

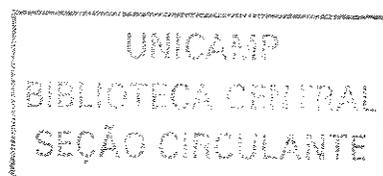
SILZETH SCHLICHTING

**ALMOÇO COMO MOMENTO TERAPÊUTICO:
UMA ABORDAGEM DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM
MULHERES ALCOOLISTAS**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **SILZETH SCHLICHTING**


Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog
Orientadora

Campinas - SP
2004



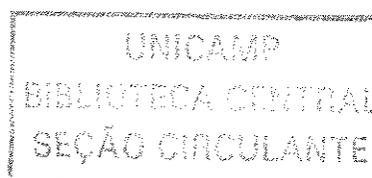
SILZETH SCHLICHTING

**ALMOÇO COMO MOMENTO TERAPÊUTICO:
UMA ABORDAGEM DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM
MULHERES ALCOOLISTAS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog

**Campinas - SP
2004**



| | |
|------------|-------------------------------------|
| UNIDADE | BC |
| Nº CHAMADA | UNICAMP Sch39a |
| V | EX |
| TOMBO BC/ | 64071 |
| PROC. | 16-P-00086-05 |
| C | <input type="checkbox"/> |
| P | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PREÇO | 11,00 |
| DATA | 08/06/05 |
| Nº CPD | 8441350857 |

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Sc39a

Schlichting, Silzeth

Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas / Silzeth Schlichting. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Maria Cristina Faber Boog

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Alimentação. 2. Nutrição. 3. Saúde Pública. 4. Enfermagem.
5. Alcoolismo. 6. Significação. 7. Representação. I. Maria Cristina Faber Boog. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

SLP

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador(a) PROFA. DRA. MARIA CRISTINA FABER BOOG

Membros:

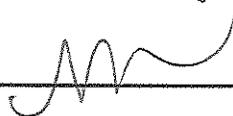
1. PROFA. DRA. MARIA CRISTINA FABER BOOG



2. PROFA. DRA. ROSA WANDA DIEZ GARCIA



3. PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 20 de dezembro de 2004

"Educar é desinstalar. O educador não é aquele que reproduz os sermões prontos e acabados, mas aquele que desperta consciência, motiva para a existência"
(GADOTTI,1995: 49).

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas Aldrid e Basia, pelo carinho, compreensão pelas minhas ausências, por serem minhas companheiras em meu caminhar universitário desde pequenas e encherem meus dias de alegria.

Aos meus pais Mário (in memoriam) e Virtuosa (in memoriam), exemplo de conduta ética e humana, pelos primeiros ensinamentos recebidos, sendo o mais precioso o de nunca desistir de meus sonhos.

À Professora Dr^a, Maria Cristina Faber Boog - mestre desde minha graduação - por me aceitar como orientanda, por acreditar em nossa proposta de trabalho, pelas orientações seguras e precisas, pelas intensas conversas e apoio.

Ao Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos, pela leitura e comentários para o capítulo de recursos metodológicos, por me receber com carinho e acolhimento em minhas dúvidas e receios.

Ao Prof. Dr. Egberto Turato, por suas orientações na qualificação e agora na comissão julgadora da dissertação, pelas sugestões, colocações claras, seguras e precisas que muito contribuíram nesta dissertação.

À Prof^a. Dr^a. Rosa Wanda Diez Garcia, por se disponibilizar em participar da comissão julgadora da dissertação, pelas sugestões, orientações, pelo carinho com que me recebeu.

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, mestre desde minha graduação, orientadora nas pesquisas de graduação, pelas orientações na qualificação, por aceitar em participar desta comissão julgadora da dissertação de mestrado, pelo incentivo ao longo destes anos, pelo carinho.

À Prof^a. Dr^a. Clarice Tasqueti, pela amizade, pelo incentivo e sugestões para o trabalho de mestrado, o meu muito obrigada.

À Vanda Calapistri, meu agradecimento pelas intensas conversas produtivas sobre esta pesquisa de mestrado, sugestões e por estar aberta a apenas ouvir-me.

À Ana Carolina Franco, pela enorme ajuda na coleta de dados durante o trabalho de educação em saúde, pelos enfeites dos pratos tão saborosamente incentivadores e prazerosos para o almoço. Pela amizade em vários momentos na dissertação, muito obrigada.

Às colaboradoras da pesquisa que consentiram em participar do projeto, por me permitirem conhecer a intimidade de suas vidas, por partilharem suas visões de mundo, experiências, significações, constituindo o espírito desta pesquisa.

A Carlos Alberto Fidelis de Araújo e Janice Kairalla Silva pelo apoio, carinho, amizade para a conclusão desta pesquisa.

Às amigas Joyce e Hayda, por dividirem angústias, preocupações e realizações.

À minha querida irmã Milena e minha sobrinha Ludmila, por serem companheiras em muitos momentos e entenderem as ausências, pelo carinho, apoio e conforto.

À equipe do CRIAD (Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição), Meire, Fábio, Kátia, Francisca, Roberto, Yolanda, Marilza, Maria de Lourdes, Rosana, Nize, Fabiana, Fátima, Cristina, Dirce, pelo apoio, incentivo, por compartilharem muitos momentos, pela compreensão, paciência e solidariedade no mestrado, fase da vida que nos tornamos indisponíveis.

À Ângela Vilela, pelo incentivo, apoio literal através da liberação de horas para que eu cursasse o mestrado.

| | |
|--|-----------|
| Lista de Quadros | xix |
| Resumo..... | xxi |
| Abstract..... | xxiii |
| Relato da Experiência Profissional da Autora | xxv |
| 1. INTRODUÇÃO | 29 |
| 1.1 Histórico..... | 34 |
| 1.2 Álcool e Gênero | 37 |
| 1.3 O resgate da comensalidade | 40 |
| 1.4 A busca do prazer em ser educador | 42 |
| 2. PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS | 45 |
| 2.1 Pressuposto..... | 47 |
| 2.2 Objetivo Geral..... | 47 |
| 2.3 Objetivo Específico | 47 |
| 3. RECURSOS METODOLÓGICOS | 49 |
| 3.1 O método clínico-qualitativo..... | 51 |
| 3.1.1 A opção pelo método..... | 51 |
| 3.2 População e Local | 52 |
| 3.2.1 Amostra..... | 52 |
| 3.2.2 Local..... | 54 |
| 3.3 Técnicas e Instrumentos de coleta de dados | 55 |
| 3.3.1 Técnicas utilizadas | 55 |
| 3.3.2 Instrumentos..... | 57 |
| 3.3.3 Procedimentos de entrevista e observação | 58 |
| 3.4 Procedimentos de Coleta..... | 61 |
| 3.4.1 Procedimentos Éticos | 61 |
| 3.4.2 Local da Coleta e Descrição do “Setting”..... | 61 |
| 3.5 Técnica e procedimentos das análises de dados..... | 63 |
| 3.5.1 Análise de conteúdo | 63 |
| 3.5.2 O material coletado: Corpus das entrevistas..... | 64 |
| 3.5.3 A seleção das unidades de análise..... | 65 |
| 3.5.4 Categorização | 65 |

| | |
|---|-----|
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 67 |
| 4.1 História Alimentar | 71 |
| 4.1.1 Discussão da História Alimentar | 79 |
| 4.2 Recordatório Alimentar | 89 |
| 4.2.1 Discussão do Recordatório Alimentar | 93 |
| 4.3 Educação em Saúde..... | 97 |
| 4.3.1 Discussão da Educação em Saúde | 109 |
| 5. CONCLUSÃO | 121 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 127 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 131 |
| APÊNDICES | 143 |
| ANEXOS | 149 |

| | |
|--|-----|
| QUADRO 1: Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool..... | 36 |
| QUADRO 2: Etapas do processo de coleta de dados | 55 |
| QUADRO 3: Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos da pesquisa e idade inicial do consumo de álcool (CRIAD/Campinas, 2003)..... | 69 |
| QUADRO 4: Atividade educativa desenvolvida durante cada encontro..... | 100 |

O alcoolismo é um problema relevante em saúde pública. A sociedade é afetada por suas conseqüências há muito tempo, entretanto, seu reconhecimento como um problema de saúde pública é recente. O uso de etílicos, além de acarretar problemas clínicos pela dependência, leva a sérias conseqüências sócio-econômicas. O uso de etílicos por mulheres tem crescido, e a procura por tratamento vem aumentando. É preciso que a mulher seja acolhida em sua singularidade e tenha suas necessidades identificadas e atendidas para uma efetividade no tratamento. Buscando uma forma prazerosa de abordagem nas práticas educativas, o estudo propõe a ressignificação do alimento para essas mulheres e a possibilidade do fornecimento de refeição pelo serviço ser incorporada como mais uma estratégia de educação em saúde. Foi proposto o almoço como momento terapêutico de abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. O objetivo da pesquisa foi estudar e discutir a experiência do almoço como momento terapêutico, explicitando os pressupostos teóricos, estratégias e resultados imediatos. O método utilizado na pesquisa foi o clínico-qualitativo. Foi realizada também uma avaliação da qualidade dos alimentos utilizados pelas colaboradoras em seus domicílios. Para a análise dos dados coletados utilizou-se da análise do conteúdo. Os resultados do trabalho referem-se à história alimentar e ao processo de intervenção educativa, sendo divididos respectivamente em quatro e sete categorias. A categoria relativa à história alimentar compreende: ser pobre passar fome e passar necessidade; a mesa; a alimentação como geradora de conflito e violência; a recusa do papel feminino tradicional. A categoria relativa ao processo de intervenção educativa diz respeito à ambiência como facilitadora; compartilhar o alimento – tornar-se companheiro; ampliação da percepção do alimento; alimentos e seus significados; sexualidade; recaídas; depressão x motivação. São apresentados também os resultados sobre a qualidade da alimentação das mulheres no domicílio. A educação em saúde realizada durante o almoço é uma possibilidade de intervenção terapêutica desde que o profissional de saúde perceba o alimento na sua multidimensionalidade, que contempla tanto os aspectos nutricionais como os aspectos simbólicos, relevantes para a criação de vínculos e motivação para o tratamento.

Palavras Chave: Alimentação, Nutrição, Saúde Pública, Enfermagem, Alcoolismo, Significação, Representação.

Alcoholism is a major problem in public health. For a long time, society has been affected by its consequences, however, it has been recently acknowledged as a public health problem. The use of ethylic, besides causing clinical problems due to dependence, also brings about serious socio-economic consequences. The use of alcohol among women has increased as well as the search for treatment. It is necessary that women may be seen in their singularity and may have their needs identified and fulfilled so that the treatment is effective. Searching for a more pleasant approach in the educational practice, this research proposes the resignification of food to those women and the possibility of providing meals as another strategy in health education. Lunchtime is proposed as a therapeutic moment in this health education approach with alcohol-dependent women. The objective of this study was to investigate and discuss the experience of lunchtime as a therapeutic moment and establish theoretical suppositions strategies and immediate results. The methodology used in this research was Clinical Qualitative. It was also made an evaluation of the quality of food consumed by these women in their homes. It was used content analysis to analyze the collected data. The results of this research refer to food history and to the educational intervention process that were divided in four and seven categories respectively. The food history category refers to: being poor, starve and being malnourished; at the table; food generating conflicts and violence; the refusal of women's traditional role. The educational intervention process category refers to the environment as a facilitating aspect; sharing food - becoming a partner; broadening the perception of food, food and its meanings; sexuality, relapse, depression X motivation. The results about the women's food quality in their homes are also presented. All in all, health education undergone during lunch is a possibility of therapeutic intervention, since health professionals realize the multidimensionality of food; that considers the nutritional aspects as much as the symbolic aspects, which are relevant to the creation of bonds and motivation for the treatment.

Key-words: Feeding, Nutrition, Public Health, Nursing, Alcoholism, Signification, Representation.

Iniciei no Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição - CRIAD em 1997, como enfermeira concursada na área da Saúde Pública pela Prefeitura Municipal de Campinas. Quando optei por este serviço, não tinha experiência em saúde mental (a não ser o que aprendi na faculdade) e muito menos em programas relativos a álcool e drogas (este tema foi abordado com menos profundidade do que outros na graduação). Quando assumi o cargo, resolvi observar e aprender um pouco mais a lidar com este tipo de clientela, uma vez que meu serviço anterior havia me permitido breves contatos com usuários de substâncias psicoativas, pois trabalhei como enfermeira de pronto socorro. Comecei observando como se davam as rotinas de atendimento, uma vez que já estavam parcialmente implantadas pela equipe anterior.

O oferecimento de alimento já fazia parte do tratamento. Ninguém sabia definir o porquê, mas como era de praxe existir esse tipo de oferta em saúde mental, o CRIAD também fornecia. Passei a observar, então, o que acontecia em torno dessa atividade. Percebi que, tanto para os técnicos como para a equipe, era um horário difícil. Em muitos momentos, a sensação que se tinha era de constrangimento, por parte da equipe. Quando os funcionários estavam na cozinha e algum paciente batia à porta para solicitar o alimento, os primeiros demonstravam irritação pelo que consideravam uma invasão de privacidade, apesar de muitos deles estarem se alimentando do marmitex destinado aos próprios usuários do serviço que o estavam requisitando para si.

Em relação aos pacientes, observei: 1) alguns tinham atitudes de gratidão, talvez um misto de desconfiança/medo/vergonha de estarem ali comendo, quem sabe, a única refeição do dia. Passei a reparar na postura deles, alguns com posturas servis, sofridas, personificando as adversidades da vida que

explicam tais características; 2) outros agressivos, até mesmo sarcásticos, querendo levar vantagem, comendo a sua cota e as dos outros, não se importando se iria faltar para o colega; 3) outros ainda, com postura arrogante como se fosse obrigação servi-los a qualquer hora, não aceitando as regras da instituição.

Ao longo da pesquisa pude perceber que a infância dessas pessoas foi relegada a um plano secundário, muitas tiveram que se tornar adultas precocemente e algumas tiveram perdas no relacionamento familiar principalmente aquele que ocorre, geralmente, em torno da mesa de refeições. Estes momentos são marcantes e importantes na formação da pessoa. Quem não se lembra da comida da mãe, do compartilhamento das emoções sentidas nesta época? Lembro-me dos meus tempos de infância, como era gostoso comer à mesa, conversando, trocando emoções e acontecimentos do cotidiano. O carinho da mãe contando histórias, prendendo-nos a atenção. Esta vivência me mobilizou a tentar contextualizar o significado do compartilhar o alimento durante as refeições dos pacientes.



1

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias que possuem a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento parece ser um fenômeno universal na humanidade. Praticamente todas as culturas, nas mais diferentes épocas, elegem determinadas substâncias (ou grupos delas) que auxiliam no relacionamento social, marcam festividades ou favorecem rituais de cunho místico/religioso.

Para EDWARDS (1987), o alcoolismo¹ define-se como “qualquer tipo de dano, perda ou prejuízo causado a um indivíduo na sua adaptação familiar, social ou ocupacional decorrente da ingestão de álcool”. Corroborando essa posição SIMÃO (1999) assinala que o alcoolismo e suas conseqüências são um sério problema de saúde pública, a nível mundial.

Com a finalidade de prestar assistência específica aos pacientes com diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas da cidade de Campinas, foi criado em outubro de 1995, pela Secretaria Municipal de Saúde, o CRIAD – Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição, que vem funcionando de segunda-feira a sexta-feira das 7:00 às 20:00 horas. Neste serviço, exerço a função de enfermeira há sete anos desenvolvendo atividades educativas, terapêuticas e práticas alternativas de saúde (Lian Gong²) com pacientes e familiares.

O perfil básico da clientela adulta do CRIAD é de pessoas que já sofreram um processo de desestruturação físico-psíquica-social. De forma geral, apresentam comorbidades, como por exemplo: déficit de atenção, depressão, distúrbio do humor e do comportamento. Por vezes, associa-se também a este quadro a desnutrição e seqüelas de traumas físicos. Muitos ainda convivem com

¹ O termo alcoolismo é formado pela junção do substantivo “álcool” – pois a maioria dos pacientes observados consumia bebidas destiladas de alto teor alcoólico – “ismo” – que em medicina designa intoxicação ou envenenamento por algum agente – (REIS & RODRIGUES, 2003, p.70).

² Ginástica chinesa baseada nos conhecimentos da medicina tradicional chinesa, nos princípios das artes marciais e na fisioterapia. Foi criada em 1974 pelo médico ortopedista e traumatologista Dr. Zhuang Yuen Ming. Foi trazida ao Brasil pela professora de filosofia Maria Lucia Lee em 1987 (ENUNO et al, 2002, p.01).

graves problemas nas relações interpessoais e no trabalho ocasionados pela vivência de longos períodos de intoxicações e sintomas de abstinência.

Caracterizam-se pelo baixo repertório de atividades em exercício e um empobrecimento de assunto, ficando restritos ao uso de bebida. Dos pacientes atendidos, 85% possuem o primeiro grau incompleto e apresentam-se sem registro em carteira de trabalho há alguns anos. A maioria relata o seu desvalor nas relações de troca com o universo social, não conseguindo executar projetos, ações práticas que modificariam suas condições concretas de vida.

O estado nutricional dos dependentes de álcool, quando procuram o CRIAD, inspira cuidados, sendo que um número expressivo de pacientes apresenta pelagra. Pelagra é um tipo de carência nutricional por falta de niacina, geralmente combinada à desnutrição energético-protéica, que ocorre com freqüência devido à ingesta abusiva de bebidas alcoólicas. Sabe-se que o uso abusivo de etílico traz sérias conseqüências à saúde do homem. Como efeito, o alcoolismo produz alteração no metabolismo dos nutrientes, além de influir na quantidade, qualidade e freqüência da alimentação. A ingesta excessiva de etílico pode provocar impacto direto no estado nutricional do usuário, em sua recuperação nos casos com presença de dano hepático, e nas várias complicações clínicas associadas ao alcoolismo (VIDELA, 1983).

Para GARCIA (1992:74), “a subjetividade veiculada através das práticas alimentares inclui a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar e a época”. MOTTA (1993:76), por sua vez, ressalta que “os alimentos são utilizados para manifestar e compensar carências e dores psíquicas, estabelecer vínculos sociais e afetivos”. O ato da alimentação constitui uma oportunidade de trocas e fortalecimento de relações importantes para o ser humano. Percebendo que o alcoolismo ocasiona uma interrupção nas relações familiares, o almoço como espaço terapêutico constitui - se, através do comer junto com as mulheres alcoolistas, em uma possibilidade de restabelecer emoções e afetos que contribuam para a retomada de vínculos e do autocuidado familiar.

Não se pode esquecer, no entanto, outros aspectos contidos no ato de alimentar-se, uma vez que a boa alimentação influencia a saúde da população. Para tê-la, não é necessário um cardápio sofisticado ou a inclusão de alimentos caros na dieta, basta fazer as três refeições do dia, comer arroz e feijão, verduras, legumes e frutas todos os dias, além da ingestão diária de líquidos saudáveis como a água (em grande quantidade) e o leite. É necessário perceber que a nutrição tem como papel positivo o desenvolvimento físico e mental que contribui para a qualidade de vida do homem (DUTRA DE OLIVEIRA, 2000).

É fundamental, neste contexto, ressaltar a importância do alimento como facilitador na criação de vínculo do alcoolista com o serviço, no qual, muitas vezes, ele recebe a única refeição do dia. A instituição oferece quatro refeições: o café da manhã, almoço, lanche da tarde e o jantar, sendo fornecida a alimentação aos pacientes que participam das atividades do dia. Atualmente, estes momentos de alimentação acontecem sem nenhuma intervenção terapêutica.

Ao observar o transcorrer da refeição, as atitudes e interações que aconteciam neste espaço e buscando contemplar o alimento como meio de reposição nutricional, percebi que o almoço poderia ser transformado em momento terapêutico, indo além do mero fornecimento de alimentação. Este momento, então, poderia ser transformado em uma abordagem de ressignificação e fortalecimento das relações interpessoais e também de educação nutricional, entendida como “uma busca compartilhada, entre educadores e educandos, de novas formas e de novos sentidos para o ato de comer, que se processa em determinado tempo e local, através da interação e do diálogo, por meio da qual se almeja qualidade e plenitude do viver” (BOOG, 1998).

Para um melhor entendimento do leitor acerca desta pesquisa, optamos em dividir este capítulo em subitens que expressam temas importantes para a compreensão da proposta da pesquisa.

1.1 Histórico

O uso de bebidas alcoólicas é conhecido pela humanidade desde os tempos bíblicos, mas foi somente ao final do século XVIII e começo do XIX que o conceito de beber excessivo, como uma condição clínica, aparece na literatura.

Muitos autores discutem a diferença de bebidas alcoólicas em relação a outras substâncias psicoativas (em relação a sua difusão). O que fica cada vez mais evidente é que estas, desde há muito, predominam nos rituais religiosos, transformando-se no símbolo por excelência da “fonte de vida”, evidenciando-se com isso a sua disseminação nas mais diferentes classes sociais e povos. Cabe aqui citar que as bebidas alcoólicas destiladas foram inicialmente conhecidas como “água vitae”, sendo que a palavra uísque deriva do termo gálico “uisquebaugh” que significa “água da vida” (MASUR, 1977).

Historicamente falando, pode-se citar alguns fatores que contribuíram para mudar o caráter do uso do álcool pela sociedade. Estes fatores, a princípio, estariam ligados à mudança do modo de produção do sistema feudal para o sistema industrial, o que ocasionou a aglomeração do homem na proximidade do seu local de trabalho, formando as cidades. Essa “aglomeração” facilitou a observação dos efeitos do consumo excessivo. Além disso, fatores como: mudança na produção de bebidas alcoólicas do modo artesanal - em quantidades reduzidas - para o modo industrial - em grandes quantidades - a partir da revolução industrial; criação de tecnologia para produzir destilados aumentando com isso o teor alcoólico das bebidas; aumento da produção com redução do preço facilitando o acesso ao produto por parte de um maior número de pessoas (LARANJEIRA, 1997).

Trazendo um pouco para a nossa realidade e atualidade, no Brasil, existe ainda uma questão importante a ser comentada que diz respeito à disponibilidade do álcool ser grande. O álcool é o produto da fermentação da cana-de-açúcar, que pode ser obtido em qualquer região – e o preço do produto

comercializado é baixo, o que pode ser considerado como um favorecimento para o grande consumo pela população.

Paralelamente aos fatores anteriormente citados, percebe-se que com o passar do tempo, se encontra uma substituição na significação do alcoolismo como ato pagão ou vício, para o seu entendimento como doença. Ao se revisar a história, tem-se com Thomaz Trotter, na Inglaterra, no final do século XVIII, uma concepção de alcoolismo como doença. Para Trotter, o hábito de embriaguez, era uma doença da mente. Nos Estados Unidos, no ano de 1784, Benjamim Rush descreveu a embriaguez crônica como uma “doença” ou um “transtorno da vontade”. Neste aspecto, Rush se baseia no fato de que o seu uso começa como um ato de livre vontade, passando para o uso habitual e caindo na necessidade.

Entretanto, foi o médico sueco Magnus Huss que, em 1849, empregou pela primeira vez o termo “alcoolismo crônico” para descrever as alterações neurológicas e psíquicas causadas pela ingesta abusiva de bebida alcoólica.

Em 1977, na 9ª revisão do CID - Código Internacional de Doenças (Organização Mundial de Saúde, 1977), empregou-se, pela primeira vez, o conceito de dependência, entretanto, a palavra alcoolismo estava ausente nesta edição. Na 10ª revisão – CID-10 (OMS, 1993), o uso de todas as substâncias psicoativas, incluindo o álcool, foram colocadas numa mesma categoria, denominada de Transtornos Mentais e de Comportamento Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas – F.1x.

Nesta classificação, houve a contemplação dos estados de intoxicação aguda e os estados derivados do uso crônico como: a definição do uso nocivo para a saúde; as síndromes de dependência e abstinência; os transtornos psicóticos e a síndrome de amnésia (CID – 10, OMS, 1993), conforme classificação abaixo:

Quadro 1: Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool

| | |
|--------|--|
| F.10.0 | Intoxicação aguda |
| F.10.1 | Uso nocivo |
| F.10.2 | Síndrome de dependência |
| F.10.3 | Estado de abstinência |
| F.10.4 | Estado de abstinência com delirium |
| F.10.5 | Transtorno psicótico |
| F.10.6 | Síndrome amnésica |
| F.10.7 | Transtorno psicótico residual de início tardio |
| F.10.8 | Outros transtornos mentais e de comportamento |
| F.10.9 | Transtornos mentais e de comportamento não específicos |

Com a finalidade de tornar mais claro o termo Síndrome de Dependência do Álcool, segue abaixo o conceito da OMS (1993):

Estado psíquico e também geralmente físico, resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta: a tolerância – necessidade cada vez maior da substância para obter o mesmo efeito ou quando usa a mesma quantidade e obtém um efeito diminuído - podendo ou não estar presente ao mesmo tempo (OMS, 1993, p. 87).

No Brasil, há uma legislação recente na qual a criação de serviços de tratamento para dependência química consta das diretrizes e portarias do Ministério da Saúde, cuja implementação nos municípios acima de duzentos mil habitantes deve ocasionar melhora no atendimento para esta clientela (BRASIL, 2001).

Estudos recentes acrescentaram um conceito novo ao tratamento em dependência química, o conceito de Redução de Danos. Segundo MARLATT (1999: 45) “é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas”. É importante enfatizar que esta é uma abordagem de “baixo para cima” que tem como princípio a defesa do dependente, ao contrário do método “de cima para baixo” com imposição dos

formuladores das políticas antidrogas. A Redução de Danos tem como linha a importância da participação do usuário na elaboração do projeto terapêutico, estabelecendo metas visando as necessidades do paciente. A Redução de Danos não visa a abstinência total, mas sim a minimização dos prejuízos, o resgate dos direitos de cidadania, a melhora do autocuidado e qualidade de vida, re-incluindo o usuário de drogas na sociedade e dando-lhe condição para que seja um agente modificador de sua realidade.

O profissional de saúde e a família precisam estar abertos para alternativas que possibilitem ao usuário reduzir os danos, embora considerando que seria ideal que todos os usuários dependentes se tomassem abstinências. Entretanto, a abstinência ocorre em, no máximo, 30% dos pacientes que procuram o tratamento. Permanece a dúvida a respeito do que fazer quando esta meta não é alcançada.

Os trabalhadores da saúde podem contribuir com orientações para diminuir o efeito prejudicial do consumo excessivo de bebidas alcoólicas como as que serão abordadas neste trabalho.

1.2 Álcool e Gênero

Desde o código de Hamurabi, a mulher que usa drogas – no caso, o álcool – é vista sob um estereótipo de mulher “decaída”, irresponsável, incapaz de cuidar da família e dos filhos (AQUINO, 1997).

Quando se trata do comportamento masculino em relação ao ato de beber, em algumas culturas, este é visto como um sinal de força e masculinidade. Podemos inferir, portanto, ser desejável que o rapaz faça consumo periódico de etanol para que se mostre mais “viril” (AQUINO, 1997). Ao se constatar um exagero no consumo, levando o homem ao alcoolismo, ocorre uma mobilização por parte da família visando o cuidar dessa pessoa. Concomitantemente, ocorrem pressões para que o usuário procure tratamento ou modere o seu consumo.

Entretanto, focando-se a atenção à mulher, percebe – se uma modificação de atitude por parte da família. Tal fato ocorre porque a mulher, geralmente, é a figura de destaque no gerenciamento da casa e da criação dos filhos, sendo desde pequena estimulada a não perder sua feminilidade e a repetir tarefas feitas por sua mãe, avós e tias (DIAS, 1991).

Observamos, quando a mulher busca tratamento, ser comum que a família esconda o fato, negue o problema, faça uma aliança com a paciente: ela bebe escondido e não se comenta o fato, desde que isso não transpareça em condutas indesejáveis, isto é, desde que o problema não saia da esfera familiar e fique evidente para os outros.

Outra questão que se deve levar em conta e que retarda a busca por tratamento em mulheres alcoolistas, é a tendência que elas têm em se unirem a homens alcoolistas. Tal fato tem importância uma vez que, quando ambos os cônjuges são dependentes de álcool, ocorre uma tendência em se aliarem e minimizarem o problema retardando com isso a busca de auxílio (BERTOLOTE, 2000).

Observamos, no caso da mulher, dois tipos de bebedoras: a primeira é dona de casa – geralmente meia idade, bebedora privada; a segunda, independente, com profissão, entre 20 e 30 anos, fazendo o consumo de bebida alcoólica na rua, em bares, sob o olhar de reprovação da sociedade e mais suscetíveis ao preconceito e denominações de mulheres decaídas (ACIOLI, 1999).

Além da questão cultural e social, pode-se observar que entre homens e mulheres há uma diferença orgânica importante, mas até o ano de 1980 esta questão não havia sido elucidada. A partir dessa década surgiram trabalhos que indicaram uma absorção diferente do álcool por homens e mulheres. No início da década de 90, FREZZA et al. (1990) elucidaram essa questão: as mulheres atingem níveis sanguíneos mais elevados do que os homens, o que aparentemente está ligado à maior quantidade de lipídios no corpo da mulher.

Recentemente, alguns estudos sugerem que mulheres alcoolistas metabolizam o álcool mais lentamente do que o homem graças à enzima álcool desidrogenase gástrica que, além do sexo, recebe influência de fatores como a idade, hormônios, estado de jejum/não jejum e se a pessoa já tem o alcoolismo instalado. Nos últimos anos, pesquisadores verificaram que a enzima álcool desidrogenase gástrica tem uma ação, no homem, maior no meio gástrico, enquanto, na mulher, no meio hepático essa atividade se apresenta mais intensa (REIS e RODRIGUES, 2003). Explica-se assim a maior biodisponibilidade do álcool em mulheres e, portanto, a maior prevalência de danos hepáticos.

É preciso que os profissionais que atendem as mulheres que procuram tratamento para alcoolismo estejam atentos para a diferença entre o universo feminino e o masculino, dando às mulheres um atendimento diferenciado, propiciando um tratamento que facilite a adesão, criando vínculos e acolhendo a mulher em suas necessidades (VARGAS,2002).

A mulher necessita, por parte de quem a atende, ser vista (entendida) sob um olhar individual que além da questão da dependência de álcool a assista nas mais variadas frentes de ajuda como:

- Jurídica: muitas delas perderam a guarda dos filhos;
- Creche: não tem com quem deixar os filhos para participar do tratamento;
- Nutricional: ao retornarem a se alimentar, e com o uso de determinadas medicações que tem como efeito colateral o aumento de peso, acabam por engordar e, pela influência da sociedade que valoriza o corpo delgado, abandonam o tratamento.

Autores como Mattos enfatizam uma necessidade de diferenciação na política de atendimento:

As respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões. Analogamente, devem oferecer respostas aos diversos grupos atingidos pelo problema em foco. (MATTOS, 2001, p. 62).

1.3 O resgate da comensalidade

A alimentação faz parte da história do homem. Desde o nascimento, por intermédio da amamentação, o recém nascido passa a ter como primeiras trocas com o meio externo o leite materno, que nutre e ao mesmo tempo o ampara afetivamente. A este respeito FISCHLER (1995), baseando-se em outros autores, refere que a alimentação, enquanto processo biológico, é muito mais importante do que a sexualidade e deveria merecer uma atenção maior do que a que tem sido dada pelos profissionais de saúde.

O ato puro e simples de levar a comida à boca pode ser considerado irrelevante, entretanto, quando neste quadro se acrescentam as trocas sociais que fazem parte do ritual, percebe-se o significado e a importância da alimentação para o homem (FISCHLER, 1995). Comer é um ato social que requer contato com outras pessoas. O homem aprende desde a mais tenra idade a comer em família, a fazer da refeição um momento de compartilhar suas experiências do dia. Como bem colocado por Garcia:

Comer, ação praticada pelo homem diariamente, impossível de ser suprimida, não pode resumir-se à alimentação de células. Comer percorre a existência do homem e coexiste com valores instalados na nossa cultura, com significados para o indivíduo e para a sociedade (GARCIA, 1992, p. 78),

Entretanto, com o dia a dia corrido devido a exigência do mercado de trabalho, o hábito de sentar-se à mesa começou a ser esquecido dando lugar aos restaurantes do tipo *fast food*, facilidade que poupa tempo e trabalho (GARCIA, 1999).

Sob esta visão, quando enfocamos a questão do dependente químico, percebemos que o usuário de álcool acaba perdendo, pelo uso constante da bebida alcoólica, o sentido prazeroso das trocas de experiência e convivência que o comer junto traz. Ao refletir sobre isto, surgiu a proposta de transformar o ato simples de ingerir o alimento em um momento terapêutico e de intervenção, enfocando o resgate do prazer, da companhia e da troca de experiências com a reunião dos alcoolistas à mesa.

Vale ressaltar ainda que é preciso descriminalizar o usuário sob a ótica da saúde pública, diminuindo o estigma e valorizando o que o usuário consegue fazer, entendendo o almoço também no enfoque de uma redução de danos, ou seja, a substituição da “caloria vazia”³ do álcool pela alimentação que nutre.

Reforçando esta idéia, gostaríamos de compartilhar com o leitor que, em um de meus grupos recentes, um dos pacientes chegou a verbalizar que quando ele se alimenta no horário correto, consumindo as três refeições do dia, não sente vontade de beber. Esta informação foi confirmada por metade dos presentes no grupo. Ao se analisar o que o usuário relatou é possível inferir que o próprio paciente associou o uso do alimento como uma estratégia para evitar recaídas, ou seja, o uso de bebida alcoólica.

O presente projeto justifica-se pela necessidade de grupos educativos que contemplem o fortalecimento de vínculos afetivos e terapêuticos, bem como possibilitem recriar estratégias de alimentação saudável que, ao mesmo tempo, sirvam para proporcionar a recriação de significados e sentidos para o comer e a comida.

³ A bebida alcoólica possui uma peculiaridade diferente de outras substâncias psicoativas que é a de fornecer energia (cada grama de álcool provê 7,1 calorias) o que faz perder a fome. No entanto, esta caloria é originária apenas do etanol e a bebida não contém outros nutrientes, por isso é considerada “caloria vazia” (MASUR, 1977, p.532).

1.4 A busca do prazer em ser educador

O profissional de saúde, em suas ações educativas, deve estimular a reflexão e, com isso, a construção de novos comportamentos. Para tanto, necessita escolher uma abordagem pedagógica coerente com sua proposta de transformação social. A autora, ao entrar em contato com o pensamento do filósofo Rubem Alves, percebeu a possibilidade de trabalhar com uma abordagem que proporcionasse prazer ao educando e ao educador durante a ação educativa em saúde. Para Alves,

(...) o objetivo da educação é aumentar as possibilidades de prazer e alegria. O destino da razão é servo do prazer e da alegria. Creio na função educativa e intelectual do prazer. Uma inteligência feliz é uma inteligência... mais inteligente (...) (ALVES, 2002,p. 82).

O profissional da saúde precisa criar, inventar, buscar estratégias inovadoras que fujam ao padrão estereotipado do ensino tradicional de transmissão de informações. Ao se entender que a educação em saúde também passa pelo mesmo processo que qualquer outra educação para o aprendizado, percebe-se que a melhor aprendizagem é aquela que se tem com prazer duplo: a do educando e a do educador e, neste sentido, Nunes falando sobre a teoria de Alves diz:

A alegria é essencial para a educação, (...) no processo educativo, isso só pode ser alcançado na medida em que a própria prática educativa possa ser uma experiência prazerosa (NUNES, 2001, p.280).

A proposta deste trabalho é o resgate da alimentação para a melhora da qualidade de vida e como um instrumento facilitador no processo ensino-aprendizagem, trazendo um espaço para a educação em saúde fora do padrão convencional. Para o educador, é importante perceber os espaços de que se pode lançar mão com o intuito de se ter um aprendizado que revolucione prazerosamente o pensar do educando, pois quando isto acontece, ocorre o estímulo para se aprender cada vez mais, ou seja, ocorre o processo da educação propriamente dita.

Com o intuito de justificar ainda mais esta idéia, enfatizo esse processo baseando-me nas palavras de Alves:

Um educador é “um fundador de mundos, mediador de esperanças, pastor de projetos (ALVES, 1984, p. 26).

O ensino das ciências da educação não forma educadores. Educadores não se fazem. Educadores nascem (...) deve-se despertar o educador que mora adormecido dentro de nós (Alves, 2002, p. 170).



PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS

2.1 Pressuposto

Ao observar o horário da refeição no CRIAD, percebi nele uma possibilidade de espaço para intervenção terapêutica. Considerei que poderia constituir-se em um momento de educação, de interação com as mulheres, e ainda ser aproveitado como oportunidade de fortalecer o vínculo com quem lhes presta atendimento.

2.2 Objetivo Geral

Estudar e discutir a experiência do almoço como momento terapêutico, explicitando os pressupostos teóricos, estratégias e resultados imediatos.

2.3 Objetivo Específico

- Avaliar a interação grupal no momento da refeição como facilitadora da intervenção educativa;
- Analisar a memória relativa ao alimento relacionando-a à história alimentar como subsídio à intervenção educativa;
- Estudar as práticas de consumo alimentar entendendo-as como uma possibilidade de valorização do autocuidado;



3.1 O método clínico-qualitativo

3.1.1 A opção pelo método

No presente trabalho, utilizou-se, como método, a investigação clínica-qualitativa, conforme definida por Turato:

O estudo teórico e o correspondente emprego em investigação de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dos fenômenos e relacioná-los com a vida do indivíduo, seja de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do *setting* dos cuidados com a saúde (equipe de profissionais, familiares, comunidade) (TURATO, 2000, p.96).

O método clínico-qualitativo me pareceu o mais adequado para esta pesquisa, no sentido de me ajudar a entender mais profundamente os fenômenos envolvidos nas vivências das mulheres alcoolistas. A escolha pelo método clínico-qualitativo possibilita compreender os significados das vivências relacionadas aos alimentos e aos relacionamentos estabelecidos em seu entorno, no plano individual e a seguir, durante a atividade grupal, imprimir às práticas de alimentação significados novos construídos no âmbito coletivo.

Esta experiência possibilitou ressignificar valores mais profundos através do encontro e do diálogo de umas com as outras e de cada uma consigo mesma durante o almoço. O encontro possibilitou a compreensão da singularidade de cada uma. Além do fenômeno entre as participantes, houve o estabelecido entre mim e as mulheres. Esta interação pode ser descrita como uma comunicação terapêutica, estabelecida entre profissional e cliente com o intuito de encontrar/estabelecer novos padrões de comportamento para o usuário (SILVA, 2002). O método clínico-qualitativo permite uma fundamentação científica e uma interpretação dos sentidos que os indivíduos dão aos fenômenos por eles vivenciados (TURATO, 2003).

Enquanto pesquisadora e profissional assistencial, o método clínico-qualitativo possibilitou-me integrar o saber teórico e prático no processo da investigação. Devo dizer que essa experiência me orientou no sentido de chegar a questionamentos valiosos e importantes, não somente restritos à coleta de dados, mas também indo além, mergulhando nas emoções, nas relações interpessoais, sentimentos e buscando entendê-los.

3.2 População e Local

3.2.1 Amostra

O termo “amostra”, aqui utilizado, leva em consideração a idéia de se tirar do todo uma parte que se quer estudar. Segundo Turato:

Na linguagem científica das pesquisas com seres humanos, amostra significa uma parcela selecionada, segundo uma determinada conveniência, e extraída de uma população de sujeitos, consistindo assim num subconjunto do universo. Embora reconhecendo ser de uso polêmico para o processo de aquisição da linguagem da metodologia qualitativa, seria inadequadamente restritivo, a meu ver, pensar na palavra “amostra” apenas quando estamos falando de trabalhos quantitativos, já que o termo é fartamente usado pelos pesquisadores e pela literatura qualitativista sem decorrentes problemas conceituais (TURATO, 2003, p.351-52)

A técnica de constituição da amostra escolhida - aqui denominada de grupo de estudo – foi por conveniência, ou seja, era a população disponível quando da época da pesquisa. Constituiu-se de 08 (oito) pacientes do sexo feminino dependentes de álcool, em tratamento no CRIAD no período de outubro a dezembro de 2003. O grupo era fechado, ou seja, a partir do início do primeiro dia de encontro do almoço, não poderiam entrar novas participantes. Esses sujeitos já passaram por critérios anteriores de exclusão.

Inicialmente, pensamos em trabalhar com um grupo de cerca de doze pessoas. ZIMERMAN (1993) diz que o número dos membros não pode ser menor

que três e maior que quinze pessoas. Na minha experiência, doze pessoas é um número que facilita o manejo e as interações dentro desse espaço.

Uma observação empírica sugeria que esta população, na época da pesquisa, estava com cerca de doze pacientes inscritas no programa. Todas as mulheres alcoolistas em tratamento no CRIAD foram inicialmente convidadas, mas apenas oito se dispuseram a participar da pesquisa.

O número de mulheres dependentes de álcool por ocasião da pesquisa foi inferior ao proposto inicialmente. Tal diminuição foi decorrente de uma greve na instituição, ocorrida em maio de 2003, que se estendeu até início de julho de 2003. Após a greve, houve a saída da psicóloga do grupo em questão que entrou em licença médica, ficando afastada até outubro do mesmo ano. As participantes do grupo continuaram a ser atendidas por outra terapeuta, mas, mesmo assim, algumas pacientes abandonaram o tratamento. Nesse tipo de atendimento é importante a manutenção do vínculo, pois o alcoolismo tem como característica o rompimento de vínculos familiares e sociais.

Ficou estabelecido que haveria doze encontros para o almoço, sendo a frequência de duas vezes por semana num total de seis semanas, todos realizados na instituição.

Com o intuito de se manter preservadas as identidades das participantes, colocamos nomes de flores para cada uma delas.

Embora duas usuárias não tivessem participado dos doze encontros, não foram excluídas do estudo, uma vez que a participação delas foi importante para que o almoço acontecesse da forma como ocorreu.

CrITÉRIOS de inclusão especÍficos:

Além dos citados anteriormente, utilizamos alguns outros critérios de inclusão de sujeitos na amostra:

- a) Ser maior de 21 anos, pois o meu interesse era trabalhar com uma população adulta;
- b) Aceitar voluntária e espontaneamente a participação na pesquisa;
- c) Disponibilidade para participar do almoço nos doze encontros propostos;
- d) Não estar apresentando alterações como transtorno do pensamento e outras comorbidades no momento do almoço;
- e) Terem feito o primeiro atendimento para triagem com vistas à inserção no tratamento pelo CRIAD;

3.2.2 Local

O local escolhido para a realização do estudo foi o CRIAD (Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição) pertencente à Prefeitura Municipal de Campinas. Localizava-se, na época da coleta de dados, próximo ao centro da cidade.

O local possui oito salas, das quais são utilizadas para grupo apenas três. Na primeira sala, próxima à entrada do serviço, está instalada a sala de enfermagem e observação. Após, segue um corredor largo no qual se encontra o refeitório dos usuários do serviço. Outro corredor e temos mais quatro salas, duas das quais são de atendimento de grupo, sendo uma de primeiro atendimento/atendimento individual, e a outra de profissionais/coordenação do serviço. Na parte inferior (que poderia ser chamado de porão) temos mais três salas: uma sala grande que  a sala de terapia ocupacional - onde aconteceu o almoço - uma segunda sala onde está o almoxarifado e a farmácia e uma terceira

que não é usada por estar em condições impróprias para uso, pois apresenta mofo e umidade.

Além do já citado anteriormente, o local possui quatro banheiros, uma cozinha - para funcionários - uma recepção (sala) e uma garagem onde os usuários permanecem conversando enquanto aguardam as atividades.

A escolha por este serviço foi devido ao fato de trabalharmos no CRIAD há muitos anos, como já explicado no capítulo introdutório.

3.3 Técnicas e Instrumentos de coleta de dados

3.3.1 Técnicas utilizadas

Basicamente foram usadas as técnicas de entrevista - individual e grupal e também técnicas de observação, no desenvolvimento da pesquisa, aplicadas em 3 momentos distintos da coleta de dados, conforme mostrado no quadro 1 e explicado a seguir:

Quadro 2: Etapas do processo de coleta de dados

| ATIVIDADE | ETAPAS | | |
|-----------------------------------|--|---|---|
| | A | B | C |
| | Entrevista | Almoço | Discussão em grupo |
| LOCAL | Residência da entrevistada | CRIAD – sala 1 preparada para o almoço; | CRIAD – sala 1, ao redor da mesa do almoço. |
| TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | Entrevista História alimentar (Apêndice 1); Recordatório alimentar de 24 horas (Apêndice 1); | Observação e registro; | Observação e registro; |
| RESPONSÁVEL PELA COLETA DOS DADOS | Pesquisadora | Observador total; | Observador total |

ETAPA A

De acordo com OSINAGA e cols. (2000), a história de vida propicia, para a enfermagem, uma importante fonte de compreensão dos contextos sócio-culturais e para TONIAL (2001:166) “as práticas alimentares possuem raízes sócio-históricas, sócio-econômicas e culturais não podendo ser dissociadas deste contexto”. O estudo da história alimentar associa o objeto deste estudo – a alimentação dos alcoolistas – à sua história de vida. Sendo a alimentação um tema central da vida, aglutinador, o estudo da sua história permitirá acessar uma parte da história de vida dos sujeitos, particularmente relevante aos propósitos norteadores do estudo.

Foi realizada uma entrevista semidirigida (Apêndice 1) com cada participante, pela própria pesquisadora, a qual já tinha estabelecido o contrato de participação na pesquisa com os sujeitos, obedecendo os dispositivos da resolução 196/96 (Apêndice 2).

ETAPA B e C

Estas etapas foram desenvolvidas em grupo. O indivíduo passa a maior parte do tempo de sua vida convivendo e interagindo com grupos distintos. A palavra “grupo” já é entendida por si só e possui um leque de opções; é um grupo de pessoas com interesses em comum, segundo Zimerman:

Grupo tanto se define, concretamente, um conjunto de três pessoas (para muitos autores, uma relação bipessoal, já configura um grupo), como também pode conceituar uma família, uma turminha ou gangue de formação espontânea (ZIMERMAN, 1993, p. 51-2).

Para coletar os dados no decorrer de toda atividade (almoço coletivo e educação em saúde) foi colocado um gravador estrategicamente posicionado no meio da mesa do almoço e utilizou-se dois tipos de observador. O “observador total” é definido por Ludke e André,

(...) é aquele em que o pesquisador não interage com o grupo observado. Nesse papel ele pode desenvolver a sua atividade de observação sem ser visto, ficando por detrás de uma parede espelhada, ou pode estar na presença do grupo sem estabelecer relações interpessoais (LÜDKE e ANDRÉ, 2003, p.29).

O observador total foi treinado e orientado pela pesquisadora para proceder à sua observação. O papel do outro observador durante o almoço foi ocupado por mim e designado “observador como participante” e sua descrição segue a de LUDKE e ANDRÉ (2003:29) “(...) é um papel em que a identidade do pesquisador e os objetivos do estudo são revelados ao grupo pesquisado desde o início (...)”.

3.3.2 Instrumentos

ETAPA A

Foi utilizado um roteiro de entrevista para direcionar o depoimento, no sentido de captar os aspectos da história alimentar dessas mulheres mais relevantes aos objetivos da pesquisa. Procuramos recuperar experiências, recolher crenças, mitos, tradições para entender melhor a trajetória do sujeito da pesquisa (HUMEREZ, 1998). O roteiro de entrevista é um instrumento muito importante, pois auxilia o pesquisador a dar uma direção durante a entrevista para se alcançar os objetivos (TURATO, 2003), mas é necessário que o pesquisador esteja atento e sensível para orientar a entrevista e estimular o sujeito a expressar com transparência as suas idéias. Para LÜDKE & ANDRÉ (2003: 36) “a entrevista ultrapassa os limites da técnica e depende em parte das qualidades e habilidades do entrevistador”.

O recordatório alimentar (anexo 2) das últimas 24 horas foi utilizado ao final desta etapa. Este instrumento permitiu um conhecimento prévio da prática alimentar das participantes em sua residência.

ETAPA B e C

Nestas etapas os instrumentos utilizados para coleta das informações foram o gravador e as observações registradas pelo observador total no qual os dados eram escritos de acordo com a seguinte orientação: 1.) anotar as conversas literalmente; 2.) procurar ser imparcial sobre o que era relevante anotar; 2.) não interagir durante a realização da atividade; 3.) seguir com rigor as orientações recebidas. Não podemos deixar de citar que um instrumento importante para o educador na construção desse grupo foi a comida, pelo potencial que o alimento oferece de propiciar a interação entre as pessoas e construção de pertinência ao grupo. A este respeito Freire enfatiza:

A comida é uma atividade altamente socializadora num grupo, porque permite a vivência de um ritual de ofertas. Exercício de generosidade. Espaço onde cada um recebe e oferece ao outro o seu gosto, seu cheiro, sua textura, seu sabor (FREIRE, 1992).

3.3.3 Procedimentos de entrevista e observação

ETAPA A

Foi utilizado um gravador, com o intuito de facilitar o processo de coleta de informações. É importante mencionar que anotamos as questões iniciais restritas aos dados da pessoa colaboradora. Para a segunda parte da entrevista, o gravador foi ligado e a nossa atenção passou a ser exclusivamente para a coleta das informações dadas não sendo anotado nada durante a entrevista. A gravação é uma técnica que permite captar a informação viva diretamente do informante, suas emoções e suas motivações específicas (QUEIROZ, 1982).

Na etapa inicial da pesquisa (etapa A) não houve um rigor quanto ao tempo de duração das entrevistas, com o objetivo de deixar as entrevistadas à vontade e, desta forma, conseguir colher maior número possível de informações.

Um fator que influenciou a duração das entrevistas e a espontaneidade das entrevistadas foi o espaço físico pois em alguns casos a entrevista era interrompida por familiares e vizinhos.

Apesar de terem sido avisadas antecipadamente da minha visita, e consentirem em gravar a entrevista, pude perceber que ficaram constrangidas e curiosas pelo fato de estarem à frente de um gravador. Isso se confirmou por terem, ao final da entrevista, pedido para ouvir a gravação – o que foi prontamente disponibilizado.

As usuárias me acolheram bem, embora ansiosas no início, iam se sentindo muito mais à vontade com o correr dos minutos. Houve uma preocupação por parte delas em preparar alimentos saborosos para me receber.

ETAPA B e C

Os encontros do almoço no CRIAD foram em grupo e coordenados por mim. O programa teve a duração de doze encontros, com cerca de uma hora e trinta minutos cada um, duas vezes por semana, totalizando seis semanas para a coleta de dados, sempre às segundas e terças-feiras.

Para a coleta de dados durante o almoço, foi utilizado um gravador estrategicamente colocado no meio da mesa, para tentar captar melhor o que as usuárias conversavam. As sessões foram gravadas em fitas de áudio-cassete e posteriormente transcritas. Assim se procedeu porque sessões gravadas ofereciam maior riqueza de detalhes para as análises pretendidas do que sessões apenas registradas manualmente.

No primeiro encontro o observador total foi apresentado ao grupo e explicada a finalidade da sua participação, sua não participação no almoço e que os elementos do grupo não deveriam dirigir-se a ela durante a atividade. Esta solicitação teve uma única preocupação, de que a figura do observador total durante o almoço interferisse o mínimo possível na dinâmica da atividade. Esta

orientação mostrou-se importante à medida em que aconteciam os encontros e as usuárias passaram a questionar a não participação do observador no almoço.

O observador total possuía para anotação um caderno e estava atento a todos os acontecimentos durante o almoço e ao grupo educativo. Antes de cada registro, o observador indicou o dia, a hora e o local da observação. O registro constava da descrição dos sujeitos, bem como sua disposição à mesa e no grupo educativo. Na medida do possível, houve reconstrução dos diálogos ocorridos seqüencialmente, incluindo, quando possível, a anotação do tom de voz e comportamento das pessoas.

As estratégias foram constantemente avaliadas porque a pesquisa qualitativa permite o seu ajustamento ao longo do seu desenvolvimento. Estas informações foram utilizadas por ocasião das transcrições das gravações complementando-as quando necessário. LUDKE e ANDRÉ (2003) enfatizam a importância de se planejar a observação com o objetivo de determinar com antecedência o quê e o como observar.

É importante relatar que buscamos boa interação - pesquisadora e sujeitos - através do diálogo informal, explicando os objetivos e o funcionamento do grupo, fornecendo informações e facilitando a interação entre elas, levantando questionamentos, acolhendo suas dúvidas e anseios e demonstrando que estavam sendo ouvidas.

Procurei ficar atenta a possíveis necessidades de intervenção como: discussão mais acalorada, pessoa que não interagiu, que estava alcoolizada, entre outros eventos.

Após o almoço, elas se serviam do café que foi colocado na mesa e as orientações fornecidas anteriormente eram reforçadas. As mulheres foram estimuladas a elaborar questionamentos e emitir opiniões acerca do que foi discutido. Ao término do encontro os dados coletados pela observadora total eram discutidos e avaliados.

Atividade educativa

A atividade educativa desenvolvida durante e após o almoço não tinha um tema previamente proposto. O tema surgia pela livre demanda das participantes, de modo informal e espontâneo, possibilitando a verbalização de necessidades ainda não identificadas. Como observadora participante, fiz intervenções e questionamentos com o intuito de levá-las a refletir sobre o que foi falado, acrescentando informações no sentido de clarear os conhecimentos e sanar dúvidas.

3.4 Procedimentos de Coleta

3.4.1 Procedimentos Éticos

As participantes da pesquisa e seus familiares foram esclarecidos quanto à natureza do estudo e seus procedimentos. A autorização foi feita por escrito e assinada por elas (termo de consentimento pós-informação - Apêndice 2). A instituição onde a pesquisa foi realizada consentiu o estudo e sua identificação no trabalho. O projeto passou pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – UNICAMP sendo aprovado, sob o processo número 315/2003 (Anexo 1)

3.4.2 Local da Coleta e Descrição do “Setting”

ETAPA A

As entrevistas de avaliação foram realizadas nas próprias residências das usuárias entre outubro/03 e novembro/03 sendo realizadas pela pesquisadora, pois a observação dos espaços de vida e moradia do grupo familiar e da pessoa entrevistada é material de importância para a compreensão da condição de vida

dos sujeitos. Para MINAYO (1996) a observação é “parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa”.

Ao término das entrevistas as participantes da pesquisa faziam questão que eu conhecesse a sua residência. A maioria mora em casa própria ou cedida pela família e apenas uma participante paga aluguel. As residências são todas de alvenaria e de tamanho variável, que vai de um a quatro cômodos.

Mostraram-se orgulhosas de que eu conhecesse as suas casas. Pude observar nesta visita, que todas as entrevistadas possuíam plantas não apenas ornamentais, mas também para o seu consumo.

Após o término da entrevista, anotamos em um caderno de campo suas observações atentando também para os aspectos não verbais (silêncio, choro, aparência...), com o intuito de ampliar os subsídios para a análise.

Essa etapa teve como objetivo principal, levantar dados sobre a história alimentar de cada uma das mulheres entrevistadas. Esse contato durante a entrevista possibilitou a minha familiarização com a população estudada, a qual, por sua vez, facilitou a etapa seguinte, ocorrida no CRIAD, durante o grupo de almoço com atividade educativa.

ETAPA B e C

Preparando o ambiente

O *setting* do almoço se constituiu o momento da intervenção educativa. O *setting* é mais que um local/ambiente, ele inclui o conjunto de fenômenos das relações interpessoais e das pessoas com o ambiente (TURATO, 2003). É nele que os sentimentos são mobilizados entre pesquisadora e sujeitos, facilitando a relação e a comunicação entre eles.

Os almoços realizaram-se às segundas e terças-feiras das 11:00 às 12:30 horas de novembro/03 a dezembro/03, em decorrência de que nestes dias

elas já participavam de atividades na instituição como parte de seu projeto terapêutico. Após o término dos atendimentos programados na instituição, elas dirigiam-se para o almoço. Este almoço ocorria em uma sala do piso inferior do serviço. Esta sala foi preparada com mesa e cadeiras em igual número ao de participantes. A mesa foi forrada com toalha, utilizou-se copo descartável para o suco, talheres de aço inox, guardanapos descartáveis, pratos de louça ao invés do marmitex e talheres de plástico normalmente utilizados pela instituição.

Colocou-se à disposição das participantes molhos e alimentos novos ainda não experimentados pelas mulheres que foram trazidos por mim com o intuito de valorizar a participação diferenciada delas e tornar o ambiente mais aconchegante. Foi permitido também que elas trouxessem algum complemento como pimenta, farofa, de acordo com aquilo que lhes era mais familiar.

No primeiro dia, uma das colaboradoras se propôs a pintar um quadro que retratava alimentos para enfeitar a sala durante os nossos encontros. O quadro ficou pronto somente para o último dia do encontro, sendo visto e elogiado por todas as mulheres e colocado na parede da sala.

O estímulo à autonomia para que cada pessoa passe a ser agente na modificação de suas práticas, assumindo o autocuidado em relação à alimentação, a si mesma e ao ambiente da casa é muito importante e de grande valor terapêutico. Como bem diz Daniel:

O ambiente terapêutico é moldado a induzir o bem estar, porém sem perder de vista a sua finalidade máxima que é promover a busca pelo ajustamento e independência (DANIEL, 1983, p. 43).

3.5 Técnica e procedimentos das análises de dados

3.5.1 Análise de conteúdo

O tratamento dos dados coletados durante as entrevistas na moradia das participantes do estudo (história alimentar), das observações coletadas no

decorrer do almoço e das sessões do grupo gravadas e transcritas literalmente, foi a análise do conteúdo. Esta análise possibilita a compreensão da comunicação e sua interpretação, possibilitando correlacionar os aspectos sociais com a questão estrutural daquilo que foi verbalizado. É uma técnica que permite ao pesquisador ir além do estágio meramente descritivo do processo, permite que se discuta/infira a partir dos dados trabalhados (TURATO, 2003).

Foram realizadas algumas análises preliminares desse material para categorizar os dados em torno de dois eixos principais: análise da história alimentar e análise do conteúdo verbalizado e gestual durante e após o almoço.

Em relação ao recordatório alimentar, os dados obtidos serão de grande utilidade, uma vez que eles permitem uma avaliação da qualidade da alimentação das entrevistadas.

Nesta análise foi empregado o critério qualitativo para classificar as refeições feitas pelas participantes em completas ou incompletas. Foi adotado, para tanto, o critério utilizado por ALVES, H. e BOOG (2004) que essas autoras definiram a partir de uma adaptação do critério de GAMBARELLA et al (1999) para refeições completas e incompletas. O consumo de alguns alimentos essenciais será analisado seguindo o critério de análise do recordatório alimentar (Anexo 3).

3.5.2 O material coletado: *Corpus* das entrevistas

O *corpus* das entrevistas segue o definido por TURATO (2003) como sendo o “conjunto de entrevistas transcritas, observações anotadas em campo e de dados e informações em geral sobre o objeto sob pesquisa”.

A coleta de dados das etapas A, B e C foi feita por intermédio de gravador, sendo as etapas B e C complementadas com os registros feitos pelo observador. Para a etapa A, após o término da entrevista procedeu-se à

transcrição literal direta das gravações em áudio. Cabe ressaltar que esta fase foi concomitante com a realização do almoço, o que facilitou a intervenção de educação em saúde uma vez que me deixou mais sensibilizada para o que cada uma trazia de questões pessoais.

Foi feita a transcrição das três etapas. Alguns trechos de algumas fitas ficaram inaudíveis, provavelmente por problema do próprio gravador ou pela distância do mesmo em relação à pessoa que estava falando, ou também pelo ruído provocado por outras pessoas conversando ao mesmo tempo e pratos batendo (quando do almoço). Mas apesar das perdas, os dados coletados foram suficientes para a análise da pesquisa.

Para realizar a transcrição literal da fala das participantes e proceder à sua análise, foi utilizada a dimensão da comunicação, descrita como sendo a fala completa de cada participante, que só termina quando outro participante fala ou quando ocorrem interrupções como risos, silêncios, ruídos externos e outros.

O observador total e eu conversávamos sempre ao término do encontro para confrontarmos as anotações e discutirmos como havia transcorrido o almoço.

3.5.3 A seleção das unidades de análise

Nesta fase procedi às leituras flutuantes – para a impregnação do material – e foi constante o ir e vir entre os objetivos do trabalho, teorias e a minha própria percepção (intuição) de pesquisadora e profissional, que facilitou o emergir das unidades de análise, categorizadas a seguir.

3.5.4 Categorização

A construção das categorias obedeceu a dois critérios. Algumas delas foram selecionadas a priori em decorrência de tópicos relevantes na literatura.

Outras emergiram da coleta de dados tendo sido, portanto, selecionadas a posteriori (TURATO, 2003).

A história alimentar foi dividida em quatro categorias: ser pobre, passar fome e passar necessidade; a mesa; a alimentação como geradora de conflito e violência; a recusa do papel feminino tradicional.

A análise do conteúdo verbalizado e gestual durante e após o almoço foi realizada por intermédio de sete categorias: a ambiência como facilitador; compartilhar o alimento – tornar-se companheiro; ampliação da percepção do alimento; alimentos e seus significados; sexualidade; recaídas; depressão x motivação.



Os dados expostos a seguir fazem parte das três etapas de coleta, estando colocados pela ordem temporal de compilação das informações. A etapa A do método (entrevista) corresponde à História Alimentar (itens 4.1 e 4.1.1) e Recordatório Alimentar (itens 4.2 e 4.2.1). A etapa B é o almoço propriamente dito. As etapas A e B são etapas de diagnóstico para a fase mais importante da pesquisa que é a intervenção educativa, aqui denominada como etapa C, cujos resultados e discussão estão apresentados nos itens 4.3 e 4.3.1.

Nesta pesquisa, o diagnóstico feito nas etapas iniciais foi relevante, pois possibilitou identificar problemas e compreendê-los, de forma a considerá-los no processo de intervenção, para mobilizar nos participantes o direito como cidadãos à saúde enfocando e fomentando a sua responsabilização no próprio processo de cuidar.

A seguir, os dados demográficos coletados são apresentados com o intuito de propiciar uma melhor descrição da clientela estudada, estando dispostos na Figura 1. Com a finalidade de se manter preservada a identidade das participantes, foram dados nomes de flores para cada uma delas.

Quadro 3: Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos da pesquisa e idade inicial do consumo de álcool (CRIAD/Campinas, 2003).

| Entrevistadas | Idade (anos) | Proced. (estado) | Reside em Campinas (anos) | Escol. | Est. Civil | Idade inicial do consumo de álcool (anos) |
|---------------|--------------|------------------|---------------------------|--------|------------|---|
| ROSA | 47 | MS | 14 | EFI | S | 41 |
| MARGARIDA | 55 | MG | 30 | AF | D | 12/13 |
| HORTÊNCIA | 35 | MG | 08 | AF | C | 18 |
| VIOLETA | 47 | PR | 20 | AF | C | 5/6 |
| BEGÔNIA | 41 | SP | – | EFC | C | 30 |
| JASMIM | 53 | PR | 21 | AF | S | 35 |
| DÁLIA | 37 | MG | 11 | EFI | V | 14 |
| ORQUÍDEA | 55 | SP | 30 | EFI | S | 16 |

Legendas: EFI = Ensino Fundamental Incompleto; AF = Analfabeta Funcional; EFC = Ensino Fundamental Completo; S = Solteiro; D = Divorciada; C = Casada; V = Viúva.

Fonte: Preparado pela autora

Como se observa, as participantes da entrevista têm idade entre 35 e 55 anos, são naturais em sua maioria de outros estados do Brasil. Apenas uma nasceu e reside em Campinas até hoje, sendo que as demais estão no município no mínimo há oito e no máximo há trinta anos. Possuem baixo nível de instrução variando entre o analfabetismo funcional, em sua grande maioria, ao ensino fundamental completo (um sujeito).

Com relação ao início do uso de bebida alcoólica, cinco mulheres iniciaram esta prática na idade adulta jovem enquanto as outras três entre os seis e dezoito anos.



4.1

HISTÓRIA ALIMENTAR

Por intermédio da história alimentar buscou - se conhecer tanto o comportamento alimentar atual como, também, a forma como ele acontecia na infância. O tipo de alimento utilizado pelas pessoas está sujeito a modificações ao longo de sua existência, principalmente, sob a influência do casamento, migração, situação econômica, mídia entre outros.

A seguir são apresentadas as quatro categorias que emergiram nos relatos.

Ser pobre, passar fome e passar necessidade

O aparecimento, com tanta ênfase, da questão da fome na pesquisa foi um fato importante. Foi preciso ter contato com a fome/privação dessas mulheres para alcançar uma visão mais realista da fome e entendê-la como sendo uma calamidade social não apenas no que se refere à falta do alimento em si, mas também a privação dos seus significados simbólicos. Estes não se apagam da memória face a inexistência da privação em épocas posteriores de vida.

Apesar da questão da fome estar presente com muita intensidade na história de vida das mulheres, nos impressionou muito que, durante suas falas, várias vezes se referissem ao passado como sendo o melhor momento das suas vidas.

Historicamente, temos que com a urbanização e falta de trabalho na área rural, muitos agricultores, meeiros e roceiros saíram do campo em busca de trabalho na cidade. Neste contexto social, a família destas mulheres e, muitas delas sozinhas, tiveram este destino: a vinda para a cidade grande.

O que elas relataram demonstra que a sua história alimentar está intimamente relacionada com o poder aquisitivo de suas famílias. Seis das oito mulheres entrevistadas vieram da área rural para a área urbana, acompanhadas de familiares ou sozinhas, escolhendo cidades maiores que a de origem. Duas

entrevistadas residiam na cidade quando crianças e destas, uma sempre residiu em Campinas. Todas as que moraram na zona rural disseram que se alimentavam do que os pais plantavam, pois moravam em locais distantes. Contudo, apesar das dificuldades alimentares que persistem até hoje, a maioria diz que sente saudades e que tinha melhor qualidade de vida, principalmente ao lembrar de pessoas próximas falecidas, especialmente o pai e a mãe.

“A alimentação não era boa não. Quer dizer, não era boa, mas a gente tinha saúde. (...) Tudo dependia das épocas. Cheguei a passar fome. (...) A finada mamãe era uma pessoa muito calma(...)”.

(VIOLETA)

Esta entrevistada emocionou-se ao lembrar da passividade, da docilidade da mãe em contraposição à violência, força bruta do pai, referindo-se a ele pela sua profissão - jagunço. Salaria tanto “medo/respeito” que até hoje não fuma na frente do pai então com mais de noventa anos.

“(...) de primeiro faltava sim a carne, né? Tinha vez que ficava dois dias ou um dia sem comer a carne. Comia um ovo de galinha.(...) Nunca passei fome, só necessidade (...) eu pegava peixe no rio”.

(HORTÊNCIA)

Neste fragmento, a pessoa relatou quais alimentos, na sua opinião, seriam os considerados importantes, devendo constar na sua dieta, principalmente a carne – branca ou vermelha.

“A gente passava mal, aliás, não sei se era ou não mal em comparação com agora. (emociona-se) A gente não tinha o que comer. A gente quebrava coco, procurava coquinho (...) Morava no sítio, tinha pouca plantação (...). Na cidade eu pedia esmola na rua, dormia na rua. Lá está a melhor fase da minha vida”.

(MARGARIDA)

Esta pessoa reside atualmente em um apartamento de dois quartos mobiliados e apesar de aparentemente estar bem melhor alojada que na infância, a preferência dela era a vida anterior com os pais. Existia algo mais, o sentimento de pertencer a uma família, evidenciado neste fragmento:

“... aí tinha gente que queria que meu pai me desse para elas me criarem. Eles diziam mas nós não tem só ela e eu falava: Ora pai o senhor acha que eu vou? Eu não vou não. Então ele dizia: Filha minha come farinha, mas do meu quintal ela não sai”.

(MARGARIDA)

Em outra entrevista o relato parece estar sendo revivido enquanto ela o descreve.

“A alimentação era assim... quando tinha, era carne de porco, frango que meu pai e minha mãe criava... mandioca(...) Tudo que nós comia era da fazenda. Tudo era plantado, ninguém sabe o que era comprar nada (...)”.

(ROSA)

Esta colaboradora apresentou ambigüidade durante a entrevista. Recentemente ela passou por uma experiência de mudar de Campinas para uma cidade menor, no extremo norte do estado de São Paulo. Não se adaptou, disse que já não consegue mais se habituar à cidade sem movimento. Por isso, algumas vezes expressava-se com uma certa aflição ao lembrar que morou por muito tempo em fazenda, longe da cidade. Ao mesmo tempo, lembrava-se com uma certa saudade quando se referia ao pai já falecido.

Uma outra participante da pesquisa expressou a relação do alimento com os laços familiares, uma vez que, para ela, no passado, todos os alimentos eram saborosos.

“A alimentação era ótima viu, melhor do que hoje. Minha mãe cozinhava. Gostava de tudo que minha mãe fazia. Gostava do macarrão que ela fazia com aqueles pedaços de frango e molho. Não tinha um alimento que não gostasse, de tudo a gente comia”.

(ORQUÍDEA)

Para estas mulheres a lembrança do alimento ou da falta dele vinha de mãos dadas ao sentimento de família, amor, carinho, proteção dos pais.

Uma das participantes nasceu com uma anomalia no aparelho intestinal (imperforação anal), o que a impossibilitava de se alimentar adequadamente. Este problema, tratável cirurgicamente, acabou tornando-se, pela ignorância do pai que

não autorizou o procedimento, um incômodo muito grande, uma vez que a entrevistada teve que conviver com ele até os 17 anos. Através de dietas constantes, via-se obrigada a ingerir determinados alimentos que para o seu paladar não eram saborosos ou tornavam-se enjoativos à medida que eram repetidos com muita frequência.

“Eu não gostava de sopa e alface que o médico mandava eu comer. Eu enjoiei até não querer ver mais. Eu gostava de maçã, de comida pesada como a carne de porco, gordura. Dessas coisas era que eu gostava mais”.

(DÁLIA)

“A mesa”

Neste sentido cabe citar as experiências atuais das entrevistadas com a “mesa”. Duas entrevistadas não compartilham com outras pessoas o horário da alimentação, uma vez que residem sozinhas e quando comentam as situações mais frequentes quando se alimentam em casa, emocionam-se e ficam tristes. Enquanto as outras que possuem companhia à mesa, deixam transparecer a percepção do comer junto como uma quase obrigação, que as impede de estar a sós nesse momento. A mesa, para estas mulheres, não tem função de agregador familiar – vale citar aqui que em todas essas casas a mesa era muito pequena pois nela cabiam apenas duas pessoas. Preferem se sentar à frente da televisão, declarando fazer a refeição na sala como se segue:

“(...) eu não gosto de conversar não, eles conversam (...), como na sala, não tem lugar certo (...)”.

(VIOLETA)

“Não tem lugar aqui para se comer, não tem mesa grande. Eu gosto de comer sossegada. Como sozinha. Não gosto de conversar, gosto de ler”.

(ORQUÍDEA)

“Não gosto de conversar. Ele (filho) conta muitas coisas para mim. Eu como vendo televisão no quarto (...)”.

(BEGÔNIA)

“Como na sala, costumo falar durante a refeição, brigando mais os meninos, perco a paciência (...)”.

(HORTÊNCIA)

“Como aqui na sala vendo televisão. Ninguém vai sentar na mesa. (...) não gosto de conversar”.

(ROSA)

“Como na cozinha. Não compartilho a mesa com ninguém, resido sozinha (emociona-se). Ah! Eu gosto quando vêm pessoas aqui. É difícil vir um para comer”.

(MARGARIDA)

“A sala é onde a gente come, no almoço geralmente como e esses dois (os filhos) ficam brigando e eu pedindo para eles pararem”.

(DÁLIA)

“Como no quarto, que é também cozinha. Não converso no horário das refeições pois, na maioria das vezes, estou sozinha”. (emociona-se)

(JASMIM)

“A alimentação como geradora de conflito e violência”.

A alimentação é influenciada por emoções, representações, conhecimentos - científicos e não científicos - tradição, motivos econômicos, sociais, crenças religiosas, pressões da propaganda, modismos entre outros. Sendo que os significados dados aos alimentos fazem parte de nossa personalidade, história de vida, ou seja, de nosso “Eu”, eles devem ser levados em consideração nas intervenções educativas. Compreender estes aspectos é condição primeira na ressignificação do comer e da comida.

Apesar do alimento, para muitos autores, estar relacionado ao prazer pessoal, algo para se compartilhar com a família, em muitos momentos da entrevista estas mulheres o relacionam a outros significados. Em algumas situações de miséria o alimento passa a ser apontado como desagregador e a carência alimentar torna-se palco de geração de conflitos e violência.

Não se pode negar como deve ser angustiante a um pai de família não conseguir trazer para sua casa e para a sua família o alimento como fruto da

transformação de seu trabalho. Este papel é cobrado pela sociedade uma vez que o homem é educado para o papel de provedor da casa.

“(..). Às vezes, quando tinha o que comer ainda, papai chegava e jogava tudo fora e começava aquelas brigas do nada (...)”

(VIOLETA)

“Costumo comer mais os meninos, brigo mais eles nessa hora, perco a paciência”

(HORTÊNCIA)

“(..). uma vez meu pai me bateu por causa do maxixe. Ele pegou e me chamou para comer, e eu disse: Não vou comer não, não sou cachorro para comer isso todo o dia, essa panelada de maxixe. Ele me bateu e falou que a comida era aquela e que eu devia agradecer. Daí eu comi”.

(MARGARIDA)

“A recusa do papel feminino tradicional”

Duas mulheres relataram que não gostavam de cozinhar e nem têm afinidade com o serviço doméstico, por ser tido como sem valor aos olhos dos demais membros da casa, uma vez que é interminável, diferente de um trabalho remunerado. O preparo do alimento, nesse caso, passa a ser visto como uma prática repetitiva, perdendo um significado importante que é o prover algo que será partilhado com as pessoas próximas.

“(..). eu achava que era uma necessidade (cozinhar) que eu tinha que fazer. Hoje quem cozinha é minha filha mais velha a C., ela insiste para eu comer(...)”.

(ROSA)

“Eu corro do fogão (...), mas quem gostava de cozinhar era minha irmã, companheira minha. Eu preferia puxar enxada, fazia roça. Trabalhava para aproveitar o rio cheio de peixes (...)”.

(HORTÊNCIA)

4.1.1

DISCUSSÃO DA HISTÓRIA ALIMENTAR

Historicamente, o alimento sempre foi tratado como uma questão central da vida do homem, seja antigamente pela sua escassez, como atualmente pelo fato de se ter à disposição uma grande variedade de alimentos para escolha (FISCHLER, 1995). No entanto, ainda hoje, uma parcela significativa da população está desprovida da possibilidade de ter alimento, não por escassez de produção, mas pela falta de acesso econômico. Quando um ser vivo não se alimenta fica mais suscetível a manifestar uma série de doenças, e a medicação apenas não resolve o problema. Deve-se tratar a causa, e quando a causa é a fome, o problema é muito complexo.

Dos depoimentos apresentados anteriormente, muitos foram marcantes, mas a fome merece um destaque tanto pelo significado dessa experiência no passado das mulheres, que traz conseqüências para o presente, como pelo fato de ser um problema que o profissional de saúde encontra diariamente no seu trabalho.

MONTEIRO (2000) estabelece a distinção entre pobreza e fome. A condição de pobreza se expressa por carências básicas que vão além da alimentação. Já passar fome é a situação na qual a alimentação diária não oferece ao indivíduo energia suficiente para a manutenção do seu organismo e para a realização de suas tarefas cotidianas.

A privação do alimento, ou melhor dizendo, a fome propriamente dita, é responsável por transformar o homem em animal irracional, modificando a conduta fraterna para uma agressividade, pois ali se evidencia o instinto de preservação. Para CASTRO (2003), a fome coletiva tem ação sobre a personalidade humana, agindo em seu espírito, em sua estrutura mental e também em sua conduta moral. O homem acaba agindo por instinto como um verdadeiro animal ávido para conseguir o alimento. Essas mulheres, em muitos momentos de sua vida, tiveram essa vivência e algumas condutas atuais – a agressividade com as crianças da casa à hora da refeição – podem ser um reflexo dessa experiência.

Diz ainda o mesmo autor que a fome é uma calamidade, que pode intervir na força social modificando conduta e comportamento do homem, podendo ser estudada como fator de desajuste entre indivíduos, povos e nações. As mulheres entrevistadas nesta pesquisa trouxeram, por intermédio de suas falas, experiências marcantes da fome e da violência geradas pela falta de alimentos. Conforme relembavam situações que passaram, pareciam de certa forma reviver os sentimentos guardados na memória. A maioria delas agora, no presente, busca cesta básica junto a entidades filantrópicas por medo de não ter o que comer, porque se percebem vivendo ainda numa situação de insegurança alimentar a despeito de afirmarem que às vezes sobram alimentos na casa. A incerteza do alimento mantem-se impregnada na memória delas e, para algumas, persiste até hoje em suas respectivas realidades.

A fome é um problema, uma calamidade social, econômica, política, cultural, educacional e de saúde, que a sociedade precisa ter disponibilidade interna e externa para eliminar. Promover a segurança alimentar⁴ depende de políticas públicas que garantam o acesso de todos os cidadãos aos alimentos. Mas há um nível de segurança alimentar que consiste em construir e reconstruir o ritual de criatividade, partilha, amor, solidariedade e comunhão em cada família e na comunidade. Como diz VALENTE:

Ao alimentarmos a nós mesmos e uns aos outros – familiares, amigos e mesmo estranhos – nós nos refazemos, nos construímos, nos potencializamos como seres humanos em nossas dimensões orgânicas, intelectuais, psicológicas e espirituais (VALENTE, 2002, p. 194-195).

Cabe ressaltar a responsabilidade que o profissional da saúde possui como agente estimulador do cliente para uma mudança efetiva da sua realidade, mobilizando nele a responsabilidade pessoal, valorizando o que já conquistou e estimulando suas potencialidades. Profissional e usuário devem ter a clareza da

⁴ “Consiste em garantir a todos, condições de acesso a alimentos básicos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana. (VALENTE, 2002, p.121).”

dificuldade e dos obstáculos que terão que transpor para poder alcançar um estado de saúde que lhes permita viver uma vida mais feliz.

Trabalhar com pessoas pobres requer que se acredite autêntica e responsabilmente na afirmação de Novara:

O pobre é aquela pessoa que não tem possibilidade de desenvolver os talentos que recebeu, isto é, não possui acesso às reais oportunidades que lhe permitiriam desenvolver todas as próprias potencialidades. (...)

Cada pessoa, cada comunidade, por mais carente que seja, representa uma riqueza e demonstra um grande valor. Para ajudar a desenvolver os próprios talentos e a mover a responsabilidade pessoal, é necessário valorizar aquilo que as pessoas já construíram, a própria história, as relações existentes, isto é, reafirmar que aquele tecido social e aquele conjunto de experiências que constitui o seu patrimônio de vida é um ponto operativo fundamental que nasce de uma abordagem positiva da realidade e que ajuda a pessoa a entender o seu próprio valor, a sua dignidade e, desse modo a desenvolver uma responsabilidade (NOVARA, 2003, p. 115).

A partir das expressões das mulheres entrevistadas e das reflexões desses autores, foi possível ampliar a compreensão do significado singular de cada um desses termos: ser pobre, passar fome e passar necessidade. O primeiro é uma condição de vida na qual o indivíduo se encontra experimentando múltiplas carências, já passar fome caracteriza a carência do alimento necessário à subsistência e passar necessidade é a condição na qual a pessoa identifica alimentos que considera necessários à alimentação diária mas que, rotineira ou eventualmente, não tem possibilidade de adquirir.

Além da questão fome evidenciada como um fator de desajuste social surge também a questão do feminino, do ter nascido mulher e toda a complexidade que este atributo possui e permeia a família.

Para estas mulheres, a expectativa depositada frente à conduta esperada delas é muito opressora e de certa forma dificultadora para o processo de tratamento, uma vez que quando diminuem a ingestão de etílicos e se observa uma melhora no autocuidado, a família passa a pressioná-las para que executem

tarefas atribuídas ao papel feminino, ao ser mulher, ou seja, o que lhes foi ensinado, mas não necessariamente aceito. A mulher, pelo papel tradicional a elas imposto, acaba se acostumando e, passivamente, deixa de ser sujeito da ação.

Ao nascer uma criança do sexo feminino ela é estimulada, em seu meio social, a desenvolver seu lado “cuidador”, que já foi pré-estabelecido como crenças, papéis, valores, relações no âmago de poder e hierarquia da família, onde a mulher se torna mulher e toma condutas de mulher esperadas pela sociedade. A menina, então, é ensinada a imitar sua mãe, sua avó como nutriz, provedora da transformação do alimento para a continuidade de sua família (DIAS, 1991).

Para WOORTMANN (1980), a casa possui uma relação proporcional à família que a habita, da mesma forma que os seus compartimentos – a estrutura física - e os espaços têm relação direta com o lugar de cada membro familiar. A cozinha é o espaço designado para a mulher, onde ela transforma o fruto do trabalho do homem para os demais membros da família, ficando o papel de controladora do consumo para a mulher e o de provedor de renda para o pai. A cozinha é um espaço que simboliza o produto do trabalho do pai e o meio do trabalho da mãe (as panelas).

Esta visão já articulada do papel do homem e da mulher está em desacordo com o que a sociedade vivencia atualmente. A mulher assume cada vez mais papéis e cada vez menos responsabiliza os outros membros da família a compartilhar o gerenciamento da casa. Para AGUIRRE (2000) as mulheres pobres realizam tarefas domésticas variadas e elas têm uma jornada de trabalho maior do que a dos homens. Gracia-Arnaiz reforça contribuindo como se segue:

Segundo diversas fontes, as mulheres trabalham em casa três vezes mais que os homens (GRACIA-ARNAIZ, 1996, p.23).

Quando a mulher por diversos fatores passa a trabalhar fora de casa, deixa atividades importantes, como a função de cuidadora do lar, educadora da

prole, vazia. Esta função, que pertencente ao aspecto feminino, consiste na repetição das tradições familiares como, por exemplo, o horário da refeição e o alimento típico que se consome. Assim, são ocasionadas sérias rupturas nas experiências das novas gerações, especialmente daquelas que propiciam sentido ao fato de pertencer a uma família.

Por outro lado, a quem seria delegado o papel de cuidador da família, uma vez que há a necessidade de se ter alguém que cuide, que exerça esta tarefa? Este papel, muito provavelmente, irá para outra mulher mais velha ou mais nova, apta ou não para a tarefa.

Entender este processo e sua dimensão no contexto da família é muito importante e essencial na melhora nas relações familiares do sujeito.

Do mesmo modo que a questão do papel da mulher dentro da família é cobrado, o mesmo se pode inferir em relação ao homem/pai. Tal clareza se faz necessária à medida que os conflitos da infância ocasionados pelo pai devido à falta do alimento são lembrados pelas colaboradoras.

Para entendermos o que acontece a um pai de família quando se vê impotente diante de uma função anteriormente ensinada, e agora cobrada, de provedor do alimento da família, faz-se necessária uma compreensão mais ampla da expressão "Pai de Família". Para Woortmann:

Pai de Família significa mais que 'genitor', significa 'pater', segundo a clássica distinção antropológica; significa responsabilidade, respeitabilidade, ser 'um homem sério'. Em resumo, significa ser um homem, no pleno sentido da palavra, como uma categoria cultural (WOORTMANN, 1980).

Diante do exposto, ser capaz de prover o alimento para o grupo doméstico é um sinal indiscutível de respeitabilidade, um dos principais componentes da imagem do pai de família.

O conflito gerado pela falta do alimento à hora da refeição é um fato constatado por vários autores (CASTRO, 2003; VALENTE, 2002), principalmente porque pode ser um comportamento aprendido e repetido na família. A criança que convive com conflitos durante as refeições, seja pela falta do alimento ou por outros fatores, tenderá a perder o “espaço mesa” como função social de agregador da família.

JACKSON (1999) nos fala que a mesa possui uma imagem evocadora do relacionamento entre pessoas e que esta importante peça familiar está perdendo o seu significado tradicional para as gerações de pessoas que estão crescendo atualmente, fato este evidenciado na casa da maioria das mulheres entrevistadas.

Para BLEIL (1998), “a comida é uma forma de comunicação, na qual o indivíduo vai explicitar inclusive sua visão de mundo, ou seja, comer é revelar-se”. Acrescento ainda que não somente a comida, mas também a falta dela e o horário designado para que ela aconteça, são relevantes na formação do “humano” no homem. A pesquisa trouxe como resultado a modernidade na qual a sociedade vive, onde os horários são feitos de acordo com a disponibilidade individual de cada membro familiar e não com o coletivo para propiciar o encontro de todos.

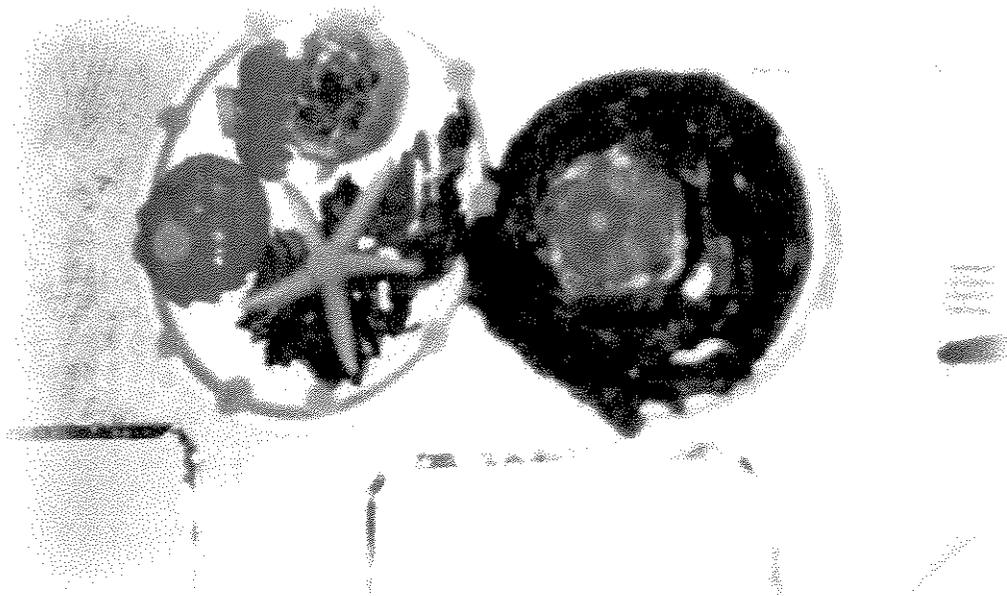
Entendemos o horário reservado para a alimentação como sendo importante e não podemos deixar de mencionar o papel do espaço mesa, demonstrando com isso sua relevância para este trabalho.

Os rituais que acompanham o ato de comer na modernidade estão sendo substituídos aos poucos. De uma certa maneira, para algumas dessas mulheres a mesa perdeu seu sentido original onde o relacionamento é alimentado com trocas afetivas entre os familiares. Apesar de estarem com outras pessoas à mesa, algumas prefeririam ser uma espécie de “comedor solitário” (BLEIL, 1998) no qual seu parceiro é o aparelho de televisão. Esta é, principalmente, uma característica da vida nas cidades grandes. BLEIL (1998) acredita que isto talvez

seja uma das razões pelas quais o homem procure compensar o fato de estar sozinho pela quantidade de comida ingerida.

Para as classes pobres, das regiões urbanas, a pobreza reduziu o espaço da cozinha e para as classes ricas, a arquitetura moderna se incumbiu de fazê-lo. O resultado é um menor espaço para a mesa dificultando a reunião das pessoas em torno dela e/ou diminuindo o partilhamento do comer junto para não mais do que duas pessoas.

A mesa dentro da cozinha, como aparece em registros históricos do passado, foi migrada para uma sala denominada sala de jantar, ou mesmo foi retirada do espaço físico pela diminuição das construções. Hoje ocupa um espaço preenchido apenas com móveis (mesa, cadeiras e armário com as louças), ou um local compartilhado com cama, sofá, televisão – como o encontrado na residência das colaboradoras. Esse local é vazio no sentido de calor, calor humano e o calor e cheiro típico do alimento impregnado na cozinha, que estimula o paladar e o desejo de partilhar companhias, relações humanas, aconchego (ALVES, 2000).



4.2

RECORDATÓRIO ALIMENTAR

Após a entrevista, na residência das colaboradoras, foi preenchido também o recordatório alimentar das últimas vinte e quatro horas para tornar mais conhecida a rotina alimentar praticada por elas. A seguir o quadro 2 evidencia os resultados observados em relação à qualidade nutricional das refeições.

Tabela 1: Dia alimentar da participante da pesquisa por ocasião da entrevista

| | COMPLETO (%) | INCOMPLETO (%) | AUSENTE (%) |
|----------|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| DESJEJUM | 12,5 | 62,5 | 25,0 |
| ALMOÇO | 50,0 | 25,0 | 25,0 |
| JANTAR | 37,5 | 37,5 | 25,0 |

Como pode ser observada na tabela 1, metade das mulheres faz uma refeição que pode ser considerada completa ao longo do dia, sendo o almoço a alimentação feita com maior regularidade.

As mulheres ficam um longo período em jejum uma vez que o jantar e o desjejum não são praticados rotineiramente. Tal fato pode agravar ainda mais a questão clínica (desnutrição calórico-protéica) da entrevistada, uma vez que muitas estão saindo de um longo período de consumo alimentar inadequado.

Segundo os dados da tabela 1, 25% dessas mulheres têm pelo menos uma das três mais significantes refeições do dia ausente, sendo o desjejum a refeição de pior qualidade.

A fruta e o leite são os alimentos de menor consumo pelas entrevistadas, sendo que apenas 25% delas referiram tê-los consumido. Ao longo do dia, cerca de metade (50%) das entrevistadas, em pelo menos uma das refeições, consumiram arroz e feijão. Em relação às verduras e legumes 62,5% das mulheres, em pelo menos uma das duas grandes refeições do dia, relataram o consumo desses alimentos.

Quanto a líquidos ingeridos ao longo do dia, três referiram o acompanhamento às refeições de sucos/refrigerantes e três disseram consumir mais de dois litros de água por dia. Uma das colaboradoras afirmou ter feito uso de uma garrafa de cerveja e uma outra não havia se alimentado no dia anterior devido a ter estado alcoolizada.

A maioria (87,5%) das colaboradoras não fez uso de doces e/ou sobremesas após o almoço ou o jantar.

4.2.1

**DISCUSSÃO DO RECORDATÓRIO
ALIMENTAR**

Ao analisarmos os dados coletados e descritos anteriormente, pudemos perceber que a refeição a qual essas mulheres têm acesso no CRIAD é de melhor qualidade nutricional do que as refeições feitas em suas casas.

Cinco das oito mulheres recebem cesta básica de entidades filantrópicas, porém alguns alimentos desta cesta (farinha de mandioca, feijão, doces) não são consumidos por todas. Para duas delas, a quantidade dos alimentos oferecidos está além do necessário uma vez que residem sozinhas, sendo o excedente, segundo elas, jogado fora. Em relação às questões levantadas acima, GALEAZZI et al. (1997) recomendam que na composição de alimentos da cesta básica dos brasileiros se tenha a possibilidade da complementação com alimentos do hábito regional para um maior barateamento da cesta e um melhor aproveitamento dos alimentos. Há também que ser apontada a falta do ritual de partilha comum nas comunidades de baixa renda, mas que não apareceu nas falas das colaboradoras desta pesquisa (GERHARDT, 2003).

É importante haver uma reflexão sobre os dados coletados, uma vez que cada horário de refeição tem sua importância para a saúde do indivíduo. Alimentar-se pela manhã (desjejum) deve ser entendido como saudável e uma necessidade fisiológica, uma vez que quando o desjejum é omitido o organismo passa a utilizar fontes internas de energia e nutrientes (CARMUEGA, 2005). No caso particular de alcoolistas, há uma tendência a se omitir o desjejum (KESKI-RAHKONEN et al, 2003) e, para estas pessoas, as fontes energéticas há muito se esgotaram pela própria carência que vêm sofrendo ao longo dos vários anos de dependência alcoólica (REIS & RODRIGUES, 2003).

O recordatório alimentar possibilitou perceber que alimentos importantes, como o leite, por exemplo, não constaram da alimentação diária da maioria das entrevistadas.

Discute-se atualmente o acesso ao alimento como sendo uma questão crucial para a Segurança Alimentar e Nutricional, que abrange aspectos importantes a serem discutidos como a qualidade do alimento ofertado, o desenvolvimento de práticas alimentares saudáveis de indivíduos e de grupos sociais. A Segurança Alimentar e Nutricional deve ser entendida e buscada em âmbito planetário, nacional, comunitário e familiar (BOOG, 2004), sendo a mulher ator estratégico e parceiro relevante nesta questão. Em muitos momentos, ela sofre mais agudamente a insegurança alimentar pela responsabilidade inerente ao papel feminino de cuidadora da família e da alimentação da prole (LUZ, 2002).

Neste caso em particular os indivíduos estudados, pela própria patologia, não fazem uso rotineiro do alimento, apresentando, também, uma precariedade no autocuidado. Este último elemento é importante para se obter sucesso na intervenção de incentivo à saúde. Tal situação aponta para a necessidade de acompanhamento minucioso da alimentação com o objetivo de melhorar e dar qualidade de vida a este grupo, uma vez que, como Valente ressalta muito oportunamente,

Não há nada mais básico para todo o ser vivo que os atos de respirar, comer e beber (VALENTE, 2002, p.104).



4.3

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O almoço como momento terapêutico aconteceu em doze encontros e a educação em saúde foi desenvolvida à medida que as colaboradoras traziam o tema para discussão. Os temas mais recorrentes e mobilizadores foram agrupados em categorias para análise.

A educação, em particular abordada neste espaço, deve ser entendida como um compromisso assumido pela autora, consigo mesma e com o educando. Deve ser visto para além de um lugar convencional moldado nos padrões convencionados da sala de aula.

No decorrer do almoço, as participantes verbalizavam livremente sobre assuntos do cotidiano. Intervenções educativas eram feitas nesta atividade, de modo a resgatar o saber que cada indivíduo adquiriu durante sua vida e a reconstruir um saber comum e atualizado do grupo.

Durante os doze dias do encontro temas foram surgindo com a participação de todas as mulheres participantes do almoço no dia. Alguns temas se repetiram mais de uma vez, e, num único dia, algumas vezes surgiram até mais de dois temas para discussão. O tema que persistia no almoço foi escolhido como sendo o tema abordado no dia para compor o quadro 3 abaixo, que tem por finalidade apresentar um panorama geral das temáticas trazidas pelas mulheres e trabalhadas por mim.

Quadro 4: Atividade educativa desenvolvida durante cada encontro.

| ENCONTRO | ATIVIDADE EDUCATIVA |
|----------|--|
| 1º | A importância do autocuidado |
| 2º | DST e diminuição da libido |
| 3º | Recaída – Desmotivação para a abstinência |
| 4º | Sexualidade |
| 5º | Alimentação saudável |
| 6º | Alcoolismo x Drogas (preconceito) |
| 7º | Sexualidade |
| 8º | Alimentação habitual e introdução de novos alimentos |
| 9º | Alcoolismo e sua consequência para a manutenção da saúde |
| 10º | Autocuidado |
| 11º | O papel feminino |
| 12º | A família |

A ambiência como facilitadora

Já no primeiro dia da ocorrência do almoço as colaboradoras da pesquisa demonstravam a satisfação advinda da diferença de almoçar no padrão anterior (em marmiteix, com garfos e facas de plástico descartáveis, sendo a salada individual), do padrão da pesquisa com sala arrumada para o almoço, oferta de pratos, talheres e suco para acompanhar a refeição e salada coletiva da qual todos podiam se servir à vontade, o que sugeria um tom acolhedor e familiar para esta prática diária que muitas vezes parece repetitiva e vazia.

“A mesa estava muito bonita, o enfeite tão bonito, dá mais fome ter a mesa arrumada”.

(Violeta, 1º dia)

“Parabéns, uma salada montada fica outra coisa dá até vontade de comer”.

(Begônia, 2º dia)

“Se tivesse que ficar aqui o dia todo eu ficava”.

(Margarida, 4º dia)

“Estou engordando, acho que é o almoço regular que estou fazendo com o grupo. Talvez tenha que fazer regime depois”.

(Rosa, 5º dia)

“Estou aqui prestando atenção aqueles quadros de flor tão bonito”.

(Rosa, 8º dia)

“Olha as folhas e os detalhes das folhas...”

(Begônia, 8º dia)

“Nós somos um grupo, somos uma família. Vocês não podem faltar”.

(Margarida, 8º dia)

Uma delas comparou a diferença do almoço anterior na instituição com esse do qual ela estava participando e uma outra relatou a mudança em sua casa que o grupo de almoço propiciou.

“Tenho pena dos outros pacientes que comem lá em cima”.

(Begônia, 2º dia)

“Agora, eu passo mais tempo na mesa. É bom dizer, comentar um pouco do que acontece com a gente, do que gostamos”.

(Violeta, 11º dia)

Compartilhar o Alimento – tornar-se companheiro

A proposta do almoço trouxe à tona necessidades sentidas pelas mulheres dependentes de álcool. Possivelmente, estas necessidades estavam há muito reprimidas. A história alimentar evidenciou que muitas nunca conseguiram ter um compartilhamento de refeição numa atmosfera harmônica e cada conquista, por mínima que possa parecer, já causa nelas uma vibração quase ingênua;

“Hoje é prato, hoje é prato, Silzeth. Hoje ta chique!”

(Orquídea, 1º dia)

“Parece que estamos almoçando fora”. “A mesa estava muito bonita, o enfeite tão bonito, dá mais fome ter a mesa arrumada”.

(Violeta, 1º dia)

“Chique almoçar em restaurante, ainda mais com a Silzeth. “A comida é a mesma, mas eu gostei de nós”. “Comemos em prato, com garfo e faca de verdade, é bem melhor”

(Margarida, 1º dia).

No parágrafo anterior, Margarida pontua uma melhora da auto-estima e uma coesão enquanto grupo, ou seja, ela consegue perceber a diferença, a evolução do tratamento e a qualidade de vida adquirida.

Ao me sentar junto com elas para almoçar, a diferença profissional foi suprimida de forma que elas puderam se relacionar por um momento com a pessoa da terapeuta. Ao longo da repetição da atividade pude perceber que o relacionamento estabelecido entre mim e as usuárias foi um fator muito importante para a maneira como transcorreram os almoços.

Ampliação da percepção do alimento

Objetivando que elas pudessem experimentar, além do relacionamento, também um modo diferente de ver, de sentir o alimento, os pratos eram enfeitados e novos sabores eram introduzidos para que elas experimentassem.

“Estas verduras do enfeite são para comer?”

(Dália, 1º dia)

“Tem alface roxa é um sabor diferente”.

(Rosa, 1º dia)

“O repolho roxo é mais gostoso”

”(Orquídea, 1º dia)

“Uma salada montadinha assim, fica outra coisa...”

(Begônia, 2º dia)

Alimentos e seus significados

Em vários momentos do almoço a pimenta foi objeto de controvérsias, degustada, oferecida, compartilhada e refletida. Traziam conhecimentos de familiares, da mídia e seus próprios sobre esse condimento picante e até

desafiador que em muitas regiões do Brasil e de outros países caracteriza o prato típico regional como bem lembrado por elas.

“Na Índia em todos os pratos tem pimenta. Bahia, Pará, o acarajé. No quintal do meu irmão ele tem pimenta de toda a qualidade”.

(Rosa, 6º dia)

“Eu gosto de pimenta, lá em casa tem uma plantação e eu faço logo uma garrafa. Eu gosto de pimenta, dedo-de-moça...”

(Hortência, 2º dia)

“Ninguém faz comida boa se não tiver pimenta...”

(Rosa, 2º dia)

“Quando eu era pequena falavam se comer pimenta fica burra”.

(Begônia, 3º dia)

Outro aspecto que pode ser levantado é a influência da mídia na alimentação e preferência das colaboradoras.

“Sabe o que eu vi na televisão? Que pimenta faz bem para os olhos, para a pele...”

(Rosa, 6º dia)

“Tem uma atriz mexicana aqui no Brasil que come pimenta, aliás a comida básica desse país tem pimenta”.

(Violeta, 6º dia)

“A pimenta é boa para tudo, não dá colesterol, diabete, não deixa envelhecer. Eu como porque eu gosto”.

(Rosa, 8º dia)

“Sim, a pimenta não deixa dar colesterol, nem diabetes, não tem quantidade, não. Não viu aquela mulher comendo ontem? Daquele jeito eu não como não. No México, no Peru eles comem muito. Na Índia também”.

(Rosa, 8º dia)

“Vou por uma pimentinha”.

(Rosa, 12º dia)

A insistência, quase que em todos os encontros para que eu degustasse a pimenta, me deixou um tanto curiosa para entender o significado implícito pela fala e pela expressão gestual delas. O que poderia realmente estar por traz do oferecimento? Seria um questionamento acerca da minha capacidade suportiva em relação ao assunto que seria trazido por elas durante o almoço? Ou uma fala delas para que eu me tornasse companheira de fato?

“Silzeth, porque você não experimenta a pimenta?”

(Rosa, 8º dia)

“Você não gosta de pimenta Silzeth?”

(Begônia, 9º dia)

“Hoje tem pimenta, mas não como. Quem gosta de pimenta aqui é a Hortência, Rosa, Violeta....”

(Orquídea, 2º dia)

“Lá em casa ninguém gosta de tempero, pimenta, nada”.

(Orquídea, 3º dia)

Sexualidade

Quando iniciei esta atividade já esperava que a questão da sexualidade aparecesse de alguma forma, explícita ou velada. Fiquei satisfeita pelo aparecimento com a possibilidade de ser trabalhada de maneira educativa e, por que não dizer, prazerosamente com elas. Nesses anos em que eu coordeno grupos educativos a questão sexual sempre surge. O que me deixou satisfeita foi verificar que elas apresentavam mudanças na postura em relação à própria sexualidade. Em outros momentos o tema sexualidade vinha carregado de vergonha, preconceito e recusa de falar dele. No almoço o tema fluiu tão bem que, ao mesmo tempo em que falavam, procuravam se ajudar relembrando orientações recebidas de outros profissionais, que elas já haviam colocado em prática e com resultado satisfatório.

Percebi ao longo da atividade que a maioria das colaboradoras buscava, neste momento, um espaço para refletir, explicitando suas dúvidas, dificuldades, inseguranças e preconceitos, como a seguir:

“Porque quando a gente começa a beber perde o interesse no namorado?”

(Begônia, 2º dia)

“Eu não estava procurando meu marido e ele estava falando que eu tinha outro macho, mas eu estava é bebendo. Eu achava que a bebida ia esquentar, mas gelou. Eu não tenho vontade igual eu tinha quando namorava o meu marido. Mas naquela época eu não bebia”.

(Dália, 2º dia)

“Eu preferia mais a bebida que namorado. Ficava com alguém até ter dinheiro depois fazia que nem sabonete, falava tchau, tchau. Uma amiga me contou que um moço gostava de mim. Eu encontrei com ele no bar e perguntei: Você não compra três cervejas e um guaraná? Depois ele veio me beijar e eu senti nojo. Eu estava mais interessada no dinheiro para ele comprar cerveja para mim”.

(Begônia, 2º dia)

“Quero saber porque não sinto desejo sexual, sinto dor por todo lado”.

(Dália, 2º dia)

“Eu me arrumava, gostava de namorar com meu ex-marido, agora só se tiver dinheiro para me pagar cerveja”.

(Begônia, 2º dia)

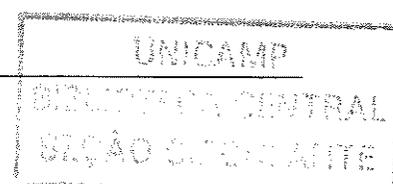
“Eu tenho um nojo daquela camisinha que você nem imagina...”

(Margarida, 7º dia)

“Eu contei para o doutor que eu não sentia prazer. Ele me falou que não existe mulher fria, existe mulher mal amada. Eu não fiz tratamento não. Conheci um homem e ele me tocou e foi lindo maravilhoso”.

(Margarida, 4º dia)

A relação que a mulher têm com o próprio corpo, desde o nascimento, recebe influências do meio social a que pertence, e é carregado de mitos, crenças e preconceitos. É importante que o profissional que trabalha com estas questões esteja atento quanto à assimetria existente entre os gêneros e os riscos que as mulheres têm para a violência e para doenças sexualmente transmissíveis. O



universo feminino, pelos tabus que o cercam, é muito mais elaborado e cercado de preconceitos.

Recaídas

O vínculo e a interação grupal são importantes de ser ressaltados neste estudo, porque indicam que as participantes se sentiram seguras para falar sobre questões tabus para o dependente químico que são o desejo de beber mesmo estando abstinentes, o sonhar e sentir o cheiro da bebida, o acordar parecendo embriagadas, como descrito nos depoimentos abaixo:

“Fiquei dois anos com o papel para vir aqui no CRIAD. Pensava, vou lá pra que? Não sou alcoólatra, não sou louca. Aquele bando de louco. Depois vim aqui sozinha, com minhas próprias pernas, percebi que precisava de ajuda”.

(Begônia, 2º dia)

“Quando bebo não durmo bem, no dia seguinte não como nada. Nem água me faz bem. Não vou mais beber, só dá prejuízo”.

(Orquídea, 2º dia)

“Quando estava bebendo um tempo atrás minha perna estava repuxando, tinha que andar segurando nas coisas, minha perna tremia”.

(Dália, 2º dia)

“Eu sonhei com bebida, é lombriga mesmo. Acordo com o cheiro de bebida, com tontura. Em mim também dá vontade de quebrar tudo”.

(Rosa, 9º dia)

“Estou sem beber faz seis anos, mas sinto vontade”.

(Violeta, 9º dia)

“Um amigo de uma conhecida ficou 18 anos sem beber e depois bebeu, mas bebeu mesmo”.

(Begônia, 9º dia)

“Sabe que eu já sonhei também, comprei uma caixa de 51. Faz três anos que entrei no CRIAD, acordo com dor no corpo, perco o sono”.

(Rosa, 9º dia)

Rosa está abstinente há três anos e, apesar do longo período sem beber, os efeitos do álcool ainda não foram esquecidos. O desejo mistura-se com representações adquiridas no seio familiar, muito provavelmente na infância, quando ela fala da “lombriga” associando ao fato de que pode morrer pela vontade de beber.

Estes depoimentos reforçam a necessidade da questão da recaída ser trabalhada e conversada no grupo de tratamento. Não pode ser banalizada, mas precisa ser colocada de forma que elas compartilhem o acontecimento e consigam manter a abstinência.

“Semana passada ofereceram uma cerveja...”

(Margarida, 3º dia)

“Semana passada me deu uma vontade de beber cerveja e eu bebi”

(Orquídea, 3º dia)

“Eu não gosto de cerveja, gosto de pinga mesmo”.

(Hortência, 4º dia)

Depressão x Motivação

Muitas vezes a depressão é uma consequência do uso do álcool, uma vez que o álcool é classificado como uma droga depressora do sistema nervoso central. Além disso, estudos recentes evidenciaram que muitas pessoas passam a usar o álcool como medicação para inibir uma depressão já existente, pois nas primeiras horas o álcool acaba de certa forma agindo como estimulante. O espaço do almoço propiciou a estas mulheres compartilharem seus sentimentos e se sentirem mutuamente amparadas:

“Silzeth, eu estou ruim. Ah, sei lá, dá vontade de largar tudo e sumir. Mas não tem para onde ir. A gente trabalha e fica sem nada. Estou com raiva de mim mesma”.

(Margarida, 3º dia)

“Ando tão desanimada. Não quero sair de casa. Não quero ver ninguém”.

(Violeta, 3º dia)

“Estava sem vontade de sair, não conseguia levantar da cama, acho que é o remédio”.

(Dália, 5º dia)

“Eu também fico assim, sem vontade de fazer as coisas, ficar dentro do quarto. Acho que eu já acostumei. Minhas filhas querem que eu saia, esses dias só faltaram me carregar no colo para ir ao Beto Carreiro e eu não quis. Eu sei, a depressão mata mais do que a pinga, é que prejudica o cérebro”.

(Rosa, 5º dia)

É importante identificar que a relação estabelecida entre terapeuta e usuárias e entre elas próprias é um fator que ajuda no tratamento.

“Aqui a gente vem conversar, se eu não venho menina, eu tenho falta, fica um vazio”.

(Rosa, 9º dia)

“É bom se cuidar não é, Silzeth? Se eu tivesse me cuidado há mais tempo eu não estaria desse jeito”.

(Begônia, 2º dia)

“Eu também não estou bem, mas só de vir aqui já fico melhor, me distraio, converso, ouço...”

(Margarida, 3º dia)

“A comida estava igual. O enfeite é bonito. A gente sai daqui tão feliz”.

(Margarida, 4º dia)

O apoio e a ajuda familiar também são muito importantes e decisivos, contribuindo para a evolução satisfatória do tratamento;

“Eu sou assim, às vezes estou sem fome, mas minha filha faz comida boa e eu como”.

(Rosa, 5º dia)

4.3.1

DISCUSSÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

No CRIAD, a educação em saúde tem estado presente há muitos anos dentro do programa de tratamento singular do dependente químico, com o intuito de motivar neles uma construção de novas possibilidades de vida e reinserção social.

Entretanto, este espaço não era plenamente favorável para que os usuários se apropriassem das informações fornecidas e, muito menos, para que as incorporassem ao seu cotidiano. Apesar da tentativa do acolhimento de suas angústias e da valorização do saber que ele (usuário) possuía antes para a construção de um saber coletivo, em muitos momentos ficava evidente que o autocuidado não estava sendo incorporado em seu cotidiano.

Havia uma necessidade de trabalhar outras formas de educação, fora de uma instrução formal, onde eles pudessem sentir prazer na educação, construção do conhecimento e no resgate de suas experiências.

Ao tomar contato com a proposta de educação de Alves transcrita abaixo,

(...) O homem não deve olhar a realidade sob a pressão da sua facticidade, mas percebendo nela os caminhos das suas possibilidades (ALVES, 1986, p.128).

Pela educação o indivíduo se torna mais apto para viver: aprende a pensar e a resolver os problemas práticos da vida (ALVES, 2004).

(...) Eu acredito que vivemos para ter prazer. (...) Minha filosofia da educação decorre desse ato de fé, podendo assim ser resumida: o objetivo da educação é aumentar as possibilidades de prazer e alegria (...) (ALVES, 2002, p. 82).

foi possível perceber que em um serviço de saúde a educação tinha que ensinar coisas práticas e prazerosas. Os profissionais deveriam estar interessados em saber o que seus clientes pensam, como se comportam em relação a coisas práticas do dia-a-dia e a valorizar suas memórias e acrescentar novas informações de modo a modificar o conhecimento construindo-o em conjunto.

O almoço no CRIAD sempre foi um espaço onde os usuários do serviço faziam sua refeição de forma impessoal e mecânica. Levar o alimento à boca para muitas pessoas pode parecer meramente um ato fisiológico, ou seja, sem significado para o ser humano – no entanto, participar do almoço com estas mulheres possibilitou articular as trocas de experiências ocorridas com a personalização do cuidado.

Durante o almoço, pude perceber a valorização de muitas das participantes da atividade e do ambiente onde acontecia o almoço. O preparo do ambiente do almoço numa família está relacionado ao papel feminino e a quem se atribui o papel de cuidadora do lar e de seus membros é a esposa-mãe (WOORTMANN, 1980). Autores como Gracia-Arnaiz vão mais além em sua justificativa acerca do papel da mulher,

Alimentar é nutrir, é cuidar, é reproduzir. As mulheres, por disposição fisiológica também são aquelas que alimentam as pessoas durante seus primeiros meses de vida e, em parte por essa razão, é que acabam cuidando dos membros do grupo doméstico durante o resto de seu ciclo de vida (GRACIA-ARNAIZ, 1996, p. 30).

Neste sentido, o fato de se estar naquele período organizando cada peça componente do ritual nos seus detalhes, e o próprio local para o almoço, pode ter reconstruído nelas a memória relativa a outro momento, o do almoço na sua família de origem.

Na maioria das famílias o ritual que acompanha o almoço é um ato de cuidar da figura feminina. Este ato de “cuidar” da figura feminina, da mãe, durante o grupo de almoço, estava sendo executado e personificado por mim – profissional de saúde - o que remete a uma reflexão sobre o que seria um cuidado individualizado em saúde e a sua qualidade. Os aspectos do cuidar são trabalhados por vários autores como: CIANCIARULLO (2001); FAYRAM (1995); FOSTER & BENNETT (2000); MEYER et al. (1998); MORSE (1998); NIGHTINGALE (1969); PEARSON et al (1998a); PEARSON et al (1998b); ROSSI (1991); VASCONCELOS (2001); ZARATE GRAJALES (2004); WALDOW et al.

(1995). Preferimos trabalhar com os autores SOUZA (1999) e CECÍLIO (2001) os quais, ao discutirem respectivamente os aspectos do cuidar e os conceitos de integralidade e equidade, demonstram uma preocupação e ressaltam como importante que o profissional esteja atento e disponível à formação do vínculo necessário para personalizar o cuidado prestado como uma estratégia para o desenvolvimento da autonomia do cliente.

É preciso personalizar o cuidado, através do resgate da condição humana, afetiva, integral. (...) No meu entender, cuidar como o verbo designativo de uma ou várias ações, traduz muito mais que uma atitude puramente técnica. O cuidado, como ato, é amplo e abarca em seu sentido todos os sentimentos que temos, enquanto pessoas. Independente dos rótulos profissionais, das especializações que temos (SOUZA, 1999. p. 203).

(...) reconhecer que o vínculo, (...) significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades. (...). A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida (...) (CECÍLIO, 2001. p. 115).

Ao entender a questão do cuidado e o seu significado para as diversas profissões envolvidas na sua realização e lançando o olhar para o que o usuário necessita receber sem esquecer da questão macro que é a inserção desse cliente na comunidade, constatamos que, atualmente, na sociedade, acontece uma inversão de valores relacionados à refeição. Nos últimos anos surgem os restaurantes do tipo *fast food*, alimentos rápidos, como ícones de modernidade. Neste novo modo de enxergar a alimentação, a relação de afeto que antigamente permeava a refeição no enfoque das trocas familiares e entre os amigos, cede lugar a outros valores como o comer solitário, sem preocupação com o espaço da refeição e os objetos e rituais que o acompanham (BLEIL, 1998).

A preocupação com o ambiente onde se faz a refeição faz parte de um contexto maior: os rituais tradicionais passados de geração em geração e peculiares de cada família, igualmente como o saber e as habilidades culinárias são transmitidos de mãe para filha (FISCHLER, 1995).

É importante contextualizar que este grupo, aqui sujeito da pesquisa, vem de um longo período de ausência da rotina de alimentar-se pelo uso de bebida. Quando o serviço fornece alimentação no marmitex e com garfos, facas e copos descartáveis, não possibilita que estas pessoas recriem um ritual peculiar àquela refeição - seja almoço, jantar, desjejum - que naquele horário está sendo executada. O fornecimento do alimento não passa de uma oferta rotineira de prato feito, sem vínculo afetivo e, portanto, sem perspectiva de mudança no autocuidado dos usuários. O resgate do ritual alimentar é importante para o desenvolvimento ou ressignificação do comportamento alimentar nesta população, refletindo na melhora e na valorização do autocuidado. Autores como Garcia reforçam a questão da relação entre comportamento alimentar e ritual alimentar.

Em termos de comportamento alimentar, enfraquecendo seus rituais, é possível facilitar mudanças nos padrões alimentares pelo esvaziamento das rotinas mais estruturadas de alimentação (GARCIA,1997, p.462).

Em relação aos significados dos alimentos, nos chamou muito a atenção o fato do uso da pimenta pelas colaboradoras, como acompanhante nos vários pratos saboreados por elas e, na insistência para que eu a experimentasse. Neste sentido, cabe lembrar que se trata de um grupo de pessoas dependentes de álcool com formação de gostos alimentares muito próximos e peculiares, o que justifica a questão da pimenta ser de uso comum e partilhado.

Outros fatores podem ser levados em conta, como a herança genética (neste caso a pessoa traz consigo as diferenças de sensibilidade gustativa, ou seja, as predisposições ou competências para perceber diferentes sabores) e a influência cultural de seus familiares ou grupo social de origem no hábito alimentar (FISCHLER, 1995). Compreender essa relação e a influência do segundo sobre o primeiro torna mais claro o fato da pimenta ser um alimento reconhecido e saboreado por essa população.

Outro conhecimento interessante acerca da pimenta é que ela é considerada por alguns autores como sendo um alimento adulto e masculino pelo

seu paladar forte e picante e, em particular a esta população estudada, por ser feminina, possivelmente a questão dos costumes familiares teve uma forte influência para a formação do gosto alimentar destas mulheres. FISCHLER (1995) refere que os alimentos da infância, a comida da mãe, estão na origem dos gostos mais duráveis.

Ainda em relação à pimenta – que foi, durante o programa, alvo de discussão pela televisão - uma questão que se faz necessário debater, diz respeito às informações que as participantes trazem oriundas da publicidade (especialmente da televisão) sobre a pimenta e a influência que a mídia pode exercer no uso de outros alimentos. A forma como as mulheres colocam o conhecimento adquirido, sem uma reflexão ponderada do que lhes foi informado, deixa nítida a influência da mídia sobre os valores e nas modificações das tradições alimentares da população. Sem perceber, são incorporados alimentos que não faziam parte de sua tradição alimentar e que contribuem para uma alimentação inadequada. A mídia, intencionalmente, para o convencimento popular, se baseia no discurso médico-nutricional, apresentando os alimentos como saudáveis, com evidências já estabelecidas e amplamente estudadas por especialistas. GRACIA-ARNAIZ (1996) chama atenção para o fato de que a publicidade é uma fonte de informação/desinformação porque, por um lado, trata das características e atributos dos produtos e, por outro, também omite, exagera, descontextualiza e desvirtua algumas de suas propriedades e utilidades. Porém, esta comunicação tem como único objetivo o de promover o consumo dos alimentos não importando os argumentos usados. A este respeito Gracia-Arnaiz enfatiza:

Nos últimos trinta anos a publicidade sobre alimentos é uma combinação de seis discursos relativos a: tradição/identidade, médico-nutricional, estética, hedonista, progresso-modernidade e exóticos e diferentes (GRACIA-ARNAIZ, 1996, p.184).

Outro tema instigante, a sexualidade, recorreu nos vários dias em que aconteceu o almoço coletivo. A comida, como bem mencionado por LIMA (1996),

também tem seu apelo sensual uma vez que apresenta uma complexidade de texturas, cores, odores e temperaturas. ALVES (1999) ressalta o duplo sentido que se tem à palavra “comer”, acrescentando que o melhor são os prazeres preliminares, pois quanto mais fome maior o “gozo final”. A sexualidade permeia as relações humanas sendo que o momento do almoço se constituiu num espaço - pela criação de intimidade, de cumplicidade inerente que o “comer junto” traz - para refletir e expressar as dúvidas, dificuldades, inseguranças e preconceitos.

O álcool, primeiramente, também é considerado um alimento e possui um efeito simbólico importante, pois desempenha um papel de mediador das relações com o imaginário (FISCHLER, 1995). O álcool possui um efeito depressor de inibição que se identifica através do comportamento liberado com diminuição da ansiedade e da tensão. A ação afrodisíaca, referida por vários consumidores, permeia a valorização dada ao álcool. Entretanto, dados levantados por pesquisadores indicam que o álcool parece prejudicar o desempenho sexual (MASUR, 1977). Autores como Fischler apontam a ambivalência que o álcool ocasiona.

O álcool apresenta uma particularidade essencial como alimento: apesar de suas virtudes imaginárias tem efeitos fisiológicos, comportamentais e psicológicos temporais que são muito reais e quase imediatos. A estes efeitos aponta-se a ambivalência de suas funções sociais, uma vez que os efeitos são também ambivalentes (FISCHLER, 1995, p. 81).

As bebidas alcoólicas, historicamente falando, têm um simbolismo ligado à fertilidade. A maioria dos deuses gregos da fertilidade tinham uma conexão com o vinho. Entender e trabalhar a relação álcool/sexualidade e desmistificá-la é importante ao se lidar com esta clientela, através da identificação de limites e possibilidades visando a reinserção dessas mulheres a uma vida sexual ativa.

A reorientação da vida sexual é uma das diretrizes do projeto terapêutico com mulheres alcoolistas, devendo completar a prevenção da aquisição de doenças sexualmente transmissíveis. Assim, a prevenção de

doenças de transmissão sexual tem sido um tema desafiador para o profissional da saúde com esta clientela.

Estudos recentes demonstram uma relação entre o uso abusivo de álcool por adolescentes e o comportamento sexual de risco associado a este consumo (MENA, 2004). Apesar da pesquisa ser relativa a adolescentes, durante os vários dias do almoço as mulheres participantes colocaram o seu comportamento de risco com o não uso de preservativo durante a relação sexual, além de um número significativo de parceiros diferentes. A este respeito LOPES (2001) refere que os vários programas oferecidos pelo governo deixam escapar a singularidade da mulher em relação à assistência sanitária que busca.

Ao se pensar na dependência de substância psicoativa dessas mulheres e, mais, na procura de entendimento das causas que levam ao consumo de uma droga psicotrópica, um fator importante a ser considerado é sem dúvida, o tipo de efeitos farmacológicos produzidos e a rapidez com que melhora as dores psíquicas.

No caso do álcool, os efeitos são bastante interessantes uma vez que ele é, na realidade, um depressor do SNC (Sistema Nervoso Central), mas causa um efeito estimulatório, pois reprime os mecanismos responsáveis pela inibição. Para FISCHLER (1995), o alimento também possui um efeito no SNC uma vez que o gosto recebe fortemente a influência da afetividade e da emoção, atuando dessa maneira no sistema de regulação do humor.

Ao evidenciarmos esta relação, não se pode deixar de pensar no caráter simbólico do álcool que também persiste até os dias de hoje, o caráter da identificação. O beber junto cria laços, promove ligações, faz com que as pessoas se sintam próximas e, portanto, menos temíveis (MASUR, 1977). Esta descrição lembra em muito a relação com o comer junto. Para JACKSON (1999), sentar-se junto significa deixar de lado as diferenças e o lugar da refeição é onde o relacionamento é alimentado e o afeto emerge.

Não se pode ter uma postura acolhedora, reflexiva e inovadora sem perceber que o fato de compartilhar o alimento mostrando a humanidade do profissional, criando vínculo e fortalecendo é muito importante principalmente para esta patologia. Ao se compreender esta relação (alimento/álcool/afeto) a atitude posterior é intervir educativamente e com repetição propiciando a estas mulheres experienciar novas maneiras de se relacionar e também de reproduzir a experiência em seu ambiente doméstico.

Pensando em criar um estímulo para a prática do experienciar, durante o almoço as participantes tiveram oportunidade de perceber novos sabores, com a introdução de alimentos novos a sua dieta alimentar. Este acesso a sabores até então desconhecidos, permitiu uma ampliação da percepção do alimento pelas mulheres, uma vez que tiveram experiências novas em conjunto: a degustação do alimento novo. O espaço de socialização existente no almoço permitiu acontecer entre as participantes como diz ALVES (1999) "*o comer com os olhos poéticos*". São estes momentos de prazer e compartilhamento entre os iguais que modificam e recriam o gosto alimentar FISCHLER (1995).

A temática da recaída também apareceu durante o almoço permitindo que as mulheres partilhassem suas ansiedades e emoções. Quando se lida com momentos de muito prazer (compartilhar o alimento) se permite o surgimento de outras emoções como desconfortos e desprazer. ALVES (1999) salienta que depois de comer, as pessoas não permanecem as mesmas, pois, o grau de intimidade e de relacionamento permite que o imaginário venha à tona e as máscaras caiam e o que para nós é proibido apareça, como a questão da recaída, especificamente no caso das usuárias de bebida alcoólica. Esta intimidade denota um sinal de cumplicidade muito peculiar de quem compartilha o alimento. ALVES (2000) também reforça esta possibilidade quando afirma "(...) a cozinha é intimidade, nela é diferente: a gente é a gente mesmo, fogo, fome e alegria."

O grupo de tratamento onde o dependente participa funciona também como acolhedor e modificador dos sentimentos que emergem pelo fato da recaída

e colabora através da ajuda, da reflexão e motivação para o retorno ao tratamento. A introdução da educação como estratégia na fase de controle do desejo de beber é norteadora para o usuário conseguir identificar sintomas que possam levá-lo ao uso/abuso do álcool (LEITE; CABRAL, 1999). A adoção do alimento como estratégia para diminuir e/ou amenizar as conseqüências clínicas decorrentes do uso abusivo do álcool pode ser um instrumento de redução de danos (MARLATT, 1999), uma vez que possibilita ao indivíduo uma criação de responsabilidade pessoal com a manutenção de sua saúde e, conseqüentemente, mudança no comportamento do uso da substância.

Para o profissional que trabalha no tratamento do alcoolismo é muito natural que o usuário de substâncias psicoativas venha a apresentar lapsos⁵ ou recaídas⁶. Entretanto, o dependente químico e sua família necessitam de um acolhimento diferenciado em suas dúvidas e anseios uma vez que dependendo das características individuais de cada usuário e da clareza deste estado pode influenciar na aderência e efetividade do tratamento.

Neste sentido, a família do dependente é muito importante para o sucesso do tratamento, mas isso não quer dizer que seja essencial. É importante que os membros da família sejam orientados para não perpetuarem crises no ambiente doméstico e também na identificação de fatores que possam levar ao uso da substância (como a síndrome de abstinência entre outros) (PAYÁ, 2004).

O apoio da família se constitui como um espaço a mais para o dependente químico recompor seu próprio caminho de vida. Envolver a família no processo de tratamento do seu familiar, não anula o sofrimento, mas os motivos deste começam a ser removidos e também se modifica o olhar de enfoque do problema (VASCONCELOS, 2001). O conhecimento aprofundado do contexto

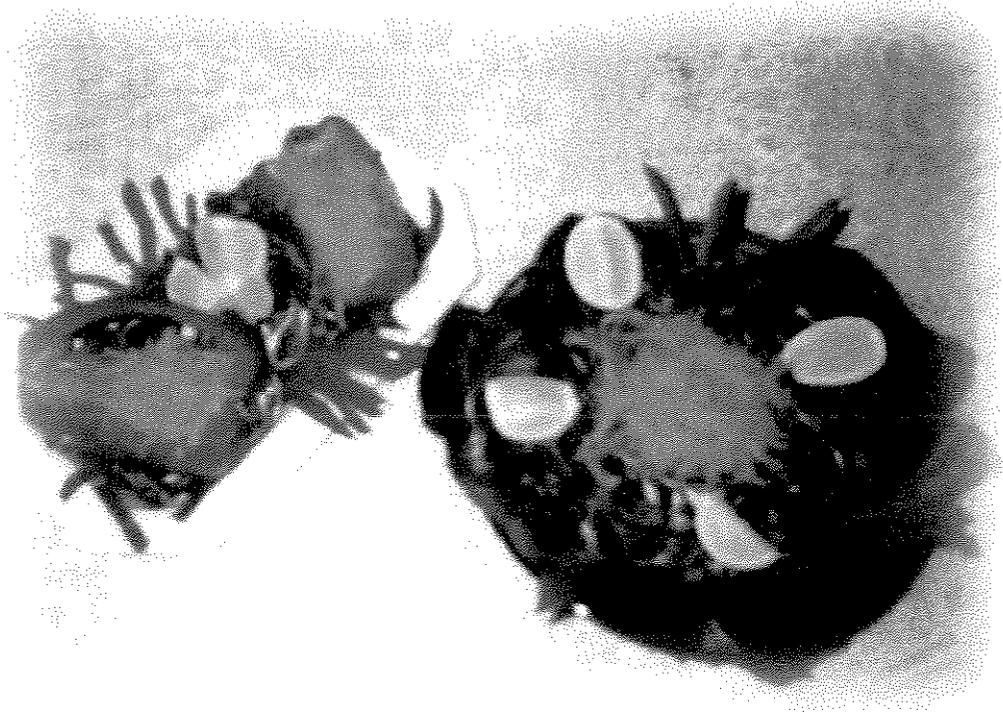
⁵ Lapsos: leve equívoco ou deslize (...) uma queda temporária, especialmente de um estado superior para outro, inferior. Sendo na dependência de substância química que o lapso se dá através do uso de uma pequena quantidade da droga com retorno ao estado anterior de abstinência (MARLATT; GORDON, 1993).

⁶ Recaída: é a volta ao uso de álcool ou drogas do mesmo jeito que a pessoa usava antes de iniciar um programa de recuperação (KNAPP e BERLOTE, 1994, p.11).

familiar e do ambiente da mulher alcoolista, obtido por intermédio da visita domiciliar, amplia as alternativas de intervenção da equipe.

Diferentemente do homem, a mulher dependente de álcool encontra mais resistência no apoio da família ao tratamento do que o dependente do sexo masculino. O universo feminino é muito complexo, sabe-se, por exemplo, que em estudo de comorbidade, as mulheres têm depressão como diagnóstico associado com maior frequência do que os homens (HOCHGRAF, 1999).

A motivação, nesta população, para o tratamento e sua continuidade passa por características pessoais e situacionais como baixa auto-estima, crenças a respeito dos efeitos do consumo alcoólico, abuso físico e sexual e outros. A família (os filhos e os pais) da dependente, quando participam do tratamento, contribuem para um excelente prognóstico dessa dependente bem como na prevenção do aparecimento de novos casos de dependência na família (PAYÁ, 2004), o que pode-se considerar também como uma redução de danos.



"Comer é tomar conta de si, se fazer bem e se dar prazer; é ficar de acordo com o mundo que nos cerca para dele tomar alguma coisa de disponível e de apropriado que se introduz na boca que se destrói e de que faz a própria substância. É apenas o caráter repetitivo desse gesto e o hábito que engendra que nos fazem perder de vista a dimensão extraordinária dessa experiência diária".

(DUFOUR, 1981)

O estudo proporcionou uma oportunidade de conhecer um aspecto singular da história alimentar das mulheres alcoolistas, bem como a complexidade na significação do alimento – por uma série de experiências negativas como a fome e a violência - resultando em possibilidades alternativas de abordagens terapêuticas visando mudanças na vida e no autocuidado.

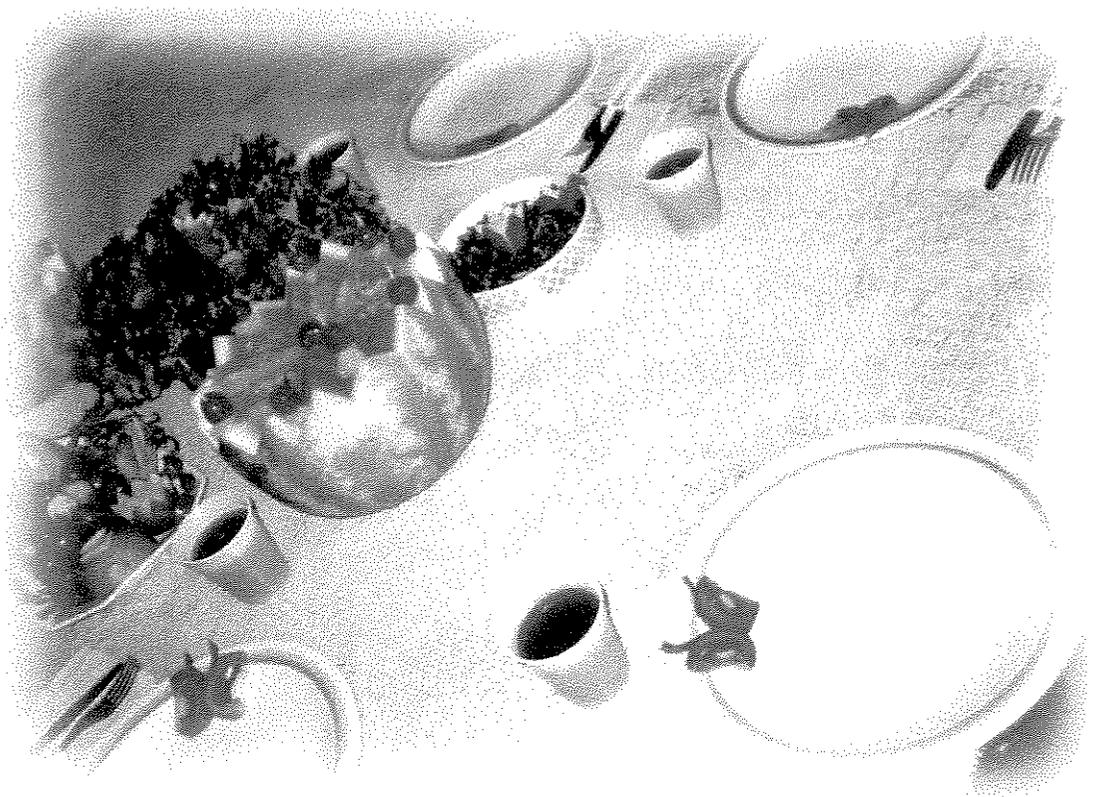
A identificação precoce da fome na história pregressa de quem procura tratamento de saúde contribui para a elaboração de um projeto de tratamento que ajude o sujeito a ampliar suas perspectivas de superação de experiências negativas relacionadas ao alimento.

A irregularidade constatada nas refeições diárias pode constituir-se como um empecilho a um adequado cuidado a saúde que compromete a reabilitação física/clínica e psíquica do dependente químico.

O alimento, muito mais do que um instrumento para preencher uma necessidade fisiológica, deve ser percebido como uma possibilidade - através do comer junto - de transformar o corpo doente em corpo sadio senão do ponto de vista físico, mas do psicológico. As emoções são mobilizadas e reorganizadas em torno da mesa, criando e fortalecendo vínculos, entre elas, com o terapeuta e com o serviço, facilitando a adesão e motivando para o tratamento.

A intervenção de educação em nutrição passa pelos componentes subjetivos da alimentação e pelos relacionamentos que se dão em torno da alimentação.

Considero interessante assinalar que a cumplicidade estabelecida, perceptível durante o almoço, tem no alimento, o seu facilitador. A comida é diferencial, por apresentar propriedade terapêutica relevante para o tratamento. O prazer de saborear o alimento em conjunto possibilitou que emergissem sentimentos e pensamentos, favorecendo o processo educativo.



Depois da pesquisa, a educação em saúde passou a ser percebida como um instrumento eficaz de tratamento através da valorização da vida e do acesso à ressignificação do autocuidado individual e coletivo. Educar cria possibilidades de autoconhecimento para o educando e educador, tornando-os mais sensíveis e mais ricos interiormente, mais dispostos a buscar um futuro melhor.

Este estudo foi concebido sob a influência do pensamento interdisciplinar, demonstrando com isso a possibilidade de aproximação de conhecimentos de naturezas diferentes para construir o novo. Sou enfermeira e minha orientadora é nutricionista. Esta parceria mostrou-se enriquecedora para ambas, uma vez que proporcionou compartilhar saberes individuais, tornando-os saborosamente coletivos. Descobrimos juntas o potencial da alimentação como estratégia de redução de danos para alcoolistas.

Aos serviços de nutrição e de enfermagem, especialmente aos seus gestores, ficam sugestões e reflexões sobre o instrumento alimento e a importância de estratégias para transformá-lo numa base sólida de efetividade para o tratamento. É necessário valorizar o aspecto simbólico que o alimento possui, que transcende a preocupação pura, simples e impessoal com a quantidade e a qualidade nutricional.

Os profissionais de saúde devem ter bons argumentos, sinceros e tecnicamente corretos, a fim de evitar que critérios estritamente econômicos impeçam o acesso a produtos de qualidade e efetivos na sua função dietoterápica, quando exige-se conter gastos nos serviços. A alimentação precisa ser compreendida na sua multidimensionalidade, que inclui o afeto, a questão cultural, o simbólico e o nutricional de cada comensal que está sob os cuidados de saúde.

Podemos criar possibilidades de degustação do alimento facilitando a ambiência, despertando o desejo através da sedução (colorido, consistência) e do prazer pelo alimento.

Cabe a nós, profissionais de saúde, perceber que o fornecimento da refeição é muito mais do que um mero procedimento técnico e impessoal, que requer das pessoas envolvidas sensibilidade e sentimento de ver o outro como parte de si, da sua família, e esta ação como uma extensão do “cuidar cuidado”. O ato de servir o alimento ou de acolher percepções – como as representações sociais que o indivíduo traz e tem sobre ele – é uma forma de criação de vínculo que sabemos ser de extrema relevância para o sucesso do projeto terapêutico de cada indivíduo.

A questão da fome, que apareceu em diversos momentos do trabalho e é hoje um tema tratado no âmbito de política nacional, deixa um alerta e um desafio aos profissionais da saúde, para que se tenha sensibilidade para esse problema e para a identificação precoce deste tema na história pregressa das pessoas. É necessário que os profissionais aprendam a lidar com as situações angustiantes e conflitantes advindas da fome com o intuito de perceber as possibilidades de reparação das experiências negativas relacionadas à alimentação.

Os diversos profissionais precisam estar sensíveis ao fato de que quando se partilha a refeição com outras pessoas, emoções são mobilizadas, o prazer emerge e as dificuldades se dissipam ou mesmo são transpostas, a motivação ressurgente e alimenta a alma, a vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, M. Alcoolismo e o universo feminino: uma leitura na perspectiva da antropologia médica. In: IV ENCONTRO REGIONAL SOBRE ALCOOLISMO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS, 1999, Recife. **Anais...** Pernambuco, 1999, p.61-70.

AGUIRRE, P. Aspectos socioantropológicos de la obesidade em la pobreza. In: PEÑA, M.; BACALLAO, I. **La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública**. Washington: OPAS/OMS, (576): 13-26, 2000.

ALVES, H. J.; BOOG, M.C.F. Partilha de alimentos em moradias universitárias: saúde, educação e cotidiano. In: XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 2004, Campo Grande. Mato Grosso do Sul: **Livro de resumos**, 2004. p. 270.

ALVES, R. Conversa com educadores: Disponível em: <File//A:/Conversa%20com%20Educadores.htm>. Acesso em: 26 set. 2004.

ALVES, R. **Livro sem fim**. São Paulo: Ed. Loyola, 2002. 181p.

ALVES, R. A cozinha. **Correio Popular**, Campinas, 19 março 2000. Caderno C. p.2.

ALVES, R. **Conversas com quem gosta de ensinar**. São Paulo: Ed. Cortez, 1984. 87p.

ALVES, R. **Gestão do futuro**. Campinas: Papyrus, 1986. 199p.

ALVES, R. A festa de Babette. **Correio Popular**, Campinas, 08 agosto 1999. Caderno C. p.4.

AQUINO, M. T. C. A mulher e a droga: motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção. In: BAPTISTA, M. e INEM, C. (Org.). **Toxicomania: abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro, NEPAD/UERJ: Sette letras, 1997. p.43-52.

BERTOLETE, J. M. Quem tem medo de mulheres alcoolistas. In: **Aconselhamento em dependência química**, São Paulo: UNIAD, 2000. p.22-26.

BLEIL, S. I. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Cad de Debate**, 06:1-27, 1998.

BOOG, M. C. F. **Educação nutricional, orientação nutricional e o papel dos nutricionistas na mídia**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO. Brasília, 1998. São Paulo: TV MED – Instituto de vídeo e com. Ltda, VHS, son., color.

BOOG, M. C. F. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde em Rev**, 06(13):17-23, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. Brasília, DF, 2001. 109p.

CARMUEGA, E. O café da manhã, um hábito saudável ou uma necessidade fisiológica? **Dieta e Saúde**

www.Kellogs.nutricion.com/dietasalud.phtml?id_dys=40. Acesso em 29 mar. 2005.

CASTRO, A.M. de (Org). Fome como força social: fome e paz. In CASTRO, A. M. **Fome: um tema proibido**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 75-87.

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. (Org.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001. p.110-125.

CIANCIARULLO, T.I. **O desenvolvimento do conhecimento na enfermagem:** padrões de conhecimento e sua importância para o cuidar. In: CIANCIARULLO, T. I. (Ed.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. p. 15-28.

DANIEL, L. F. **Atitudes interpessoais em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1983. 150p.

DIAS, G. M. Reflexões sobre a construção do papel feminino. **Rev Ciên Hum**, 7(10): 25-42, 1991.

DUFOUR, J.J. O médico, o paciente e sua dieta. **Rev Geog Univ**. 02(14): 90-8, 1981.

DUTRA DE OLIVEIRA, J. E. ET AL. Normas e guias da boa alimentação para a população brasileira. **Nut em Pauta**. 8(41): 8-11, 2000.

EDWARDS, G. Causas do alcoolismo. In: Edwards, G. **O tratamento do alcoolismo.** São Paulo: Martins Fontes, 1987, p.1-9.

ENUNO, A. M. F. et al. **Capacitação das Equipes de referência do lian gong –** Projeto corpo e movimento. PREFEITURA MUNICIPALDE CAMPINAS. Campinas, 2002. p.01-02.

FAYRAM, E.S.; CHRISTENSEN, P. J. Planning: strategies and nursing orders. In: CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, J.W. (EDS). **Nursing process: application of conceptual models.** Mosby-year book, Inc. 1995. p.164-185.

FISCHLER, C. **El (h)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo.** Traducción de Mario Merlino. Barcelona: Editorial Anagrama, 1995. 422p.

FOSTER, P.C.; BENNETT, A.M. Teoria geral de enfermagem de Orem. In: GEORGE, J.B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. capítulo 7. p. 83-101.

FREIRE, M. O que é um grupo?. In: GROSSI, E. P. ; BORDIN, J. (org.). **Paixão de aprender.** Petrópolis: Vozes, 1992. p.54-70.

FREZZA, M.; DIPADOVA, C.; POZZATO, G.; TERPIN, M.; BARAONA, E.; LIEBER, C.S. High blood alcohol level in women. **New England J Med**, 322 (2): 95-99, 1990.

GADOTTI, M. **Pensamento pedagógico brasileiro.** São Paulo: Ed. Ática, 1995. p.49.

GALEAZZI, M.A.M.; DOMENE, S.M.A.; SICHIERI, R. Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. **Cad Debat.** INAN-MS/NEPA, volume especial: 11-57, 1997.

GAMBARDELLA, A. M. D.; FRUTUOSO, M. F. P.; FRANCHI, C. Prática alimentar de adolescentes. **Rev Nut**, 12(1): 55-63, 1999.

GARCIA, R. W. **A comida, a dieta, o gosto: mudanças na cultura alimentar urbana.** São Paulo, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

GARCIA, R.M. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cad Saúde públ**, 13(3): 455-467, 1997.

GARCIA, R. W. Um enfoque simbólico do comer e da comida. **Rev Nut PUCAMP**, 5(1): 70-80, 1992.

GERHARDT, T. E. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. **Ciênc Saúde Colet** 8(3),2003. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 20 fev. 2004.

GRACIA-ARNAIZ, M. **Paradojas de la alimentación contemporánea**. Barcelona: Icaria, 1996.390p.

HOCHGRAF, P.B. Problemática do alcoolismo e outras farmacodependências nas mulheres. In: ANDRADE, A.G.; NICASTRI, S.; TONGUE, E.. **DROGAS: atualização em prevenção e tratamento**. São Paulo: Lemos, 1999. p.69-78.

HUMEREZ, D. C. História de vida: instrumento para captação de dados na pesquisa qualitativa. **Acta Paul Enf**, 11(2): 32-37, 1998.

JACKSON, E. Comendo em companhia. In: JACKSON, E. **Alimento e transformação: imagens e simbolismo da alimentação**. São Paulo: Paulus, 1999. p. 110-22.

KESKI-RAHKONEN,A .; KAPRIO, J.; RISSANEN, A. ; VIRKKUNEN,M.; ROSE,R.J. Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. **Eur J Clin Nutr**, 57 (7): 842-53, 2003.

KNAPP, P.; BERTOLOTE, J. M. **Prevenção da recaída: um manual para pessoas com problemas pelo uso de álcool e de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 71p.

LARANJEIRA, R. & NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L. & LARANJEIRA, R. **Man Psiq**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, capítulo 7, p. 83 –112.

- LEITE, M.C.; CABRAL, A.C.J. Promoção da abstinência. In: LEITE, M.C.; ANDRADE, A. G. **Cocaina e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 239-53.
- LIMA, N. C. A festa de Babette : consagração do corpo e embriaguez da alma. **Horiz Antrop**, 2(4):71-83, 1996.
- LOPES, R.L.M. Mulher e saúde: em busca da compreensão das ações preventivas. **Rev Enf**, 9(2):174-178, 2001.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 6.ed. São Paulo: EPU, 2003. 99p.
- LUZ, C. Gênero na segurança alimentar. In: 1ª. Conferência Estadual de Segurança Alimentar Nutricional Sustentável de Minas Gerais. Diretrizes e prioridades para uma política de segurança alimentar nutricional em Minas Gerais. 2002, Belo Horizonte. **Relatório final**. Belo Horizonte: MG, 2002. Disponível em: www.consea.mg.gov.br/textos. Acesso em: 30 out. 2004.
- MARLATT, G. A. Princípios básicos e estratégias de redução de danos. In: MARLATT, G. A. (Org.). **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 44-58.
- MASUR, J. Conjecturas sobre o uso milenar de bebidas alcoólicas. **Ciênc Cult**, 30(5): 531-34, 1977.
- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENA, F. 25% dos jovens da elite bebem em excesso. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 junho 2004. Suplemento folha. p.1.

MEYER, D.E.; WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M. (org.) **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.11-26.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. 269p.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Est Avan**, 17(48): 07-20, 2003.

MORSE, J.M. A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. **Tex & Cont Enf**, 7(2):70-92, 1998.

MOTTA, D.G. Educação nutricional – educação em saúde: uma reflexão. **Rev Cienc Tecnol** , 2: 74-8, 1993.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing**. New York: Dover Publications, Inc, 1969.p.37-57.

NOVARA, E. Promover os talentos para reduzir a pobreza. **Est Avan**, 17(48): 101-22, 2003.

NUNES, A. V. **Ruben Alves e a educação dos sentidos: um estudo dos seus pressupostos filosóficos e pedagógicos**. São Paulo, 2001. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças CID-9**. Washington, 9ª revisão, 1975. 998p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Mundial de Saúde**. Classificação internacional das doenças e de problemas relacionados à saúde. Décima Revisão. Genebra: OMS, 1996.

OSINAGA, V. L. M.; VIEIRA, M. J.; ARMELIN, N. V. A. L.; FUREGATO, A. R. F. Trabalhando com histórias de vida de familiares de pacientes psiquiátricos. **Rev Esc Enf USP**, 34(4): 401 – 6, 2000.

PAYÁ, R. Abordagem Familiar em Dependência Química. In: Curso Abordagem Familiar em Dependência Química, São Paulo. **Apostila...**São Paulo:UNIAD, 2004. 29p.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B.; FITZGERALD, M. Using a nursing model. In: PEARSON, A.; VAUGHAN, B.; FITZGERALD, M. **Nursing models for practice**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1998a. p.09-24.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B.; FITZGERALD, M. The bases of models. In: PEARSON, A.; VAUGHAN, B.; FITZGERALD, M. **Nursing models for practice**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1998b. p.223-35.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica de gravação no registro da informação viva**. São Paulo: CERU e FFLCH/USP, 1983.182p.

REIS, N. T.; RODRIGUES, C. S.C. **Nutrição clínica: alcoolismo**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2003. 303p.

ROSSI, M.J.S. O curar e o cuidar – a história de uma relação. **Rev Bras Enf**, 44(1): 16-21, 1991.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Loyola, 2002. 132p.

- SIMÃO, M. O. **Mulheres e homens alcoolistas**: estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. Ribeirão Preto, 1999. (Tese – Mestrado – Universidade de São Paulo).
- SOUZA, A. I.J. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem. In: LEOPARDI, M.T. **Teorias em Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.196-204.
- TONIAL, S. R. **Desnutrição e obesidade**: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: IMIP, 2001. 180p.
- TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. 685p.
- TURATO, E. R. Introdução à metodologia de pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. **Rev Port Psic**, 2(1):93-108, 2000.
- VALENTE, F.L.S. Segurança alimentar e nutricional: transformando natureza em gente. In: VALENTE, F.L.S. **Direito humano à alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002. p103-37.
- VARGAS, C. R. M. **Semelhanças na vida de mulheres em situação de abuso ou dependência de álcool**. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>. Acesso em: 29 set. 2004.
- VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.106-258.
- VIDELA, L.A. Nutricion y alcoholismo: algunos aspectos metabolicos. **Rev Chil Nut**, 11(2): 11-6, 1983.

WALDOW, R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, R. ; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 07-29.

WOORTMANN, K. Casa e Família Operária. **Rev Ciên Hum**, 2(3):119-50, 1980.

ZARATE GRAJALES, R.A. **La gestion del cuidado de enfermeira**. Index Enf. [online]. Primavera/verão 2004, v.13, n. 44-45, p. 42-45. Disponível na World Wid Web: <http://scielo.iscū.es/scielo>. Acesso em: 23 set. 2004.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 182p.



Apêndices

APÊNDICE 1 FORMULÁRIO

No. _____

1. NOME _____
2. Data de nascimento: _____ ESTADO CIVIL: _____
3. Nacionalidade _____ Naturalidade: _____
4. Reside em Campinas desde: _____
5. Instrução formal: _____
6. Quem cozinha? Alguém ajuda? _____
7. Você sabe cozinhar? Com quem aprendeu? _____
8. Você gosta de cozinhar? O quê? _____
9. O que você sabe fazer bem? _____
10. Qual o local em que se faz a refeição? _____
11. Com quantas pessoas você compartilha o horário da alimentação? Costumam conversar?
Como foi a última refeição que fizeram juntos? _____
12. Quantas pessoas residem com você? Quem são?

| Nº | Moradores (nomes) | Idade | Sexo | Posição | Escolaridade | Ocupação | Empregado | Desempregado | Registrado | Renda | Benefício |
|----|----------------------|-------|------|---------|--------------|----------|-----------|--------------|------------|-------|-----------|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

GRAVAÇÃO:

13. Vamos conversar um pouco sobre a sua infância. Onde você morava, com quem? Como era a sua alimentação na infância ? Quem cozinava? De que alimentos você mais gostava? De quais você menos gostava?
14. Você se lembra de algum acontecimento importante da sua infância relacionado à alimentação?
15. Quando e como iniciou o uso de bebida alcoólica?
16. Em que horário do dia você geralmente faz uso de bebida alcoólica?
17. Recordatório alimentar de 24 horas.

APENDICE 2 INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa constará de três momentos de coletas de dados: a primeira, através de entrevista no domicílio da pessoa entrevistada, visará conhecer os hábitos alimentares dos usuários; a segunda avaliará a interação grupal no momento do almoço e, a terceira, repercussões dessas atividades no cotidiano das pessoas. A coleta de dados nos vários momentos do estudo contará com a participação de um observador e estará sendo gravada, visando não perder nenhuma informação durante a pesquisa.

Por essas razões pedimos a sua colaboração respondendo ao questionário juntamente com este termo. Se você por algum motivo não quiser responder ao questionário e nem participar da pesquisa poderá fazê-lo sem prejuízo ao seu tratamento. Será garantido a todos os participantes que, em nenhuma circunstância, suas identidades serão divulgadas.

Eu, _____ abaixo assinado fui convidada a participar voluntariamente da pesquisa "Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa, tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeita e, tendo entendido que tenho direito de me recusar a participar da pesquisa sem que isso traga conseqüências para mim ou ao meu tratamento, aceito participar dela.

Também fui informada que minha identidade nesse estudo será mantida em sigilo.

Campinas, ___ de _____ de 200__

ASSINATURA DO PARTICIPANTE
RG
NOME

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Tel/ (19) 37888936

ASSINATURA DO PESQUISADOR
RG 17.306.583

ASSINATURA DO ORIENTADOR
RG 4.573.742 - 3



Anexos

ANEXO 1



CEP: 21/10/03
(Grupo III)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
☎ (0 19) 3788-8936
FAX (0 19) 3788-8925
🌐 www.fem.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
✉ cep@fem.unicamp.br

PARECER PROJETO: Nº 315/2003

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "ALMOÇO COMO MOMENTO TERAPÊUTICO: UMA ABORDAGEM DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM MULHERES ALCOOLISTAS"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Silzeth Schlichting

INSTITUIÇÃO: Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição (CRIAD) - Prefeitura Municipal de Campinas

APRESENTAÇÃO AO CEP: 17/07/2003

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 21/10/04

II - OBJETIVOS

Estudar a experiência do almoço como momento terapêutico, explicitando os pressupostos teóricos, estratégicos e resultados imediatos. Avaliar a interação grupal no momento da refeição, analisar a memória relativa ao alimento de acordo com a história de vida, estudar as práticas de consumo alimentar.

III - SUMÁRIO

Estudo qualitativo, com entrevistas semi-estruturadas individuais e programa educativo em grupo com coleta de dados. Serão avaliadas 12 mulheres acompanhadas no CRIAD com diagnóstico de dependência química (álcool) entre agosto de 2003 e setembro de 2003. A pesquisa será desenvolvida em três etapas: entrevista na residência do sujeito, observação do almoço no CRIAD, com observação e check list e discussão em grupo na sala do CRIAD com observação e técnicas de dinâmica de grupo. Critérios de inclusão e exclusão definidos, assim como metodologia e condições adequadas para a realização do exame.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trabalho bem estruturado, sem utilização de placebo e sem riscos para a paciente. Termo de consentimento adequado e bem estruturado. Trabalho sem orçamento.

Trabalho para dissertação de mestrado, qualitativo para avaliação do almoço como momento terapêutico para tratamento de pacientes com dependência em álcool

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e

atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3).

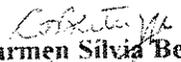
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 21 de outubro de 2003.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 2
RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS

| REFEIÇÃO | ALIMENTOS/ PREPARAÇÃO | INGREDIENTES | QUANTIDADE |
|------------------|----------------------------------|---------------------|-------------------|
| Desjejum | | | |
| Intervalo | | | |
| Almoço | | | |
| Intervalo | | | |
| Jantar | | | |
| À noite | | | |
| Ceia | | | |
| Madrugada | | | |

ANEXO 3

CRITÉRIO DE ANÁLISE DO RECORDATÓRIO ALIMENTAR

A) DESJEJUM

PADRÃO: deve conter alimentos fonte de cálcio e de energia. A fonte de cálcio seria representada por leite e seus substitutos e a fonte energética por pães e biscoitos, com ou sem acompanhamento.

COMPLETO: deve conter alimentos fonte de cálcio, de energia e alimentos reguladores.

INCOMPLETO: quaisquer outros alimentos que não as combinações anteriores.

AUSENTE: não comeu nada.

B) ALMOÇO E JANTAR

COMPLETO: refeições compostas por alimentos construtores, energéticos e reguladores, com presença obrigatória de hortaliças.

INCOMPLETO: quando falta um ou mais dos componentes mencionados acima.

AUSENTE: não comeu nada.