, 2013; SCAFFI, 2011). Dessa forma, levanta-se a hipótese de que os TAs seja um papel que a pessoa assume para se proteger dos desafios e obstáculos da vida que ainda não se sente preparada para enfrentar. No caso de Nadir, o fato dela se colocar no papel de vítima evita a sua responsabilidade pelo tratamento e coloca os profissionais da equipe nos papéis dos agressores. Assim, Nadir afirmou que projeta nos profissionais pensamentos que ela própria tem de si e que denigrem a sua imagem, o que coloca o profissional no papel do agressor, e ela no papel de vítima, tal como foi visto em sua

fala no 2º Encontro. Quando a paciente se coloca no papel de vítima, ela elege o profissional para ser colocado no papel de punidor ou agressor. Contudo, quando o papel de vítima se exacerba patologicamente, começa a existir um quadro psicopático que falseia as relações existentes. Isso significa dizer que o paciente que se coloca constantemente no papel de vítima, e que compreende o profissional única e exclusivamente como agressor, adentra em um processo patológico. Esse processo caracteriza-se como patológico, pois não compreende e abarca os outros papéis e aspectos que estão envolvidos na relação como, por exemplo, o de cuidador e o de cuidado, ou o de cliente autônomo e participante e o de profissional de saúde protagonista e aberto a uma escuta qualificada do paciente. Vê-se, portanto, que essa postura patológica impossibilita novas configurações de relações mais criativas e adequadas. O usuário, cristalizado no papel de vítima, e o profissional, cristalizado no papel de autoritário, inflexível e punidor dificulta o surgimento de uma relação terapêutica humanizada e usuário-centrada. Essas cristalizações, portanto, somente servem para aumentar e manter a relação doentia. Dessa forma, o Psicodrama realizado nesse estudo possibilitou que a participante adquirisse uma maior consciência sobre o papel de vítima que estava assumindo, e garantiu maiores recursos para que ela pudesse refletir sobre as suas responsabilidades sobre o seu tratamento.

Nesse estudo foram frequentes os relatos onde estavam presentes: o medo, a vitimização e o sentimento de culpa das participantes. De acordo com Menegazzo, Tomasini e Zuretti (1995), o medo e o pânico, por exemplo, são emoções decorrentes da culpa, porque qualquer sensação de culpa que não pode ser transformada, pela compreensão, em responsabilidade, se converte em profundo pânico ou medo do castigo. De acordo com os mesmos autores, para que a culpa seja transformada em responsabilidade os métodos de ação, tal como o Psicodrama, são úteis para que as pessoas possam experimentar novos papéis e praticar novas escolhas. A dramatização permite dar voz aos papéis que estejam em uma consonância mais saudável com o self como, por exemplo, o papel de um usuário responsável pelo seu tratamento e pela forma como é construída a relação com o profissional. Assim, trabalhar dramaticamente em Psicodrama é ir à busca da possível culpa existente, e tentar transformá-la em responsabilidade, mas acima de tudo, em possibilidades de escolhas espontâneas e criativas para o indivíduo.

A intervenção proposta nesse estudo fez com que Nadir tomasse consciência do seu papel de “vítima” e “culpada” diante do tratamento. Dessa forma, as dramatizações realizadas nos 8 encontros das entrevistas em grupo focal, puderam fazer com que Nadir saísse de seu papel de “vítima” e “culpada” e exercitasse o papel de uma paciente mais responsável pela

sua relação terapêutica com o profissional, e pelo seu tratamento, tal como revelou a sua fala, no 4º Encontro: - Eu não tinha noção até começar a fazer essa dinâmica [...] o quanto de responsabilidade a gente tem também na forma como se dá essa relação [com o profissional].

Dessa forma, a paciente deu-se conta de que a agressividade e o autoritarismo que muitas vezes percebia nos profissionais, na realidade emergiam da própria paciente que, culpada pelo seu transtorno, projetava nos profissionais sentimentos negativos com relação a si própria, e acabava por se sentir ameaçada e agredida por eles. No decorrer do processo psicodramático, Nadir começou a dar-se conta das projeções e relações transferenciais que se estabeleciam no contexto assistencial, e percebeu que algumas de suas impressões sobre o serviço não eram a realidade, mas estavam pautadas em seus sentimentos, tal como revelou a sua fala no 2º Encontro:

“Você falou da percepção transferencial, falou de projeção, isso foi outra coisa que eu notei, quanto de muitas atitudes que eu julguei... nossa, essa pessoa está pensando isso de mim agora, na verdade era uma projeção [...]. As impressões que a gente tem do sistema, o quanto está impresso de nós e o quanto está impresso o que o sistema é.”

Em Psicodrama, o conceito de transferência está intimamente relacionado ao conceito de tele. A transferência pode ser considerada a patologia da tele, porque ao invés de se estabelecer uma relação interpessoal sadia, a transferência faz com que os desejos inconscientes do indivíduo atualizem-se em objetos, no interior de um determinado tipo de relação estabelecida entre os sujeitos, ou seja, desejos inconscientes, com base em vivências infantis, projetam-se em aspectos do sujeito com quem o indivíduo se relaciona, e provocam uma distorção na percepção sobre esse indivíduo (COSTA, 2001). Em contrapartida a tele é a mútua percepção íntima dos indivíduos (MORENO, 2012). Na medida em que a tele possibilita aos seres humanos o “conhecimento” da situação real de cada indivíduo, ela é um elemento necessário para estimular parcerias estáveis e relações permanentes. De acordo com o mesmo autor, as relações télicas entre o protagonista, o terapeuta, e os ego-auxiliares são decisivas para o processo terapêutico.

Dessa forma, a transferência no contexto de assistência aos pacientes com diagnóstico de TAs pode ser compreendida como o desenvolvimento de fantasias de padrão inconsciente que, por exemplo, o paciente pode projetar em qualquer profissional com quem possua uma relação terapêutica, ou na forma como compreende o serviço de assistência. A transferência também pode ocorrer no sentido oposto, ou seja, do profissional de saúde para o paciente. Já a tele é um processo em que o ego não é afetado pela autossugestão e, por exemplo, em um

contexto de assistência aos pacientes com diagnóstico de TAs, as pessoas fazem uso da tele quando percebem-se mutuamente tal como são e sem os distúrbios ocasionados pela projeção. Essa percepção ocorre em via dupla: do profissional para o paciente e do paciente para o profissional.

Se a transferência, na teoria psicodramática, refere-se a um obstáculo para a relação terapêutica e a recuperação do paciente, o fator tele é um elemento necessário ao processo de cura (MORENO, 1984; MORENO, 2012). Dessa maneira, pode-se dizer que a entrevista em grupo focal, conduzida pelo Psicodrama, pode ter trazido avanços terapêuticos no processo de recuperação de Nadir, porque fez com que ela tivesse maior consciência de suas projeções e de suas relações transferenciais que estabelecia dentro do tratamento. Assim, ao ter maior consciência de suas transferências, talvez Nadir possa estar mais apta para desenvolver relações télicas com a equipe e com o serviço, que contribuirão para o seu processo de recuperação e fortalecimento do Vínculo.

As entrevistas em grupo focal conduzidas pelo Psicodrama também funcionaram como um recurso terapêutico, na medida em que puderam fazer com que as participantes experimentassem e desenvolvessem a sua espontaneidade.

De acordo com a teoria moreniana, o homem nasce espontâneo e deixa de sê-lo devido a fatores adversos do meio ambiente presentes, por exemplo, no ambiente afetivo-emocional (Matriz de Identidade e átomo social), ou no sistema social em que a família se insere (rede sociométrica e social) (GONÇALVES; WOLFF; ALMEIDA, 1988). Dessa forma, um dos objetivos da intervenção psicodramática é a recuperação da espontaneidade e da criatividade do homem, que lhes são intrínsecas. A recuperação da espontaneidade seria realizada por meio do rompimento dos comportamentos que são estereotipados e automatizados, e que por sua rigidez e inflexibilidade constituem as conservas culturais. Todo resultado de um processo de criação ou de um ato criador pode cristaliza-se como uma conserva cultural. Conservas culturais são, por exemplo, obras de arte, comportamentos, ou usos e costumes que se mantêm idênticos em uma dada cultura (FOX, 2002). Contudo, de acordo com Moreno (2012), para que a criatividade e a espontaneidade se manifestem é necessário que as conservas culturais constituam somente o ponto de partida e a base da ação. Dessa forma, para que o indivíduo se torne um ser saudável é preciso que ele parta das conservas culturais existentes e que a partir delas aja como um ser criador e ativo e transforme-as. Somente dessa forma o homem será capaz de ser agente do seu próprio destino, e transforme-o em algo mais adequado e condizente com as suas necessidades.

Assim, a espontaneidade é a capacidade de agir de modo “adequado” e criar uma resposta inédita ou renovadora diante de situações novas, ou ainda, criar respostas transformadoras de situações preestabelecidas (GONÇALVES; WOLFF; ALMEIDA, 1988).

Nesse estudo foi observado que as entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo Psicodrama, proporcionaram o exercício e o desenvolvimento da espontaneidade em algumas participantes, como foi visto na frase de Nadir, no 2º Encontro: - Eu consegui pensar se eu tivesse de novo uma situação desagradável como essa [momento da entrada no tratamento], eu consegui pensar como eu reagiria. Nadir revelou que, por meio da dramatização, conseguiu refletir sobre uma forma mais adequada de agir, caso revivenciasse o momento de primeiro contato com o tratamento novamente. Assim, a participante disse que, através da dramatização, conseguiu desenvolver vias mais criativas e adequadas para se adaptar àquela situação de primeiro contato com o serviço, antes vivenciada como “terrorífica”. Assim, essa liberdade experimentada pela participante em pensar respostas novas e criativas para determinada situação caracterizou a espontaneidade.

O desenvolvimento da criatividade e da espontaneidade por meio do Psicodrama foram relatados nos estudos de Carnabucci e Ciotola (2013) que revelaram que o Psicodrama no tratamento dos TAs é útil para fazer com que as pessoas com diagnóstico de anorexia ou bulimia nervosas tragam o seu mundo interno para o palco, e encontrem as palavras significativas que estavam escondidas atrás da compulsão alimentar, da purgação ou da restrição alimentar. De acordo com as autoras, a dramatização traz para o paciente uma maior consciência do seu estado, e permite que ele esteja apto para rever os seus papéis desajustados, e fazer escolhas mais espontâneas para o desenvolvimento do seu self. Assim, com a dramatização o paciente pode acessar as forças internas para nomear obstáculos a fim de resolvê-los e para ganhar a oportunidade de aumentar a sua criatividade.

Além da intervenção realizada nesse estudo ter proporcionado as condições para que as participantes exercitassem a sua espontaneidade, foi observado que o Psicodrama possibilitou o aumento da empatia de algumas participantes. A variação da técnica de inversão de papéis permitiu que as participantes pudessem se colocar no papel dos profissionais que as assistiram e que elas tivessem uma visão ampliada desses profissionais, de modo a não reduzi-los em percepções cristalizadas, como revelou a fala de Nadir, no 2º Encontro:

“Não reduzir a profissional só aquela pessoa de expressão sisuda, mas sim expandir isso, não reduzi-la a isso, e pensar nela como uma pessoa que é apta, que tem condições. [...] Teve, teve

mudança. [...] Eu passei primeiro a me aproximar mais dela [médico psiquiatra] no sentido de colocar menos esse distanciamento em relação à autoridade.”.

Dessa forma, a variação da técnica de inversão de papéis possibilitou que Nadir se aproximasse mais do médico psiquiatra e pudesse enxergá-lo de forma mais empática e sem a distância que a autoridade profissional costumava estabelecer. O Vínculo entre o profissional e o paciente normalmente se constitui como um Vínculo assimétrico, pois cada membro presente na relação possui responsabilidades diferentes, mas que são proporcionais ao seu papel (FERNANDES, 2009). Assim, as normas de cada papel presentes na relação profissional-paciente não são as mesmas, já que normalmente é função do paciente, por exemplo, buscar o serviço do profissional, ou pagar os honorários fixados pelo terapeuta e é função do terapeuta oferecer ajuda e atenção aos problemas que lhes são apresentados. Assim, a relação entre o profissional e o paciente é uma relação assimétrica que possui a autoridade do profissional que se coloca como o detentor do saber sobre a saúde e a doença do seu cliente. Contudo, o fato de existir nessa relação uma assimetria e a autoridade do profissional para com o paciente não impede a possibilidade de encontro entre os dois sujeitos.

Apesar de ser pouco viável buscar uma horizontalidade na relação terapêutica entre profissional e paciente, pois essa “horizontalização” pode gerar regras confusas e anárquicas, é legítimo proporcionar o encontro entre os membros de uma relação assimétrica, ao respeitar as regras presentes nessa relação. Se cada membro de uma relação assimétrica conhece seus direitos e obrigações e respeita-os, o estabelecimento da empatia e do encontro é possível. A técnica de inversão de papéis é útil, pois permite conhecer e respeitar os direitos e as obrigações do outro com quem se relaciona.

Nesse estudo, foi realizada uma variação da técnica de inversão de papéis, pois a técnica de inversão ou troca de papéis só ocorre quando as pessoas envolvidas estão de fato presentes na dramatização (MONTEIRO, 1998). Na variação da técnica de inversão de papéis, o protagonista “troca” de papel e desempenha o papel de alguém a quem está se referindo, ao expressar o modo pelo qual o vê. Assim, nesse estudo, foi realizada uma variação da técnica de inversão de papéis, pois o protagonista desempenhou o papel do profissional, que não estava presente na entrevista em grupo focal, enquanto o ego-auxiliar ou outro membro do grupo desempenhou o papel do protagonista.

A variação da técnica de inversão de papéis permitiu com que Nadir, mesmo em uma relação assimétrica, desenvolvesse a empatia pelo médico psiquiatra e conseguisse compreender melhor os seus pontos de vista. Também, a técnica permitiu com que Nadir

percebesse o quanto estava distanciada desse profissional e o quanto tinha se fechado em sua própria opinião na forma de compreender o tratamento.

De acordo com Carnabucci e Ciotola (2013), a experiência de troca de papéis é uma excelente técnica para trabalhar questões sobre o desenvolvimento, a resistência, e integrar a dimensão intelectual com a dimensão corporal dos pacientes com diagnóstico de TAs. De acordo com os mesmos autores, a técnica de inversão de papéis, aplicada ao tratamento de pessoas com TAs, facilita *insights* que não podem ser obtidos apenas com explanações intelectuais. Quando um indivíduo troca de papéis com o outro, acontece uma imediata experiência do outro que está além da esfera intelectual. Esse *insight* que ocorre através da ação (*action insight*) une aspectos físicos e psicológicos do self, e permite que o protagonista sinta o *insight* no corpo e não apenas na esfera intelectual.

Devido à complexidade da experiência vivenciada através da técnica de inversão de papéis, alguns terapeutas relacionam a capacidade de inverter papéis com a saúde mental do indivíduo (FONSECA FILHO, 1980; FOX, 2002). Com efeito, é preciso ter a percepção psicológica, intelectual e corporal de si mesmo e do outro bem desenvolvida para desempenhar a inversão de papéis, pois realizar essa técnica não é possível para uma mente muito autocentrada ou confusa.

Pode-se pensar que a técnica de inversão de papéis “exige” à pessoa que a desempenha treinar as habilidades de percepção do outro e de si mesma. É nesse sentido que essa técnica pode ser utilmente empregada em contextos onde é essencial uma relação saudável e equilibrada entre as pessoas.

Assim, ao perceber a importância dessa técnica ser empregada no contexto assistencial investigado, Nadir sugeriu que ela fosse realizada com alguns profissionais do serviço que, de acordo com a participante, tinham uma dificuldade de perceber o paciente de maneira integral. Dessa forma, Nadir disse no 8º Encontro:

“Como seria um grupo desses com os médicos? [...] Todo esse movimento que a gente fez sempre de se colocar no lugar do médico, fazendo eles se colocarem no nosso lugar? Eu acho que muitos deles teriam dito assim: - Olha o contexto desse paciente, sabe? Nossa! Exatamente porque eles não têm essa visão continuada, essa visão integrada.”

Nessa frase, Nadir disse que a técnica de inversão de papéis poderia ampliar a capacidade dos profissionais do serviço investigado perceberem profundamente o paciente, da mesma maneira que a técnica ajudou-a a compreender e a perceber melhor alguns profissionais atuantes no serviço. Assim, pode-se dizer que a técnica de inversão de papéis

poderia ajudar no desenvolvimento da capacidade télica e da empatia de pacientes e de profissionais do serviço. O “fator tele” consiste essencialmente na percepção de si e do outro e precisa estar presente para que o sujeito tenha condições de praticar a inversão de papéis (MONTEIRO, 1998). Ainda, é necessário que o sujeito esteja com a capacidade de empatia “ativada” para poder trocar de papel com o outro.

O conceito de tele está intimamente relacionado ao conceito de empatia. A empatia (*em* [dentro] e *pathos* [sentimento]) é a capacitação, pela sensibilidade, dos sentimentos e emoções de alguém ou contidas, de alguma forma, em um objeto (por exemplo, uma obra de arte). Já o fenômeno tele é a empatia ocorrendo em duas direções. Ele permite a experiência profunda entre as pessoas, e pode ser observado por um terceiro, ao contrário da empatia que é um elemento subjetivo e não passível de observação (GONÇALVES; WOLFF; ALMEIDA, 1988).

Dessa forma, corroborando com os dados encontrados nesse estudo, vários autores apontam que o Psicodrama e os métodos de ação são vias poderosas para concretizar a relação entre as pessoas (BLATNER, 2000; CARNABUCCI; CIOTOLA, 2013; DAYTON, 2000). Ao ampliar a capacidade télica e a empatia e diminuir as projeções e as transferências, o Psicodrama, aplicado em um contexto de assistência à saúde, pode construir e fortalecer as alianças terapêuticas e, dessa forma, proporcionar condições mais favoráveis para que o tratamento ocorra de maneira efetiva.

Foi visto nesse estudo que o Psicodrama também possibilitou uma maior liberdade para que as participantes pudessem se expressar e emitir as suas opiniões sobre os temas investigados. A frase de Bianca, no 4º Encontro, revelou que o Psicodrama contribuiu para que ela se tornasse menos inibida, e pudesse exprimir melhor os seus pensamentos e sentimentos: - Mas eu acho que [o Psicodrama] é uma maneira de você se soltar um pouco mais, de você expressar um pouco mais, porque eu tenho dificuldade de me expressar mesmo. Ainda, Nadir revelou no 3º Encontro que nas entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo Psicodrama, sentiu-se livre para se expressar sem o temor de uma possível crítica ou censura: - A liberdade que eu sinto para falar nesse espaço, porque não tem censura, é muito diferente da liberdade que eu sinto no próprio serviço.

A liberdade humana é um tema central na teoria de Moreno, pois ela é concebida como fonte de espontaneidade, criatividade e responsabilidade (apud MENEGAZZO; TOMASINI; ZURETTI, 1995). O homem vem ao mundo como um cabedal de liberdade e de espontaneidade que são fontes de suas possibilidades criadoras.

Assim, quando as participantes das entrevistas em grupo focal revelaram que puderam se expressar com maior facilidade e liberdade, pode-se presumir que se tornaram mais espontâneas e criativas. A maior liberdade, criatividade e espontaneidade puderam ser vistas na forma como as participantes romperam os seus papéis cristalizados de “inibição”, ou “medo da censura”, e permitiram-se a atitude de expressar as suas opiniões e sentimentos, sobre os temas conversados em grupo. Assim, ao “terem a coragem” de dizerem o que pensam, as participantes tornaram-se essencialmente criativas, pois colocaram nas frases emersas no grupo os desejos e as possibilidades de transformação de suas realidades.

Novamente de acordo com Menegazzo, Tomasini e Zuretti (1995), a produção da criatividade psicodramática tende a causar no indivíduo novos modos de ser, de desempenhar papéis e de se vincular. Assim, a liberdade de expressão que as participantes puderam ter nas entrevistas em grupo focal proporcionou o exercício da criatividade, que lançou às participantes na experimentação de novos papéis, comportamentos, atitudes e formas de se relacionar. Porém, esse exercício de experimentação esteve imbuído de um senso de responsabilidade, na medida em que as participantes refletiram sobre a sua parcela de encargos na forma como se dariam esses novos papéis, comportamentos e formas de se vincular. Assim, pode-se dizer que a liberdade foi um elemento presente na intervenção realizada nesse estudo, pois o processo psicodramático possibilitou que as participantes exercitassem a sua criatividade, espontaneidade e responsabilidade.

Talvez pela complexidade de áreas em que o Psicodrama atua (intelectual, sensorial e emocional) existem dados que apontam que ele é mais efetivo para tratar pessoas com diagnóstico de TAs, do que outros métodos. Um estudo realizado em 2012, com dez mulheres com diagnóstico de TAs e que haviam participado de pelo menos uma sessão de Psicodrama durante o seu tratamento, apontou que o Psicodrama foi um método que intensificou o processo de recuperação, e foi classificado como a modalidade de tratamento mais impactante, se comparada a outras modalidades de tratamento para os TAs (BAILEY, 2012). O estudo de Bailey (2012) também comprovou a efetividade do Psicodrama em fazer com que não apenas as participantes tivessem uma percepção mais ampla sobre o seu transtorno e os papéis envolvidos no processo de adoecimento, mas que elas também pudessem ter uma compreensão e percepção mais profunda sobre a realidade do seu tratamento.

As participantes desse estudo também relataram que as entrevistas em grupo focal conduzidas pelo Psicodrama possibilitaram uma compreensão mais profunda do que a escala SATIS-BR sobre os seus tratamentos e sobre as várias relações e papéis que estavam envolvidos nesse contexto. Assim, Nadir e Bianca relataram no 7º Encontro:

Bianca: “Porque é aquela coisa, o teste... se eu fizer o teste hoje eu posso garantir que vai dar outra coisa, porque você entra em contato com o teste ali sem ter que parar pra pensar em tudo isso. A gente nunca tinha parado pra pensar em tudo isso...”.

Diretora: “Parado pra pensar, mas em que sentido?”.

Bianca: “Nisso tudo que você esta fazendo a gente pensar.”.

Diretora: “Mas com a técnica do Psicodrama?”.

Bianca: “É, ninguém nunca fez a gente parar pra pensar.”.

Diretora: “Porque lá [escala SATIS-BR], eu penso que pra você poder responder o que é que é competência houve uma mínima análise do que é.”.

Nadir: “Sim, houve uma análise [para responder o teste], mas não é uma análise aguçada.”.

Assim, os dados presentes nesse estudo puderam revelar que o Psicodrama foi uma metodologia útil para compreender profundamente os fenômenos investigados, pois houve uma investigação além da esfera intelectual e o protagonista e a plateia se envolveram sensivelmente e emocionalmente com o tema investigado, o que proporcionou *insights* de ação [*action insight*] (CARNABUCCI; CIOTOLA, 2013). Conforme a fala de Nadir, no 8º Encontro (Todos esses encontros me despertaram para [...] o potencial que tem o serviço.) e no 2º Encontro (Mas foi uma coisa que me despertou para o fato de pensar o quanto essas dificuldades ainda são grandes em mim...), o Psicodrama possibilitou uma maior conscientização da participante sobre a realidade do seu tratamento e sobre a sua situação psíquica, o que configurou um ato de compreensão. Dessa forma, o Psicodrama pôde proporcionar “atos de compreensão” em que o protagonista obteve a consciência de suas possibilidades de mudança [transcendência] (MENEGAZZO; TOMASINI; ZURETTI, 1995).

O Psicodrama foi, pois, uma metodologia que permitiu estimular a espontaneidade, a criatividade, a liberdade e a responsabilidade em um processo onde o protagonista teve um aprendizado não apenas intelectual, mas sensorial e emocional.

6.10 Uma discussão final sobre os principais resultados desse estudo

Esse estudo teve o objetivo de avaliar e compreender os processos de acolhimento e de vínculo, pelo ponto de vista dos usuários de um serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs. Dessa forma, os dados da escala SATIS-BR permitiram indicar que grande parte das participantes avaliou o serviço de maneira satisfatória. Foi elevada a satisfação da maioria dos usuários com a competência da equipe de ajudar as pacientes e de compreender os seus problemas. Da mesma maneira, a maioria dos usuários que respondeu a escala SATIS-BR estava satisfeita com a ajuda que recebeu da equipe, e com a forma como

foi acolhida pelos profissionais. Apenas o fator “o conforto, a aparência e as condições gerais das instalações do serviço” foi avaliado na escala SATIS-BR como regular pela maioria dos usuários. Assim, pode-se perceber que, de modo geral, a maioria dos usuários teve uma avaliação positiva com relação à maioria dos itens avaliados pela escala SATIS-BR.

Contudo, os dados obtidos por meio das entrevistas em grupo focal revelaram um quadro diferente da satisfação dos usuários com o serviço, do que foi observado na escala SATIS-BR. As participantes das entrevistas em grupo focal expuseram críticas e reclamações a respeito: do primeiro contato do paciente com o serviço e com o profissional que o acolheu; da compreensão da equipe sobre o problema do paciente e sobre a ajuda de que ele necessita; da autonomia do paciente nas decisões sobre o seu tratamento, e da participação do paciente nas discussões que são realizadas sobre o seu tratamento; do conforto, da aparência e das condições gerais das instalações do serviço; da competência da equipe para realizar a assistência do usuário; do tipo de ajuda dada ao paciente pela equipe, e do modo como a equipe do serviço está ajudando o paciente.

As participantes das entrevistas em grupo focal expressaram opiniões que estavam em dissonância com aquilo que foi avaliado por elas na escala SATIS-BR. Apenas em alguns momentos as opiniões expressas por algumas participantes, nas entrevistas em grupo focal, estiveram de acordo com o que foi avaliado na escala SATIS-BR. Nadir, por exemplo, no 1º Encontro da entrevista em grupo focal, esteve de acordo com o que avaliou na escala, porque também na escala SATIS-BR avaliou como sendo insatisfatória a forma como foi acolhida pelo serviço e pelos profissionais, na sua admissão no tratamento. No 7º Encontro da entrevista em grupo focal, Bianca e Nadir também mantiveram a mesma opinião positiva sobre a competência do terapeuta principal, que haviam expressado na escala. Ainda, no 6º Encontro da entrevista em grupo focal, Bianca não alterou a sua opinião negativa sobre o conforto, a aparência e as condições gerais das instalações presentes no serviço, que tinha avaliado na escala.

Contudo, observou-se que no restante dos itens avaliados sobre o serviço, as participantes mostraram uma avaliação bastante positiva na escala SATIS-BR, enquanto que nas entrevistas em grupo focal foram predominantes as críticas e as reclamações sobre o tratamento. Esse dado pode sugerir que as entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo Psicodrama, proporcionaram recursos para que as participantes tivessem uma reflexão mais aprofundada sobre a realidade dos seus tratamentos e as várias relações e papéis envolvidos nesse contexto. Dessa forma, através de uma “análise aguçada” – tal como afirmou Nadir, no 7º Encontro da entrevista em grupo focal – sobre o serviço, proporcionada pelas entrevistas

em grupo focal, as participantes puderam refletir sobre os aspectos do serviço que a escala SATIS-BR não conseguiu apreender. Assim, as entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo Psicodrama, saíram da esfera do meramente intelectual e permitiram que o protagonista e a plateia se envolvessem sensivelmente e emocionalmente com o tema investigado.

Levanta-se a hipótese de que a divergência entre os resultados vistos na escala SATIS-BR e os resultados observados nas entrevistas em grupo focal surgiu pelo fato de que, nas entrevistas em grupo focal, os temas foram investigados pela via psicodramática. O método psicodramático permitiu que as participantes abordassem os temas investigados nessa pesquisa além da esfera intelectual, mas emocionalmente e sensivelmente (CARNABUCCI; CIOTOLA, 2013).

Além disso, o fato da entrevista em grupo focal ser realizada em grupo permitiu que as participantes confrontassem os seus pontos de vista umas com as outras, e ampliassem as suas perspectivas sobre o serviço. Isso já não pôde ser feito na escala SATIS-BR, que foi aplicada individualmente. Dessa maneira, os vários aspectos do tratamento que na escala SATIS-BR foram considerados satisfatórios pelas participantes, foram reavaliados nas entrevistas em grupo focal e a sua análise adquiriu maior profundidade e novos elementos a serem considerados. Assim, as entrevistas em grupo focal puderam fazer como que as participantes tivessem novas percepções sobre o tratamento do que aquelas apontadas na escala SATIS-BR.

Algumas participantes puderam refletir, por meio das entrevistas em grupo focal, sobre os papéis e os vínculos conflitantes envolvidos no processo do seu tratamento. Dessa forma, algumas participantes perceberam que, muitas vezes, elas se colocavam no papel de “vítima” ou de “culpada”, e se esquivavam da responsabilidade do tratamento. Assim, as entrevistas em grupo focal foram importantes para que as participantes percebessem e discutissem sobre as suas responsabilidades no tratamento. Também, devido às entrevistas em grupo focal, algumas participantes deram-se conta das transferências e projeções que realizavam dentro do serviço, e que as impedia de enxergarem a relação com os profissionais de forma mais clara e condizente com a realidade. Assim, algumas participantes perceberam o quanto as suas transferências e projeções prejudicavam o Vínculo com os profissionais e o desenvolvimento de relações mais télicas com eles.

Além de ter possibilitado a percepção das relações transferenciais e das projeções presentes, as entrevistas em grupo focal permitiram que algumas participantes tivessem um olhar mais empático para os profissionais que as assistiram. A variação da técnica de inversão de papéis fez com que as participantes pudessem se colocar no lugar dos profissionais e

compreendessem melhor os seus pontos de vista e, dessa forma, pudessem avançar para relações mais próximas e téticas com eles.

Ademais, foi visto que através das entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo Psicodrama, as participantes puderam exercitar a sua espontaneidade, ao passo que refletiram sobre novas formas de agir no cotidiano da assistência. Quando, por exemplo, no palco psicodramático, as participantes dramatizaram diálogos com as figuras dos profissionais, puderam experimentar novas maneiras de se comunicar e encontraram formas mais adequadas de estabelecer uma comunicação mais saudável e efetiva com eles.

Ainda, foi percebido que as entrevistas em grupo focal possibilitaram a liberdade de expressão e estimularam a criatividade de algumas participantes. A possibilidade que o Psicodrama trouxe de fazer com que as participantes se expressassem não apenas verbalmente, mas também corporalmente, permitiu que algumas participantes mais inibidas entrassem em contato com as “mensagens” que gostariam de expressar. Ao romper a inibição que elas estavam acostumadas, algumas participantes puderam transmitir as suas mensagens dramaticamente através de sons, gestos e movimentos corporais. Ainda, o fato de essa pesquisa ter permitido que as participantes emitissem qualquer opinião sobre o tratamento, sem censuras ou julgamentos, fez com que elas se sentissem mais livres para criticarem, reclamarem ou refletirem sobre a realidade investigada. Além disso, a liberdade, criatividade e espontaneidade propiciada por essa intervenção puderam ser vistas à medida que as participantes criaram novas realidades sobre o serviço, no palco psicodramático. Quando, por exemplo, Bianca construiu no palco um novo local para o serviço (uma casa), ela pôde experimentar novas formas de pensar como poderia ser a assistência oferecida e, como preconiza o Acolhimento, tornou-se efetivamente uma usuária ativa na construção do seu tratamento.

Pode-se dizer que a intervenção realizada nesse estudo pôde dar voz ao usuário, na medida em que permitiu que ele refletisse sobre novas formas de construir a sua assistência, tanto no que tange às relações pessoais, quanto à estrutura física e organizacional do tratamento. Nesse sentido, a intervenção realizada aproximou-se do que pretende o Acolhimento, pois de acordo com ele o usuário deve ser ativo e participante no seu processo de assistência (ROLLO, 2007). Assim, presume-se que uma das formas de dar voz a esse usuário é a construção de espaços, onde ele possa dizer o que pensa e sente a respeito do seu tratamento. Apenas dessa forma os serviços de saúde poderão tornar-se usuário-centrados, tal como almeja o Acolhimento no contexto da atenção à saúde (CECCIM, 2005).

O Acolhimento pode ser compreendido como um conjunto de aspectos como: o acesso que o serviço proporciona aos seus usuários, a técnica do profissional e a postura que o profissional tem com os pacientes e com a equipe (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). Esse estudo trouxe algumas informações sobre como se processa o Acolhimento em um serviço que assiste pessoas com diagnóstico de TAs.

No que tange ao acesso geográfico do serviço investigado, pode-se notar que na região do Estado de São Paulo não existem muitos tratamentos multidisciplinares de pessoas com diagnóstico de TAs, como se observou em outras cidades como, por exemplo, em Londres. Desse modo, os usuários não possuem uma vasta opção para a escolha do seu tratamento, e devem aceitar o que há disponível na região em que se encontram. A partir desses dados pode-se pensar que as políticas públicas brasileiras deveriam investir na construção de serviços multidisciplinares para o tratamento dos TAs e aumentar a possibilidade de acesso da população que necessita desse tipo de atendimento.

Com relação ao acesso sócio organizacional, ao se comparar as atividades oferecidas no serviço investigado, com as atividades oferecidas, por exemplo, no serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs, em Londres e visitado pela pesquisadora observou-se que o serviço londrino oferecia uma assistência que, ao contrário do serviço investigado, não estava tão influenciada pelo modelo biomédico de cuidado. Essa assistência buscava, ao contrário, abordar outras dimensões do paciente como, por exemplo, as suas dimensões artísticas, sociais e emocionais e construiu, assim, uma assistência com um olhar integral para o paciente. As várias atividades oferecidas pelo serviço visitado pela pesquisadora em Londres pareceram priorizar, além do tratamento da patologia, o cuidado do ser humano integral atendido nesse contexto.

Assim, as atividades que são oferecidas pelo serviço contribuem para que os pacientes sejam atendidos de maneira mais ou menos integral. Também, a forma como o serviço está construído em termos da sua estrutura física pode revelar o quanto o serviço está centrado nas necessidades dos seus usuários. Nesse estudo, a forma como foi organizado o controle de entrada das pacientes e dos seus familiares no hospital não estava de acordo com as necessidades dos usuários, pois dificultou o acesso dos mesmos ao tratamento. A existência de um porteiro no hospital, que permitia a entrada de pacientes e familiares apenas no horário estabelecido no cartão de atendimento, de acordo com os usuários, limitou a liberdade da entrada de pessoas dentro do serviço.

O que esse estudo trouxe de inovador foi a ideia, expressa por uma das participantes, de transferir o serviço do hospital onde ele se situa para uma casa. Essa transferência tornaria o

acesso das pacientes e de seus familiares ao tratamento mais fácil, pois não necessitaria do controle da entrada e da saída de pessoas exigido no hospital por motivos de segurança.

Além disso, a casa poderia oferecer aos pacientes maiores recursos materiais e estruturais, e uma nova maneira de organizar a dinâmica da assistência oferecida. Uma das primeiras mudanças que poderia ser vista com a transferência do serviço para uma casa seria a melhora da ambiência do serviço. A ambiência é o espaço físico onde o serviço de saúde se realiza, e pode ser entendida como um espaço social, profissional e de relações interpessoais. Dessa forma, a ambiência almeja o equilíbrio entre a funcionalidade, a estrutura e a estética do ambiente, de maneira que esse ambiente possa proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana das necessidades de saúde da população atendida (BRASIL, 2006a).

Foi visto que as pacientes com TAs são extremamente sensíveis a críticas e a avaliações (KAWASHIMA; RUMIN, 2011) e, por isso, se supõe que também sejam críticas e minuciosas quando avaliam a ambiência do serviço que frequentam. Nesse estudo, foi percebido que a ambiência do serviço afetou a qualidade do tratamento em diversos momentos da assistência. No primeiro contato da paciente com o serviço, por exemplo, a ambiência já pareceu influenciar na percepção que o usuário fez do tratamento. A estrutura hospitalar, já antiga e mal cuidada, somada a presença de crianças “gordinhas” na sala de espera, e a magreza e o estado de humor de outras pacientes com TAs, causaram em algumas participantes uma impressão ruim do tratamento.

Além disso, as usuárias não pareceram se sentirem acolhidas pela forma como foram recebidas no tratamento. De acordo com algumas usuárias, a estrutura física dos guichês onde estavam as recepcionistas do ambulatório em que as pacientes com TAs eram atendidas, foi construída com um painel de vidro que separou o usuário do profissional. Essa separação física transmitiu aos usuários uma sensação de que as recepcionistas temiam um contato maior com os usuários e estabeleciam com eles uma relação fria e distante. Ademais, o ambiente hospitalar não garantia tanta privacidade as pacientes, pois elas realizavam os seus atendimentos no ambulatório de pediatria, com pacientes que possuíam outras enfermidades e, muitas vezes, se incomodavam com essa exposição.

A falta de privacidade também foi percebida no momento da internação das pacientes, já que no serviço investigado, não existia uma ala de internação exclusiva para as pacientes com TAs. De acordo com os usuários, uma ala de internação somente para pacientes com TAs reduziria o desconforto desses pacientes, que muitas vezes surgia ao se verem internados com pacientes que possuíam outros transtornos mentais. Também, um setor exclusivo para a internação do paciente com TAs aumentaria a sua sensação de privacidade, e reduziria o

temor dos familiares e responsáveis em internar o paciente (TOUYZ et al., 2003). Um setor especializado na internação de pacientes com TAs teria, dessa forma, atividades mais direcionadas ao tratamento do transtorno, e inibiria o contato das pacientes com TAs, com pacientes com outras enfermidades psiquiátricas, o que provavelmente reduziria o nível de ansiedade dos familiares.

Vê-se, portanto, que a transferência do serviço para uma casa seria uma alternativa viável para melhorar a recepção das pacientes, aumentar a privacidade, garantir um maior nível de contato com os profissionais, e oferecer um ambiente mais acolhedor, estético, climatizado e confortável aos pacientes e aos seus familiares. Ambientes mais “domiciliares” para o tratamento dos TAs já se observam, inclusive, em outros países, pois eles priorizam um ambiente que “foge” da estrutura hospitalar e se aproxima de um espaço residencial. Em outras localidades, tal como no serviço visitado pela pesquisadora em Londres, também se observa a opção por se construir alas exclusivas para a internação de pacientes com TAs, o que garante maior privacidade, conforto e direcionamento das atividades realizadas nesse momento do tratamento.

Outro dado importante desse estudo foi que a forma como o serviço estabeleceu as suas regras como, por exemplo, a obrigatoriedade dos familiares participarem do tratamento, ou a entrada controlada dos pacientes e dos seus familiares no tratamento foi percebida, por alguns usuários, como uma falta de compreensão da equipe de profissionais sobre as necessidades dos pacientes. Isso significa dizer que a forma como o serviço organizou as suas regras pode ser percebida, por alguns usuários, como uma maneira dele não ser compreendido ou ouvido em suas necessidades pela equipe. Isso permite a reflexão de que as regras estabelecidas dentro do tratamento devem possuir o máximo de participação do usuário em sua construção, para que o usuário não se sinta a parte, ou incompreendido em seu próprio tratamento.

A técnica é outro aspecto do Acolhimento e ela instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizados, por meio de um trabalho de equipe bem capacitado e qualificado técnica e formalmente (MERHY et al., 1997). Dessa forma, para exercer uma técnica capaz de fazer com que o profissional consiga ações resolutivas ao problema apresentado pelo paciente, é necessário uma boa capacitação e formação do profissional.

Nesse estudo, as participantes relataram haver uma deficiência na formação profissional, que ainda permaneceu influenciada pelo modelo biomédico e, dessa forma, fez com que alguns profissionais realizassem uma assistência muito voltada aos aspectos biológicos do paciente, em detrimento dos seus aspectos culturais, históricos, sociais e emocionais.

Dessa forma, muitos participantes dessa pesquisa afirmaram que alguns profissionais do serviço investigado se portavam de maneira “tecnicista”, e priorizavam, por exemplo, os aspectos biológicos do paciente, ou enfatizavam a dimensão medicamentosa, sem, contudo, lançar o olhar para os aspectos emocionais, subjetivos e singulares dos seus clientes. Foi percebido, dessa forma, que o processo de formação e capacitação dos profissionais, muitas vezes voltado ao tecnicismo, à fragmentação do cuidado ou a ênfase na dimensão patológica do ser assistido, produziu profissionais pouco compreensivos ou empáticos, e com uma percepção do sujeito atendido que se distanciava da integralidade.

A integralidade no campo da saúde pode ser entendida como uma postura contrária a uma atitude cada vez mais fragmentada e reducionista do cuidado em saúde e onde o conhecimento, nas diversas especialidades, ressalta as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais dos pacientes (MATTOS, 2006). Dessa forma, é previsto que o profissional deva possuir duas dimensões que a eles são essenciais: a dimensão da competência e a dimensão do cuidado (BONET, 2004). A dimensão da competência está associada à linguagem das ciências básicas, dos conhecimentos e das habilidades médicas. A dimensão do cuidado está associada às atitudes de compaixão e de empatia do profissional e está relacionada ao “aspecto humano” da prática profissional. Pode-se dizer, pois, que a prática profissional que prioriza o cuidado integral deve unir tanto a dimensão da competência, como a dimensão do cuidado. Em se tratando do conceito de Acolhimento, pode-se dizer que o atendimento integral une a técnica profissional – que está relacionada à capacitação dos profissionais, e a aquisição de tecnologias, saberes e práticas –, com a postura profissional – relacionada à escuta qualificada do profissional e a relação dos profissionais que promova o trabalho interdisciplinar (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Um dos dados relevantes encontrados nesse estudo é que, apesar dos usuários acreditarem que a maioria dos profissionais que os assistiam possuía competência técnica, as participantes afirmaram que alguns profissionais não apresentavam uma postura de cuidado para com as pacientes. Isso significa dizer que, apesar de alguns profissionais possuírem conhecimento científico a respeito dos TAs, eles não possuíam uma escuta qualificada das necessidades dos usuários e, muitas vezes, não conseguiam se portar de uma maneira compreensiva e empática.

Dessa forma, de acordo com as participantes, alguns profissionais do serviço investigado apresentaram dificuldade para oferecer a “afetividade” e a “relação terapêutica” necessária para a consolidação do Vínculo com as pacientes.

Quando se aborda o Vínculo, compreendido como afetividade, se entende o domínio subjetivo do profissional gostar de sua profissão, e interessar-se pela pessoa do paciente. A 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 (KLOETZEL, 1999).

Nesse estudo, a afetividade do profissional pareceu ser de grande relevância, por exemplo, no contato inicial das pacientes com o serviço. Esse estudo mostrou que, geralmente, os usuários chegam ao tratamento com vários sentimentos negativos como: medo, desorientação, culpa, vergonha, tristeza, angústia aflição e resistência ao tratamento. Seria importante, nesse momento, que os profissionais que acolheram as paciente se mostrassem afetuosos e compreensivos com o momento pelo qual elas estão vivendo. Dessa maneira, profissionais com expressões “sisudas”, ou que demonstrem estarem irritados com algum aspecto do serviço, ou da clientela, podem produzir nas pacientes recém-chegadas, impressões desagradáveis sobre o tratamento.

Além da afetividade, o profissional que recebe pela primeira vez as pacientes no tratamento deve ser capaz de estabelecer com elas uma escuta qualificada, de forma a compreender as suas necessidades e demandas. A escuta qualificada pode ser descrita como o ato de escutar a queixa, os medos e as expectativas dos usuários, e identificar os riscos e a vulnerabilidade da população atendida, e acolher também a avaliação dos próprios usuários sobre os seus problemas de saúde (BRASIL, 2006b).

Contudo, nas entrevistas em grupo focal desse estudo foi visto que as participantes não se sentiram escutadas pelos profissionais, em seu primeiro contato com o serviço. Foi observado que no acolhimento inicial das pacientes o profissional estava mais voltado em realizar uma avaliação diagnóstica delas, do que em ouvir as suas queixas, sentimentos e pensamentos naquele momento. Dessa maneira, pode-se perceber que, no primeiro contato das pacientes com o tratamento, elas não se sentiram compreendidas e acolhidas pelo profissional.

Levanta-se a hipótese de que um dos motivos que contribuiu para que os usuários não tenham se sentido ouvidos e acolhidos pelos profissionais foi a falta de uma relação terapêutica entre ambos. Como já foi dito acima, a relação terapêutica necessita da interação entre o profissional e o paciente, uma postura de escuta do profissional, e a divisão de responsabilidades. Nesse sentido, é essencial que estejam sempre presentes o diálogo e a negociação entre as partes.

No entanto, as participantes desse estudo afirmaram que alguns profissionais assumiam, por vezes, uma postura autoritária, e não permitiam que elas expressassem as suas opiniões sobre o tratamento. Dessa forma, os usuários não se sentiram participantes do processo de construção do seu tratamento, pois suas demandas, críticas e sugestões não foram escutadas por alguns profissionais presentes no serviço. Assim, muitos profissionais, ao assumir uma posição de “detentor do saber” sobre a saúde e sobre as práticas interventivas mais adequadas a serem empregadas aos enfermos (RIBEIRO; SCHRAIBER, 1994; SCHRAIBER, 1993;), acabam não escutando as demandas e as necessidades dos usuários atendidos.

A reclamação das participantes das entrevistas em grupo focal de que não participavam da construção do seu tratamento foi um tema recorrente nessa pesquisa. Algumas participantes reclamaram da falta de informações sobre o seu tratamento, e da impossibilidade de participarem das decisões sobre o tratamento. Visto que um dos objetivos do Acolhimento é fazer com que os usuários tornem-se cada vez mais autônomos, participativos e informados sobre a o seu tratamento (FRANCO; MERHY, 2005), esse estudo levantou a questão de como fazer com que as pacientes com anorexia nervosa e bulimia participassem mais ativamente da construção de sua assistência. Apesar dos grupos de apoio psicológico aos pacientes e o grupo de orientação nutricional aos pacientes, presentes no serviço investigado, serem atividades relevantes por fornecerem informações aos pacientes sobre suas condições orgânicas e psicológicas, e sobre o seu tratamento, os usuários pareceram desejar serem mais participativos nas discussões sobre a sua assistência.

Como sugestão, essa pesquisa sugeriu a formação de um o grupo com a presença dos profissionais e dos pacientes para que sejam conversados temas relevantes para o tratamento. Grupos como esse são realizados, por exemplo, no serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs do hospital Maudsley, em Londres, que foi visitado pela pesquisadora. Nesses grupos, os pacientes podem expor as suas críticas e as suas sugestões como, por exemplo, algum problema que estão passando com relação ao tratamento, sugerirem alterações no cardápio, ou acrescentarem novas atividades ao seu plano de tratamento.

A escuta qualificada e o diálogo entre o profissional e o paciente é importante, pois, se os profissionais não escutam as reais demandas e necessidades dos usuários, não podem realizar procedimentos ou intervenções que sejam realmente efetivos para esses pacientes. Do contrário, como foi visto nesse estudo, forma-se um Vínculo tênue e relações falseadas, onde o profissional “finge” estar tratando o paciente, e onde o paciente “finge” estar contribuindo para a relação terapêutica.

Como realizar, então, uma relação terapêutica que seja realmente efetiva e que consiga apreender o paciente em sua totalidade? Não pretendendo trazer respostas prontas e finais para essa questão, esse estudo levantou alguns fatores que, aos olhos das participantes, poderiam contribuir para que os profissionais conseguissem estabelecer uma relação terapêutica efetiva com as pacientes, e manter um olhar integral para o ser cuidado.

Assistir pacientes com TAs não é uma tarefa fácil, devido a resistência deles em aderir ao tratamento (ROZENSZTEJN; TREASURE, 1998; TOMAZ; ZANINI, 2009). Esse estudo fortaleceu esse dado, presente na literatura, na medida em que as participantes admitiram que, mesmo que o profissional se mostre afetuoso, atencioso e compreensivo para com as pacientes, é difícil para elas romperem os seus medos e se vincularem a esses profissionais.

Contudo, os “terapeutas principais” presentes no serviço investigado conseguiram estabelecer um Vínculo mais próximo com as pacientes, e formaram com elas uma relação terapêutica eficaz. Tais profissionais foram descritos pelas participantes como profissionais que assumiam uma postura de diálogo e interesse pela fala do usuário, ao buscar soluções para o problema apresentando pelo paciente e que se mostravam compreensivos, afetuosos e empáticos. Dessa forma, esses profissionais assumiam uma postura de negociação e “investigativa”, e procuravam compreender os usuários em suas dimensões históricas e psicossociais, além dos seus aspectos biológicos. Ademais, foi apontado que esses profissionais mostraram-se autênticos e verdadeiros na relação terapêutica, e eram congruentes com seus sentimentos, pensamentos e atitudes.

No entanto, se houve pacientes que valorizaram posturas empáticas, compreensivas e afetuosas dos profissionais, outras participantes admitiram que, em alguns momentos, era necessário os profissionais se portarem de maneira mais firme e diretiva, para fazerem com que as pacientes aderissem ao tratamento, conforme também afirmou SOUZA (1968) ao apontar a necessidade de profissionais que se portassem de maneira mais firme e diretiva no tratamento de pacientes com TAs.

Existiram participantes que foram, inclusive, a favor de atos mais coercitivos da equipe como, por exemplo, a internação compulsória. Esses pacientes afirmam que apesar de, muitas

vezes, a internação compulsória e os atos coercitivos serem um momento de muito sofrimento ao paciente, eles acabavam trazendo resultados satisfatórios ao paciente em termos psíquicos e orgânicos.

As entrevistas em grupo focal também revelaram que o tratamento possibilitou algumas melhoras nos pacientes como, por exemplo, fazer com que eles se tornassem mais seguros, espontâneos, flexíveis, otimistas, autônomos, independentes, sociáveis, e elevassem seu sentimento de autoestima e auto-eficácia. As participantes afirmaram que apesar do serviço oferecido ser insuficiente, por ele estar focado em uma lógica biomédica, alguns fatores do tratamento como: a internação compulsória, a regularidade de participação das pacientes no tratamento, e as posturas firmes e incisivas dos profissionais foram elementos que contribuíram para os resultados positivos do tratamento.

Esses dados, aliás, corroboram com outros estudos que afirmaram que a internação compulsória no tratamento de pessoas com TAs, pode vir a ser efetiva (RAMSAY et al., 1999), e alguns estudos que revelaram que uma postura firme do profissional que assiste pessoas com diagnóstico de TAs é necessária para o fortalecimento do Vínculo entre o profissional e o paciente, e para restringir os desvios comportamentais presentes nesse caso (MARTINS; CACCAVO, 2012; ROSA; SANTOS, 2011).

Dessa forma, pode-se compreender que a relação terapêutica no tratamento das pessoas com TAs deve possuir o protagonismo dos sujeitos envolvidos, – tanto do profissional, que através de uma postura investigativa e atenta busca solucionar o problema do paciente, quanto do paciente, que participa como sujeito autônomo dentro dessa relação, oferecendo sugestões, críticas e estando aberto a negociações – a empatia e a afetividade. No entanto, os profissionais devem equilibrar momentos de compreensão, empatia e afetividade, com momentos de firmeza, direcionamento e até certo grau de coerção, para fazer com que os pacientes se apercebam do seu estado enfermo e possam aderir ao tratamento que é proposto.

Dessa forma, pode-se compreender que as participantes dessa pesquisa consideraram o terapeuta principal como um profissional muito competente, porque ele trouxe na sua atuação profissional o que Bonet (2004) nomeou de “competência” e de “cuidado”. Na sua relação terapêutica com as participantes, o terapeuta principal pareceu unir o saber técnico com posturas de firmeza, afetividade, compreensão, empatia e autenticidade, e contribuiu assim, para que as pacientes fossem assistidas de maneira mais integral.

A competência do terapeuta principal pode ser um dos fatores que contribuiu para a elevada satisfação das participantes, na escala SATIS-BR, sobre o tipo de ajuda oferecida a elas pela equipe. Além disso, a competência técnica da equipe pode ter sido outro fator que

pode ter contribuído para a elevada satisfação dos usuários a respeito da ajuda oferecida. Foi interessante observar, nesse estudo, que apesar das deficiências apontadas pelas participantes sobre a equipe, muitas delas disseram que não abandonariam o tratamento, porque ele era um dos poucos da região que oferecia uma assistência multiprofissional e especializada a pacientes com TAs. Também, porque elas necessitavam de um “apoio técnico” oferecido pela equipe, caso elas tivessem alguma urgência ou agravo orgânico. Assim, a possibilidade de terem acesso a medicações, exames e internações, através do tratamento, fizeram com que algumas participantes permanecessem vinculadas ao tratamento, para usufruir de seus aparatos, caso necessitassem.

Com relação à “continuidade”, outro aspecto necessário para a consolidação do Vínculo entre o profissional e o usuário, foi visto que ela está sendo prejudicada, no serviço investigado, devido à alta rotatividade de profissionais. A continuidade refere-se à responsabilização do profissional em assumir o encargo pela vida e a morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada e nem impessoal. Com a continuidade, o profissional assume a indicação e a garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema do paciente, não cabendo à transferência burocrática para outra instância decisória ou nível de atenção (KLOETZEL, 1999).

A continuidade está sendo prejudicada pela rotatividade de profissionais do serviço pelo fato do serviço estar localizado dentro de um hospital-escola, onde muitos médicos residentes e estagiários, em processo de formação, possuem um curto período de estadia dentro da assistência. Além disso, a existência de profissionais que atuam em caráter provisório no tratamento, como os profissionais voluntários, faz com que seja instável a sua condição de permanência no serviço. Alguns estudos já apontam para o fator prejudicial que a rotatividade de profissionais produz dentro de um tratamento, pois o alto grau de rotatividade de profissionais está diretamente relacionado à baixa produção de vínculos entre o profissional e o paciente, no contexto da assistência (STANCATO; ZILLI, 2010; ANDRADE; ARTMANN, 2009). Cientes desse dado, os serviços de assistência às pessoas com anorexia nervosa e bulimia visitados pela pesquisadora em Londres e em Madri, tentam reduzir a rotatividade de profissionais ao contratarem apenas profissionais fixos para o serviço, ou ao estabelecerem um prazo mínimo de 4 anos de estadia no tratamento para os médicos residentes e os estagiários.

Tentar diminuir a rotatividade de profissionais no serviço é importante, porque esse estudo revelou que a rotatividade de profissionais pode ser altamente prejudicial ao tratamento. As participantes afirmaram que a rotatividade de profissionais afetou o trabalho

em equipe, pois não permitiu que os diálogos entre os profissionais adquirissem maturidade pelo pouco tempo em que eles permaneceram juntos. A entrada e a saída de profissionais no serviço, de forma mais frequente, fez com que eles não conseguissem adquirir conhecimentos sobre qual era o seu núcleo de competência e sobre qual era o seu campo de competência dentro da equipe. Núcleo de Competência e de Responsabilidade Profissional refere-se ao conjunto de saberes e responsabilidades específicas a cada profissional. Por Campo de Competência e de Responsabilidade Profissional entendem-se os saberes e as responsabilidades comuns, ou confluentes, a vários profissionais ou especialidades (CAMPOS, 1994). Uma equipe poderá integrar os aportes práticos e teóricos dos vários profissionais envolvidos quando os profissionais que formam a equipe compreenderem qual é o seu núcleo e o seu campo de competência. Dessa forma o trabalho interdisciplinar será constituído sem ruídos de comunicação ou confusão de papéis e funções profissionais (PEDUZZI; PALMA, 2000).

Contudo, observou-se nesse estudo que o trabalho interdisciplinar da equipe foi dificultado pela rotatividade de profissionais que causou, por exemplo, distúrbios e ruídos na comunicação entre os profissionais, e fez com que houvesse distorções nas mensagens que eram transmitidas pelos usuários à equipe. Essa falta de comunicação que existia entre alguns profissionais da equipe fez com que as pacientes sentissem-se perdidas, pois não percebiam a existência de uma equipe de referência que as apoiassem e as assistissem em suas dimensões bio-psico-sociais, por meio de ações integradas.

De acordo com a PNH, às equipes de referência devem oferecer à população um serviço de qualidade, e que abarque a integralidade dos usuários envolvidos (BRASIL, 2004b). Contudo, observa-se que isso não aconteceu no serviço em questão, pois a rotatividade de profissionais pareceu influenciar a qualidade da comunicação entre eles, o que gerou ações desencontradas e pouco integradas da equipe. Em momentos passados do tratamento investigado existiam estagiários, voluntários e médicos residentes no tratamento que representavam uma parcela de profissionais que era rotativa no serviço. No entanto, havia também profissionais que se mantinham por mais tempo no tratamento e que, devido a sua continuidade, acabavam por consolidar uma equipe de referência ao paciente.

Essa condição pareceu já não mais existir no tratamento atual, pois devido a curta permanência dos profissionais no serviço existem poucos profissionais com quem as pacientes possam se vincular e estabelecer com eles uma relação terapêutica capaz de fazê-los profissionais de referência dentro do tratamento.

Assim, observou-se que algumas medidas poderiam ser tomadas para favorecer o trabalho em equipe e aumentar a qualidade da assistência. A primeira seria diminuir a rotatividade de profissionais dentro do tratamento, para que esses profissionais pudessem desenvolver uma aliança mais fortalecida com a equipe, e com os pacientes que assistem. A outra medida seria investir na capacitação e no aprimoramento dos profissionais.

No que tange à capacitação e ao aprimoramento dos profissionais é sabido que os profissionais que lidam com pacientes com quadros psiquiátricos devem estar preparados psicologicamente para atendê-los (NUNES; JUCA; VALENTIM, 2007). Dessa forma, as participantes desse estudo também concordaram que seria importante que os profissionais realizassem psicoterapias e supervisões para se conhecerem melhor e, assim, oferecerem um tratamento ao paciente que não estivesse influenciado por suas defesas ou projeções. Além disso, uma das participantes desse estudo sugeriu que os profissionais do serviço investigado se submetessem a uma intervenção psicodramática, para desenvolverem a sua capacidade de empatia e enxergarem de forma mais ampla e compreensiva os pacientes atendidos.

Ademais, esse estudo indicou a necessidade de que todos os profissionais atuantes no serviço de assistência às pessoas com diagnóstico de TAs passassem pelo mesmo tipo de treinamento e capacitação, para adquirirem uma forma de trabalhar mais coesa e integrada. Foi visto, nesse estudo, que nos serviços londrinos e madrilenos visitados pela pesquisadora a equipe aprendeu a mesma técnica da entrevista motivacional. Dessa maneira, o treinamento de todos os profissionais da equipe com base na entrevista motivacional fez com que a equipe trabalhasse de uma forma mais integrada e que os profissionais fossem colocados no mesmo patamar de atuação, pois não havia a sobreposição de poderes dentro da equipe e todos os profissionais estavam capacitados para assistir os pacientes. Assim, a capacitação de todos os profissionais da equipe com uma mesma técnica facilitou o trabalho interdisciplinar e favoreceu a formação de uma equipe de referência.

A entrevista motivacional é uma técnica que envolve um processo gradual de escuta, reflexão para checar o entendimento do paciente e clarificação. Ela pode ser entendida como um estilo de aconselhamento diretivo e centrado no paciente, que almeja ajuda-lo a explorar e a resolver suas ambivalências sobre a mudança de comportamento (TREASURE, 2004). A entrevista motivacional é utilmente empregada no momento da entrevista inicial do paciente no tratamento, ou em momentos de resistência do paciente com relação ao tratamento.

Nesse estudo foi visto que as pacientes que adentram o tratamento pela primeira vez, muitas vezes sentiram-se temerosas, perdidas ou resistentes. A entrevista motivacional poderia ser bem aplicada nesse momento, pois por meio de sua técnica de clarificação, os

pacientes poderiam refletir sobre os prós e os contras dos TAs, e sobre o momento de início do tratamento, e perceberem a vantagem de adotarem atitudes de mudança em relação aos TAs e a vantagem de aderirem ao tratamento.

Ademais, como a entrevista motivacional não enfatiza posturas de confronto entre o profissional e o paciente, mas sim atitudes de aconselhamento, clarificação e encorajamento do paciente de que a mudança é possível, ela é uma técnica alternativa para lidar com pacientes que não aceitam atos mais firmes e coercitivos dos profissionais.

Ainda, visto que uma das reclamações predominantes que emergiu nesse estudo foi que alguns profissionais eram pouco empáticos, afetivos e não possuíam uma escuta qualificada, o treinamento deles por meio de uma técnica como a entrevista motivacional poderia trazer benefícios, pois são preceitos da técnica que o profissional que a aplica se mantenha empático, caloroso e exerça uma escuta atenta e reflexiva junto com o paciente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve o objetivo de avaliar e compreender os processos de acolhimento e de vínculo, pelo ponto de vista dos usuários de um serviço de assistência a pessoas com diagnóstico de TAs. Foi visto que as entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo Psicodrama, ampliaram a percepção de algumas participantes sobre si mesmas, sobre o seu tratamento e sobre a relação que elas possuíam com os TAs. Através das entrevistas em grupo focal, as participantes puderam perceber que, muitas vezes, assumiam o papel de “vítima” e de “culpadas”, para se esquivarem da responsabilidade do tratamento. Também, elas puderam dar-se conta das transferências e projeções que realizavam dentro do serviço, e que as impedia de enxergar as relações com os profissionais de forma mais clara e condizente com a realidade. Ainda, as entrevistas em grupo focal permitiram que as participantes desenvolvessem a sua empatia com relação aos profissionais, espontaneidade, criatividade e liberdade de expressão.

Ainda, percebeu-se que o serviço investigado apresentou algumas deficiências com relação ao Acolhimento, no que se referiu: ao acesso, à técnica, e à postura dos profissionais; e com relação ao Vínculo, no que se referiu: à relação terapêutica e à afetividade e continuidade dos profissionais.

No que tange ao acesso, foi visto que não existem muitos tratamentos multidisciplinares para as pessoas com diagnóstico de TAs, na região onde o serviço investigado está situado. Isso limitou a possibilidade de escolha dos usuários com relação ao tratamento, e esse estudo sugeriu que as políticas públicas brasileiras investissem na construção de serviços multidisciplinares para o tratamento dos TAs, para aumentar a possibilidade de acesso da população que necessita desse tipo de atendimento. Com relação ao acesso sócio organizacional, foi percebido que o serviço investigado ofereceu atividades mais voltadas ao tratamento da enfermidade em si e um padrão de assistência influenciado pelo modelo biomédico e que dificultou o oferecimento de um cuidado com alvo na integralidade do ser humano assistido. No que se refere à questão organizacional do serviço, foi visto que algumas regras, como o controle da entrada de pessoas no hospital, limitou o acesso dos usuários e dos familiares ao tratamento e, muitas vezes, essas regras fizeram com que os usuários se sentissem pouco ouvidos e compreendidos em suas necessidades. Em se tratando do conforto, da aparência e das instalações gerais do serviço, esse estudo demonstrou que esses aspectos influenciaram a qualidade da assistência. Os aspectos da arquitetura e da aparência do serviço influenciaram, por exemplo, a forma como o paciente percebeu o seu primeiro contato com o serviço, ou como percebeu a sua privacidade dentro do tratamento. Visto que as participantes consideraram o ambiente hospitalar pouco privativo, confortável,

limpo, e “caloroso”, emergiu nessa pesquisa a ideia de transferir o serviço para uma casa, e de construir uma ala de internação exclusiva para as pacientes com TAs. Essa mudança poderia trazer benefícios como: aumentar a privacidade, garantir um maior nível de contato dos pacientes com os profissionais, direcionar as atividades realizadas para o tratamento, e oferecer um ambiente mais acolhedor, estético, climatizado e confortável para os pacientes e para os seus familiares.

Esse estudo também revelou que, para as participantes, a formação dos profissionais, influenciada pelo modelo biomédico de cuidado, fez com que esses profissionais tivessem uma visão insuficiente do cuidado integral das pacientes, e estabelecessem com eles relações pouco afetivas, compreensivas e empáticas. Dessa forma, apesar de possuírem competência técnica, as participantes afirmaram que alguns profissionais não apresentaram uma postura de cuidado para com as pacientes.

Foi visto que a falta de afetividade de alguns profissionais pode prejudicar a adesão do paciente ao tratamento, principalmente no momento do primeiro contato do paciente com o serviço. Esse estudo revelou que no momento de primeiro contato do paciente com o tratamento, alguns pacientes apresentaram sentimentos como: medo, desorientação, culpa, vergonha, tristeza, angústia aflição e resistência ao tratamento. Também, apesar da escala SATIS-BR ter indicado uma avaliação positiva sobre como o paciente foi primeiramente acolhido pelo serviço, as entrevistas em grupo focal revelaram que alguns usuários se sentiram pouco ouvidos e acolhidos pelo primeiro profissional que os recebeu no serviço. Conclui-se, a partir desse dado, que o profissional que receber o paciente pela primeira vez ao tratamento deve se mostrar afetuoso, compreensivo, empático e possuir uma escuta qualificada do paciente.

A escuta qualificada do profissional deve estar presente em todos os momentos da assistência, pois esse estudo revelou que alguns usuários não se perceberam participantes das discussões que foram feitas sobre os seus tratamentos pela equipe e, muitas vezes, não obtiveram as informações que requisitaram dela. Levantou-se a hipótese de que esses usuários não foram mais participativos nas discussões e decisões que foram feitas a respeito do seu tratamento, porque alguns profissionais, ao assumirem uma posição de “detentores do saber” sobre a saúde, e sobre as práticas interventivas mais adequadas a serem empregadas aos enfermos, acabaram não escutando as demandas e as necessidades dos usuários atendidos. Sugeriu-se, pois, que o serviço investigado possuísse grupos de discussões sobre o tratamento, que envolvessem os usuários e os profissionais do serviço.

Ainda, foi observado que os profissionais que, pelas participantes dessa pesquisa, foram considerados os mais competentes foram aqueles que, em sua relação terapêutica com o usuário, uniram o saber técnico com posturas de firmeza, interesse, diálogo, afetividade, compreensão, empatia e autenticidade, e contribuíram para que o paciente fosse assistido de maneira mais integral. Assim, observou-se que o profissional competente em assistir os pacientes com diagnóstico de TAs foi aquele que equilibrou posturas mais compreensivas e afetuosas, com posturas mais firmes e diretivas, quando necessário. Alguns usuários, inclusive, defenderam que posturas profissionais mais firmes, ou até coercitivas, eram necessárias em alguns momentos, para reestabelecer a saúde do paciente e fazer com que ele seguisse o tratamento.

Viu-se que, apesar de algumas deficiências apontadas pelas participantes sobre o tratamento, ele trouxe importantes resultados às pacientes como: uma maior segurança, espontaneidade, flexibilidade, otimismo, autonomia, independência, sociabilidade e aumento da autoestima e da auto-eficácia. Levantou-se a hipótese de que esses resultados tenham sido obtidos, em parte, pela competência do terapeuta principal e pela competência técnica da equipe. A competência técnica da equipe e a assistência à dimensão biológica do usuário foi, inclusive, um dos fatores mais relevantes que fizeram com que algumas pacientes permanecessem no tratamento para serem atendidas em momentos de urgência.

Com relação ao fator da continuidade presente no Vínculo, foi visto nesse estudo que, muitas vezes, ela foi prejudicada pela rotatividade de profissionais. Assim, a rotatividade de profissionais no serviço impediu que a equipe realizasse um trabalho interdisciplinar e que os pacientes tivessem uma equipe de referência. Seria importante, devido a esse dado, que o serviço investigado tentasse diminuir a rotatividade de profissionais e contratasse profissionais fixos e remunerados e estabelecesse um período mínimo para que os médicos residentes e os estagiários permanecessem no tratamento.

As participantes desse estudo sugeriram ainda que, devido às dificuldades de alguns profissionais do serviço em estabelecerem a empatia, o diálogo e um cuidado com um olhar mais integral do paciente, seria necessário que esses profissionais realizassem capacitações e aprimoramentos, através de psicoterapias ou processos psicodramáticos. Esse estudo sugeriu também que a aplicação da entrevista motivacional poderia trazer alguns benefícios ao tratamento. Foi visto que a entrevista motivacional seria vantajosa para melhorar a forma como as pacientes são recebidas em seu primeiro contato com o tratamento, para lidar com a resistência do paciente, e para treinar os profissionais a desenvolverem um trabalho mais integrado e com base na empatia, afetuosidade e escuta qualificada.

Com base nos dados apontados acima, pode-se dizer que as entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo Psicodrama, proporcionaram recursos para as participantes refletirem mais profundamente sobre os itens avaliados na escala SATIS-BR. Essa afirmação pode explicar, inclusive, as diferenças de resultado entre a escala, que obteve resultados muito positivos a respeito do serviço e as entrevistas em grupo focal, que revelaram algumas críticas e deficiências com relação ao mesmo.

Dessa forma, esse estudo promoveu a avaliação e a reflexão profunda das participantes sobre a realidade dos seus tratamentos e as várias relações e papéis envolvidos nesse contexto. Almeja-se que os dados surgidos dessas reflexões possam conduzir a um atendimento das pessoas com anorexia nervosa e bulimia cada vez mais centrado em suas necessidades e resolutivo, tal como almeja o Acolhimento e o Vínculo no contexto de atenção à saúde.

Pode-se dizer, por fim, que os dados emersos dessa pesquisa indicaram que os serviços de assistência às pessoas com diagnóstico de TAs devem se atentar sobre os fatores de acesso, técnica, postura, afetividade, relação terapêutica e continuidade, pois eles são essenciais para a qualidade da assistência.

Destaca-se que estudos futuros relacionados a essa temática devam ser realizados, visto o limitado número de participantes presentes nessa pesquisa, e a dificuldade de participação dos usuários nos 8 encontros das entrevistas em grupo focal, conduzidas pelo Psicodrama.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N.; CANGELLI FILHO, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitiva-construtivista de psicoterapia. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, Cidade, v. 31, n. 4, p. 177-83, 2004.

AGUIAR, M. **Teatro Espontâneo e Psicodrama**. São Paulo: Agora, 1998.

AMBROSI-RANDIC, N. Perception of current and ideal body size in preschool age children. **Percept. Mot. Skills**, Cidade, v. 90, p. 885-9, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). **Am. J. Psychiatr.**, Cidade, v. 157, p. 1-39, 2000. Supplement 1.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. V. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária a saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.

ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E. Démarche estratégica em unidade materno infantil e hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 105-14, 2009.

ANTUNES, J. L. F. Por uma geografia hospitalar. **Tempo Social. Rev Social. USP**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 227-34, 1989.

APPELBAUM, P. S.; RUMPF, T. Civil commitment of the anorexic patient. **Gen. Hosp. Psychiatry**, Cidade, v. 20, n. 4, p. 225-30, 1998.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AZEVEDO, J. M. R. **O serviço de triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás**: promovendo o acolhimento e a reorganização institucional. 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escala de avaliação da Satisfação dos Usuários em Serviços de Saúde Mental: SATIS-BR. **J. Bras. Psiquiatr.**, Cidade, v. 49, n. 8, p. 293-300, 2000.

BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 124-132, 2012.

BARBA, E. **A canoa de papel**: tratado de antropologia teatral. Campinas: Hucitec, 1994.

BAILEY, N. **The healing experiences of women**: psychodrama and eating disorders. 2012. 133 f. Thesis (Doctoral) - Capella University, Minneapolis, 2012.

BECK, C. L. C.; LISBOA FILHO, F. F.; LISBOA, M. G. P.; LISBOA, R. L. Linguagem sígnica das cores na resignificação (humanização) de ambientes hospitalares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 30., 2007, Santos. **Anais...** Santos: Intercom, 2007. p. 1-11.

BELTRAM, G. S.; CAMELO, A. C. O. Hotelaria hospitalar e alguns aspectos da gestão hospitalar necessários para melhorar a qualidade no atendimento. **FCV Empresarial**, Cidade, v. 1, p. 53-72, 2007.

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.

BIGHETTI, F.; SANTOS, M. A.; RIBEIRO, R. P. P.; OLIVEIRA, E. A.; UNAMUNO, M. R. L.; SANTOS, J. E. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (Orgs.). **Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007. p. 371-4.

BLATNER, A. **Foundations of psychodrama**: history, theory and practice. 4th ed. New York: Springer, 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOGARDUS, E. S. The group interview. **J. Appl. Sociol.**, Cidade, v. 10, p. 372-82, 1926.

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. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos Humaniza SUS, 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do sUs. – Brasília : Ministério da saúde, 2009. 64 p. : il. color. – (série B. textos Básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 09 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do gerenciamento e implantação da estratégia de saúde da família**. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 09 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf>. Acesso em: 19 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS. Ambiência**. Brasília, 2004a. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnica da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.

BREWERTON, T. D. Psychological trauma and eating disorders. In: WONDERLICH, S.; MITCHELL, J.; ZWANN, M.; STEIGER, H. (Eds.). **Eating disorders review: Part 1**. Abingdon: Radcliffe, 2005. p. 137-54.

LAW SOCIETY AND BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. **Assessment of mental capacity: guidance for doctors and lawyers**. London: Law Society and British Medical Association, 1995. p. 65-6.

BRITO, V. Um convite à pesquisa: epistemologia qualitativa e psicodrama. In: MONTEIRO, A. M.; MERENGUÉ, D.; BRITO, V. **Pesquisa qualitativa e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2006. p. 13-56.

BRUCH, H. **The golden cage: the enigma of anorexia nervosa**. Cambridge: Harvard University Press, 1978.

BRUSSET, B. Les troubles du comportement alimentaire. **Observatoire de l'enfance en France**, Paris, n. 36, jan. 2001. Disponível em: <http://www.observatoirede-lenfance.org/IMG/pdf/Numero_36_-_Les_troubles_du_comportement_alimentaire.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2009.

BUBER, M. **Eu e tu**. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S.; SILVA, E. M.; MISHIMA, S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-7, 2000.

CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.122-149.

_____. **Um método de análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-70, 1998.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revoluções das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

_____. **A reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CANESQUI, A. M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPINOLA, A. W. et al. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992. p. 175-205.

CARNABUCCI, K.; CIOTOLA, L. **Healing eating disorders with psychodrama and other action methods: beyond the silence and the fury**. London: Jessica Kingsley, 2013.

CAROLO, A. L.; RIBEIRO, R. P. P. Obesidade, anorexia e bulimia. In: REIS, R. M.; JUNQUEIRA, F. R. R.; ROSA-E-SILVA, A. C. J. S. (Orgs.). **Ginecologia da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 371-394

CASTILLO, A. R. G. L.; CASTILLO, J. C. R. Transtornos da alimentação e transtorno obsessivo-compulsivo. In: BUSSE, S. R. (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri: Manole, 2004. p. 13-29.

CECÍLIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 293-319.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006. p. 115-28.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2005. p. 259-78.

CHANDLER, A. E. Efectos terapéuticos del vínculo M.P.P. en la anorexia nerviosa. **Rev. Asoc. Méd. Argent.**, v. 111, n. 4, 1998. Disponível em: <http://ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=95>. Acesso em: 22 jun. 2007.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia. O discurso competente e outras falas**. São Paulo: Moderna, 1981.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, p. 7-12, 2002. Suplemento 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462002000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2006).

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. Bras. Enferm.**, Cidade, v. 58, n. 2, p. 214-7, mar.-abr. 2005.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1999.

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.

COSTA, R. P. **Um homem a frente do seu tempo: o psicodrama de Moreno no século XXI**. São Paulo: Ágora, 2001.

COSTEIRA, E. M. A. O hospital do futuro: uma nova abordagem para projetos de ambientes de saúde. In: SANTOS, M.; BURSZTYN, J. **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora Senac, 2004. p. 76-91.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DÂMASO, R. Saúde e autonomia: para uma política da vida. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 213-31.

DAVISON, K. K.; BIRCH, L. L. Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. **Pediatrics**, Cidade, v. 107, p. 46-53, 2001.

DAYTON, T. **Trauma and addiction: ending the cycle of pain through emotional literacy**. Deerfield Beach: Health Communications, 2000.

DE AMORIM, L. J. **A necessidade do serviço humanizado na hotelaria hospitalar**. 2005. 50 f. Monografia (Curso de Pós-Graduação em Gestão em Turismo e Hospitalidade) – Faculdade de Alagoas, Sociedade de Ensino Superior, Maceió, 2005.

DEMENECK, K. A. Características da atenção primária à saúde. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 37, n. 1, p. 84-90, 2008.

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.**, Cidade, v. 11, p. 343-64, 2002.

DIETZ, W. H. Health consequences of obesity in youth: children predictors of adult disease. **Pediatrics**, Cidade, v. 101, p. 518-25, 1998.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DOYLE, J.; BRYANT-WAUGH, R. Epidemiology. In: LASK, B.; BRYANT-WAUGH, R. (Eds.). **Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence**. 2nd ed. EastSussex: Psychology Press, 2000. p. 41-61.

DUCHESNE, M.; MATTOS, P.; FONTENELLE, L. F.; VEIGA, H.; RIZO, L.; APPOLINARIO, J. C. Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Cidade, v. 26, n. 2, p. 107-17, 2004.

EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. **Cult. Med. Psychiatry.**, Cidade, v. 1, n.1, p. 9-23, Apr. 1977.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, C. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática em etassíntese. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Cidade, v. 22, n. 3, p. 447-54, 2006.

FERNANDES, E. Atalho e vinheta -uma proposta de entendimento. **Rev. Bras. Psicodrama**, v. 17, n. 1, p. 117-135, 2009.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Evaluation of counseling activities: analysis of a person-centered prevention perspective. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 121-31, 1999. Suplemento 2.

FLEURY, S. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.157-73.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FONSECA FILHO, J. S. **Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno**. São Paulo: Ágora, 1980.

FOST, N. Food for thought: dresser on anorexia. **Wis. L. Rev.**, Madison, v. 1984, n. 2, p. 375-84, 1984.

FOUCAULT, M. **Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOX, J. **O essencial de Moreno: textos sobre psicodrama, terapia de grupo e espontaneidade**. São Paulo: Ágora, 2002.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 61-70, 1998.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 181-93.

_____. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; JOSELY, R.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15 p. 345-53, 1999.

GAMA, A. S.; GOUVEIA, L. F. **SUS: Sistema Único de Saúde (Esquematizado)**. Rio de Janeiro: Ed. Ferreira, 2011.

GÓES, R. **Manual prático de arquitetura hospitalar**. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GOLDIM, J. S. **Compaixão, simpatia e empatia**. 2006. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/compaix.htm>>. Acesso em: 24 maio 2008.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; SAMPAIO, J. J. C.; ALVES, M. S. C. F. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. **Rev. APS**, Cidade, v. 14, n. 4, p. 435-46, out./dez. 2011.

GONÇALVES, C. S. G.; WOLFF, J. R.; ALMEIDA, W. C. **Lições de psicodrama: introdução ao pensamento de J. L. Moreno**. São Paulo: Ágora, 1988.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2013.

GONZALÉZ N.; PADIERNA, J. M.; ARÓSTEGUI, I.; HORCAJO, M. J. Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de alimentación. **Gac. Sanit.**, Cidade, v. 15, n. 15, p. 18-24, 2001.

GORGATI, S. B.; HOLCBERG, A. S.; OLIVEIRA, M. D. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Cidade, 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 Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 265-70, 2006.

GRILO, C. M. Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. **Curr. Psychiatry Rep.**, Cidade, v. 4, n. 1, p. 18-24, 2002.

GRISSE, T.; APPELBAUM, P. S. **Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals**. Oxford: Oxford University Press, 1998.

HATCHER, R. L.; BARENDIS, A. W. Patient's view of the alliance in psychotherapy: exploratory factor analysis of three alliance measures. **J. Couns. Clin. Psychol.**, Cidade, v. 64, n. 6, p. 1326-36, 1996. ramos

HERZOG, D. B.; NUSSBAUM, K. M.; MARMOR, A. K. Comorbidity and outcome in eating disorders. **Psychiatr. Clin. North Am.**, Cidade, v. 19, p. 843-59, 1996.

KAWASHIMA, L. T.; RUMIN, C. R. Transtornos alimentares: psicodiagnóstico como potencializador do processo terapêutico. **Omnia Saúde**, Cidade, v. 8, n. 1, p. 50-64, 2011.

- KAUFMAN, A. **Teatro pedagógico**: bastidores da iniciação científica. São Paulo: Ágora, 1992.
- KELLERMANN, P. F.; HELLER, E. C. **O Psicodrama Em Foco: e seus aspectos terapêuticos**. São Paulo: Ágora, 1998. 216 p.
- KERNBERG, O. F. Abordagem psicodinâmica das explosões emocionais dos pacientes borderline. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S. (Orgs.). **Psicoterapia de orientação analítica**: fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: ArtMed, 2005. p. 628-45.
- KIKUCHI, T. **Autocuraterapia – Transformação homeostática pelo tratamento independente**. São Paulo: Musso Publicações, 1985.
- KLEINMAN, A. **The illness narratives**: suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books, 1988.
- KLOETZEL, K. **Medicina ambulatorial**: princípios básicos. São Paulo: EPU, 1999.
- KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C; CAMPOS, V. P. G; SANTOS, R. N. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I - A satisfação do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-8, 1998.
- KRAMER, M. R. Trust and Distrust in Organizations: Emerging Perspectives, Enduring Questions. **Annual Review of Psychology**, v. 50, p. 569-598, 1999.
- 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.
- LAZZARI, J. M. W.; SCHMIDT, E. B. Percepção dos pais em relação a mudanças após o processo psicodiagnóstico. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 211-21, 2008.
- LAZARSFELD, P. F. **Qualitative analysis**: historical and critical essays. Boston: Allyn & Bacon, 1972.
- LIMA, A. F. C.; KURGANCT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 234-9, mar.-abr. 2009.
- LINVILLE, D.; BENTON, A.; STURM, M. O. K. Medical providers' screening, training and intervention practices for eating disorders. **Eat. Disord.**, Cidade, v. 18, p. 110-31, 2010.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.** São Paulo: Hucitec, 1988.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível.** Petrópolis: Vozes, 1998.

MARTINS, C. R. C.; CACCAVO, P. V. Enfermeiros e clientela com bulimia e anorexia: estudo de caso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 495-500, maio-jun. 2012.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006. p.39-64

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Cidade, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

MEIRELLES, L. Experimentações teatrais. **Revide**, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.revide.com.br/capa/experimentacoes-teatrais/>>. Acesso em: 13 de dezembro de 2012.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENEGAZZO, C. M.; TOMASINI, M. A.; ZURETTI, M. M. **Dicionário de psicodrama e sociodrama.** Tradução M. Lopes, M. Carbajal, V. Caputo. São Paulo: Ágora, 1995.

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: Hucitec, 1994. p. 117-60.

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. In: MERHY, E. E. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-50.

MILLER, W. R. **Motivational enhancement therapy with drug abusers.** Albuquerque: University of New Mexico, 1995. Mimeografado.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.** New York: Guilford, 1991.

ROLLNICK S.; MILLER, W.R. What is motivational interviewing? **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 23, p. 325-334, 1995.

MILLER, W. R.; BENEFIELD, R. G.; TONIGAN, J. S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. **J. Cons. Clin. Psychol.**, Cidade, v. 61, p. 455-61, 1993.

MILLER, W. R.; ZWEBEEN, A.; DICLEMENTE, C. C.; RYCHTARIK, R. G. **Motivational Enhancement Therapy Manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence.** Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1992.

MINAYO, M. A. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, vol.18, n.7, 2013 p. 1893-1902. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000700004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de maio de 2013.

MONTEIRO DOS SANTOS, P. C.; LUCIF, JR. N.; FERRONATO, M. A.; DUTRA DE OLIVEIRA, J. E.; DOS SANTOS, J. E. Anorexia nervosa: uma revisão clínica de 12 casos. **Revista Paulista de Medicina**, v. 104, n. 5, p. 240-6, 1986.

MONTEIRO DOS SANTOS, P. C.; LUCIF, PESSA, R. P.; DOS SANTOS, J. E. Anorexia nervosa e bulimia: aspectos psicopatológicos, demográficos, diagnósticos e clínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 35-41, 1988.

MONTEIRO, R. F. **Técnicas fundamentais do psicodrama.** São Paulo: Ágora, 1998.

MORAES NETO, A. V. Unidade funcional: um instrumento socionômico. **Rev. Bras. Psicodrama**, Cidade, v. 7, n. 1, pp. 41-48, 1999.

MORAIS, L. V. A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 381-5, jul.-set. 2006.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. Tradução A. Cabral. 16. ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

MORENO, J. L. **Psicoterapia de grupo e psicodrama**. Tradução J. C. V. Gomes. Campinas: Livro Pleno, 1999.

_____. **O teatro da espontaneidade**. Tradução M. S. Maurão Neto. São Paulo: Summus, 1984.

_____. **Fundamentos de la sociometria**. Tradução J. Garcia Souza, S. Karsz. Buenos Aires: Paidós, 1972.

MOREIRA, L. A. C.; OLIVEIRA, I. R. Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. **J. Bras. Psiquiatr.**, Cidade, v. 57, n. 3, p. 161-5, 2008.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Cidade, v. 24, p. 18-23, 2002. Suplemento 3.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research**. London: Sage, 1997. (Qualitative Research Methods Series, 16).

NAFFAH NETO, A. **Psicodrama: descolonizando o imaginário**. 2. ed. São Paulo: Plexus, 1997.

NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2103-12, set. 2007.

NERY, M. P.; COSTA, L. F.; CONCEIÇÃO, M. I. G. O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 16, p. 305-13, 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. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001000012&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)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 353-60, jul./set. 2006.

OLIVEIRA, E. P. **Diretrizes para o processo de projeto de edifícios hospitalares**. 2010. 105 f. Dissertação (Mestrado em Construção Civil) – Centro de Ciências Exatas e Tecnologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

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. p.307-319.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitalismo contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-38, 2009.

OLIVEIRA, M. S. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. **Olho Mágico**, Cidade, v. 10, n. 2, p. 37-9, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 23-5, jan. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE 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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais do que nunca**. Brasília, 2008.

PASSOS, E. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PATTON, G. C.; SELZER, R.; COFFEY, C.; CARLIN, J. B.; WOLFE, R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. **BMJ**, London, v. 318, n. 7186, p. 765-8, 1999.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. P. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. MENDES-GONÇALVES (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 234-50.

PERAZZO, S. **Fragmentos de um olhar psicodramático**. São Paulo: Ágora, 1999.

PERREAULT, M.; LEICHNER, P.; SABOURIN, S.; GENDREAU, P. Caractéristiques psychométriques de la version canadienne-française d'une échelle de satisfaction pour patients hospitalisés en psychiatrie. **Rev. Can. Psychiatr.**, Cidade, v. 37, p. 221-7, 1992.

PETRILLI, S. R. A. **Rosa-dos-ventos da teoria do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1994.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006. p. 67-114.

PIRES, D. E. P. Divisão social do trabalho. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. v. 1, p. 87-92.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução A. Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. The transtheoretical model of health behavior change. **Am. J. Health Promot.**, Cidade, v. 12, p. 38-48, 1997.

PROTAS, J. S. **Adaptação da escala de percepção de coerção em pesquisa e da escala de expressão de coerção para procedimentos assistenciais em saúde**. 2010. 66 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

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, 2003.

RAMOS, T. M. B. **Acolhimento e vínculo em um grupo de assistência a portadores de transtornos alimentares**. 2010. 228 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

RAMSAY, R.; WARD, A.; TREASURE, J.; RUSSELL, G. F. M. Compulsory treatment in anorexia nervosa: short-term benefits and long-term mortality. **Br. J. Psychiatr.**, Cidade, v. 175, p. 147-53, 1999.

RASERA, E. **Grupo como construção social: aproximações entre o construcionismo social e a terapia de grupo**. 2004. 248 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

RATHNER, G. A plea against compulsory treatment of anorexia nervosa patients. In: VANDEREYCKEN, W.; BEUMONT, P. J. **Treating eating disorders: ethical, legal and personal issues**. London: The Athlone, 1998. p. 179-215.

REDE HUMANIZA SUS: Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS. **Glossário**. [2013] Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/3#lettera>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

RENIK, O. Do divã para a sociedade. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 out. 2000. Caderno Mais!, p. 13-5.

RIBASÉS, M.; GRATACÒS, M.; FERNÁNDEZ-ARANDA, F.; BELLODI, L.; BONI, C.; ANDERLUH, M. et al. Association of BDNF with anorexia, bulimia and age of onset of weight loss in six European populations. **Hum. Mol. Genet.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 12, p. 1205-12, 2004.

RIBEIRÃO em Cena ministra workshop para atores. **Jornal a Hora Online**, 2010. Disponível em: <<http://www.jornalahoraonline.com.br/cidade/integra.php?id=7670>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

RIBEIRO, D. F. **A implementação da gestão democrática na escola pública: uma proposta interventiva grupal com pais de alunos**, 2013. Disponível em: <<http://legacy.unifacef.com.br/novo/publicacoes/IIforum/Textos%20EP/Daniela%20Fig%20Ribeiro.pdf>>. Acesso em: 25 Ago. 2012.

RIBEIRO, R. P. P.; SANTOS, M. A. Transtornos alimentares: evidências clínicas e científicas. In: ALMEIDA, S. S. et al. (Orgs.). **Psicobiologia do comportamento alimentar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. p. 175-196.

RIBEIRO, J. M.; SCHRAIBER, L. B. A autonomia e o trabalho em medicina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 190-9, 1994.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Secretaria Estadual da Saúde. **Saúde e você: linhas de cuidado**. 2003. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/515/?Linhas_de_Cuidado>. Acesso em: 06 jun. 2013.

RIVA, G.; BANOS, R.; BOTELLA, C.; GAGGIOLI, A.; WIEDERHOLD, B. K. Personal health systems for mental health: the European projects. **Stud. Health Technol. Inform.**, Cidade, v. 163, p. 496-502, 2011.

RODRIGUES, L. A. J.; KAYANO, R.; LIPPE, T. L.; SCHRAIBER, L. B. Interações com os usuários na unidade básica de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 262-275.

ROGERS, C. R. **Liberdade para aprender**. 2. ed. Belo Horizonte: Inter livros, 1973.

ROJAS-BERMÚDEZ, J. G. **Introdução ao psicodrama**. Tradução J. M. D'Alessandro. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistências no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 321-352.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. What is motivational interviewing? **Behav. Cogn. Psychother.**, Cidade, v. 23, p. 325–35, 1995.

ROSA, B. P.; SANTOS, M. A. Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: implicações para o tratamento. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 268-82, jun. 2011.

ROZENSZTEJN, R.; TREASURE, J. Transtornos da alimentação: um desafio ao profissional de saúde. **Adolesc. Latinoam.** v. 1, n. 3, p. 139-47, oct./dic. 1998. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141471301998000300003&lng=es&nrm=i>. Acesso em: 18 abr. 2013.

RUGGERI, M. Patient's and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, Cidade, v. 29, p. 212-27. 1994.

RUSSELL, G. F. M. Involuntary treatment in anorexia nervosa. **Psychiatr. Clin. North Am.**, Cidade, v. 24, n. 2, p. 337-49, 2001.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6 p. 1334-43, jun. 2008.

SAMPAIO, J. J. C. Humanização em saúde: um problema prático, uma utopia necessária. In: FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Curso de extensão universitária. Fortaleza Humaniza SUS: caderno de textos**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2005. cap. 1, p. 7-17.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 386-401, jul./ set. 2006.

SANTOS, M. A.; SILVA, L. M.; OLIVEIRA, E. A.; RIBEIRO, R. P. P.; SANTOS, J. E. Psicoterapia de apoio como estratégia auxiliar de atendimento a pacientes com anorexia nervosa. In: SANTOS, M. A.; SIMON, C. P.; MELO-SILVA, L. L. (Orgs.). **Formação em psicologia: processos clínicos**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 333-347.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev. Bras. Enferm.**, Cidade, v. 48, n. 2, p. 109-19, 1995.

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. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, n. 3, p. 68-73, 2002.

SCAFFI, N. Oficina de transtornos alimentares. (Pasta clínica-saúde). In: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE PSICODRAMA. **Psicodrama: sua aplicabilidade**. 2011. Disponível em: <<http://www.febrap.org.br/psicodrama/Default.aspx?idm=83>>. Acesso em: 08 maio 2013.

SCHACHTER, S. Recidivism and self-cure of smoking and obesity. **Am. Psychol.**, Cidade, v. 37, p. 436-44, 1982.

SCHMIDT, U. H.; TREASURE, J. L. **Clinician's guide to getting better bit(e) by bit(e)**. Hove: Psychology Press, 1997.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989.

_____. **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHWARTZ, M.; GALPERIN, L.; GLEISER, K. A. **Attachment as a mediator of eating disorder: implications for treatment**. 2011. Disponível em: <http://www.castlewoodtc.com/wp-content/uploads/2011/07/attachment_as_a_mediator.pdf>. Acesso em: 16 set. 2012.

STANCATO, K.; ZILLI, P.T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. adm. Saúde**. v.12, n. 47, p. 87-99, abr.-jun, 2010.

SILVA, A. L. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 195-241.

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)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 415-24, jul./set. 2006.

SOUTH LONDON AND MAUDSLEY: NHS FOUNDATION TRUST. **Eating disorders service: inpatient unit**. London: Crucial Color, 2010.

SOUTH LONDON AND MAUDSLEY: NHS FOUNDATION TRUST. **Eating Disorders Service: Outpatient and day care service**. London: Crucial Color, 2011.

SOUZA, E. L. P. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. **Bol. Soc. Psicol. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 3, n. 7, p. 5-16, 1968.

STANCATO, K.; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Adm. Saúde**, Cidade, v. 12, n. 47, p. 87-99, abr.-jun. 2010.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B.; LEMKE, K. W.; BERNHARDT, T.; FOLDES, S. S.; FORREST, C. B.; WEINER, J. P. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. **Ann. Fam. Med.**, Cidade, v. 1, p. 8-14, 2003.

STICE, E.; SCHUPAK-NEUBERG, E.; SHAW, H. E.; STEIN, R. I. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. **J. Abnorm. Psychol.**, Cidade, v. 103, n. 4, p. 836-40, 1994.

TAN, J. O. A.; JONES, D. P. H. Children's consent. **Curr. Opin. Psychiatry**, Cidade, v. 14, n. 1, p. 303-7, 2001.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

TEIXEIRA, R. R. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público**. 2004. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

_____. Informação e comunicação em saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 251-61.

TIBA, I. **Puberdade e adolescência: desenvolvimento biopsicossocial**. São Paulo: Ágora, 1986.

TOMAZ, R.; ZANINI, D. S. Personalidade e Coping em Pacientes com Transtornos Alimentares e Obesidade. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 3, p. 447-454, 2009.

TOUYZ, S.; THORNTON, C.; RIEGER, E.; GEORGE, L.; BEUMONT, P. The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry**, Cidade, v. 12, p. 65-71, 2003. Supplement 1.

TRANSTORNOS alimentares são debatidos em congresso: especialistas discutirão desvios de comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo ou à obesidade, entre outros problemas físicos. **Scientific American Brasil**, São Paulo, 08 jun. 2009. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/sciam/noticias/transtornos_alimentares_sao_debatidos_em_congresso_2.html>. Acesso em: 7 maio 2010.

TREASURE, J. Motivational interviewing. **Adv. Psychiatr. Treat.**, Cidade, v. 10, p. 331-7, 2004.

TREASURE, J. L.; WARD, A. A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. **Eur. Eat. Disord. Rev.**, Hoboken, v. 5, n. 2, p. 102-14, 1997.

TURNER, B. S. **El cuerpo y la sociedad, exploracion esen teoria social**. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.

VALLERAND, R. J. Vers une méthodologie de validation trans-cultural le de question naires psychologiques: implications pour la recher ché en langue française. **Psychol. Can.**, Cidade, v. 30, p. 662-80, 1989.

VANDERLINDEN, J. The therapeutic alliance in the treatment of eating disorders: can it make a difference? In: LONDON INTERNATIONAL EATING DISORDERS CONFERENCE: EATING DISORDERS 2011: A THREE-DAY PRACTICAL CONFERENCE E EXHIBITION, 10., 2011, London. **Abstract....** London, 2011. p. ?

VAUGHN, S.; SCHUMM, J. S.; SINAGUB, J. M. **Focus groups interviews in education and psychology**. London: Sage, 1996.

VITOUSEK, K. Accuracy, empathy and alliance in the treatment of eating disorders: a clinical perspective. In: LONDON INTERNATIONAL EATING DISORDERS CONFERENCE: EATING DISORDERS 2011: A THREE-DAY PRACTICAL CONFERENCE E EXHIBITION, 10., 2011, London. **Abstract....** London, 2011. Disponível em: <http://www.mahealthcarevents.co.uk/cgi-bin/go.pl/conferences/past/index.html?conference_uid=139>. Acesso em 28 de agosto de 2012.

VITOUSEK, K.; WATSON, S.; WILSON, G. T. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. **Clin. Psychol. Rev.**, Cidade, v. 18, n. 4, p. 391-420, 1998.

WALTERS, B. H.; ADAMS, S. A.; NIEBOER, A. P.; BAL, R. Disease management projects and the chronic care model in action: baseline qualitative research. **BMC Health Serv. Res.**, Cidade, v. 12, p. 114, 2012.

WARREN, C. S.; SCHAFER, K. J.; CROWLEY, M. E.; OLIVARDIA, R. A qualitative analysis of job burnout in eating disorder treatment providers. **Eat. Disord.**, Cidade, v. 20, n. 3, p. 175-95, 2012.

WELCH, S. L.; DOLL, H. A.; FAIRBURN, C. G. Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. **Psychol. Med.**, Cidade, v. 27, n. 3, p. 515-22, 1997.

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, 290 f.

WILLIAMS, A. **The passionate technique**: strategic psychodrama with individuals, families, and groups. London: Routledge, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO-SATIS Consumer's and caregiver's satisfaction with Mental Health Services**: a multisite study. Geneva: WHO, 1996.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹

Eu me chamo Tatiane Mitleton Borges Ramos, sou aluna do curso de Doutorado 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 que fazem parte do GRATA-HCFMRP-USP compreendem o modo como o serviço recebe e atende os usuários, e como compreendem 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 GRATA-HCFMRP-USP no sentido dele poder oferecer uma assistência ainda melhor. Para a realização da pesquisa, serão realizados encontros grupais com usuários que realizam tratamento no GRATA-HCFMRP-USP. Nesses grupos, através da abordagem psicodramática que se utiliza de técnicas de teatro e psicologia, os participantes irão dialogar sobre o modo como o GRATA-HCFMRP-USP recebe os usuários, e como é a relação entre profissional e usuário. Os participantes também poderão fazer encenações sobre o relacionamento entre profissional e usuário e sobre o modo como o serviço recebe o usuário. Serão doze encontros grupais, totalizando um período de três meses, que ocorrerão uma vez por semana. Os grupos terão em torno de noventa minutos e serão realizados em uma sala da EERP - USP que guarda boas condições de espaço, iluminação, temperatura, privacidade e proximidade com o Hospital das Clínicas – *campus* USP. Também será aplicado um questionário com duração média de 20 minutos para que os usuários avaliem a sua relação com cada profissional que atua no GRATA-HCFMRP-USP. E um questionário com duração média de 20 minutos para que os usuários avaliem a sua satisfação com o serviço. Pediremos permissão do Senhor (a) para que os grupos sejam áudio gravados e filmados. Caso não concorde, os grupos não serão gravados e nem filmados. O motivo de estar gravando e filmando é para não se perder nada do que for dito ou encenado. 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. Os dados obtidos nas entrevistas em grupo focal via teoria psicodramática e no questionário 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-HCFMRP-USP 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-HCFMRP-USP. Caso haja algum desconforto emocional despertado pela dinâmica do grupo, atendimentos psicológicos serão oferecidos. Caso haja despesas com o transporte além dos dias de consulta, esse valor será ressarcido aos participantes. 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. A coleta de dados deverá acontecer de janeiro de 2012 a julho de 2012, quando encerro meu período de estudo com o(a) Senhor(a). Diante do exposto, estou

¹TCLE versão 2.0 de 28/07/2011

ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia desse termo, para contato, se for necessário.

Gravação dos grupos: () autorizo () não autorizo

Filmagem dos grupos: () autorizo () não autorizo

Nome do participante:.....

Assinatura do participante:.....

RG:.....

Nome do responsável legal:.....

Assinatura do responsável pelo participante menor de 18 anos:.....

RG:.....

Assentimento: Eu fui convidado a participar do projeto de pesquisa “Acolhimento e vínculo em um grupo de assistência a portadores de transtornos alimentares: uma abordagem sociodramática”, que tem por objetivos compreender o modo como o GRATA-HCFMRP-USP recebe e atende os usuários, e como é o relacionamento entre os profissionais e os pacientes deste serviço de assistência, li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo em participar.

Assinatura do participante:.....

Assinatura do pesquisador responsável: _____CRP: _____ .

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__.

ANEXO

ANEXO A

PROTOCOLO DE CASO NOVO – GRATA NUTRIÇÃO

Nome: _____
Data: _____ **Data nascimento:** _____ **idade:** _____
Registro: _____
Endereço: _____ **n°:** _____
Bairro: _____ **Cidade:** _____ **Tel:** _____
Acompanhante/responsável: _____

Histórico do Peso

Peso Atual: _____ kg
 Perda de peso: _____ kg em _____ meses (de _____ kg para _____ kg)
 Ganho de peso: _____ kg em _____ meses (de _____ kg para _____ kg)
 Peso mínimo para altura: _____ kg
 Peso máximo para altura: _____ kg
 IMC: _____ kg/m²
 Percentil: _____

Dados Antropométricos

Dobras cutâneas: PCT: _____ mm / PCB: _____ mm / PCSI: _____ mm / PCSE: _____ mm
 Total: _____ mm / Gordura corpórea: _____ %
 CB: _____ cm / CMB: _____ cm / CMB: _____ %

Histórico da doença: _____

Imagem e satisfação corporal: _____

Constituição familiar: _____

Crises de compulsão alimentar:

Quantidade por dia: _____ Quantidade por semana: _____
 Duração por episódio: _____
 Alimentos preferidos: _____

Calorias aproximadas por crise: _____ kcal

Suplementos nutricionais:

Tipo/Marca: _____ Quantidade: _____

Frequência de uso: _____ Duração do uso: _____

Laxativos:

Tipo/Marca: _____ Quantidade: _____

Frequência de uso: _____ Duração do uso: _____

Diuréticos:

Tipo/Marca: _____ Quantidade: _____

Frequência de uso: _____ Duração do uso: _____

Transito Intestinal:

Frequência: _____ Consistência: _____

Ingestão hídrica:

Quantidade diária: _____

Histórico da menstruação:

Idade da menarca: _____ Está em amenorreia? Não () Sim ()

Há quanto tempo? _____

Data da última menstruação: _____

Exercícios:

Tipo: _____

Tempo diário: _____

Frequência na semana: _____

Propósito do exercício: _____

Aplicação do EAT-26: ____ pontos

Aplicação da escala da Figura de Silhuetas:

Qual a figura que melhor representa seu corpo hoje? Figura n. _____ IMC= _____

Qual a figura que melhor representa o corpo que você gostaria de ter?

Figura n. _____ IMC= _____

Diagnóstico do TA: _____**Diagnóstico Nutricional:** _____**Conduta Nutricional:** _____

**ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA DO PSICÓLOGO
PARA CASO NOVO (PACIENTES)**

10. Você atualmente vive e mora com: () pais () irmãos () parentes () só
() filhos () cônjuge () amigos () outro

11. Religião atual: () católica () evangélica () protestante () espírita
() judaica () muçulmana () outra: _____ () sem religião

Praticante? () sim () não

Freqüenta qual igreja? _____

12. Cor: () branca () preta () amarela () parda () indígena

II. Motivo da consulta:

1. Qual o motivo da sua procura pelo serviço?

2. Desde quando você nota que está com esse problema?

3. Em que situações você percebe essa dificuldade? (momentos do dia, situações específicas, na presença de alguém, em determinada época, etc.)

4. Você sente que está diferente do modo como você era antes ou geralmente é?

() Não () Sim. Diferente como?

5. Você está se sentindo melhor agora ou seu problema está numa fase mais difícil? Em que aspectos? Por quê?

6. O que você considera que sejam as possíveis “causas” dessa problemática? A que você atribui essas dificuldades? (Investigar fatores pessoais, familiares, sociais e ambientais que possam estar relacionados ao aparecimento e evolução dos sintomas)

7. De modo geral, como as pessoas reagem às suas dificuldades? _____

Família apoia o paciente ()

Não apoia ()

É indiferente ()

Não tem conhecimento ()

III. Outras queixas

Além do transtorno alimentar, há mais alguma coisa que esteja preocupando você no momento?

() Não () Sim

O quê? _____

IV. Risco de suicídio

1. Devido a essas dificuldades ou problemas, ou por qualquer outro motivo, você alguma vez teve vontade de morrer ou pensou em se matar?

() Não () Sim

(Caso o sujeito responda negativamente à questão 1, não prosseguir com as demais questões)

2. Quantas vezes? Com que frequência? _____

3. Porque motivo? _____

4. De que forma? _____

5. Quando isso ocorreu? _____

6. Como lidou com essas idéias (pensamentos)? _____

7. Como estão essas idéias atualmente? (Atualmente você tem pensando em se matar?)

(Quando a pessoa referir tentativa de suicídio atual na questão 1, investigar a respeito das idéias e posteriormente da tentativa)

() Não () Sim () Tentou suicídio

Se sim:

8. Quantas vezes? _____

9. Por qual motivo? _____

10. De que forma? _____

11. Você necessitou de internação psiquiátrica? () Não () Sim. Onde? _____

Por quanto tempo? _____

V. Tratamento ambulatorial

1. Você já fez (ou faz) algum atendimento com psicólogo, psiquiatra e/ou neurologista?
 Não Sim

(Caso o sujeito responda positivamente, prosseguir com as demais questões desse item).

2. Especificar que tipo de profissional (ou profissionais) _____
 Telefone de contato deste(s) profissional(is): _____

3. Por que motivo? _____

4. Que idade você tinha quando procurou essa ajuda pela primeira vez? _____

5. Por quanto tempo esteve em atendimento? _____
 Onde? _____

6. Você tomou medicação nesse período? Não Sim
 Quais medicamentos? _____

7. Você ainda faz algum acompanhamento? Não Sim
 De que tipo? _____

8. Qual o resultado, na sua opinião, desse atendimento? _____

VI. História familiar

1. Como era e como está atualmente o seu relacionamento com seus pais (ou substitutos)? _____

2. E irmãos? _____

(Para quem tem filhos)

3. Em sua relação com os filhos, tem ocorrido com frequência:
 atrito com os mesmos dificuldade de impor sua autoridade
 sentiu dificuldades ao se tornar mãe/pai houve morte de algum filho
 filho doente adoção outro _____

4. Houve algum falecimento dentro da sua família nuclear? (Parente próximo)

| Grau de parentesco | Idade* | Estado civil | Escolaridade | Profissão | Causa da morte | Data do óbito (quanto tempo) |
|--------------------|--------|--------------|--------------|-----------|----------------|------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

* Por ocasião do óbito

5. Antecedentes patológicos familiares:

Há casos de pessoas em sua família ou na família de seu pai ou mãe que têm ou já tiveram problemas nervosos ou mentais? E outro tipo de doenças (convulsões, epilepsia, toxicomanias, desvios sociais ou sexuais)? _____

VI. História pessoal

1. Infância/adolescência (crescimento e desenvolvimento: físico, motor, linguagem. Fatos marcantes)

VII. Socialização

1. Você acha que tem facilidade para fazer amizades? (investigar nas diferentes etapas do desenvolvimento) _____

2. Você tem tido problemas ou relacionamento discordante com pessoas do seu convívio? ____

VIII. Trabalho

1. Ocupação principal atual: _____

2. Você está satisfeito com o tipo de trabalho que realiza? Perspectivas _____

IX. Vida sexual

1. Você tem namorado (a)? _____

2. Como você descreveria essas relações? _____

X. Uso de substâncias psicoativas

1. Você fuma? () Não () Sim

Se sim:

2. Quanto por dia? ____ cigarros/ ____ maços

3. Com que idade começou a fumar? ____ anos

4. Alguma vez um médico lhe disse que você havia desenvolvido complicações físicas devido ao hábito de fumar? () Não () Sim. De que tipo? _____

() enfisema pulmonar () bronquite () pneumonia () outra

5. Já deixou de fumar por um período de tempo? () Não () Sim

Quanto tempo? _____

2. Você toma ou já tomou bebidas alcoólicas? () Não () Sim**Se sim:**

6. Com que frequência? _____

() todos os dias () alguns dias da semana () nos finais de semana () só em festas
() raramente

7. O quanto você bebe a cada vez? _____

() dose(s) () copo(s) () garrafa(s)

8. Há quanto tempo você bebe? _____

9. Você já chegou a ficar embriagado? () Não () Sim

Se sim:

10. Com que frequência? _____ Quando isso ocorreu? _____

11. Por causa da bebida você já teve problemas? Quais? _____

3. Você faz, ou já fez, uso de drogas? () Não () Sim**Se sim:**

12. Há quanto tempo faz uso? _____

13. Com que frequência? _____

() todos os dias () alguns dias da semana () nos finais de semana () só em festas ()
raramente

14. De que tipo? _____

15. Quantas vezes? _____

16. Você ainda faz uso, ainda que esporádico de algum tipo de droga? _____

17. Você já teve algum tipo de problema relativo ao uso de drogas? _____

XI. Sobre o serviço1. Como você ficou sabendo da existência deste serviço?

2. Que tipo de ajuda você espera receber aqui? _____

ANEXO C – CONTRATO DE ADESÃO AO TRATAMENTO



Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

O Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (**GRATA**) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP é um serviço especializado para o tratamento da anorexia e bulimia nervosa. Oferecemos a cada paciente e familiar um plano de atendimento individualizado, pensado por toda equipe interdisciplinar, como estratégia para o alcance da melhora biopsicossocial das pessoas atendidas, ou seja, uma melhor qualidade de vida.

Considerando que a participação da família é fundamental para o bom prognóstico da doença, os pais, irmãos e outros acompanhantes também recebem atendimento em nosso serviço. A participação dos pais, ou outro familiar, será sempre obrigatória.

Esse plano de atendimento pode ser reescrito e modificado ao longo do tratamento pela equipe de profissionais, de acordo com as necessidades do paciente em cada fase de seu atendimento.

A equipe interdisciplinar é formada por médicos nutrólogos, médicos psiquiatras, nutricionistas e psicólogos. Por estar sediado em um hospital universitário, pode haver rotatividade dos profissionais, por mais que seja planejado o atendimento fixo.

A maioria das atividades acontecerá às sextas feiras, no Ambulatório Multidisciplinar de Transtornos Alimentares (MTA), no segundo andar, balcão 4 (quatro), cor rosa, a partir das 12 horas, com as sessões do grupo de orientação nutricional e depois, de apoio psicológico. Somente após o término desses dois grupos, às 15h, é que os pacientes serão atendidos no

ambulatório. O atendimento será priorizado de acordo com a presença dos pacientes nos grupos, no entanto, como são realizadas várias consultas, a equipe procederá com a chamada de forma a agilizar o atendimento. O término dos atendimentos está previsto para as 18 horas. Os agendamentos das consultas serão em data(s) previamente combinada(s) entre o paciente e a equipe.

Os atendimentos com a nutricionista e o médico nutrólogo serão necessariamente realizados pelos profissionais vinculados ao GRATA. Os demais seguimentos (com psiquiatra e psicólogo) poderão ser realizados em outro serviço, a depender da facilidade e adequação dos mesmos.

O paciente será atendido, primeiramente, pelo psiquiatra do GRATA para avaliação, e depois, pelo médico nutrólogo e nutricionista. Após essas consultas, será discutido, na reunião de equipe, sobre a manutenção do atendimento psiquiátrico no GRATA ou se o paciente será encaminhado para ser acompanhado por outro profissional ou serviço. Nesse caso, haverá o contato entre a equipe e este profissional. Esta decisão será feita caso a caso, devido às particularidades e necessidades de cada paciente.

Quanto ao atendimento psicoterápico, se o paciente já estiver em seguimento com outro profissional que não seja do GRATA, a equipe precisará do telefone de contato do mesmo, para poder contatá-lo quando necessário. Caso paciente/familiar for realizar atendimento psicoterápico individual com um psicólogo do GRATA, dia e horários serão combinados entre as partes, em algum outro dia que não sexta-feira, no horário do ambulatório.

Para nós, seguir o plano de atendimento definido pela equipe e aceito pelo paciente e família é fundamental para a qualidade do tratamento e resultados satisfatórios. Portanto, é fundamental que o paciente se comprometa com seu tratamento incluindo a participação da família. Assim:

Faltas: Caso o paciente não possa comparecer no dia e horário estabelecidos, em qualquer um dos atendimentos assinalados em seu plano de atendimento, é preciso apresentar uma justificativa comprovada. O paciente deve estar ciente de que após **três** faltas consecutivas, ou **cinco** faltas alternadas, sem que as mesmas sejam justificadas de forma comprovada, será desligado do serviço. O mesmo se aplicará ao paciente, caso seja definida a participação da família ou representante (s) familiar (es) no plano de atendimento, e não for seguido o sistema de justificativa de faltas acima apresentado.

Como o contato da equipe com paciente será preferencialmente por correio ou telefone, solicita-se que o paciente mantenha o endereço sempre atualizado.

O contato com a equipe, quando necessário, pode ser feito por meio do número (16) 3602-2324, entre 15h e 17h, às sextas-feiras, durante o funcionamento do Ambulatório MTA. Em outros dias da semana, favor entrar em contato com o médico residente na Unidade Metabólica, no quinto andar, pelo do número (16) 3602-2559.

Pelo fato do GRATA pertencer ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, um hospital escola, existe a preocupação e o comprometimento dentro deste serviço em realizar pesquisas. Essas visam produzir conhecimentos sobre a doença que trarão, conseqüentemente, o aprimoramento do serviço, dos atendimentos e melhor qualidade no tratamento dos pacientes.

O atendimento ambulatorial do GRATA entra em recesso duas vezes por ano, normalmente em julho (por 15 dias), e no final do anos, nos meses de dezembro/janeiro (recesso de Natal e Ano Novo e primeira quinzena de janeiro).

Finalmente, caso paciente ou familiar tenha qualquer dúvida sobre o tratamento ou o plano de atendimento, por favor, não hesitem em nos procurar.

Atenciosamente,

PLANO DE ATENDIMENTO

Atendimento com médico nutrólogo

Atendimento com psiquiatra

Atendimento com nutricionista

Apoio psicológico

Grupo de orientação nutricional aos pacientes

Grupo de apoio psicológico aos pacientes

Grupo de apoio psicológico aos pais ou representante (s) familiar (es)

Grupo de orientação médico nutricional aos pais ou representante (s) familiar (es)

Psicoterapia individual para paciente

Psicoterapia individual aos pais ou representante (s) familiar (es)

Nome do(a) paciente: _____

Assinatura do(a) paciente: _____

Nome do familiar responsável: _____

Assinatura do familiar responsável: _____

**ANEXO D – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO
DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL
(SATIS-BR)**

NOME DO USUÁRIO: _____

Bandeira, M.; Pitta, AMF; Mercier, C (2000). Escala de avaliação da Satisfação dos Usuários em Serviços de Saúde Mental: SATIS-BR. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 49 (8): 293-300.

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado por Tatiane Mitleton Borges Ramos.

O objetivo principal deste questionário é conhecer a experiência das pessoas com serviços de saúde mental, com a perspectiva de estar melhorando-os posteriormente.

Este questionário foi adaptado e validado à partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, pelo Centro de Montreal Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ, como parte de uma pesquisa multicêntrica coordenada pela Organização Mundial de Saúde. A permissão de utilizar este questionário foi concedida por Dr. J.M. Bertolote da Unidade de Luta contra as Doenças Mentais da Divisão de Saúde Mental da OMS.

Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido, se assim você desejar).

Nós lhe agradecemos pelo tempo que você está gastando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

NOME DO SERVIÇO: _____

TIPO DE SERVIÇO: _____

UNIDADE DE TRATAMENTO (se aplicável): _____

DATA |_|_|_|_|_|_|_| CÓDIGO |_|_|_|_|_|_|_|

Primeiro, nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o serviço. Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta.

Não há respostas certas ou erradas. Queira responder de acordo com sua opinião pessoal.

1. Quem encaminhou você a este serviço/ estabelecimento/ instituição, etc...

Minha própria decisão

Uma pessoa da família

Um amigo

Um médico /terapeuta

Um serviço de referência

A polícia

Um ordem judicial

Outro (especificar) _____

Não sei.

Nota ao Entrevistador: se foi uma ordem judicial, indicar quem a pediu

2. Que tipo de transporte você usou para chegar a este serviço?

Transporte próprio

Transporte da família

Transporte de amigos

Transporte público

Caminhada

Outro

(especificar) _____

3. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa até o serviço?

0-15 min.

16-30 min.

31-45 min.

46-60 min.

mais que 60 min.

4. Até que ponto é fácil para você chegar ao serviço?

Muito difícil

Difícil

Mais ou menos

Fácil

Muito fácil

5. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

Nunca me senti respeitado

Geralmente não me senti respeitado

Mais ou menos

Geralmente me senti respeitado

Sempre me senti respeitado

6. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no serviço, você sentiu que ele/a ouviu você?

Não me ouviu de forma alguma

Não me ouviu bastante

Mais ou menos

Me ouviu bastante

Me ouviu muito

7. O que você pensava ser o seu problema quando você foi admitido no serviço?

Marcar apenas uma resposta

Um problema físico de saúde

Um problema psicológico

Um problema familiar

Um problema social

Um problema financeiro

Um problema no trabalho

Não sei

Outro

(especificar)_____

8. Até que ponto a pessoa que admitiu você no serviço pareceu compreender o seu problema?

Não me compreendeu de forma alguma

Não me compreendeu muito

Mais ou menos

Me compreendeu bem

Me compreendeu muito bem

9. Em geral, como você acha que a equipe do serviço compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

Não me compreendeu de forma alguma

Não me compreendeu muito

Mais ou menos

Me compreendeu bem

Me compreendeu muito

9a. Trata-se de sua primeira admissão a este serviço?

Sim

Não

9b. Há quanto tempo você frequenta este serviço?

meses ou menos

de 7 à 12 meses

de 1 à 2 anos

mais de 5 anos

10. Até que ponto os serviços que você recebeu no serviço satisfazem suas necessidades?

Muito insatisfatórios

Insatisfatórios

Mais ou menos

Satisfatórios

Muito satisfatórios

11. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo serviço?

Parece que eles pioraram as coisas

Não obtive nenhuma ajuda

Não obtive muita ajuda

Senti que obtive alguma ajuda

Senti que obtive muita ajuda

12. Os serviços que você recebeu o ajudam a lidar mais eficazmente com seus problemas?

Não, eles parecem piorar as coisas

Não, eles não ajudam muito

Mais ou menos

Sim, eles me ajudam um pouco

Sim, eles me ajudam muito

13. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe quando você pediu por elas?

Muito frequentemente

Frequentemente

Mais ou menos

Raramente

Nunca

Eu nunca pedi

13.1. Se você teve alguma dificuldade, de que tipo foi?

.....

.....

.....

.....

.....

14. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no serviço?

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Indiferente

Satisfeito

Muito satisfeito

15. Você obteve no serviço o tipo de serviço (tratamento) que você achava que precisava?

De forma alguma

Não muito

Mais ou menos

Em geral, sim

Sim, com certeza

16. Você considerou que a equipe do serviço estava lhe ajudando?

Nunca

Raramente

Mais ou menos

Frequentemente

Sempre

17. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do serviço?

Nada amigável

Pouco amigável

Mais ou menos

Amigável

Muito amigável

18. Porque você escolheu o serviço?

(Pode-se marcar mais de um item)

No passado eu já estive lá

O serviço foi fortemente recomendado por alguém

Eu conhecia alguém que estava em tratamento lá

Eu confiei na recomendação da pessoa/instituição que me referiu este serviço

A localização é muito conveniente

Estava dentro de minhas possibilidades financeiras

Eu não tive outra escolha

Outro

(especificar) _____

19. Você está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos no seu tratamento?

Totalmente desfavorável

Desfavorável

Indiferente

Favorável

Muito favorável

20. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do serviço?

Muito incompetente

Incompetente

Mais ou menos

Competente

Muito competente

21. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?

Muito incompetente

Incompetente

Mais ou menos

Competente

Muito competente

22. O que você acha de participar do processo de avaliação das atividades deste serviço?

Em total desacordo

Em desacordo

Indiferente

De acordo

Totalmente de acordo

23. Como você classificaria a qualidade do serviço que você recebeu no serviço?

Péssima
Ruim
Regular
Boa
Excelente

24. Qual é o seu grau de satisfação com relação à quantidade de ajuda que você recebeu no serviço?

Muito insatisfeito
Insatisfeito
Indiferente
Satisfeito
Muito satisfeito

25. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do serviço?

Muito insatisfeito
Insatisfeito
Indiferente
Satisfeito
Muito satisfeito

26. Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?

Péssimas
Ruins
Regulares
Boas
Excelentes

27. Se você precisar de ajuda novamente, você voltaria ao serviço?

Não, certamente que não

Não, acho que não

Indiferente

Sim, acho que sim

Sim, com certeza

28. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de ajuda, você recomendaria a ele ou ela o serviço?

Não, certamente que não

Não, acho que não

Indiferente

Sim, acho que sim

Sim, com certeza

28.1. Por quê?

.....

.....

.....

.....

.....

29. De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços que você recebeu?

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Indiferente

Satisfeito

Muito satisfeito

30. De que você mais gostou no serviço?

.....

.....

.....

.....

.....

31. De que você menos gostou no serviço?

.....

.....

.....

.....

.....

32. Na sua opinião, o serviço no serviço poderia ser melhorado?

Sim

Não

Não sei

32.1. Se sim, de que maneira?

.....

.....

.....

.....

.....

Para terminar, vamos fazer algumas perguntas de informação geral

33. Que idade você tem? |__|__|

34. Sexo:

Masculino

Feminino

35. Qual é o seu atual estado civil?

Solteiro

Casado ou vive c/ companheiro

Separado

Divorciado

Viúvo

Outro

(especificar) _____

36. Qual o mais alto grau de escolaridade que você concluiu?

Sem escolaridade

Escola elementar (1º grau)

Escola secundária (2º grau)

Curso técnico

Universidade

Pós-graduação

Outro

(especificar) _____

37. Se você atualmente está trabalhando, explique que tipo de trabalho você faz?

Jornada integral remunerada

Jornada parcial remunerada

Jornada integral não-remunerada

Jornada parcial não-remunerada

Não trabalha

Outro

(especificar) _____

38. Explique que tipo de moradia você tem atualmente (casa, apartamento, alugada, própria...):

Casa/apartamento próprio

Casa/apartamento alugado por você mesmo

Casa dos pais ou outros familiares

Casa de amigos

Abrigo de emergência

Hospital ou instituição

Pensão (alimentação e moradia)

Rua

Outro

(Especificar)_____

39. Com quem você vive atualmente?

Sozinho

Cônjuge

Com filho/a

Outros membros da família

Amigo(s), fora do ambiente institucional

Amigo(s), dentro do ambiente institucional

Mãe, Pai

Outro

(especificar)_____

Fone:

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!

**ANEXO E – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA
E DO TCLE PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
HCRP-FMRP-USP**



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br



Ribeirão Preto, 23 de junho de 2010

Ofício nº 1979/2010
CEP/MGV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“ACOLHIMENTO E VÍNCULO EM UM GRUPO DE ASSISTÊNCIA A PORTADORES DE TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA ABORDAGEM SOCIODRAMÁTICA”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 310ª Reunião Ordinária realizada em 21/06/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 6913/2010.

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

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP