

AVALIAÇÃO CRÍTICA DA RELAÇÃO PACIENTE/PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO¹

Maria Edna de Almeida SGAVIOLI²

RESUMO

Analisou-se criticamente a visão do obeso e do nutricionista e a consulta dietoterápica em um hospital de ensino como parte de um estudo mais amplo que envolve avaliação quantitativa e qualitativa desse tratamento. Foram entrevistados quarenta pacientes, dois nutricionistas e quatro estagiários e acompanhadas quarenta consultas dietoterápicas. Concluiu-se que a consulta dietoterápica não cumpre seu papel basicamente porque os métodos utilizados na relação paciente/profissional são inadequados para o tipo de clientela atendida.

Termos de indexação: educação do paciente, saúde, paciente, obesidade, dietoterapia.

(1) Trabalho elaborado a partir da dissertação de mestrado em Nutrição Humana defendida e aprovada em 21-8-90, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

(2) Nutricionista, Professora Assistente da disciplina Educação Nutricional, da Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO), Rua Dr. Xavier Signaud, 290, 3º andar, 22290-180 Rio de Janeiro, RJ.

ABSTRACT

CRITICAL ANALYSIS OF PATIENT/PROFESSIONAL RELATIONSHIP IN A UNIVERSITY HOSPITAL

This paper analyses critically the point of view of the patient and the dietitian, as well as the dietotherapeutic interview in a University Hospital, as part of a wider study that comprises both the qualitative and the quantitative evaluation of such treatment. The study surveyed forty patients, two dietitians and four students, and forty dietotherapeutic interviews were attended. Finally, about the dietotherapeutic interview, it must be said that it doesn't accomplish its functions, fundamentally because the methods utilized in the relationship between patient and professional are inadequate for the kind of people attended.

Index terms: patient education, health, patient, obesity, diet therapy.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho faz parte de um projeto amplo, que engloba uma avaliação quantitativa (custo/benefício) do tratamento e uma avaliação qualitativa do discurso do paciente, do profissional e da interação profissional/paciente durante a consulta (SGAVIOLI, 1990).

A avaliação quantitativa fornece dados prontos e seguros, no entanto falha em explicar o que ocorre de fato, na rotina. Para tanto, estudou-se o universo etiológico do paciente, tendo por base o

trabalho desenvolvido por BOLTANSKY (1979), com a restrição de ter sido desenvolvido em um local "recorte", o hospital, não abrangendo, portanto, o cotidiano das pessoas entrevistadas.

A análise do discurso do profissional teve um enfoque crítico, envolvendo, uma vez que se trata de um hospital de ensino, questões de saúde e educação, permeadas por conotações de classes sociais diferentes, ou seja, a educação enquanto sistema universitário e, sob outros aspectos, a educação como base do tratamento.

Dentro dessa mesma linha de pensamento acompanhou-se a consulta, questionando-se basicamente a forma de relação e transmissão de conhecimentos entre paciente e profissional.

Pretende-se neste trabalho analisar o perfil do paciente obeso e do profissional de nutrição e a consulta dietoterápica para melhor interpretação das falhas e desencontros em termos de comunicação da relação paciente/profissional.

Como o interesse básico era uma análise do discurso, os dados não sofreram análise estatística, mas foram agrupados, a título de ilustração, em percentuais simples.

Quanto à consulta, anotou-se tudo o que era conversado, partindo destes dados a análise.

O método de análise escolhido foi o de permear o discurso da amostra com uma bibliografia pertinente, voltada para a configuração sociológica e antropológica de estudos populacionais brasileiros, com exceções dos trabalhos de BOLTANSKY (1979) e GOFFMAN (1982), devido à universalidade e abrangência de suas análises.

2. OBJETIVOS

Analisar criticamente o papel da orientação dietoterápica no tratamento de obesidade através de entrevista com o paciente e com o nutricionista e de observação da consulta propriamente dita.

3. MATERIAL E MÉTODO

Seleção de pacientes - Foram selecionados aleatoriamente quarenta pacientes de ambos os sexos, sem restrição a idade, no período de 2 de maio a 30 de julho de 1988. Desses pacientes, vinte compareciam ao ambulatório de Nutrição pela primeira vez, enquanto os restantes já se encontravam em tratamento há mais de seis meses. O número amostral se estabeleceu pela superposição de discursos, no decorrer das entrevistas.

Após o término das consultas, foram entrevistados 50% dos profissionais e estagiários que trabalhavam no ambulatório, e a escolha baseou-se no aceite de cada um deles, estabelecendo-se um ponto de corte quando os discursos se tornaram superpostos. Nas entrevistas utilizou-se um roteiro básico (Anexos I e II) procurando-se aprofundar as respostas dos entrevistados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O paciente

Analizou-se a visão do paciente acerca de uma série de itens, extraídos de questionário aplicado, englobando tanto noções

gerais em relação à saúde, à obesidade e ao corpo, como visões específicas referentes ao tratamento em si e aos conhecimentos adquiridos.

Em relação à função do nutricionista, observaram-se três diferentes posições:

- o nutricionista é visto basicamente como educador nutricional (seu trabalho consiste em orientar, equilibrar a alimentação);

- o nutricionista é visto como fiscalizador das ações alimentares [("ela me pesa, diz que estou comendo errado" (sic)];

- uma parte do grupo não tem qualquer noção da função do nutricionista.

O encaminhamento dos pacientes entrevistados para o serviço de Nutrição se deu, em 90% dos casos, através de outros serviços, caracteristicamente ligados a doenças crônico-degenerativas. Apesar de este ser o ponto de partida, 80% da amostra deseja emagrecer, embora, como veremos adiante, tenha uma expectativa de peso diferente da projetada pelo profissional. A principal motivação para o emagrecimento é correlacionada com preocupações em relação à saúde e ao desconforto corporal.

Do total amostrado, 20% não deseja emagrecer. Os motivos levantados referem-se ao paciente que já se considera com um peso adequado, ou que não vê a necessidade de emagrecer. Como o tratamento se encontra vinculado a outras áreas médicas, mesmo que ele pare de freqüentar as consultas nutricionais é enviado novamente para elas. Ilustramos essa situação, com esta anotação retirada de um prontuário:

"Paciente emagreceu 5kg a partir do início do tratamento dietético, porém ainda muito obesa. Encaminho a paciente para avaliação pela cirurgia plástica após progresso no tratamento dietético."

Em alguns casos, o paciente necessita sofrer uma cirurgia, que é colocada como possível se emagrecer. Ao passar meses, anos, em tratamento dietético e não havendo perda de peso suficiente, ele não poderá ser operado, formando-se, assim, um círculo vicioso onde a vítima é o paciente.

4.2 O corpo e a saúde

Quando se analisa saúde, não como ente abstrato, mas dentro de uma representação verbal e analítica do paciente, é inevitável estendermos esta análise ao corpo e suas representações (RODRIGUES, 1986).

O grupo amostral estudado, ao falar de saúde, reflete sua representação corporal, atribuindo ao bom funcionamento corporal a maior capacidade de trabalho. Um outro aspecto levantado é a relação da saúde corporal com o prazer de viver. Em síntese: trabalho e prazer são, para este grupo, a concretização deste ente abstrato denominado saúde.

Verificou-se que essa amostra, dada sua inserção social, teve seu corpo consumido pelo *modus vivendi* em nossa sociedade.

Mesmo o progresso da ciência não é usufruto de toda a sociedade, mas apenas de classes privilegiadas sócio-economicamente. Toda a evolução no tratamento de doenças crônico-degenerativas, no que tange à alimentação e nutrição, envolve um custo alimentar inacessível à grande maioria da população, independente de hábitos culturais.

Dentro da meta de "obter saúde", 75% da população amostral vê uma correlação positiva entre obesidade e doença, principalmente no que diz respeito ao impedimento de atividades físicas.

A explicação da doença pode ser ilustrada pelo depoimento obtido:

"Acho que se perder 10-15kg vou ter mais saúde. Que eu me alimente com proteína para manter a saúde, mas se não tiver é pior, porque aí estou exposto a qualquer tipo de doença. Magro e fraco não dá, devido ao custo de vida. O que dá é coisas que não têm proteína, que engordam (Trabalhador de estiva, 1º grau, 58 anos)."

Desse depoimento extraíram-se dois pontos básicos: **a)** há uma consciência da importância de uma dieta adequada, embora haja a impossibilidade real de segui-la; e **b)** há uma assimilação verbal de um componente nutricional (proteína) como o remédio por excelência para o seu tratamento.

De forma geral, observou-se a reconstrução parcial do discurso médico, em estado latente, truncado pela função do imaginário pessoal e palavras médicas inseridas em seu próprio contexto referendado já por BOLTANSKY (1979).

4.3 A meta

Neste item pretendeu-se analisar a expectativa do paciente em relação ao peso ideal, comparativamente ao que é determinado pelo nutricionista através de cálculos e tabelas.

Essa expectativa é significativamente menor do que a colocada pelo profissional, sendo que 93% da amostra deseja alcançar um peso maior do que o peso teórico, inclusas neste percentual pessoas que ainda estão em tratamento mas já de consideram com um peso adequado, concorde, aliás, com GARCIA (1988). Dentro dessa meta, é bem diferente a expectativa do grupo de primeira consulta do grupo de reconsulta. O grupo de primeira consulta acha que consegue atingir o peso ideal, embora necessite de "força de vontade" e o grupo da reconsulta (em tratamento há mais de seis meses) pensa ser difícil, se vê perplexo ("perco e ganho, não sei

porquê..., não consigo seguir a dieta...", "faço o impossível e não consigo, em uma semana perco de 1 a 2kg e depois volta..."). O não seguimento da dieta é atribuído principalmente ao custo, e ao "nervoso", comendo descontroladamente ou "engordando sem comer" (sic), seja pelo cansaço em seguir a dieta seja pela dificuldade de cozinhar separado (paciente obesa e hipertensa) ou ainda porque acha que já atingiu sua meta.

4.4 A consulta

Os pacientes são concordes em relação à consulta. Todos gostaram e, com algumas exceções, acharam que a consulta esclareceu pontos obscuros e foi suficiente para entender a orientação alimentar.

As respostas foram lacônicas e diretas.

4.4.1 O aprendizado da consulta

Se na primeira consulta 42% do grupo respondeu corretamente, este percentual cai, estranhamente, para 25% no grupo que frequenta o Serviço de Nutrição (SN) há mais de seis meses.

Pudemos observar que os pacientes sentem dificuldades em manusear o manual dietoterápico, dependendo essencialmente de sua memória, ou, o mais comum, como não é entendido o sistema de trocas de alimentos, os pacientes decoram a primeira página do manual em que é feita uma dieta padrão.

O discurso explicitado, então, não se remete ao manual mas a uma listagem dos alimentos, lembrados de uma forma difusa, sem um alinhamento, parâmetro ou agrupamento.

A questão das substituições ou não é entendida, ou se restringe devido ao custo ("Não escolhe, compra o que dá". "Está tudo

muito caro, ninguém pode seguir"). Outros fatores levantados são o paladar e o próprio manual que opera alimentos in natura, não ficando claro para o paciente como consumir pratos mais elaborados, receitas.

O custo da dieta é citado constantemente durante as entrevistas. Os alimentos relatados como de maior custo são: frutas, legumes, leite desnatado e carnes. Desses, as frutas e os legumes, embora em quantidades pequenas, constam como compras habituais e na mesma freqüência dos cereais e das leguminosas, alimentos básicos da população e de menor custo.

Um outro aspecto, que foi apenas levantado, não nos permitindo uma análise mais apurada, é a correlação de regime, associada a determinados alimentos, notadamente a maçã, e onde talvez haja uma relação entre dieta, doença e gastos, uma vez que a maçã já foi considerada a **piece du resistance** de tratamentos, justamente quando eram importadas (as famosas maçãs argentinas) e tinham alto custo.

A carne e o leite, prescritos pelo profissional para consumo diário, foram considerados compras habituais, em torno de 25% da amostra.

Outra questão importante é a restrição a nível social, principalmente nos finais de semana, quando há trocas de visitas, tendo sido relatado o hábito cultural de "melhorar a comida", fazendo pratos considerados "gostosos".

4.5 Identidade social e o estigma da obesidade

Não pretendemos, neste item, nem é possível, agrupar os relatos ou inseri-los em algum contexto social, uma vez que as entrevistas se deram em local "recorte" ou seja, não habitual na vida das pessoas entrevistadas.

Pretende-se com este item verificar a conotação dada pelos pacientes à obesidade, no sentido de sua aceitação e enquadramento nas normas sociais existentes na amostra.

Para maior aprofundamento do assunto recomendamos a leitura de GOFFMAN (1982) e de VELHO (1989).

Os seguintes depoimentos nos referendam a visão dos pacientes:

"Dificuldades da pessoa obesa: todo mundo olha para ela, roupas não acha, tem vergonha de ir à praia, rejeitada, feia. Acho feia a obesidade, mas não a pessoa."

"Eu não tenho preconceito. Acho que cada um deve aceitar as coisas como Deus fez."

"Me acho feio, com roupa apertada e depois uma pessoa gorda é muito ridícula. Não pode andar, dançar, entrar no ônibus, é uma série de coisas chatas."

"Acho que tem despeito do magro para o gordo. As pessoas olham diferente, encaram o gordo com um certo preconceito."

"A filha diz que é vaidade, mas eu não quero ser gorda, não é porque estou velha que é para jogar fora."

"Não tenho complexo. Ruim do gordo é que não é normal, as pessoas debocham, ficam sorrindo mas eu não ligo, a pessoa magra se veste melhor, o gordo não encontra roupa."

"Uma pessoa de idade é feio."

Segundo GOFFMAN (1982):

"... Há outras normas, como as associadas com a beleza física, que tomam a forma de ideais e constituem modelos perante os quais todo mundo fracassa em algum período de sua vida...."

Os valores de identidade gerais de uma sociedade podem não estar firmemente estabelecidos em lugar algum e ainda assim podem projetar algo sobre os encontros que se produzem em todo lugar da vida cotidiana. Pode-se dizer, então, que as normas de identidade engendram tanto desvios como conformidade.

Verifica-se, como já analisado no item corpo, uma mudança gradativa do padrão de estética corporal em nossa sociedade. O que já foi considerado belo na Europa Renascentista e até recentemente no Brasil, seja pelas conotações subjacentes ao obeso, de riqueza e saúde, bens sempre escassos em nossa sociedade, seja pela configuração corporal dessa mistura de raças, vem-se modificando, em consequência de novas influências (notadamente a médica e a mídia), transformando o padrão tradicional, como se verifica na amostra estudada.

Se, por outro lado, é conforme a conotação de "feio", "ridículo" e "deselegante", há uma graduação nessas mesmas conotações, indo do "eu" para os outros. ("É feio. Quando a pessoa é gorda demais, os outros reparam, mas eu acho que tem mais gordo") fato também observado no decorrer das consultas.

A velhice, interessante notar, só aparece citada durante o transcorrer da entrevista quando se trata do estigma da obesidade.

Finalmente, acerca da obesidade, seu estigma e a tentativa de mudança corporal, este depoimento é contundente:

"Acho que a sociedade marginaliza, chama sempre de gorda. As pessoas gordas são sensíveis e quando perdem peso se tornam obsessivas."

4.6 O profissional

Pretendeu-se, nesta análise, obter uma visão geral do pensamento do profissional. Considerando que, como rotina, o

estagiário a partir da segunda semana atende diretamente o paciente, sem que ele saiba do fato, não se fez, *a priori*, uma divisão entre nutricionista e estagiário.

Dentro da concepção do profissional de como deve ser feita a consulta dietoterápica, o enfoque principal foi dado à anamnese alimentar como ponto de partida para o cálculo da dieta. Este enfoque, por sua vez, recebeu as seguintes conotações:

- a anamnese é útil para detectar hábitos incorretos e corrigi-los;
- a anamnese é um instrumento para adaptar o doente à dieta, preservando alguns hábitos, orientando-o para a importância que os nutrientes têm dentro do alimento;
- a dieta deve ser adaptada ao doente, considerando sua condição sócio-econômica.

Observa-se, nas duas primeiras conotações, o papel da educação alimentar na linha tradicional, em que o paciente é visto como uma "folha em branco", passível de ser registrada com os conhecimentos científicos, que por sua vez provocarão uma modificação dos hábitos alimentares. A terceira conotação, por sua vez, difere das demais por propor um conhecimento de fato das condições de vida do paciente e a partir desses dados elaborar uma dieta adequada ao seu **modus vivendi**.

Particularmente em relação ao obeso, os passos prescritos no atendimento incluem, em primeiro lugar, convencer o paciente a fazer dieta e conscientizá-lo da importância da dieta para a saúde. É consenso a necessidade de conversar com o paciente principalmente no sentido de arregimentá-lo para o que é "saudável", para as noções de uma boa alimentação.

As dificuldades relatadas pelo profissional, na aplicação e conseqüentemente na obtenção de resultados positivos, ora são de natureza institucional (o tempo, a quantidade massiva de informações a serem passadas e assimiladas, a necessidade de outros instrumentos

técnicos, como por exemplo, o paquímetro), ora são atribuídas ao nível sócio-econômico e ignorância da clientela (capacidade de entendimento das informações, possibilidade de consumo dos alimentos prescritos).

Uma entrevistada (estagiária) elaborou críticas ao tratamento em si, relativas ao uso mecânico e padronizado de tabelas, à necessidade de ter "mais papo, de psicologia, a nutrição não é apenas um boletim" e ao fato de "o paciente não ser uma doença, ele é uma pessoa que tem problemas". Uma outra entrevistada elaborou um esquema alternativo, em que fossem acoplados à orientação individual recursos audiovisuais e terapia de grupo, onde o nutricionista ficaria como orientador.

Existem, resumindo, duas questões básicas referentes ao atendimento do paciente: a atenção ao discurso do paciente, com o intuito de extração de dados à formulação e ao aprimoramento de sua dieta e à necessidade de melhorar o atendimento.

Diante da questão acerca do relacionamento médico-nutricionista verificamos que, embora pertencentes a uma equipe multidisciplinar, o contato entre profissionais se dá através do prontuário, desenvolvendo-se polêmicas e conflitos como, por exemplo, na determinação do Valor Energético Total (VET) e na prescrição de exames.

Pode-se extrair que, o profissional, além da submissão que lhe é imposta de forma implícita ou explícita, desde o nível básico na universidade, por profissionais médicos ("isto não lhe compete aprender"), não tem ainda definida claramente suas atribuições e funções, sendo o limite imposto pelo pensamento médico local.

Para que seu trabalho seja valorizado, não basta que o profissional exerça suas funções de forma satisfatória. Faz-se necessária a aprovação e o respeito de uma outra classe que, no entanto, não estabelece contato direto. Situação dúbia, em que os conflitos permanecem latentes.

Uma das causas do surgimento das classes paramédicas, dentro da sociedade capitalista, foi o grande avanço da ciência, bem como a particularização de áreas corporais, formando um pool de conhecimentos que impossibilita uma só categoria (no caso, o médico) de deter esse conhecimento.

Curiosamente e decorrente da queda de qualidade do sistema universitário como um todo, bem como da acerbada visão individualista dentro da qual vivemos atualmente, na praxe, não se concretiza a visão de partes que formam um todo, e que forneceriam ao paciente, em ultima análise, um atendimento de qualidade. Perguntamos portanto como, de um sistema que luta pelo poder e, estabelecendo uma analogia com o corpo humano, um sistema cujas células consideram "corpos estranhos" outras células, componentes, enfim, de um sistema também doente, pode surgir um atendimento que forneça ao paciente o que ele necessita?

Quanto aos estagiários, estes são rapidamente absorvidos pela rotina local e passam a agir de uma forma instituída, sem razão crítica ou possíveis inovações. Mesmo que esta razão exista, o aluno não encontra possibilidades de fugir à rotina estabelecida.

No final de três semanas, normalmente consideram-se capazes de fazer um atendimento dietoterápico e são trocados por outros estagiários.

Em relação às técnicas utilizadas no atendimento, percebeu-se uma supervalorização da primeira consulta (onde se tenta passar um número máximo de informações), enquanto as consultas subseqüentes recebem uma conotação de revisão, reforço.

As tabelas utilizadas para o cálculo da dieta, do VET e da atividade, são consideradas eficientes e práticas. O manual é considerado um instrumento útil de operacionalização da dieta ("permite modificações da dieta"). A referência do tempo de uso das tabelas é de mais de cinco anos.

Diante do fato de tabelas serem consideradas eficientes e práticas, colocamos as seguintes críticas, frutos de nossa observação:

- o tempo que se leva para cálculos, durante a consulta, é passível de reformulação. Por exemplo, pode-se utilizar a primeira consulta para uma anamnese aprofundada e uma segunda consulta para a orientação da dieta dos pacientes;

- o uso das tabelas se torna prático para o profissional, pela facilidade de manuseio, proveniente do uso rotineiro. No entanto, as adaptações são, de certa forma, rígidas (pode-se orientar para consumo de leite e carne e modificar as quantidades, no entanto esses alimentos estarão sempre presentes e podemos lembrar que apenas 25% da amostra os consome diariamente);

- o VET e a atividade são calculados tendo como base padrões estereotipados. Duas donas de casa, por exemplo, são sempre consideradas como tendo a mesma atividade, independentemente de sua forma de agir, trabalhar, do tamanho da casa, do número de familiares, do saneamento básico etc.;

- o peso ideal apresenta grande discrepância entre o padrão do profissional e o do paciente;

- a caracterização da clientela, por parte dos profissionais, obteve respostas concisas e diretas, como por exemplo:

"... Muito diversificada. Temos todas as camadas sociais."

"... Nível mais baixo, sócio-econômico inferior."

"... O nível educacional aqui é baixo."

- quando perguntamos se na dieta estavam avaliadas as concepções sociais da alimentação pela clientela, foi-nos dito que o importante era orientar o **correto**, tentar mudar a cabeça do paciente para o que é saudável e não permitir que a compaixão domine a consulta.

Segundo VELHO (1989):

"... Fanatismo e ignorância são os rótulos normalmente usados pelas elites dominantes para

designar as condutas e valores dos grupos que elas oprimem e não compreendem.

Por mais que pretenda ser ciência universal, esse campo do conhecimento está inevitavelmente marcado e balizado culturalmente. Suas referências, seus padrões de normalidade, sua avaliação de trajetórias e bem estar pessoal estão inseridas em uma visão de mundo comprometida com certas idéias de eficiência, produtividade, associadas ao que se denomina individualismo burguês, por mais problemático que possa ser este rótulo. Está ligado a um triunfalismo cientificista com forte sabor evolucionista."

4.7 A consulta

4.7.1 A primeira consulta

A rotina da primeira consulta segue o seguinte esquema: anamnese alimentar, tomada de peso, cálculo do VET e do peso ideal, distribuição dos grupos alimentares, registro no manual de dietas e explicação do manual ao paciente. O tempo da consulta é de 30-60 minutos, sendo que 15 a 20 minutos são gastos pelo profissional no cálculo e no preenchimento do manual, situação que geralmente provoca mal-estar e angústia ao paciente.

Na anamnese, o tipo de pergunta (come - às vezes - nunca) ao mesmo tempo que induz o paciente a responder que sim (come carne? queijo? laticínios?) permite interpretações dúbias (uma vez por semana ou alguma vez em alguma semana?).

Essa anamnese é elaborada com a finalidade de facilitar o trabalho do nutricionista e é baseada nos quatro grupos de alimentos, conforme estudo conduzido com populações americanas (BOSI, 1988). Portanto, se o hábito alimentar do indivíduo tem que se enquadrar em uma série de condutas alimentares, as quais depois serão devolvidas "corrigidas" na orientação alimentar, a anamnese

passa a fazer parte do ritual exaustivamente repetido, não cumprindo a sua função de respeito aos hábitos do paciente.

Por outro lado, tivemos a oportunidade de assistir a uma entrevista com um paciente de classe média, comerciante, formado em contabilidade. O diálogo fluiu melhor, a orientação foi mais adaptada, o nutricionista se voltou para anotações da anamnese. Além disso, paciente e nutricionista discutiram ativamente como dispor dos alimentos nas refeições, restaurantes etc. Essa situação tem raízes profundas em nossa cultura (COSTA, 1989), sendo, portanto, a relação nutricionista-paciente uma relação de classe, e isso é firmado pela linguagem, pela entonação de voz e pela postura, configurando de um lado a passividade do paciente e de outro o autoritarismo do profissional. O paciente não possui o mínimo domínio da matéria para questionar o que lhe é prescrito. Sua forma de resistência é expressa subjetivamente como, por exemplo, através da evasão do tratamento (SILVA, 1976). A evasão, nesse caso, gira em torno dos 40% dos pacientes, que muitas vezes são cooptados novamente através da indicação médica.

No entanto, devemos realçar que, apesar de todas as deficiências, há pelo menos uma tentativa de diálogo, pela opinião dos pacientes, o que nos faz pensar acerca dos demais atendimentos realizados na mesma Unidade Hospitalar.

Um outro aspecto a ser discutido, embora aparentemente contraditório, diz respeito a que esta obesidade anda paralela à fome, ou seja, as raízes da obesidade não são levantadas. O fato de o indivíduo ser obeso não significa necessariamente um consumo exagerado de todos os alimentos, nem tampouco fruto de erros alimentares (BOSI, 1988). Enfim, trata-se a obesidade como um tema genérico, sem procurar neste grupo específico sua causalidade.

4.7.2 A reconsulta

A sua rotina consiste em pesar o paciente, com as decorrentes admoestações ou parabenizações, fazer um breve recordatório acerca das possíveis falhas e remarcar a consulta. Essa reconsulta tem uma duração média de 5 a 10 minutos.

Segundo SILVA (1976):

"... A atividade do médico que repreende pela transgressão apenas reforça as posições, uma vez que infantiliza o paciente moralizando a situação e negando as possibilidades do paciente."

Não tivemos oportunidade de observar, nas consultas assistidas, nenhuma reformulação concreta das dietas prescritas. As que existiram, foram em relação ao VET (maior ou menor).

Um item que nos chamou a atenção foi o grande número de mulheres que atribuíram o não seguimento da dieta ao "nervoso". Tratado, diga-se de passagem, como um fator menor: "nervoso só não engorda", passível de ironia.

No entanto, nas abordagens que se apropriam da contribuição das ciências sociais, o "nervoso" tem recebido uma atenção especial, em que se analisa exaustivamente a categoria, desde a evolução do conhecimento popular e médico a respeito do "nervoso" até às etnografias de áreas populacionais, com as representações sociais do tema (DUARTE, 1986; DIAS, 1986; COSTA, 1989).

Em relação ao trabalho do nutricionista é justamente o embasamento teórico, excessivamente tecnicista, que oblitera sua conduta dentro do consultório, impedindo-o de ver e escutar implicações profundas entre, por exemplo, o "nervoso" e a obesidade, pela mais variada gama de razões.

Finalmente, gostaríamos de realçar os seguintes fatores adicionais, que interferem na aprendizagem, além dos já analisados:

- vários pacientes relataram sentir fome, sensações de desmaio, uma vez que saem de casa muito cedo para viabilizar a consulta. Sabe-se que a capacidade de concentração e aprendizagem é reduzida em situações similares;

- a situação de espera e angústia, bem como a preocupação com o tempo, pode interferir na aprendizagem;

- durante a consulta, não há privacidade para o paciente relatar sua vivência alimentar, existindo ainda uma série de elementos contribuindo para sua "desatenção", havendo casos em que o paciente foi influenciado por depoimentos que presenciou em consultas de outros pacientes.

5. CONCLUSÃO

Verificamos que o papel da orientação dietoterápica se perde nos meandros da rotina do tratamento, uma vez que:

1. os pacientes desejam emagrecer mas não conseguem manusear com conhecimento o manual dietoterápico, principalmente no que se refere a fazer substituições, perdendo gradativamente o interesse na dieta, já que esta se torna extremamente restrita e de alto custo, sem respeitar seus hábitos alimentares;

2. os profissionais adotam, de modo geral, a educação alimentar na linha tradicional, impondo conhecimentos sem discutir com o paciente as possibilidades e alternativas. Embora exista, no grupo estudado, a idéia de melhorar o atendimento, a verdade é que prevalecem posicionamentos de classe e hábitos de consulta profundamente arraigados;

3. à primeira consulta é dada uma supervalorização, sendo que o paciente recebe uma carga massiva de informações que não são devidamente trabalhadas nas consultas posteriores. É dado um enfoque técnico nos cálculos e na orientação da dieta, não se levando em consideração a história de vida do paciente, embora ela muitas vezes seja contada e ouvida na consulta, mas é dissociada do processo alimentar. Há também a questão, fundamental a nosso ver, da comunicação entre duas classes socialmente diferentes.

De modo particular, a discussão abrangeu, passo a passo, sugestões e críticas que englobam as questões técnicas inerentes ao tratamento do obeso no hospital estudado.

Verificou-se que são necessárias mudanças e utilização de técnicas mais atualizadas no tratamento do paciente. Sugere-se que:

1. a primeira consulta seja individual, com o profissional levantando de fato a anamnese do paciente;

2. a utilização de computador para cálculo da dieta evitará tanto o desgaste do profissional em cálculos monótonos e repetitivos como poupará o paciente de ficar aguardando em estado de angústia e apreensão o tratamento a ser seguido;

3. uma próxima consulta (num intervalo de quinze dias, por exemplo) deverá ser marcada para a orientação da dieta individual, realçando a empatia profissional/paciente;

4. a formação de grupos obedecerá similitudes entre os pacientes encontrados na anamnese e nos prontuários, quais sejam, intercorrências, graus de instrução, hábitos alimentares, idade, nível sócio-econômico, grau de obesidade etc.;

5. a utilização de parâmetros mais recentes para avaliação de obesidade, evitará o caso do peso ideal e auxiliará na verificação da real necessidade do tratamento;

6. a associação com especialistas na área de Educação Física incrementará a questão da atividade física, não ordenada em final de consulta, mas adaptada ao grupo atendido e executada de fato como parte do atendimento;

7. a participação ativa com outras áreas que atuam no atendimento ao paciente unificará tratamento, orientações etc.

Toda renovação de técnicas, na verdade, embora possa provocar melhor atendimento, depende também de reformulações mais profundas que envolvem a postura profissional e o estágio desenvolvido.

Seria simplista, de nossa parte, fornecer sugestões ou ações a partir desse nível de análise. Colocamo-nos como mais um pesquisador constatando que, a passagem do pensar para o fazer não gera mais do que a reprodução das relações de classe.

Trágico verificar que essa seqüência de erros e anomalias por nós detectados, e que vão desde técnicas básicas de atendimento até a formação profissional e a estrutura administrativa hospitalar, não é nada mais do que uma constatação de que o sistema universitário e de saúde, neste País, com raras exceções que acabam se perdendo no conjunto, é exatamente isto: um somatório, ao infinito, de erros e anomalias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLTANSKY, L. U. C. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 191p.
- BOSI, M. L. **A face oculta da nutrição: ciência e ideologia**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988. 220p.

- COSTA, J. F. Ordem médica e norma familiar.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p. 215-285.
- DIAS, N. M. O. Mulheres sanitaristas de "pés descalços": estudo sobre a mulher como agente de saúde da classe trabalhadora.** Belo Horizonte, 1986. 230p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais.
- DUARTE, L. F. D. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas.** Rio de Janeiro: Zahar, 1986. p.143-280.
- GARCIA, R. W. D. Re(a)apresentação da obesidade nas classes sociais. Alimentação & Nutrição, São Paulo, v.9, n. 42, p. 42-46, 1988.**
- GOFFMAN, E. Estioma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 158p.
- RODRIGUES, J. C. Tabu do corpo.** Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986. 174p.
- SGAVIOLI, M. E. Avaliação crítica do tratamento ambulatorial de obesos em um Hospital de ensino.** Rio de Janeiro, 1990. 184p. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Universidade Federal do Rio de Janeiro (Mimeografado)
- SILVA, M. C. R. Prática médica: dominação e submissão.** Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 103p.
- VELHO, G. Desvio e divergência: uma crítica da patologia social.** 5.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. p.3-50.