

# A ANÁLISE DE PROCESSOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO ENSINO DE TEMÁTICAS DA NUTRIÇÃO: A SALA DE ESPERA COMO ESPAÇO NÃO-FORMAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE



Vol. 13 Número 25 Jul./Dez. 2017

*Ahead of Print*

## AN ANALYSIS OF TEACHING-LEARNING PROCESSES IN THE TEACHING OF NUTRITION TOPICS: THE WAITING ROOM AS A NON-FORMAL SPACE FOR HEALTH EDUCATION

**Paulo César Gomes<sup>1</sup>**

**Luiza Cristina Godim Domingues Dias<sup>2</sup>**

**Regiane Delarole<sup>3</sup>**

**Tiago Fernando Alves de Moura<sup>4</sup>**

**RESUMO:** Este estudo teve por objetivos principais investigar: (a) a prática educativa de uma graduanda (E1) do último ano do curso de Nutrição que assumiu o papel de mediadora num espaço de educação não-formal comumente conhecido na literatura da área da Saúde Pública como Sala de Espera, neste caso, unidades básicas de atendimento ambulatorial; (b) a delimitação de objetivos, estratégias de ensino e de medidas de aprendizagem decorrentes das interações com os pacientes e, por fim, (c) se a utilização de uma ferramenta da Análise Aplicada do Comportamento, denominada Avaliação Funcional Descritiva, poderia gerar alterações significativas no modo como a participante interpreta suas próprias ações em situações de ensino-aprendizagem no ensino de ciências e saúde e as medidas de aprendizagem decorrentes destas com o público. Utilizamos parâmetros de uma Pesquisa Qualitativa, inscrita na modalidade de Delineamento de Estudo de Caso Único, orientada pelos pressupostos teóricos do Behaviorismo Radical de B. F. Skinner, na qual a participante foi exposta a entrevistas semiestruturadas, registros em áudio e vídeo de três de suas Salas de Espera em interação com pacientes, além da apresentação um Modelo de Avaliação Funcional Descritiva (MAFD) elaborado pelo pesquisador e que buscou analisar episódios de ensino em dois de

<sup>1</sup>Doutor em Educação para a Ciência pela UNESP, Campus Bauru - SP (2010), Mestre em Educação Para a Ciência pela UNESP, Campus Bauru - SP (2005), Graduado e Licenciado em Ciências Biológicas pela UNESP, Campus de Bauru - SP (2002), Professor Assistente Doutor no Departamento de Educação, Campus de Botucatu da UNESP/IBB.

<sup>2</sup>Doutorado em Fisiopatologia e Clínica Médica pela UNESP Campus de Botucatu (2001).

<sup>3</sup>Licenciada em Ciências Biológicas pela UNESP Campus Botucatu, Docente da rede pública estadual de ensino.

<sup>4</sup>Graduando do curso de Física Médica, IBB/UNESP, Botucatu

seus encontros. Os resultados evidenciaram que, após a exposição ao MAFD proposto, a participante E1 executou modificações no modo como conduziu e interpretou os processos de ensino-aprendizagem ao longo de sua atuação nos atividades de Sala de Espera realizadas. A participante passou, com maior fidedignidade, melhor delimitar os objetivos, estratégias de ensino capazes de alcançá-los e reconhecer e interpretar medidas de aprendizagem em seus aprendizes. Do mesmo modo, pode-se dizer que a participante atuou com autocontrole<sup>5</sup> (ou na linguagem cognitivista “conscientemente”) nas ações educativas promovidas, fornecendo maiores oportunidades para que os pacientes se expressassem e ao mesmo tempo ela própria percebesse a consistência ou não destas participações.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação Funcional Descritiva, Sala de Espera, Ensino Não-Formal.

**ABSTRACT:** The main objectives of this study were to investigate: (A) the educational practice of a Nutrition undergraduate who assumed the role of mediator in a non-formal education space commonly known in the public health literature as a Waiting Room; (B) the definition of objectives, teaching strategies and learning measures resulting from interactions with patients and, finally, (C) whether an Applied Behavior Analysis tool, called Descriptive Functional Assessment, could generate significant changes in the way the participant interprets his own actions in teaching-learning situations. We used parameters from a Qualitative Research, a Single Case Study Design modality guided by the theoretical assumptions of Radical Behaviorism of B. F. Skinner. The participant was exposed to semistructured interviews, audio and video recordings of three waiting rooms in interaction with patients, exposure to a Descriptive Functional Evaluation Model (MAFD) developed by the researcher. The results showed that, after exposure to the proposed MAFD, the participant performed modifications in the way she herself led and interpreted the teaching-learning processes in the teaching activity taught. With greater reliability, the participant better delimited the objectives, teaching strategies able to reach them and recognize interpreting learning measures in their apprentices. Likewise, one could say that the participant acted with self-control (or cognitivist language "consciously") in the educational actions promoted, providing greater opportunities for patients to express themselves and, at the same time, to perceive the consistency of the participations.

**KEYWORDS:** Functional Descriptive Assessment, Waiting Room, Nonformal Settings.

A sala de espera é o local de atuação de vários profissionais da saúde na divulgação não-formal de temas de sua área de domínio. De fato, atuar neste espaço permeado de tensões diversas exige dos profissionais um dado rol de habilidades, sobretudo porque se objetiva a aprendizagem de temas de saúde pelos pacientes em situação de espera por atendimento médico (GOMES et al, 2013; RODRIGUES et al, 2009; IVANCKO, 2004). A atuação neste espaço atende a um grande número de pessoas e pode instrumentalizar os pacientes nas mudanças de hábitos e no enfrentamento de doenças (SANTOS, 1999).

A sala de espera possui características próprias que a diferenciam de outros espaços típicos de divulgação científica. Assim, os aprendizes deste local estão em horário de espera por atendimento médico e tem o seguinte perfil: são pacientes que assistem à televisão, falam ao celular, conversam com o companheiro de espera sobre os problemas do dia-a-dia, transitam pela sala, estão com crianças no colo, são gestantes, são idosos, têm dores e preocupações relacionadas à própria saúde ou de outrem (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Neste espaço, espera-se que os profissionais da saúde façam a transposição didática de saberes acadêmicos, de forma sistematizada, aos pacientes em situação de

<sup>5</sup>Autocontrole tem aqui o mesmo sentido atribuído por Skinner (1967) e, como qualquer outro operante comportamental, ele ocorre quando uma pessoa exerce controle do próprio comportamento em função de consequências ambientais, reforçando-o de maneira positiva ou negativa.

espera que optam por participar ou não efetivamente das atividades. Segundo Gohn (2006, p.29) os locais de educação não-formal são espaços educativos que se localizam “[...] em territórios que acompanham as trajetórias de vida dos grupos e indivíduos, fora das escolas, em locais informais, onde há **processos interativos intencionais**” [grifos nossos]. A autora sustenta que os espaços de interação são construídos de modo coletivo no qual a participação do indivíduo que aprende é optativa. Neste âmbito delimitado é que se localiza o espaço da sala. De fato, o local da sala de espera:

[...] não é um espaço voltado para os profissionais de saúde, como consultório e enfermaria, mas um espaço público, onde os clientes transitam e aguardam atendimento. Deste modo, as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e expressam-se, ou seja, as pluralidades emergem através do processo interativo, que ocorre por meio da linguagem (TEIXEIRA; VELOSO, 2006, p. 321).

Ao traçar diferenças entre educação formal, não-formal e informal, a autora Gohn (2006) relata que a questão metodológica é, na educação não-formal, um dos pontos mais frágeis. Segundo ela, porque parte necessariamente da cultura dos grupos e indivíduos, de métodos que emergem diretamente da problematização da vida cotidiana e de conteúdos que são paulatinamente construídos ao longo do processo e partem de carências, obstáculos ou necessidades desses grupos. Destacou ainda que a natureza das metodologias assume um “[...] alto grau de provisoriedade, pois o dinamismo, a mudança, o movimento da realidade segundo o desenrolar dos acontecimentos, são as marcas que singularizam da educação não-formal” (GOHN, 2006, p. 32). Vale lembrar a definição pioneira de Coombs e Ahmed (1975) acerca da educação informal e não-formal:

[...] **Educação informal** tem aqui o sentido de um processo que dura toda a vida e no qual as pessoas adquirem e acumulam conhecimentos, habilidades, atitudes e modos de discernimento mediante as experiências diárias e sua relação com o meio ambiente. [...] **Educação não-formal** [...] é toda atividade organizada, sistemática, educativa, realizada fora do espaço do sistema oficial, para facilitar determinadas classes de aprendizagens a subgrupos particulares da população, tanto adulto quanto crianças (COOMBS; AHMED, 1975, p.27, grifos nossos).

De acordo com estes autores e no âmbito deste trabalho, a sala de espera compreende simultaneamente um espaço de educação informal e formal. No entanto, inexistente consenso acerca de como se dão as aprendizagens nos contextos não-formais. Elas têm sido entendidas, especialmente na literatura com viés cognitivista, como processos individuais, não impositivos e até mesmo espontâneos, nos quais os aprendizes carregam consigo experiências, interesses e conhecimentos diversos (PASCUAL, 2010). Existem distintas aprendizagens em espaços não-formais e formais ou, ainda, existem formas diferentes de aprender? (MARANDINO, 2007).

No sentido contrário das orientações teóricas comumente cognitivistas que fundamentam pesquisas em espaços não-formais, este estudo investigou as práticas educativas de uma graduanda da nutrição utilizando uma ferramenta da Análise Aplicada do Comportamento, explicitada a seguir.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Para avaliar as interações no espaço não-formal denominado na literatura por sala de espera, serão utilizadas as orientações teóricas derivadas do Behaviorismo Radical e da Análise Aplicada do Comportamento, especificamente, a Avaliação Funcional Descritiva

(AFD). Assim, a tentativa deste estudo é que, a partir do contato com a AFD, a participante consiga estabelecer relações de funcionalidade em seu próprio repertório de atuação durante a interação com pacientes em situação de espera. Estudos desta natureza têm suas bases na filosofia da ciência denominada 'funcionalismo' (SKINNER, 1967/1953, 1982/1974). Segundo o autor, como corrente de pensamento, o funcionalismo rejeita quaisquer explicações simplesmente descritivas para explicar o comportamento baseando-se em sua topografia – estrutura ou forma, pois, como tal, não explicariam o controle das funções. Deste mesmo modo aponta Skinner (1982, p. 80) “Mas o **significado de uma resposta não está em sua topografia ou forma** (este é o engano do estruturalista, não do behaviorista); deve ser buscado em sua história antecedente” (grifo nosso). Complementando, num trecho do mesmo livro, o autor destaca que

Os grandes ensaístas deduziram normas empíricas, e tiveram vislumbres muito próximos de algumas implicações de uma explicação científica. Algo semelhante tem sido dito de quase todas as Ciências; os gregos falavam do átomo e da dimensão do tempo. O engano é um exemplo de estruturalismo: não é o que é dito **mas por que foi dito** que deve ser levado em conta. Os fatos não são inventados pelo cientista, e os fatos relativos ao comportamento sempre foram traços manifestos do mundo em que as pessoas vivem (SKINNER, 1982, p.197, grifo do autor).

Para a Análise do Comportamento, o modelo imitado é parte das condições de programação e de planejamento do ensino (MATOS, 1992). Salienta Skinner (1972) que os professores devem arranjar “contingências especiais de reforço” e como tal, aponta o autor, estas contingências dificilmente serão idênticas àquelas presentes no ambiente natural onde o comportamento do aluno seria vantajoso. Do mesmo modo, arranjar contingências que pouco corresponde às situações reais que os graduandos irão atuar e enfrentar na 'sala de espera' pouco tem colaborado com os desempenhos destes nestes locais. Os alunos têm recebido preparo teórico-prático para atuar na divulgação não-formal da ciência – especialmente de temáticas da saúde nutricional, contudo, estes tendem a reproduzir modelos de discursos expositivos de modo unidirecional, laborados empiricamente por tentativa e erro.

Na Análise Aplicada do Comportamento, os estudos com Análise Funcional têm tido sucesso e ênfase na modificação do comportamento de crianças com distúrbios autolesivos (CARSON, 2012; DIDDEN, 2007; CUNNINGHAM; O'NEILL, 2000; VOLLMER et al, 1995; LERMAN; IWATA, 1993). Recentemente foram feitos levantamentos sobre estudos desta natureza envolvendo pesquisas realizadas nas últimas três décadas (cf. BEAVERS et al, 2013) no qual os autores constataram que 46,2% das publicações acerca da temática Análise Funcional estão no *The Journal of Applied Behavior Analysis*. O pesquisador Robert Didden (2007) descreveu um amplo conjunto de passos para conduzir uma avaliação funcional descritiva do comportamento, em síntese: (1) identificar comportamentos-alvo; (2) realizar observações diretas com registro em vídeo; (3) realizar entrevistas e aplicar escalas; (4) realizar exames médicos; (5) associar resultados da avaliação funcional que visem à formulação de hipóteses acerca dos determinantes dos comportamentos-alvo; (6) promover um tratamento que tenha por base os comportamentos-alvo identificados e em seus possíveis determinantes e (7) avaliar a eficácia das intervenções. Contrariamente a este modelo com passos e etapas mais longas na execução de uma Avaliação Funcional, autores como Vollmer et al (1995); Thompson; Iwata (2007) sugerem que avaliações funcionais preliminares, mais curtas, podem ser eficazes objetivando um posterior prosseguimento com métodos mais intensivos como, por exemplo, a Análise Funcional. Na verdade, os dois métodos poderiam, com certa cautela, ser relacionados entre si (THOMPSON; IWATA, 2007). Entretanto, os autores apontam que existem limitações aos períodos mais curtos de

registros e observações, além do pouco número de casos de pessoas com problemas comportamentais registrados em avaliações funcionais. Skinner (1967/1953) destacou que

As variáveis externas das quais o comportamento é função dão margem ao que pode ser chamado de análise causal ou funcional. Tentamos prever e controlar o comportamento de um organismo individual. Esta é a nossa 'variável dependente' - o efeito para o qual procuramos a causa. Nossas 'variáveis independentes' - as causas do comportamento - são as condições externas das quais o comportamento é função. Relações entre as duas - as 'relações de causa e efeito' no comportamento - são as leis de uma ciência. Uma síntese destas leis expressa em termos quantitativos desenha um esboço inteligente do organismo como um sistema que se comporta (SKINNER, 1967, p. 28).

De acordo com este autor, uma análise do comportamento, que pretende ter propósitos verdadeiramente científicos, deve ser realizada nos limites de uma ciência natural e, prioritariamente, deve estar fundamentada em 'eventos observáveis', pois é "exclusivamente em tais eventos que se deve confinar uma análise funcional" (SKINNER, 1967, p. 28). De fato, as avaliações funcionais do comportamento referem-se a um amplo conjunto de metodologias passíveis de identificação de variáveis no indivíduo e no ambiente que potencialmente exercem influência direta no comportamento e na identificação de fontes de controle (WATSON et al, 2011; VOLLMER et al, 2001). Acerca das avaliações funcionais descritivas, os autores Ndoro et al (2006, p. 86) destacaram que elas "[...] podem ser conduzidas simplesmente para entender melhor como eventos antecedentes e consequentes interagem com comportamentos importantes no ambiente natural".

De um lado, a avaliação funcional é admitida como o conjunto dos procedimentos utilizados e necessários na identificação de variáveis que podem atuar sobre o comportamento, seus eventos antecedentes e consequentes. De outro lado, a análise funcional busca identificar se os determinantes de um comportamento-alvo tem como procedimento a manipulação experimental de eventos ambientais (GRESHAM; LAMBROS, 1998). Estes autores destacaram alguns métodos para a realização de uma Avaliação Funcional, isto é, de forma indireta (entrevistas e escalas), direta e descritiva (observação direta no local onde o comportamento ocorre) e por meio experimental (controle experimental de variáveis). Segundo Gresham e Lambros (1998), a inclusão de diferentes métodos de coleta pode ampliar a fiabilidade dos dados coletados. Na circunscrição deste estudo em espaços não-formais, será utilizada a expressão Avaliação Funcional Descritiva (AFD), que tem por objetivo a observação, descrição e identificação de relações entre eventos ambientais e a expressão do comportamento alvo, mediante observações diretas no local onde o comportamento acontece (CHONG et al, 2004).

Quando se trata do ensino de temas de saúde em espaços não-formais, deve-se considerar que "(...) quem ensina, o faz para que alguém aprenda alguma coisa de modo eficiente (...) [e] **deve ficar sob o controle do que quer ensinar, de quem está sendo ensinado e das condições disponíveis**" (ZANOTTO, 2000, p. 42, grifo nosso). Tendo por base a utilização da ferramenta acima mencionada, este estudo teve por objetivos investigar: (i) a prática educativa de uma graduanda do curso de Nutrição no espaço não-formal sala de espera em postos de saúde públicos; (ii) a delimitação de objetivos, estratégias de ensino e de avaliação de suas interações com os pacientes e (iii) se a aplicação da metodologia de coleta de dados com base numa Avaliação Funcional Descritiva forneceria elementos para que a participante promovesse modificações na própria condução de apresentações com distintas temáticas durante a interação com os pacientes em situação de espera.

## **METODOLOGIA**

Esta investigação qualitativa circunscreve-se na modalidade Delineamento de Estudo de Caso Único, como relatada na Ciência da Análise do Comportamento (ITTENBACH; LAWHEAD, 1997). A metodologia adotada neste estudo foi elaborada com base nos trabalhos de Gomes (2010); Lopes Júnior et al (2009); Lopes Júnior; Sparvoli (2009) que adotam um referencial da Análise do Comportamento, especificamente, a ferramenta de Avaliação Funcional Descritiva (AFD). Antes do início dos trabalhos de coleta de dados, foi feito um período de ambientação no local onde ocorreriam as apresentações. Neste, o pesquisador manipulou a filmadora e registrou a atuação da graduanda da nutrição, doravante, E1, em salas de espera. Os arquivos deste período de ambientação foram desconsiderados nas análises. De acordo com a Resolução da CONEP 466/2012, este trabalho de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – CEP/FMB. Após a aprovação pelo referido comitê, a participante E1 foi informada sobre o teor de sua participação no projeto e, depois disso, concordou e assinou um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Na coleta dos dados foi utilizado como material: um gravador de áudio digital e uma filmadora digital. As apresentações e entrevistas foram registradas em videoteipe e áudio para facilitar as transcrições. Abaixo foi apresentada uma síntese da metodologia da pesquisa realizada.

Quadro 1: Síntese da Metodologia de Coleta de dados desta pesquisa.

Síntese da metodologia – temáticas abordadas		
Fase 1	Entrevista 1	Escolhas profissionais, formação, trabalho em espaços não-formais, aspectos do ensino-aprendizagem nas interações com o público.
	Entrevista 2	Delimitação de objetivos, estratégias de ensino, medidas de aprendizagem em interações com o público no ambiente de espera.
Fase 2	Sala de espera 1 – SE1	Temática: Constipação intestinal
	Sala de espera 2 – SE2	Temática: Soja
	Entrevista 3	Delimitação de objetivos, estratégias e medidas de aprendizagem nas salas de espera 1 e 2 (SE1 e SE2).
	Entrevista 4	A participante E1 assistiu ao vídeo da SE1. Após a apresentação do videoteipe, foi apresentada à E1 uma análise elaborada pelo pesquisador da SE1.
	Entrevista 5	A participante E1 assistiu ao vídeo da SE2 e realizou uma análise do vídeo da SE2, uma análise da SE2 elaborada pelo pesquisador da SE1 foi apresentada à participante E1.
	Entrevista 6	Delimitação de objetivos, estratégias de ensino, medidas de aprendizagem na SE1 após a exibição do videoteipe e das análises.
Fase 3	Sala de espera 3 – SE3	Temática: Gorduras trans
	Entrevista 7	Delimitação de objetivos, estratégias e medidas de aprendizagem nas SE3.
	Entrevista 8	Entrevista final: <i>feedback</i> da SE3.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Fase I

A Fase I teve por objetivo tratar das escolhas profissionais de E1 na carreira, do trabalho com o público em espaços não-formais e de aspectos gerais resultantes das interações proporcionadas nestes locais. Na Entrevista 1 da Fase I, E1 mencionou já ter trabalhado com pacientes em sala de espera. A participante acredita que os pacientes podem aprender conceitos científicos desde que tais conceitos estejam relacionados com o cotidiano, sejam explicados em linguagem simples e que possam ser colocados em prática. Os principais obstáculos ao ensino nestes espaços que E1 mencionou foram: (i) o próprio espaço, (ii) a disposição das pessoas, além da (iii) falta de material didático e do (iv)

desinteresse explícito das pessoas como, por exemplo, virar-se de costas durante a apresentação, sair da sala, falar ao celular, falar com outras pessoas, entre outros; e, por último, a (v) falta de conhecimento e/ou pouca escolaridade dos pacientes que utilizam os serviços públicos de saúde. Com relação aos aspectos que facilitam o ensino destes conceitos, E1 elencou (a) recursos materiais como, por exemplo, o folder, o painel, jogos, materiais tipo bingo e o caça-palavras. Acerca das medidas de aprendizagem que E1 considera ao longo das apresentações, ela indicou algumas medidas de compreensão dos temas pelos pacientes, assim, eles: *“Concordam fazendo positivo com a cabeça, as perguntas que eles fazem, demonstram se estão entendendo ou não [...] mas tem uns que também não demonstram nada [...] Quando elaboram uma pergunta muito fora do tema, dá para perceber se eles estão entendendo. Tem gente que fica meio perdida”*. (relato de E1). E1 destacou também aspectos dos pacientes em relação às aprendizagens que ela considera ao longo de suas apresentações nas salas de espera. Assim, ela relacionou aspectos de ações como: (a) balançar a cabeça concordando ou não, (b) não demonstrar nada, (c) fazer perguntas consistentes sobre os temas, isto é, como uma medida se entendem ou não os termos utilizados ou, ainda, se compreendem os exemplos fornecidos.

O Quadro 2 é proveniente da Entrevista 2 e apresenta uma síntese dos aspectos delineados nas apresentações em termos de objetivos, estratégias de ensino e medidas de aprendizagens esperadas.

Quadro 2: Síntese da Entrevista 2/Fase I sobre a delimitação dos temas na Sala de Espera.

<b>Síntese da fala de E1</b>	
<b>Objetivos</b>	<i>“Eu espero que as pessoas tenham uma compreensão sobre o que é o tema e como lidar com o tema no dia-a-dia. [Investigar] se a pessoa sofre disso ou se conhece alguém que sofre. Então para saber como lidar mesmo e como ter uma maior qualidade de vida mesmo”</i> .
<b>Estratégias de ensino</b>	<i>(a) “Falar de uma maneira fácil que todo mundo possa entender. Estimular as pessoas a participarem. [conduzir a apresentação] Sempre levando para o dia-a-dia dessas pessoas”.  “(b) “Falar tudo, mas de um jeito que eles entendessem. Acho que seria um jeito que ficasse fácil a compreensão”. (b) Tem os recursos que são: o folder [“fixar o que já foi falado, porque, às vezes, a gente fala e as pessoas não guardam [...] seria uma forma de revisar para que entendessem melhor e consultar”] e (c) o painel [“resumir o que é falado, então, tem as ilustrações, tem as principais frases que ajudam, auxiliam no que a gente vai falar. E a pessoa, ela fica entretida também com o que tem ali no painel. Então, ele acaba acho que chamando mais a atenção da pessoa mesmo e ajuda a aprender a atenção”].</i>
<b>Medidas de aprendizagem</b>	<i>Folder: “[...] a aplicação do que foi falado no dia-a-dia da pessoa. Se não tem o folder, parece que fica uma “coisa meio perdida”, [...] parece que é aquilo e ai acabou e parece que eles não levam nada daquilo para a casa [...] o folder é um apoio, [...] [e o paciente] tem uma coisa para levar para casa [...] Os pacientes fazem comentários sobre o folder e das dicas nutricionais, além de comentar se praticam ou não no seu cotidiano as ações saudáveis à nutrição alimentar.  Painel: é chamar a atenção da pessoa, é para prender a atenção, porque quando não tem o painel eles ficam mais dispersos. [...] Já é difícil prender a atenção [...] a gente desliga a TV para que eles fiquem só ali, mas, ainda assim, é complicado.  Linguagem simples: aproximar-se das pessoas e aumentar o interesse pelo tema [Se uso uma linguagem técnica] “[...] parece que ninguém entendeu nada. Todo mundo faz uma cara assim de que não está entendendo mesmo [...] eles fazem alguma cara muito assim olhando para o nada”</i> .

Na segunda entrevista da Fase I, a graduanda E1 confundiu materiais de apoio com estratégias de ensino. Tal confusão fez com que E1 voltasse a discorrer sobre os efeitos de cada um destes materiais de apoio sobre o público alvo. Pode-se inferir que os objetivos foram delimitados com tal ambiguidade, que poderiam tanto ser alcançados por ela própria estudante quanto pelos pacientes em situação de espera. Buscou-se com a Entrevista 2 que E1 correspondesse cada um dos elementos da tríade entre si: (i) objetivos, (ii) estratégias de



ensino e as (iii) medidas de aprendizagem da temática que iria ministrar. Quanto ao alcançar 4º objetivo delimitado no Quadro 2, E1 pretende alcançá-lo utilizando linguagem mais simples visando o entendimento do tema e a participação oral dos pacientes, além de utilizar os recursos materiais. O folder mencionado por E1 é um panfleto entregue ao final de cada uma das apresentações na sala de espera. Os pacientes geralmente leem este material, porém, quando o fazem, já ocorreu o término da apresentação. O painel assume dupla função na condução da sala de espera, que atende tanto a graduanda E1 quanto aos pacientes, pois “[...] *tem as ilustrações, tem as principais frases que ajudam, auxiliam no que a gente vai falar. E a pessoa, ela fica entretida também com o que tem ali no painel.*” (E1). A graduanda E1 destacou que outros aspectos interferem negativamente nos aspectos de como percebe a atenção dos pacientes ao longo de suas apresentações na sala de espera, pois: *“A atenção dos pacientes nas salas de espera é diminuída se tem muitos pacientes em espera, pela chamada dos nomes para o atendimento médico, pela própria movimentação de pessoas na sala”* (Relato de E1). Ao avaliar sua interação com os pacientes, E1 considera como medidas de aprendizagens aspectos subjetivos da participação, por exemplo, as expressões faciais e gestos dos pacientes, pois “[...] *todo mundo faz uma cara assim de que não está entendendo [...] eles fazem alguma cara muito assim, olhando para o nada*” (E1).

## Fase 2

A Fase 2 teve por objetivo realizar o registro em videoteipe de duas salas de espera distintas buscando mapear um perfil da atuação de E1. Assim, na Fase 2 foram registradas duas salas de espera com temas distintos em nutrição. Os Anexos A e B ao final deste trabalho exibem uma síntese descritiva destas duas salas de espera, doravante, SE1 e SE2. Os temas nas SE1 e SE2 foram, respectivamente, Constipação Intestinal e Os Benefícios da Soja, ambas registradas em videoteipe e conduzidas por E1 em dois postos de saúde distintos localizados na periferia da cidade. Salienta-se que, apesar da existência de erros conceituais ou equivocados nas SE1 e SE2 ministradas por E1, estes não serão aqui discutidos.

O Quadro 3, abaixo, resultante da Entrevista 3, apresentou uma síntese de objetivos, estratégias de ensino e medidas de aprendizagem nas duas salas de espera já mencionadas. A entrevista 3 foi subdividida em dois roteiros, um para cada tema. Os resultados foram apresentados em síntese no Quadro 3. As entrevistas foram realizadas imediatamente após a execução de cada Sala de Espera, em local previamente indicado por E1.

Quadro 3: Síntese de objetivos, estratégias de ensino e medidas de aprendizagem elencados pela participante E1 imediatamente após as apresentações das SE1



	<b>Objetivos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Medidas de aprendizagem</b>
SE1 - Constipação Intestinal	<p>Passar as informações para as pessoas terem uma maior qualidade de vida. Fazer com que as pessoas que sofriam de constipação intestinal conhecessem o problema. Aplicar o que foi passado no dia-a-dia. Interessar-se pelo tema e pesquisar mais sobre o tema. Chamar a atenção para a importância da nutrição.</p>	<p>Traduzir o que é constipação intestinal numa linguagem mais fácil para as pessoas. Utilizar termos vulgares que as pessoas já utilizam, para facilitar o entendimento e fazerem associação entre os nomes. Descrever o problema da constipação intestinal para as pessoas aplicarem. Fornecer dicas durante a apresentação e medidas profiláticas. Descrever os problemas decorrentes e as consequências dessa constipação.</p>	<p>"Quando traduz numa linguagem mais fácil, eu percebo que elas entendem o que eu estou falando. Elas fazem um sinal positivo, de afirmação. Daí, eu acho que é um sinal posso prosseguir com as outras informações [...] Primeiro, a gente pergunta o que eles acham o que é. Depois, traduz para uma linguagem cotidiana. Eles confirmam [com a cabeça] se compreenderam. A gente percebe que não estão olhando para nenhum lugar. Assim, eu acho que dá pra perceber quando a pessoa não está entendendo nada. Ou então, tem gente que não está interessada. [...] é um tema mais difícil porque nem todo mundo quer participar [...] Quando traduz [para linguagem simples], eu acho que eles participam mais também [outra medida] É dar risada ou fazer algum comentário [...] muitas vezes, eles dão algumas risadas por causa do tema e tal. Sinto que eles estão entendendo o que eu estou falando".</p> <p>Pacientes participam dizendo a quantidade de água que eles ingerem.</p>
SE2 - Os Benefícios da Soja	<p>Esclarecer o que é a soja e os benefícios do seu consumo. Informar e fornecer substituições alimentares à soja e sua importância. Mostrar a quantidade e diversidade de produtos de soja que estão disponíveis no mercado.</p>	<p>"Perguntei se eles já tinham experimentado a soja [...] Perguntei se já tinham tido contato coma algum produto de soja ou mesmo o grão".</p> <p>Exibir os produtos à base de soja no painel. Exibir um painel. Expor benefícios do consumo de soja. "[...] o folder com a receita também é uma estratégia pra consumir [a soja]"</p>	<p>Fazer questionamento objetivando a participação oral dos pacientes durante a apresentação. Verificar o que eles sabiam sobre o tema e se seus hábitos alimentares incluíam a soja.</p> <p>"Vi que alguns pacientes participaram [oralmente]. Já tinham tido um contato com a soja de alguma maneira e outros não. Nunca tinham visto".</p> <p>Usar o painel para: (a) fixar os conteúdos, (b) chamar a atenção dos pacientes para evitar a dispersão e (c) para ajudar a focar no tema.</p> <p>"De os pacientes estarem mais atentos ao tema, chamar a atenção e verem o que estamos falando. [...] É eu percebi que eles estavam atentos. Eles estavam olhando. Quando eles não estavam olhando para o que eu falava, eles olhavam para o painel".</p> <p>O objetivo do folder foi "[...] sintetizar tudo que foi falado, e com a receita é também um meio de as pessoas aplicarem no seu dia a dia [...] Eles gostam de receber o folder. Até porque, quando a gente dá o folder, eles já abrem pra ver e tal".</p> <p>Os pacientes podem realizar a leitura do folder e retomar o que foi abordado na exposição.</p> <p>"Eu acho que eles prestaram atenção enquanto estava falando. Eles participaram, questionaram algumas coisas [...] então eles perguntavam, eu senti que eles estavam junto assim com a explicação".</p>

Ao elencar os objetivos, estratégias e medidas de aprendizagem considerados, a participante E1 manteve coerência em relação aos aspectos indicados anteriormente na Entrevista 2. Entretanto, a participante E1 passou a descrevê-los com maior detalhamento nas temáticas: Constipação Intestinal e Soja. A exemplo do que ocorreu na Entrevista 2, vale destacar que E1 ainda confundiu os materiais didáticos de apoio com estratégias de ensino. Além de ampliar a descrição, isto é, passou a descrever com maior nível de detalhamento, após a realização das salas de espera (SE1 e Se2). Do mesmo modo, E1 melhor relacionou cada uma das modalidades aqui consideradas, em termos de estratégias de ensino e objetivos, com as próprias ações e ações dos pacientes durante a interação com o público nas duas salas de espera. Destaca-se que E1 relatou medidas de aprendizagem pouco consistentes acerca da compreensão das temáticas, isto é, se os pacientes ao longo da apresentação: (a) sinalizam positivamente ou negativamente com a cabeça; (b) dão risadas; (c) participam indicando as quantidades de água que ingerem ao longo de um dia (SE1). A participante E1 maximizou o alcance do uso dos materiais de apoio também como medida

de compreensão das temáticas. De modo complementar, E1 desvinculou de seu desempenho ou atuação da expressão de tais medidas de aprendizagem ou, de certa forma, as secundarizou e condicionou tais compreensões às ações dos pacientes na utilização destes materiais, isto é, (i) olhar para o painel como medida de atenção e (ii) realizar a leitura das recomendações e receitas culinárias do folder como medida de compreensão e aplicação no cotidiano. Vale destacar que E1 considerou também como medidas de compreensão perguntas pertinentes e consistentes com a temática e mesmo os comentários dos pacientes.

#### Entrevistas 4 e 5

A apresentação do videoteipe das salas de espera à graduanda E1 teve por objetivo confrontar as estratégias e práticas de ensino utilizadas pela participante E1 e analisar se estavam funcionalmente relacionadas com aspectos da atuação da própria E1 em interação com os pacientes. Assim, após E1 assistir ao videoteipe da sala de espera 1 (SE1), primeiramente, o pesquisador apresentou-lhe uma análise da SE1 e, em seguida, solicitou que E1 fizesse uma análise da sala de espera 2 (SE2), a exemplo da análise da SE1 apresentada. Em seguida, o pesquisador apresentou-lhe uma análise da SE2. O quadro, abaixo, exibe uma síntese das análises apresentadas pelo pesquisador à graduanda E1.

Quadro 4: Síntese das análises das salas de espera 1 e 2 elaboradas pelo pesquisador apresentadas à participante E1.

---

#### Sala de Espera 1: Constipação Intestinal

---

A graduanda E1 possibilitou a participação oral dos pacientes, isto é, fez questionamentos aos pacientes. Em algumas ocasiões, as questões foram excessivas e concatenadas seguidas da ausência do fornecimento de um tempo de resposta para estas. Por exemplo, o fragmento: “*Vocês sabem o que é constipação intestinal? Alguém já ouviu falar? Pode falar gente, já passou pela nutrição alguma vez? Alguém aqui? Não? Ninguém nunca ouviu falar de constipação intestinal?*” (E1). Em outras ocasiões, E1 forneceu *feedback* aos pacientes, por exemplo, quando questionou os pacientes “*Vocês sabem que alimentos têm fibras?*” Diante da resposta “*Aveia*” e E1 imediatamente em seguida diz: “*Isso*”. O mesmo ocorreu diante da afirmativa da paciente: “*É intestino preso por falta de líquidos, falta de fibras, falta de água...*”. Outro exemplo a ser destacado destes *feedbacks* fornecidos por E1 também ocorreu quando fez questionamentos acerca da quantidade ideal de água a ser ingerida por um ser humano adulto em um dia. Ainda com relação a tais respostas aos pacientes, E1 também não fez correções ou mesmo ignorou as falas dos pacientes quando um destes disse que a constipação intestinal se tratava de um “*tipo de prisão de hemorroidas*” e “*o coco fica duro*”. Assim, ao longo da apresentação, E1 ora considera e fornece *feedback* ora ignora as afirmações ou comentários dos pacientes ao longo da apresentação. Ao não investigar a origem das perguntas equivocadas feitas pelos pacientes ou ao não investigar se determinados termos científicos utilizados em seu próprio vocabulário eram desconhecidos do público, E1 conduziu uma apresentação insensível às participações dos pacientes ou, de outro modo, tais fatos podem ter impossibilitado a obtenção de outras medidas de aprendizagem observáveis por E1 dentre os pacientes participantes. E1 recorrentemente “voltou seu olhar” na direção do painel/cartaz ao longo de toda a sua fala durante toda a apresentação da sala de espera. No entanto, em algumas ocasiões, E1 também forneceu significados de termos que acreditou ser desconhecidos dos pacientes, por exemplo, sedentarismo.

---

#### Sala de Espera 2: Os benefícios de Soja

---

A graduanda E1 possibilitou a participação oral dos pacientes (fez questionamentos), entretanto, não forneceu tempo hábil para que os pacientes respondessem. Em dadas ocasiões, E1 fez perguntas que ela própria respondeu, por exemplo: “*Porque a gente fala que a soja faz bem?*”. A graduanda E1 fez perguntas buscando investigar o que os pacientes já sabiam sobre a temática soja. No entanto, após a ocorrência de uma participação oral (uma pergunta ou comentário), E1 prosseguiu a exposição planejada independentemente desta resposta. Por exemplo, E1 não investigou o porque de “*[...] a soja ser ótima ou a melhor coisa que tem*” (paciente 1). Em outras circunstâncias, forneceu imediatamente *feedback* às participações orais dos pacientes. Por exemplo, quando a paciente 1 questiona “*A soja não faz mal para ninguém?*”. A exemplo do que ocorreu na sala de espera com a temática Constipação Intestinal, E1 ora utiliza ora ignora a participação oral dos pacientes ao longo da apresentação nesta sala de espera. Quando considera a fala dos pacientes, fornece comentários adicionais informando se está correto ou não. Assim como observado na sala de espera anterior, destacou-se o uso excessivo e recorrente que E1 fez do painel durante toda a exposição. Ao longo desta apresentação, E1 fez uso de elementos didatizantes ao fornecer o significado de algumas palavras aos pacientes e ao exibir produtos à base de soja aos pacientes em situação de espera.

---

A participante E1 atribuiu a baixa participação oral dos pacientes a peculiaridades da temática abordada (constipação intestinal). “As pessoas se sentem meio envergonhadas de falar sobre isso. Ninguém quer falar dos seus [intestinos]” (E1). Apesar desta afirmação, durante a análise da SE2, a participante E1 relacionou funcionalmente características de sua atuação diretamente com os desempenhos dos pacientes em situação de espera. E1 destacou que forneceu tempo para a emergência de participações orais, por exemplo, quando questionou sobre a prática de esportes. Em sentido contrário admitiu: “[...] não deixei as pessoas falarem [...] olhei bastante para o painel também. Sempre. Todas as frases para voltar para o painel, voltar para o assunto do painel” (E1).

Além do exposto acima, a participante E1 destacou dificuldades que se estendem às concessões relativas à transposição didática de termos técnicos da área da nutrição para a linguagem coloquial, por exemplo, o fragmento: “Não seria o correto cientificamente, mas é o que eles entendem e o que corresponde ao problema.” (E1). E1 argumentou que os dois maiores problemas são, primeiro, a manutenção do uso dos termos vulgares pelos pacientes em sua linguagem cotidiana e, em segundo, de ela própria utilizar um termo chulo durante a apresentação, o que poderia ser interpretado como uma afirmação de que tal termo esteja correto. Além disso, E1 relatou: (i) que a interrupção do discurso expositivo, por exemplo, dúvidas ou comentários dos pacientes pode mudar e perder o foco da apresentação; (ii) ter pouco conhecimento em temas relacionados indiretamente à apresentação, por exemplo, hemorroidas; (iii) que utilizava parte da ‘fala dos pacientes’ durante a apresentação porque achava que “era mais fácil assim” (E1) e não fazia tal uso de modo premeditado e planejado: “[...] não tinha consciência da valorização deles [da fala dos pacientes] ali” (E1); (iv) que fazer perguntas de modo concatenado e sem o fornecimento de tempo para respostas é uma forma de estimular os pacientes a participar oralmente, alega E1: “Sinto que assim eles ficam mais estimulados a participar. Porque se eu faço uma pergunta e fico assim [E1 demonstrou ficando imóvel e olhando para frente]. Parece que ninguém vai falar, entendeu?” (E1); (v) que a questão socioeconômica dos pacientes podem restringir as dietas alimentares que o nutricionista pode indicar, onde a carência financeira pode levar à carência nutricional: “Nós não sabemos o que eles podem e o que eles não podem comprar. E tem gente que tem vergonha de falar. Então, eles aceitam tudo e depois não fazem nada. Não tem outra solução”. (E1). A participante E1 mencionou que, apesar das dificuldades socioeconômicas, há a possibilidade de realizar substituições de teor nutricional equivalente. Quando se trata da divulgação em ciências, especialmente da Nutrição, as questões relatadas acima por E1 devem ser consideradas. Principalmente, acerca da compreensão de como se dão os processos de aprendizagem nestes locais.

## Entrevista 6

O quadro abaixo apresentou uma síntese das respostas de E1 na Entrevista 6. Nesta oportunidade, E1 novamente tratou de elencar, após a exibição do videotape e das análises, os objetivos, estratégias de ensino e as medidas de aprendizagem percebidas na sala de espera I – constipação intestinal.

Quadro 5: Síntese da Entrevista 6, realizada após exibição dos vídeos à participante E1, delimitação dos objetivos, estratégias de ensino e medidas de aprendizagem na sala de espera

SEI sala de espera I – constipação intestinal		
Objetivos	Estratégias	Medidas de aprendizagem
Explicar do que se trata constipação intestinal.	Foram as perguntas, algumas muito rápidas.	Usar perguntas para: (a) que os pacientes pudessem “trazer o tema” para o dia-a-dia deles, (b) os pacientes participarem oralmente e (c) também para que a própria EI pudesse perceber se os pacientes estavam compreendendo o que ela estava falando.
Ajudar as pessoas que tenham ou que conheçam alguém que tenha o problema.	Expor oralmente, tentando buscar a participação deles.	Com as perguntas: (i) perceber onde eles estavam [em relação ao conhecimento], (ii) se estavam prestando atenção ou não, (iii) os pacientes participam e prestam mais atenção, (iv) os pacientes se sentiram mais interessados em ver o que o outro paciente está perguntando, (v) os pacientes ficaram mais atentos, (vi) eles ficaram com vontade de participar.
Auxiliar na prevenção ou mesmo tratar a constipação intestinal, isto é, o que as pessoas podem fazer na prevenção.	Utilizar a linguagem deles, na medida do possível.	Utilizar uma linguagem simples para: (a) facilitar o entendimento dos pacientes em relação ao tema; (b) fazer com que os pacientes “se sintam mais a vontade” para participar oralmente.  “Percebi que eles compreendiam. Alguns acenavam com a cabeça. Alguns davam risadas, que também é uma forma de resposta”.  Ações dos pacientes: “Da atenção. Todos olhando para a frente, para o painel. Daí tem a confirmação com a cabeça, as risadas. Alguns que fazem alguns comentários, mesmo para os colegas do lado, assim. [...] E algumas participações também”.

Se comparado ao Quadro 3, a participante EI coerentemente melhor delimitou os objetivos de ensino e estratégias disponibilizadas e ampliou – melhor descrevendo – as medidas de aprendizagem consideradas. Assim, a graduanda EI funcionalmente relacionou tais medidas de aprendizagens com a própria atuação e com o desempenho dos pacientes ao longo da sala de espera I, com o tema constipação intestinal. De outro modo, para os aspectos mencionados no Quadro 3 (isto é, linguagem simples para que compreendam, se os pacientes balançam a cabeça, em investigar o que os pacientes sabem com perguntas, dar risadas e fazer comentários para EI ou para outros pacientes) também foram contemplados no Quadro 5. Da mesma forma, EI funcionalmente relacionou (ver Quadro 5) cada uma destas modalidades ambigüamente às próprias ações na condução da sala de espera I e às ações dos pacientes. A participante EI destacou que ao longo das salas de espera:

*“[...] fico nervosa de não saber responder as perguntas deles [...] Achei legal tentar essa coisa de compreender melhor o que o paciente está perguntando. Deixar mais tempo para eles participarem. Chamar de outras maneiras para participar [...] Acho realmente importante o que eles têm para falar também” (EI).*

Ainda em relação ao Quadro 5, vale destacar que para tal espaço de educação não formal, a participante relatou funcionalmente medidas de aprendizagem relacionadas com as contingências disponibilizadas ao longo da sala de espera, por exemplo, exposição de um discurso expositivo intercalado por perguntas e com a utilização de linguagem simples. No entanto, na fala de EI, há dois grupos de elementos subjetivos como medidas da aprendizagem dos pacientes. O primeiro deles está além do alcance de EI por serem aspectos internos dos aprendizes (ou por estarem sob a pele), por exemplo, “demonstrar interesse ao ver outro paciente perguntar”; em “prestar atenção”; “ficar mais atento”; “ficar com vontade de participar”. O segundo grupo trata de comportamentos publicamente observáveis que podem não estar diretamente envolvidos com a esperada medida de

compreensão do tema, isto é, por “balançar a cabeça”, “fazer comentários de modo particular a outros pacientes” ou mesmo “dar risadas”.

### Fase 3

Na Fase 3 foi feito o registro de uma terceira sala de espera sobre a temática *Gorduras Trans* (Se3). Uma síntese da SE3 encontra-se no Anexo C. O Quadro 6, abaixo, apresentou uma síntese da Entrevista 7 que foi registrada em áudio imediatamente após o registro em videoteipe da SE3. Nesta ocasião, a participante E1 elencou os objetivos, estratégias de ensino e medidas de aprendizagem na sala de espera com a temática 'gorduras trans'.

Quadro 6: Síntese da Entrevista 7 onde a participante E1 elencou objetivos, estratégias e medidas de aprendizagem relacionados à sala de espera 3 – Se3.

Objetivo	Estratégias	Medidas de aprendizagem
<p>“Apresentar o que é a gordura trans, de onde que ela vem, para que ela é utilizada e quais os produtos que têm a gordura trans. Incentivar as pessoas a olharem o rótulo dos alimentos, para identificar a gordura trans. Para que as pessoas passassem a aplicar essa medida no dia a dia delas”.</p>	<p>Exposição oral com perguntas. A exposição do painel. Mostrar [expor] exemplos de alimentos para que eles participem.</p>	<p>“Acho que eu fiquei meio que esperando a resposta deles. Então, tinha alguns que comentavam, outros falavam que não. Então, acho que de acordo com as respostas, eu fui avaliando o que eu tinha falado”.</p> <p>“Eu queria que eles tivessem contado, participado mais. Assim, o que é que eles sabiam sobre gordura trans. Porque eu acho que é um tema que já é tratado bastante na mídia frequentemente. [...] Então, eu gostaria que eles tivessem participado mais para saber onde é que eles se localizavam ali no conhecimento”.</p> <p>“[...] no início, parecia que ninguém iria comentar. Todo mundo ficou meio receoso até. Acho que acharam que eu que ia dar a palestra. Acho que estão acostumados. Que eu iria dar a palestra e eles iriam ficar só assistindo. Então, acho que eles se assustaram um pouco. Eles estavam bem distantes, mas depois até que um começa a falar, daí o outro também, então, ajuda”.</p> <p>“Eles confirmaram, com a cabeça assim [gesticulando que sim]. Enquanto eu falava em alguns alimentos também, parece quando eu entreguei o folder eles ficaram discutindo. Assim, vendo, quais os alimentos que tinham, então, acho que isso eles conseguiram entender.”</p>

A participante E1 acredita que os objetivos delimitados não foram alcançados. E1 argumentou que os pacientes viram o tema, compreenderam o conceito, sua definição, mas que não conseguiriam colocá-lo no dia-a-dia. Com relação à compreensão do tema, E1 mencionou que “A maioria [dos pacientes] não ficou muito distante, pareceu” (E1). A participante E1 promoveu mudanças ao longo de sua apresentação na última sala de espera e, ao mesmo tempo, manteve aspectos registrados nas SE1 e SE2 anteriores. Assim, E1 fez uso de linguagem simples para falar com os pacientes e utilizou o cartaz de apoio exclusivamente com a finalidade de orientar a condução da temática. No que se refere propriamente às mudanças, E1 forneceu um maior tempo para que os pacientes pudessem responder aos questionamentos que ela proporcionou. Decorrente deste tempo, a participação dos pacientes fora ampliada. Neste mesmo sentido, após uma participação oral de um paciente, adequada ou não, E1 forneceu um *feedback* imediato aos pacientes. Isso ocorreu ao longo de toda a sala de espera 3 – SE3. E1 possibilitou a participação de alguns pacientes [ou segundo E1, que estavam “mais dispostos” a participar ou com “mais interesse” em participar] mediante o modo como conduziu a apresentação da sala de espera com o tema *Gorduras Trans*. Tais modificações ampliaram a participação dos pacientes, possibilitando que E1 estabelecesse melhores medidas de verificação das aprendizagens decorrentes de suas interações com os pacientes em situação de espera. Como última

modificação, E1 voltou seu olhar para o painel um menor número de vezes se comparadas com as salas anteriores.

A participante E1 funcionalmente passou relacionar a condução do seu discurso expositivo diretamente com as respostas dos pacientes, isto é, modular (ou adaptar) a própria condução da sala de espera de acordo com a participação oral dos pacientes (com comentários e perguntas). Este tipo de mudança assumiu importância para E1 à medida que ela passou a se autoavaliar ao longo das interações e avaliar a própria interação com os pacientes, expressa deste modo em sua fala: *“Eu fui avaliando o que eu tinha falado”* (E1) e *“Gostaria que eles tivessem participado mais para saber onde é que eles se localizavam ali no conhecimento”* (E1). Estas alterações na condução da SE3 possibilitaram que a participante fizesse algumas inferências acerca das participações dos pacientes em função do contato destes com outras salas de espera descritas comumente num formato de palestra que restringe as participações às dúvidas finais: *“parecia que ninguém iria comentar. Todo mundo ficou meio receoso até”* (E1). Com relação às aprendizagens decorrentes da temática da SE3, a participante E1 ressaltou a importância da participação oral dos pacientes para outros pacientes como elemento motivador ou desencadeador de outras participações. No que se refere às medidas de aprendizagem, assim como ocorreu nas SE1 e SE2, E1 considerou o gestual dos pacientes (o balançar a cabeça para cima e para baixo, o discutir do modo particular entre os pacientes, a leitura silenciosa do [ou folhear o] folder ao término da sala de espera).

Na comparação entre a SE3 e as demais sala, E1 apontou as mudanças que conseguiu implementar, isto é, no modo como realizou perguntas dirigidas aos pacientes. Este aspecto ficou explícito no relato: *“Esperar, às vezes, é um pouco difícil. Porque é meio vício assim, mas tentei esperar que eles respondessem para continuar fazendo as perguntas”* (E1). Desta forma E1 estabeleceu correspondência entre seus repertórios de ensino na condução da SE3 e das interações com os pacientes de modo a indicar além de *“fazer perguntas de uma maneira mais tranquila”* (E1), a usar termos ou expressões acessíveis à compreensão das pessoas, como *“[...] não tive tanta preocupação em usar termos científicos”* (E1) e, em fornecer *feedback* a todas as participações interrompendo, se necessário, o discurso expositivo. No contexto da SE3, a participante E1 se autoavaliou: *“O desempenho, eu achei que foi melhor, mas como não tinham muitos pacientes, foi meio difícil, assim, avaliar. Até porque não teve tanta participação”* (E1).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos profissionais de áreas distintas de formação inadvertidamente (ou inesperadamente) assumem a condição de professores diante de um grupo de aprendizes, alunos ou não, em espaços formais e/ou não-formais. Ao lidar com estas situações, estes profissionais tendem a replicar os modelos que tiveram contato antes da ida a campo. Quando se trata da atuação profissional em espaços de divulgação em saúde e, sob condições bastante particulares que se encontram os aprendizes, faz-se necessário, além do prévio planejamento das ações a serem desenvolvidas, avaliar funcionalmente (ou, na linguagem comum, qualitativamente) as interações ocorridas nestes locais.

No âmbito deste estudo, a Avaliação Funcional Descritiva apresentou-se como mais uma das ferramentas no auxílio à formação inicial do profissional da nutrição, pois permitiu que a participante E1 analisasse funcionalmente seus desempenhos em interação com os pacientes em situação de espera. O aprimoramento desta análise em termos descritivos e do próprio desempenho *in lócus* da participante E1 foram evidenciados na Fase 3 e no momento que a própria E1 estabeleceu comparações entre as salas de espera 1 e 2 e a última sala de espera registrada. A avaliação funcional descritiva, enquanto ferramenta metodológica,

utilizada neste estudo mostrou-se suficiente e objetiva para que a participante E1 realizasse modificações em seus próprios repertórios na condução da última sala de espera registrada em vídeo. A participante aprimorou seu repertório descritivo relativo ao planejamento, execução e avaliação da sala de espera, relacionando aspectos sabidamente desconsiderados, ao menos inicialmente. Em termos das modificações realizadas, coerentemente observadas na última sala de espera, pode-se dizer – parafraseando Zanotto (2000): que a participante ficou sob o controle dos temas que estava a ensinar, sob o controle direto da participação verbal e vocal dos pacientes em situação de espera e de outras condições disponíveis, onde realizou modificações na linguagem, forneceu *feedbacks* e tempo adequados, por exemplo.

## REFERÊNCIAS

BEAVERS, G.A.; IWATA, B.A.; LERMAN, D.C. Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 46 (1), 2013, p. 1-21. doi: 10.1002/jaba.30

CARSON, S.D. **Social validity, acceptability, and utility of behavior mapping**: a simple functional behavior assessment. Doctor of Philosophy in the School of Education, Indiana University, 2012.

COOMBS, P.H.; AHMED, M. **La lucha contra la pobreza rural**: El aporte de la educación no formal. Madrid: Editorial Tecnos, 1975.

CHONG, I. M.; CARR, J. E; SIDENER, T.M. **Descriptive Functional Assessment of Problem Behavior: A Methodological Review**. Western Michigan University, 2004.

CUNNINGHAM, E.; O'NEILL, R. Comparison of results of functional assessment and analysis methods with young children with autism. In: **Education and training in Mental Retardation and Developmental Disabilities**, 35, 2000, p.406-414.

DIDDEN, R. Functional analysis methodology in developmental disabilities. In: STURMEY, P. (Ed), **Functional analysis in clinical treatment**, p. 65-68, Burlington: Academic, 2007.

GOMES, P.C. et al. Investigando a aprendizagem em espaços não-formais: o caso da educação em saúde. Em: **Encontro Nacional de Pesquisa em Educação e em Ciências - ENPEC**, 9., Águas de Lindóia. Atas do IX Encontro.... ABRAPEC, 1-8, Nov, 2013. 1-8, Disponível em: < <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/RI659-1.pdf> >. Acesso: dez/2013.

GOMES, P.C. **Ensino e aprendizagem de avaliação funcional descritiva na atuação profissional de professores de ciências no ensino fundamental**. 2010. 269f. Tese de Doutorado (Doutorado em Educação Para a Ciência). Faculdade de Ciências. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru.

GOHN, M.G. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 50, 2006, p. 27-38, Mar. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n50/30405.pdf> > Acesso em dez 2013.



GRESHAM, F.M.; LAMBROS, K.M. Behavior and Functional Assessment. In: WATSON, T.S.; GRESHAM, F.M. (Eds.) **Handbook of Child Behavior Therapy**. 1.ª Ed. New York: Plenum Press, v. 1, Cap. 1, 1998, p. 3-40.

ITTENBACH, R. F.; LAWHEAD, W. F. Historical and Philosophical Foundations of Single-Case Research. In: FRANKLIN, R. D.; ALLISON, D. B.; GORMAN, E. B. S. (Eds.). **Design and analysis of single-case research**. 1.ª Ed. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum, v. 1, Cap. 2, 1997, p. 13-39.

IVANCKO, S.M. E o tratamento se inicia na sala de espera... Em: ANGERAMI-CAMON, V.A. (org.) **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Thompson Learning, v. 1, cap. 3, 2004, p 61-84.

LERMAN, D.C.; IWATA, B.A. Descriptive and experimental analyses of variables maintaining self-injurious behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**. v. 26, n.3, 1993, p. 293-319. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1297754/pdf/jaba00013-0017.pdf> Acesso em: jan 2014.

LOPES JÚNIOR, J; et al. O ensino de ciências nas séries iniciais: desenvolvimento de aprendizagens profissionais no âmbito da formação de professores. Em: NARDI, R. (org.) **Ensino de ciências e matemática I: temas sobre a formação de professores**. 1.ª Ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, v.1, Cap. 11, 2009, p. 179-191. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/g5q2h/pdf/nardi-9788579830044.pdf> Acesso em: out 2013.

LOPES JÚNIOR, J.; SPARVOLI, D.A.P. Avaliação de Interações entre Professor e Alunos na Educação Matemática: ensino e aprendizagem de recursos pedagógicos. **Bolema**, Rio Claro –SP, v. 22, n. 33, 2009, p. 141-168. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291221900008> Acesso: jan.2014.

MARANDINO, M. É possível estudar aprendizagem nos museus de Ciências? Em: NARDI, R. (Org.) **A pesquisa em ensino de ciências no Brasil: alguns recortes**. 1.ª Ed. São Paulo: Escrituras, v. 1, Cap.2, 2007, p.41-51.

MATOS, M.A. Análise de contingências no aprender e no ensinar. Em: ALENCAR, E.S. (Org.) **Novas contribuições da psicologia aos processos de ensino e aprendizagem**. 1.ª Ed. São Paulo: Cortez, v. 1, 1992, p. 141-165.

NDORO, V.W.; HANLEY, G.P.; TIGER, J.H.; HEAL, N.A. A Descriptive Assessment of Instruction-Based Interactions in the Preschool Classroom. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 39, 2006, p. 79-90, n.º 1. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1389612/pdf/jaba-39-01-79.pdf> Acesso em Nov. 2013.

PASCUAL, M.M. **Los museos interactivos de ciências como recurso didáctico en la formación inicial del profesorado de Educación Primaria**. Tesis Doctoral. Universidade Del País Vasco, Bilbao, Septiembre, 2010.

RADFORD, P.M.; ERVIN, R.A. Employing Descriptive Functional Assessment Methods to Assess Low-Rate, High-Intensity Behaviors: A Case. In: **Journal of Positive Behavior Interventions**, v. 4, n. 3, 2002, p. 146-156, jan.

p.420.

SHABANI, D.B. et al, The effects of functional analysis test sessions on subsequent rates of problem behavior in the natural environment. In: **Behavioral Interventions**, v. 28, n.1, 2013, p. 40–47, Feb.

TEIXEIRA, E.R.; VELOSO, R.C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, Jun. 2006.

VOLLMER, T.R. et al. Identifying possible contingencies during descriptive analyses of severe behavior disorders. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 34, n.3, 2001, p. 269–287.

WATSON, T.S.; STEEGE, M.W.; WATSON, T.S.; Functional Assessment of Behavior. In: BRAY, M. A.; KEHLE, T.J.; (Ed.) **The Oxford Handbook of School Psychology**, 1.ª Ed. New York: Oxford University Press, chap. 9, 2011, p. 187-204.

ZANOTTO, M.L.B. **Formação de professores: a contribuição da análise do comportamento**. São Paulo: FAPESP/EDUC, 2000, p.183.

ANEXO A - Síntese da Sala de Espera I - SEI com a temática Constipação Intestinal.

**Síntese das ações de EI e dos pacientes participantes na SEI**

- (1) EI entra no ambiente de espera dos pacientes trajando um jaleco branco. Afixa um cartaz com o título “Constipação Intestinal”. EI se identifica, diz o nome do curso e questiona os pacientes presentes: *“Hoje como vocês já viram aqui, eu vou falar aqui um pouquinho sobre constipação intestinal, vocês sabem o que é constipação intestinal? Alguém já ouviu falar? Pode falar gente, já passou pela nutrição alguma vez, alguém aqui? Não? Ninguém nunca ouviu falar em constipação intestinal?”*
- (2) Pacientes sentados aguardam consulta médica. Uma paciente diz: *“Constipação intestinal, não é... fica com tipo uma prisão de hemorroidas, alguma coisa assim, que o coco fica duro”*.
- (3) EI diz à paciente: *“É. Mais ou menos o intestino preso”*.
- (4) A mesma paciente diz: *“É intestino preso, por falta de líquidos, falta de fibras, falta de água...”*
- (5) EI olha para o painel. EI responde à paciente: *“Isso, isso mesmo. Então, é uma alteração que a gente chamada de trânsito intestinal. E faz diminuir as vezes que a gente vai ao banheiro, tá? E aí, geralmente, tem dor e as fezes saem endurecidas saem ressecadas, também é difícil de ir ao banheiro e aí precisa de esforço. Então, é bem complicado. Quem tem mesmo, sente um desconforto”*.
- (6) EI diz que a paciente já comentou as principais causas e argumenta que uma delas está na baixa ingestão de fibras. EI questiona: *“Vocês sabem que alimentos têm fibra?”*
- (7) A mesma paciente diz: *“Aveia...”*
- (8) EI responde: *“Isso”*.
- (9) E a paciente prossegue dizendo: *“Na granola...”*
- (10) EI diz: *“Sim, hoje em dia passa bastante na TV que o que mais tem [fibras] são as frutas, as verduras. Por isso, a gente insiste tanto que comam frutas e que é importante. Além dos benefícios que elas trazem, ajudam no funcionamento do intestino também. [EI olha para o painel.] Ai, além disso, as frutas com o bagaço também são importantes, porque no bagaço tem a maioria das fibras e na casca. Então, é bem importante consumir essas partes das frutas”. [EI olha para o painel.] EI prosseguiu sua exposição oral dizendo aos pacientes questionando-os: “Então, a baixa ingestão de líquidos, como ela falou, também, principalmente a água. Vocês sabem mais ou menos quanto tem que tomar de água por dia?”*
- (11) Outra paciente diz: *“Um litro, não é?”*
- (12) EI questiona a afirmação da paciente: *“Um litro?”*
- (13) A paciente responde: *“Dois...?”*
- (14) A graduanda EI diz: *“É um pouquinho mais...”*
- (15) A paciente pergunta: *“Dois litro” [sic]*.
- (16) EI responde: *“Isso, mais ou menos dois litros. Depende da pessoa, mas mais ou menos uns oito copos de água por dia. De seis a oito copos de água, é difícil alcançar?”*
- (17) A paciente diz: *“Ah, é...”*. A paciente menciona que toma dois copos de água por dia.
- (18) EI questiona: *“É... dois copos? Então, precisa tentar aumentar, porque tudo é uma questão de hábito. Se a gente começa a tomar, mas aumenta o copo, daí a senhora vê como é que fica, é muito importante beber mais água”*.
- (19) Pacientes sentados em silêncio. [EI olha para o painel.]
- (20) EI prossegue dizendo: *“Então, o uso crônico também de laxativos, tem os chás, os remédios que as pessoas tomam para ajudar ir ao banheiro. Então, quando usa isso todo dia ou toda semana, o intestino acaba se acostumando também. Então, ele não funciona direito sem os laxativos e tem que tomar muito cuidado com o uso. [EI olha para o painel.] Stress e ansiedade também pode causar essa prisão no intestino, essa 'prisão de ventre', o sedentarismo que é a falta de atividade física. [EI olha para o painel.] Então, fazer uma atividade física, nem que seja uma caminhada, é muito importante para o funcionamento do intestino. [EI olha para o painel.] Ignorar o desejo de ir ao banheiro. Então, quando a gente sente vontade é muito importante ir ao banheiro na hora, que se a gente fica deixando para depois, isso piora. Então, pode não ir depois ao banheiro, não conseguir ir, ter difícil-*

dade e vai ressecando ali as fezes. Vão ressecando no intestino, então, fica mais difícil de ir ao banheiro, tá? [E I olha para o painel.] Então para combater a constipação intestinal a gente precisa beber seis a oito copos de água por dia como eu tinha falado. [E I olha para o painel.] Tem que se alimentar em horários regulares que é o que a gente chama de ter as refeições mais ou menos no mesmo horário todo dia para o intestino já se acostumar com aqueles horários. [E I olha para o painel.] Praticar exercício físico regularmente, quem aqui faz exercício físico? Algum tipo de exercício? Você faz? Aqui [no distrito] tem o grupo de caminhada também que é legal para participar”.

- (21) Pacientes sentados em silêncio.
- (22) E I prossegue com a exposição oral: “Então, não utilizar laxantes por conta própria. A não ser que seja indicado pelo médico. Então, obedecer sempre a vontade de ir ao banheiro, evitar distração na hora de ir ao banheiro. Tem gente que leva uma revista e lê. Acaba mais entredido com a revista do que com o [ato de] ir ao banheiro mesmo. [E I olha para o painel.] Então, sempre estar ali concentrado e ingerir bastante fonte de fibras que são as verduras, os legumes, as frutas e os cereais integrais como ela [indicando a paciente que participou no início] tinha falado, aveia, granola, farelo de trigo, que é bem importante que ajuda na formação das fezes...”
- (23) A mesma paciente que participou inicialmente diz: “Arroz integral também...”
- (24) E I diz: “Arroz integral, quem puder consumir é legal também. Sempre preferir os integrais que fornecem mais fibras. Alguém tem alguma pergunta? Alguém tem alguma dúvida? Alguma coisa que queria comentar, sobre isso?”
- (25) Pacientes sentados em silêncio.
- (26) E I pergunta: “Não?”. Em seguida finaliza a apresentação dizendo: “Então, eu vou entregar o folder aqui que tem um 'resuminho' sobre o que eu falei e tem uma receitinha aqui também de torta integral. Qualquer dúvida, vocês procurem a nutrição daqui sempre as terças e quartas pela manhã. Qualquer coisa é só procurar a gente, tá bom? Então muito obrigado pela atenção de vocês”.

## ANEXO B - Síntese da Sala de Espera 2 – SE2 com a temática 'Os Benefícios da Soja'.

### Síntese das ações e falas de E I e dos pacientes participantes na SE2

E I – E I entra no ambiente trajando jaleco branco, desliga a TV e afixa um cartaz com o título “O que é soja?”. Dirige-se aos pacientes e se apresenta: “Bom dia meu nome é E I. Eu sou da nutrição. E hoje eu trouxe um tema para a gente conversar um pouquinho, que é a soja. [E I olha para o painel.] Alguém já comeu soja aqui?”

(Alguns pacientes participam acenando com a cabeça que não.)

E I – Questiona: “Não?”

Paciente 1 – Responde: “Eu já...”

E I – “A senhora já comeu?”

Paciente 1 – Paciente acena com a cabeça que sim e diz: “No leite. No óleo. Já”.

[Pacientes transitam pelo posto de saúde].

E I – Dirigindo o olhar à paciente E I diz: “Leite? Ah, tá.”

Paciente 4 – Diz: “Até ferver a soja, eu já ferri. No leite”.

E I – “Entendi. Alguém mais já experimentou?”

(Os pacientes seguem acenando com a cabeça, confirmando ou negando a pergunta)

E I – “Não? A senhora já experimentou?”

Paciente 2 – Acena com a cabeça que não e diz: “Não”.

Paciente 3 – Acenando positivamente com a cabeça diz: “Eu já experimentei...”

E I – Prossegue dizendo: “Então, a soja é um grão...” [E I olha para o painel.]

(Paciente 3 acena que já ingeriu soja)

E I – Questiona voltando a cabeça para a paciente: “Já?”

Paciente 3 – Responde: “No óleo e no leite”.

E I – “O óleo de soja, é verdade... Então, a soja é um grão que pertence à família das leguminosas, que

é a do feijão, da lentilha, do grão de bico... Essa (leguminosa) vocês já experimentaram?"

(O paciente 2 acena com a cabeça que já ingeriu o grão-de-bico e outro acena com a cabeça que não.)

EI – “Já? Não? Vocês percebem que é parecido. [EI olha para o painel.] O grãozinho é redondinho. Então, ela pode substituir o feijão ou ser usada em preparações como salada. Também tem a farinha de soja que pode ser usada em bolos ou em outras preparações mesmo. Alguém já consumiu alguma preparação diferente? Além do leite de soja?”

Paciente 3 – “Não”. (Os pacientes 1 e 3 acenam com a cabeça que não.) [EI olha para o painel.]

EI – “Não? E alguém já ouviu falar dos benefícios da soja ou porque ela é importante?”

(Não há participação dos pacientes)

EI – “Não? Nem na TV? Não? Já ouviu?”

(Neste instante, a atendente do posto chama por um dos pacientes que aguardavam.)

EI – “Já ouviu?” (repetindo a pergunta)

Paciente 1 – “Já vi. Já comi”.

EI – “Você sabe falar assim para o pessoal o que você acha que é?” [EI olha para o painel.]

Paciente 1 – “Eu acho que é ótimo. É a melhor coisa que tem.”

EI – “Entendi. A soja é rica em fibras solúveis. Vocês sabem o que são fibras?” [EI olha para o painel e aponta algo nele.]

(Não há participação explícita dos pacientes em resposta à pergunta de EI)

EI – Prossegue a exposição oral do tema: “Fibras são aqueles nutrientes que não são digeridos. Por isso dizem que elas ajudam no intestino a funcionar. Elas têm outras funções como diminuir a absorção da gordura, do colesterol, dos triglicérides... Quando a gente faz os exames de sangue sempre aparece lá. E, além disso, elas (as fibras) dão maior saciedade. Então, quando a gente come fibras, na próxima refeição a gente sente menos fome. Exatamente porque elas (as fibras) são mais difíceis de serem digeridas. [EI olha para o painel.] Além disso, a soja, ela tem vitaminas, tem minerais como o cálcio, o ferro, o potássio, o zinco e a isoflavona. [EI aponta para o painel.] Um componente que traz muitos benefícios é o que se chama isoflavona.” [EI olha para o painel e aponta]

(Não há explícita participação dos pacientes.)

EI – Prossegue a exposição do tema: “E aí é com vocês... Como ela falou... (indicando a paciente 1), a soja faz bem para a saúde. Por que a gente fala que a soja faz bem? [EI olha para o painel.] Porque ela alivia o sintomas da menopausa. Então, por exemplo, aquele ‘calorão’ que as mulheres sentem na menopausa, então, ajuda a controlar... [EI olha para o painel.] Além disso, ela auxilia na prevenção da osteoporose. Vocês sabem o que é osteoporose? Já ouvirão falar?”

(Não há explícita participação dos pacientes.)

EI – Prossegue a exposição do tema: “É uma doença que deixa o osso fraquinho. E aí tem o perigo de cair, não é? Quebrar os ossos. Então, a soja também auxilia a prevenir [EI olha para o painel] a osteoporose. Deixa o osso um pouco mais forte. [EI olha para o painel.] Ela previne as doenças do coração também. [EI olha para o painel.] E por que ela previne? [EI olha para o painel.] Porque ela aumenta o colesterol bom. Vocês já ouviram falar do HDL e do LDL?”

(Não há participação explícita dos pacientes em resposta à pergunta de EI)

EI – “Têm o colesterol bom e tem o colesterol ruim, não é? Então, a soja, ela tem essa propriedade de aumentar esse colesterol bom. [EI olha para o painel.] E, além disso, ela previne os tipos de câncer [EI olha para o painel.] de intestino, de colo, do reto, da próstata. [EI olha para o painel.] Então, ela previne alguns tipos de câncer também. [EI olha para o painel.] Aí aqui a gente traz algumas variedades [EI olha para o painel.] (EI indicou as variedades de soja e de proteína texturizada de soja presentes no painel). Se vocês quiserem vir ver aqui mais perto depois, [EI olha para o painel e aponta a PTS.] tem a proteína texturizada de soja, vocês já viram no mercado?”

(Não há explícita participação dos pacientes). Uma pessoa adulta e uma criança entram na sala.

EI – “São umas bolinhas. Dá para substituir a carne moída em molho, dá para fazer diversas preparações com a proteína de soja. [EI olha para o painel e indica a PTS] Alguém já viu no mercado? Proteína texturizada de soja? Ela fica perto dos produtos naturais...”

Paciente 1 – “Eu já vi vários”

EI – Questiona dirigindo-se à paciente: “*Que é que foi?*”

Paciente 1 – Repete: “*Eu já vi vários...*”

EI – Prossegue a exposição do tema: “*Já viu? Então ela fica perto dos produtos naturais tem diversas opções pra consumir [Uma paciente entra na sala e caminha tirando a blusa de frio], ai tem o leite de soja, como a senhora falou que dá para substituir, às vezes, o leite de vaca, não é recomendado [E I olha para o painel] substituir totalmente a não ser que a pessoa tenha alguma intolerância ao leite de vaca, tá, mais pode as vezes consumir leite de soja no lugar, até das preparações, que nem o leite de vaca dá pra (para) tomar o leite de soja*”.

Paciente 1 – “*Soja não faz mal pra ninguém?*”

EI – “*Não, não faz*”.

Paciente 1 – “*Não faz mal para o colesterol, nada? Não, é?*”

EI – “*Não, não*” [E I sorri]

Paciente 1 – “*Não, não é?...*”

EI – “*Não. Só que não é indicado trocar totalmente o leite de vaca, pelo leite de soja, o leite de vaca tem outras propriedades*”.

EI (segue a explicação indicando o cartaz): “*E aí, tem farinha de soja também, que é a soja moída que dá pra (para) usar em outras preparações [E I olha para o painel], como os bolos, por exemplo, torta dá pra (para) fazer com a farinha de soja [E I olha para o painel] e o tofu, alguém já ouviu falar no tofu?*”

Pacientes sentados em silêncio.

EI – “*É um queijo feito da soja. Ele é um pouco mais caro, mas ele tem [soja]. É assim bem branquinho, tem no mercado também, [E I olha para o painel.] tá é uma variedade dá pra (para) pesquisar os produtos lá feitos da soja, tem bastante [E I olha para o painel] e ai, além disso, ela pode ser um a coisa, como eu falei, ser encontrada em supermercados e farmácias em lojas de produtos naturais, [E I olha para o painel.] esses produtos tá e ai ela não tem uma limitação [...]*”.

[A fala de EI é interrompida pela chamada do nome de um dos pacientes que aguardavam a consulta]

EI – “[...] que a gente fala assim 'ah tem que consumir até determinada porção', ao longo do dia você pode variar as fontes de soja, pra (para) aumentar o consumo e trazer essas propriedades que a gente comentou aqui” [E I olha para o painel, apontando-o].

Paciente 2 – Balançando a cabeça, diz: “*Está certo*”.

EI – “*Alguém ficou com alguma dúvida? Talvez queira perguntar alguma curiosidade?*”

Paciente 4 – A paciente levantou a mão e disse: “*Tem uma aqui*”.

(A Paciente 4 chegou no ambiente após o início da apresentação de EI e ficou assistindo o final da apresentação, em pé, na porta do Posto de Saúde).

EI – Questionou voltando seu olhar à paciente: “*Sobre a soja?*”.

Paciente 4 – “*É. O leite, esse leite de soja aí e o da vaca. Esse daí. É a mesma coisa?*” (apontando o cartaz).

EI – “*Se o leite soja e o de vaca? Se é a mesma coisa que...*”.

Paciente 4 – “*É a mesma coisa que...?*”.

EI – Responde para a paciente 4 dizendo: “*É esse é o leite de soja, tem o leite de soja industrializado e tem o leite de soja que faz do próprio grão*”.

Paciente 4 – Diz: “*Ah, tá...*”.

EI – “*Está bem?*”

[Paciente balança a cabeça que sim]

[Não há a participação explícita dos pacientes]

EI – “*Alguém tem mais alguma coisa para perguntar? Ò, eu vou entregar os folders sobre o que a gente falou e tem uma receitinha que é de um bolo com a farinha de soja, tá se alguém quiser experimentar é bem gostoso*”.

(EI fez a entrega de um folder de divulgação sobre a soja. O material foi produzido por nutricionistas e faz o encerramento agradecendo)

EI – “*Obrigada pela atenção*”.

**ANEXO C – Síntese da SE3 Gorduras Trans apresentada por E I na sala de espera.**

**Síntese das ações e falas de E I e dos pacientes participantes na SE2**

- (1) E I entra na sala de espera trajando jaleco branco e afixa um cartaz na parede.
- (2) E I diz: *“Dá licença? You desligar um momentinho a TV, tudo bem?”*
- (3) Pacientes sentados em silêncio.
- (4) E I desliga a TV. E I apresenta-se dizendo seu nome, curso que frequenta e o nome da instituição de ensino superior onde estuda: *“[...] Hoje eu trouxe um tema para gente falar um pouquinho que é gordura trans. Alguém aqui já escutou sobre gordura trans? Já?”*
- (5) Um paciente diz: *“Mais ou menos”.*
- (6) E I repete a fala do paciente: *“Mais ou menos?”*
- (7) Voltando-se aos demais pacientes. E I questiona: *“Todo mundo já ouviu esse termo?”*
- (8) Paciente acena com a cabeça que sim.
- (9) E I prossegue: *“Já?”*
- (10) Voltando-se aos pacientes E I questiona: *“Alguém sabe falar o que é?”*
- (11) Paciente diz: *“Falar, falar, falar... Já ouvi falar, mas falar agora”.*
- (12) [Risos].
- (13) E I dá início à apresentação: *“Então, a gordura trans, ela se origina da transformação do óleo vegetal em uma gordura sólida. Então, é um processo que ocorre na indústria chamado hidrogenação, que eles transformam líquido em gordura sólida. Alguém sabe assim para que é isso?”*
- (14) Pacientes sentados em silêncio.
- (15) E I prossegue a apresentação: *“Não?”*
- (16) Paciente acena com a cabeça que não.
- (17) E I diz: *“Não conhece assim os alimentos que têm [gorduras trans]. Lembram alguma coisa assim para vocês, que acha que tem alguma coisa em comum?”*
- (18) Pacientes sentados em silêncio.
- (19) E3 prossegue dizendo: *“Não?”*
- (20) Paciente acena com a cabeça que não.
- (21) E3 diz que: *“A indústria produz para deixar os alimentos mais crocantes, mais saborosos. Tem alguns que ficam mais sequinhos, e, além disso, aumenta o prazo de validade dos produtos. Então, é para isso que a indústria produz essa gordura. Alguém conhece algum alimento que possui gordura trans? Algum alimento que saiba assim...”*
- (22) Um paciente diz *“Não”*
- (23) E I repete o que o paciente disse e chama a atenção de outro paciente: *“O senhor que falou que conhecia. Lembra de algum alimento?”*
- (24) O paciente responde: *“No momento assim não. Só no óleo”.*
- (25) Outro paciente diz: *“Nossa agora assim, não. Sem dormir ainda, trabalhei a noite”.*
- (26) Demais pacientes riem.
- (27) E I prossegue dizendo: *“Então, alguns alimentos são a margarina, por exemplo, ...”*
- (28) Um paciente repete a palavra 'margarina', concordando com a cabeça.
- (29) E I continua dizendo que *“A bolacha recheada, batata frita, pipoca... Essa de saquinho para colocar em micro-ondas. Então, são os exemplos de alimentos. Principalmente os alimentos industrializados. Já que ela não é uma gordura natural. Então, alguém assim tem ideia do que o excesso pode causar?”*
- (30) Interrupção da apresentação. Um dos pacientes que estava participando da sala de espera é chamado para consulta.
- (31) E I prossegue dizendo: *“Alguém tem ideia do que o excesso de gordura trans pode causar no organismo?”*
- (32) Um paciente diz em tom de pergunta: *“Colesterol?”*
- (33) E I responde: *“Colesterol, tem a ver, tem aqui ó [apontando o cartaz]. Ela aumenta o colesterol ruim e diminui o colesterol bom, a gordura que protege nosso coração”.*



- (34) Outros pacientes chegam e fazem um pouco de barulho, interrompendo a fala de E I .
- (35) Depois de as pessoas se sentarem, E I prossegue: *“É uma gordura no sangue, e sim ela vai mexer no colesterol. Então, ela é uma gordura mais grande. Então, ela vai causar prejuízo para o organismo. Então, tem alguns alimentos que a quantidade... É sempre importante olhar no rótulo do alimento para ver o quanto de gordura trans ele tem. Como surgiu uma lei, não sei se vocês já ouviram falar da lei que proíbe a gordura trans nos alimentos?”*
- (36) Pacientes sentados em silêncio.
- (37) E I prossegue a exposição: *“Então, muitos alimentos já tem [a indicação] 0% trans. E aí o que é importante olhar nos ingredientes. Porque, às vezes, na porção que eles recomendam, por exemplo, de bolacha recheada é quatro unidades. Está no rótulo quatro unidades, a porção. Nessa porção tem 0% de gordura trans, mas se a gente for olhar nos ingredientes, a gordura trans está lá. Sempre vai olhar a palavra 'hidrogenado' que é a gordura trans. Então, se a gente consome mais que quatro [unidades], por exemplo, a gente pode estar consumindo a gordura trans. Então, tem que 'ficar de olho' no rótulo dos alimentos. Vocês têm esse costume de olhar o rótulo?”*
- (38) Pacientes sentados em silêncio.
- (39) E I questiona novamente: *“Não?”*
- (40) Pacientes balançam a cabeça dizendo que não.
- (41) E I prossegue dizendo: *“É bem importante olhar os ingredientes, para saber o que tem ali. Alguém ficou com alguma dúvida?”*
- (42) Pacientes sentados em silêncio.
- (43) E I questiona novamente: *“Não?”*
- (44) Pacientes balançam a cabeça que não.
- (45) E I diz: *“Eu vou entregar o folder que tem alguns alimentos e até tem a quantidade da gordura trans dos alimentos. Então, tem um 'resuminho' também do que eu falei aqui. Se alguém tiver alguma dúvida é só perguntar”.*
- E I faz a distribuição dos folders e encerra a apresentação dizendo: *“Muito obrigada pela atenção”.*