UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARINA GARCIA MANOCHIO

O perfil e a atuação do nutricionista no tratamento dos transtornos alimentares.

Ribeirão Preto

2009

MARINA GARCIA MANOCHIO

O perfil e a atuação do nutricionista no tratamento dos transtornos alimentares.

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

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Prof^a. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Ribeirão Preto

2009

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Manochio, Marina Garcia

O perfil e a atuação do nutricionista no tratamento dos transtornos alimentares.

129 p. : Il. ; 30 cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Ribeiro, Rosane Pilot Pessa

1. Nutricionista. 2. Transtornos alimentares. 3. Perfil.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Manochio, Marina Garcia

Título: O perfil e a atuação do nutricionista no tratamento dos transtornos alimentares.

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

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Lúcia Helena Pelizer, minha eterna gratidão por acreditar em mim antes de mim mesma. Como professora e amiga, me impulsiona desde a faculdade. Obrigada pelos ensinamentos, pelo tempo e amor a mim dedicados.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de luz e sabedoria. Por estar presente em cada momento da minha vida, iluminando e guiando meus passos;

A minha mãe Maria Marta por estar sempre ao meu lado, me incentivando e acreditando em mim e pelo exemplo de mulher;

Ao meu pai Marcos que me ensinou a buscar a minha própria realização;

Ao meu irmão Marcos Vinícius pelo exemplo de paciência e coragem;

A minha irmã e afilhada Marcela pelo companheirismo, determinação, delicadeza e carinho;

Ao Rafael, meu companheiro e amigo, pelo apoio e cumplicidade nesta etapa;

Em especial à Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro, minha orientadora e amiga, por confiar e acreditar em mim. Obrigada por todas as contribuições, carinho e dedicação, pela compreensão das minhas limitações e as dificuldades enfrentadas ao longo do desenvolvimento deste trabalho;

Ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos pelas contribuições durante todas as etapas do mestrado e pela participação em minha Qualificação e Defesa;

A Alice, Beatriz, Carolina, Débora, Elisa e Felipe, pela rica participação. Se não fossem vocês não poderia realizar este sonho;

Ao PROATA, GOTA, TAO, AMBULIM, GRATA E GEATA pela autorização da participação dos nutricionistas;

Ao Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão pela participação em minha Qualificação e Defesa;

A Universidade de Franca – UNIFRAN, pela oportunidade de realizar o curso de mestrado;

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, pela oportunidade de realização do curso de mestrado;

As amigas especiais Felícia Bighetti, Talita Bertanha, Talita Peixoto, Juliana Cintra, Mariah Blóis, Marina Blóis, Joyce Oliveira e Gabriela Bittar, pela força, carinho e acolhimento. Vocês me ensinaram a não levar a vida tão a sério;

As amigas queridas Thais Fonseca de Andrade, Fabiana Elias Goulart de Andrade Moura e Maria Salete Junqueira Lucas pela dedicação e encontros de iluminação;

As amigas queridas Cláudia Haddad Caleiro Pereira, Daniela Elias Goulart de Andrade, Camila Mandredi dos Santos, Milena Cristina Sendão pela aprendizagem e carinho;

A equipe do GRATA, Dr. José Ernesto, Monise, Leila, Christiane, Paula, Carolinas Leônidas e Gala, Érika e Tatiana, pelo aprendizado constante;

As amigas Janaína e Ana Cláudia, pela ajuda e ricos encontros nas disciplinas;

Aos meus queridos alunos que me estimulam à busca de conhecimento, em especial à Andresa Facirolli e Karolina Bracciali, por compartilharem comigo a trajetória deste projeto.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram com este trabalho e torcem por mim.

*Não basta abrir a janela
Para ver os campos e o rio.
Não é bastante não ser cego
Para ver as árvores e as flores.
É preciso também não ter filosofia nenhuma.
Com filosofia não há árvores: há idéias apenas.
Há só cada um de nós, como uma cave.
Há só uma janela fechada, e todo o mundo lá fora;
E um sonho do que se poderia ver se a janela se abrisse,
Que nunca é o que se vê quando se abre a janela.*

(Dos poemas inconjuntos, Fernando Pessoa- Alberto Caeiro, p. 237)

RESUMO

Manochio MG. O perfil e a atuação do nutricionista no tratamento dos transtornos alimentares. 129 f. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.

O profissional nutricionista é capacitado para atuar em áreas do conhecimento em que a alimentação e a nutrição se apresentam fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Entre essas, estão os transtornos alimentares (TA), quadros psicopatológicos graves e atuais, cuja etiologia é bastante complexa e multifatorial. No âmbito da alimentação, apresentam importantes alterações do comportamento, variando desde restrições até compulsões alimentares. O tratamento deve ser multiprofissional e interdisciplinar, sendo o nutricionista o profissional qualificado para implementar a avaliação e orientação nutricionais. No entanto, não há estudos na literatura que abordem o papel desse profissional na equipe de tratamento, direcionando as ações de nutrição nesse contexto. Sendo assim, o objetivo deste estudo, de natureza qualitativa, foi identificar o perfil e a atuação do nutricionista que desenvolve essa atividade. Foram entrevistados seis nutricionistas inseridos em serviços especializados das regiões Sul e Sudeste do Brasil: GRATA-HCFMRP-USP em Ribeirão Preto, AMBULIM-HCFMSP-USP e PROATA-UNIFESP em São Paulo, GOTA-IEDE e Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro e GEATA-CEAPIA de Porto Alegre. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado, sendo que as entrevistas foram áudiogravadas, realizadas na cidade de origem do serviço e transcritas na íntegra. Os temas que emergiram foram: o nutricionista, a função, o fazer e o trabalho em equipe. Os participantes, apenas um do sexo masculino, tem de 29 a 52 anos de idade, de cinco a 34 anos de formação e trabalham, em sua maioria, voluntariamente no serviço há sete anos, em média. Todos fizeram curso de especialização na modalidade de *lato sensu* e/ou *stricto sensu*. A maioria já se interessava pela temática antes dessa atuação e sente-se valorizada pelo profissional ser essencial na equipe. Porém, é preciso desenvolver-se emocionalmente para a relação com o paciente a fim de compreender que os sintomas alimentares são consequências de conflitos intensos e abrangentes. Para isso, devem apresentar postura acolhedora, contudo firme. As principais dificuldades se referem às orientações quanto às modificações necessárias para melhorar a

relação que o paciente estabelece com os alimentos e com o peso, ter uma abordagem psiconutricional e saber lidar com a frustração e impotência, sentimentos que comumente emergem nessa atividade. O trabalho em equipe foi caracterizado como algo que oferece segurança e respeito. Há boa comunicação entre os integrantes, o que proporciona crescimento e aprendizagem, apesar das dificuldades relativas à falta de estrutura física adequada e à inserção de novos profissionais sem experiência na área. Para todos eles, os conhecimentos adquiridos durante a graduação foram insuficientes para subsidiar essa atuação sendo necessário, o aprimoramento através de cursos de pós-graduação. Os resultados sugerem que os profissionais mostraram-se engajados nos serviços e realizados com essa conquista e atuação, apesar das limitações do cotidiano. Os desafios impostos para o campo da nutrição no contexto dos TA são inúmeros, mas apontam para a possibilidade de apreender diferentes olhares e perspectivas na direção do diálogo interdisciplinar, tendo por intuito romper a formação tecnicista tradicional e promover a integralidade do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Nutricionista. Transtornos alimentares. Perfil.

ABSTRACT

Manochio MG. The profile and performance of the dietitian in the treatment of eating disorders. 129 f. [dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.

The nutritionist professional is able to act in areas of knowledge where the food and nutrition are fundamental to the promotion, maintenance and recovery of health. Among these are the eating disorders (ED), serious and current psychopathologic cases, which etiology is multifactor and very complex. In the realm of food field show important changes in behavior, ranging from restrictions to food compulsions. Treatment should be multidisciplinary and interdisciplinary, being the professional nutritionist the one qualified to implement evaluation and nutritional guidance. However, there are no studies in the literature that address the role of the professional treatment team, directing the actions of nutrition in this context. Therefore, the objective of this study, of qualitative nature, was to identify the profile and performance of the nutritionist who develops this activity. We interviewed six nutritionists inserted in specialized regions of South and Southeast of Brazil: GRATA-HCFMRP-USP in Ribeirão Preto, USP AMBULIM-HCFMSP and PROATA UNIFESP, São Paulo, GOTA-IEDE and Psychiatry, Santa Casa de Misericórdia in Rio de Janeiro and AEE-CEAP in Porto Alegre. As data collection instrument it was used a semi structured script, and the interviews were audio recorded, performed in the city of origin of the service and transcribed in full. The themes that emerged were: the nutritionist, the role, doing and teamwork. The participants, only one male, 29 to 52 years of age, from 5 to 34 years of training and work, mostly on a voluntary service, for seven years on average. All have current expertise in the modality *lato senso* and/or *strict senso*. Most of them had been interested in the subject before that performance and feel grateful when the professional is essential in the team. However, we need to develop ourselves emotionally to the relationship with the patient to understand that food is a symptom of intense and comprehensive conflict. This will provide friendly attitude, yet firm. The main difficulties relate to the guidance on the changes necessary to improve the relationship that the patient establishes with food and weight, have a psycho-nutritional approach and knowing how to deal with frustration and incapacity, feelings that commonly arise in this activity. Team work was characterized as something that provides security and respect. There is

good communication between members, which provides growth and learning, despite the difficulties on the lack of adequate physical infrastructure and the insertion of new professionals with experience in the area. For all the knowledge acquired during the studies was insufficient to support such action is necessary, the improvement through post-graduate. The results suggest that professionals seemed to be engaged in services and carried out with this achievement and performance, despite the limitations of everyday life. The challenges for the field of nutrition in the context of the TA are numerous, but indicate to the possibility of understanding different views and perspectives in the direction of interdisciplinary dialogue, with the aim to break the traditional technical training and promote the integration of health care.

Keywords: Nutritionist. Eating disorders. Profile.

RESUMEN

Manochio MG. El perfil y la actuación del nutricionista en el tratamiento de los trastornos alimentarios. 129 f. [disertación]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.

El profesional nutricionista está capacitado para actuar en áreas de conocimiento en que la alimentación y la nutrición se presentan fundamentales para la promoción, mantención y recuperación de la salud. Entre esas están los trastornos alimentarios (TA), cuadros psicopatológicos graves y actuales, cuya etiología es bastante compleja y multifactorial. En el ámbito de la alimentación, presentan importantes alteraciones de comportamiento, con variaciones desde restricciones hasta compulsiones alimenticias. El tratamiento debe ser multiprofesional e interdisciplinario y, el nutricionista el profesional cualificado para implementar la evaluación y la orientación nutricionales. Sin embargo, no hay estudios en la literatura que enfoquen el papel de ese profesional en el equipo de tratamiento, direccionando las acciones de la nutrición en ese contexto. Así el objetivo de ese estudio, de naturaleza cualitativa, fue el de identificar el perfil y la actuación del nutricionista que desarrolla esa actividad. Fueron entrevistados seis nutricionistas insertados en servicios especializados de las regiones Sur y Sudeste de Brasil: GRATA-HCFMRP-USP en Ribeirão Preto, AMBULIM-HCFMSP-USP y PROATA-UNIFESP en São Paulo, GOTA-IEDE y Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia en Rio de Janeiro y GEATA-CEAPIA de Porto Alegre. Como instrumento de recolección de datos fue utilizado un guión semi-estructurado y las entrevistas fueron grabadas en cinta casete. Las entrevistas fueron realizadas en la ciudad de origen del servicio y transcritas en su íntegra. Los temas que surgieron fueron: el nutricionista, su función, la ejecución y el trabajo en equipo. Los participantes, solamente uno del sexo masculino, tienen entre 29 y 52 años de edad, de 5 a 34 años de graduación y trabajan, en su gran mayoría, como voluntarios en el servicio a siete años, casi todos hicieron un curso de posgrado en la modalidad *lato sensu* y/o *stricto sensu*. La mayoría ya tenía interés por la temática antes de esa actuación y se siente valorada por ser el profesional esencial en el equipo. Pero es necesario desarrollarse emocionalmente para la relación con el paciente con la finalidad de comprender que los síntomas alimentarios son consecuencia de conflictos intensos y muy amplios.

Para eso, deben presentar una postura acogedora, con todo rigurosa. Las principales dificultades se refieren a las orientaciones y a las modificaciones necesarias para mejorar la relación que el paciente establece con los alimentos y con el peso, tener un enfoque psiconutricional y saber lidiar con la frustración y impotencia, sentimientos que comúnmente surgen en esa actividad. El trabajo en equipo fue caracterizado como algo que ofrece seguridad y respeto. Existe una buena comunicación entre los integrantes, lo que proporciona crecimiento y aprendizaje, a pesar de las dificultades relativas a la falta de estructura física adecuada y a la inserción de nuevos profesionales sin experiencia en el área. Para todos ellos, los conocimientos adquiridos durante la graduación fueron insuficientes para subsanar esa actuación, siendo necesario el aprimoramiento a través de cursos de posgrado. Los resultados sugieren que los profesionales se muestran empeñados en los servicios y realizados con el éxito y la actuación, a pesar de las limitaciones del cotidiano. Los desafíos encontrados en el campo de la nutrición en el contexto TA son muchos, pero apuntan para la posibilidad de diferentes miradas y perspectivas en dirección al diálogo interdisciplinario, teniendo por intuito romper la formación técnica tradicional y promover la integridad del cuidado en salud.

Palabras Clave: Nutricionista. Trastornos alimentarios. Perfil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Temas e subtemas propostos a partir das entrevistas com os participantes.....	59
-----------	---	----

LISTA DE SIGLAS

AN	Anorexia Nervosa
BN	Bulimia Nervosa
TA	Transtornos Alimentares
GRATA	Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares
GEATA	Grupo de Estudo e Assistência em Transtornos Alimentares
AMBULIM	Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares
TAO	Grupo de Transtornos Alimentares e Obesidade
GOTA	Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares
PROATA	Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 A PROFISSÃO DE NUTRIÇÃO	22
1.1.1 O curso de graduação	23
1.1.2 O profissional nutricionista	24
1.2 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES	28
1.2.1 Definição e quadro clínico	29
1.2.2 Etiologia	30
1.2.3 Incidência e prevalência	31
1.2.4 Critérios diagnósticos	32
1.2.5 Tratamento	35
1.2.5.1 A equipe	35
1.2.5.2 O papel do nutricionista	37
2 JUSTIFICATIVA	41
3 OBJETIVOS	43
3.1 OBJETIVO GERAL	44
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	45
4.1 TIPO DE ESTUDO	46
4.2 PARTICIPANTES	46
4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	47
4.3.1 Instrumentos realizados	48
4.4 ANÁLISE DE DADOS	49
4.5 QUESTÕES ÉTICAS	50
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	51
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	52
5.2 TEMAS E SUBTEMAS	56
5.2.1 O nutricionista	58
5.2.1.1 Perfil	58
5.2.1.2 Motivação	60
5.2.1.3 Características pessoais	62

5.2.1.4 Formação	64
5.2.2 A função	67
5.2.2.1 Atendimentos: Individual ou em grupos.....	67
5.2.2.1.1 Rotina dos atendimentos.....	69
5.2.2.1.2 Educação nutricional	72
5.2.2.2 Supervisão	74
5.2.2.3 Pesquisa.....	75
5.2.3 O fazer.....	76
5.2.3.1 Facilidades	76
5.2.3.2 Dificuldades.....	79
5.2.3.2.1 Pessoal.....	79
5.2.3.2.2 Profissional.....	80
5.2.3.2.3 Na relação com o paciente.....	81
5.2.3.3 Apoio familiar.....	84
5.2.4 O trabalho em equipe	86
5.2.4.1 Aspectos favoráveis	87
5.2.4.2 Dificuldades.....	90
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES.....	106
ANEXO.....	128

APRESENTAÇÃO

Palma F. Série paixão e fantasia: figura humana-simbolismo.[figura da Internet].
2009.Disponível em: <http://www.fernandopalma.com>.

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo desenvolvimento deste estudo foi sendo construído a partir do momento em que iniciei minhas atividades no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) no início de 2006. Comecei como observadora, acompanhando os atendimentos de uma nutricionista, as reuniões de equipe e o grupo de apoio a familiares. No final daquele ano, iniciei a atividade de atendimento nutricional. Como profissional recém-formada, senti a necessidade de aprimoramento para estar atuando nessa área, apesar de já ter aproximação teórica com o assunto desde a época do curso de graduação, pois fiz meu trabalho de conclusão de curso sobre esse tema. Mesmo assim, percebi que, para atender esses pacientes, precisaria obter outras habilidades. Desta forma, despertou-me a vontade de buscar aprofundamento nessa temática, e a escolha do mestrado foi um dos caminhos percorridos.

Espero que esse trabalho possa proporcionar uma reflexão sobre a atuação do nutricionista nos transtornos alimentares, além de oferecer elementos que facilitem essa atividade tão complexa e desafiadora.

Palma F. Série paixão e fantasia: figura humana-simbolismo.[figura da Internet].
2009.Disponível em: <http://www.fernandopalma.com>.

1 INTRODUÇÃO

A ciência da nutrição envolve os alimentos, os nutrientes e demais substâncias presentes, sua ação interação e balanço em relação à saúde e enfermidade. Inclui também os processos de ingestão, digestão e utilização dos alimentos. Estuda as especificidades biológicas dos alimentos em sua relação com a saúde dos indivíduos, os processos de contaminação e prevenção desta pelo cultivo dos alimentos, pela criação de animais consumíveis, pelos processos de preparação, condicionamento, distribuição, consumo e política de preços de alimentos e pelo comportamento dos indivíduos e/ou grupos populacionais em relação à alimentação^{1,2}.

A alimentação apresenta grande influência no desenvolvimento, na condição física, na eficiência dos indivíduos e na sociedade em que vivem. Os especialistas em ciências nutricionais procuram pesquisar, conhecer e interpretar os fenômenos relacionados aos alimentos. Elas abrangem uma grande área interprofissional e multidisciplinar, sempre objetivando a boa alimentação e nutrição do indivíduos³.

Devido às doenças relacionadas à alimentação, a partir do século XX no mundo todo, a nutrição passou a ter importância para a sociedade. A desnutrição, sobretudo nos países em desenvolvimento, a obesidade e as dislipidemias nos países industrializados, a anemia e os distúrbios alimentares são os principais exemplos. A nutrição, no Brasil, apresenta uma formação generalista, porém específica em ciências da nutrição².

A atenção e o interesse pela alimentação e nutrição têm aumentado progressivamente, não só pela preocupação das pessoas, da indústria e dos governos, mas também porque as Nações Unidas, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) e Fundo de Socorro à Infância das Nações Unidas (UNICEF), juntamente com o Banco Mundial, estão constantemente enfatizando o papel da nutrição e da alimentação na estabilidade e no progresso socioeconômico da população³.

Desta forma, o profissional de Nutrição tem responsabilidade na promoção de hábitos alimentares saudáveis para os indivíduos e grupos populacionais, principalmente na prevenção de problemas alimentares e em suas

consequências para a saúde¹. No entanto, é imprescindível que um maior número de pessoas esteja preparado com bases técnicas e científicas para enfrentar os desafios do mercado de trabalho³.

1.1 A PROFISSÃO DE NUTRIÇÃO

A emergência do campo da Nutrição é um fenômeno relativamente recente, característico do início do século XX. No Brasil, segundo alguns estudos, teria ocorrido no decorrer dos anos 1930-1940 como parte integrante do projeto de modernização da economia brasileira⁴.

Inicialmente, o profissional foi necessário para atuar junto às unidades hospitalares para a elaboração de dietas para os pacientes e, posteriormente, passou a exercer suas atividades em refeições coletivas, tanto em hospitais quanto em refeitórios para trabalhadores, em creches, escolas e demais locais de concentração de comensais⁵. Na década de 1960, consolidou-se a atuação do profissional em ensino, caracterizada pela realização de atividades de pesquisa, ensino e extensão em nutrição⁶.

O reconhecimento do Curso de Nutricionista como de nível superior teve início por volta de 1952, culminando com o Parecer nº 265, de 19 de outubro de 1962, do Conselho Federal de Educação (CFE), que reconheceu os cursos de nutricionistas como de nível superior, estabeleceu o primeiro currículo mínimo e fixou a duração de três anos para a formação deste profissional. Posteriormente, outros pareceres foram elaborados, sendo atualmente o período de quatro anos o mínimo para a formação do profissional⁷.

A regulamentação da profissão, por sua vez, ocorreu apenas em 24 de abril de 1967, quando foi sancionada a Lei nº 5.276, instrumento legal que vigorou até 1991, quando foi revogada por uma nova legislação⁷.

Os cursos de nutrição no Brasil iniciaram sua história em 1939, quando se criou o primeiro curso de Dietistas do país, com duração de um ano, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Na década de 40/50, com a criação do extinto Serviço de Abastecimento Público Subsidiado (SAPS), criam-se mais cursos, desta vez no Rio de Janeiro. Surgindo, na

década de 50, mais dois cursos, na Bahia e Pernambuco respectivamente. No Rio de Janeiro, em 1968, cria-se mais um curso, e estes sete cursos definem a mão-de-obra em Nutrição até 1976⁵.

Entre os anos de 1985 e 2000, verificou-se um processo de grande expansão dos cursos de Nutrição (cerca de 342%), aumento exclusivamente determinado pela criação de 75 novos cursos de caráter privado. O estado de São Paulo lidera a relação com 42 dos cursos (39,6%), seguido pelos estados do Rio de Janeiro e Paraná, com 12 (11,3%), e Rio Grande do Sul, apresentando nove (8,5%) deste total. Assim, com o acelerado aumento do número de cursos e vagas, ocorreu uma ampliação quantitativa de nutricionistas no país, levando ao crescente processo de mobilização e politização da categoria, bem como na conquista de novas áreas de trabalho e reconhecimento profissional pela população e pelos seus pares⁴.

Para exercer sua atividade profissional, todo nutricionista deve estar inscrito no Conselho Regional de Nutricionistas – CRN da região onde exerce a profissão, comprometer-se a seguir as recomendações deste conselho e aceitar sua fiscalização².

1.1.1 O curso de graduação

O profissional nutricionista, segundo as diretrizes do Ministério da Educação e Cultura⁸, deve apresentar formação generalista, humanista e crítica. É capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e a nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural.

Para tanto, os conteúdos básicos para o curso de graduação em Nutrição devem englobar o processo saúde-doença do indivíduo, da família e comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos.

- **Ciências Sociais, Humanas e Econômicas** – compreensão dos determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, a comunicação nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

- **Ciências da Alimentação e Nutrição** - compreensão e domínio de nutrição humana, a dietética e de terapia nutricional – capacidade de identificar as principais patologias de interesse da nutrição, de realizar avaliação nutricional, de indicar a dieta adequada para indivíduos e coletividades, considerando a visão ética, psicológica e humanística da relação nutricionista-paciente; conhecimento dos processos fisiológicos e nutricionais dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, atividades físicas e desportivas, relacionando o meio econômico, social e ambiental; abordagem da nutrição no processo saúde-doença, considerando a influência sociocultural e econômica que determina a disponibilidade, consumo, conservação e utilização biológica dos alimentos pelo indivíduo e pela população.

- **Ciências dos Alimentos** - conteúdos sobre a composição, propriedades e transformações dos alimentos, higiene, vigilância sanitária e controle de qualidade dos alimentos⁸.

O estágio curricular deve acontecer sob supervisão docente e contar com a participação de nutricionistas de locais credenciados. A carga horária mínima deverá atingir 20% da carga horária total do curso e deverá ser distribuída equitativamente em, pelo menos, três áreas de atuação: nutrição clínica, nutrição social e nutrição em unidades de alimentação e nutrição⁸.

1.1.2 O profissional nutricionista

A profissão de nutricionista avançou em diversos aspectos e ampliou sua área de atuação, tornando-se referência em alimentação adequada e nutrição. Em todo o Brasil, existem 309 cursos de nutrição, 41.228 nutricionistas, sendo que 96,5% dos profissionais são do sexo feminino com faixa etária entre 26 e 40 anos. A área de atuação com maior concentração de profissionais é a de nutrição clínica (41,7%), seguida de alimentação coletiva (32,2%), saúde coletiva (8,8%), ensino e educação (8,8%), nutrição esportiva (4,1%) e indústria de alimentos (3,7%). Além destas, há a área de marketing em alimentação, e a maioria dos profissionais está atuando nas capitais brasileiras⁹.

Com o reconhecimento da importância deste profissional, ele passa a conquistar cada vez mais espaços, como bancos de leite humano, transplante de células-tronco, em instituições de atendimento ao idoso e em atendimentos domiciliares. No ano de 2008, novos campos de trabalho foram conquistados, com a inserção do profissional nos recém-criados Núcleos de Apoio à Saúde de Família (NASF) e da obrigatoriedade de que os planos de saúde ofereçam consultas com nutricionistas, aprovada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁰.

O Dia do Nutricionista, 31 de agosto, foi instituído em referência à data de criação da primeira associação da categoria: a Associação Brasileira de Nutricionista (ABN), no Rio de Janeiro, em 1949, que deu origem à Federação Brasileira de Nutrição (FEBRAN) e, posteriormente, à atual ASBRAN⁹.

No Brasil, as sociedades científicas na área da nutrição que oferecem formações curtas e informações sobre nutrição são: os Conselhos de classe (CRNs, CFN), a Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (SBAN), a Associação Brasileira de Alimentação e Nutrição (ASBRAN), a Associação Paulista de Alimentação e Nutrição (APAN), entre outros, bem como os departamentos de nutrição das universidades e faculdades, que oferecem essas atividades e informações^{2,58}.

De acordo com o Ministério da Educação e Cultura⁸, as competências e habilidades específicas do nutricionista estão elencadas no quadro abaixo:

a) Aplicar conhecimentos sobre a composição, propriedades e transformações dos alimentos e seu aproveitamento pelo organismo humano, na atenção dietética;
b) Contribuir para promover, manter e ou recuperar o estado nutricional de indivíduos e grupos populacionais;
c) Desenvolver e aplicar métodos e técnicas de ensino em sua área de atuação;
d) Atuar em políticas e programas de educação, segurança e vigilância nutricional, alimentar e sanitária, visando à promoção da saúde em âmbito local, regional e nacional; atuar na formulação e execução de programas de educação nutricional; de vigilância nutricional, alimentar e sanitária;
e) Atuar em equipes multiprofissionais de saúde e de terapia nutricional;
f) Avaliar, diagnosticar e acompanhar o estado nutricional; planejar, prescrever, analisar, supervisionar e avaliar dietas e suplementos dietéticos para indivíduos sadios e enfermos;
g) Planejar, gerenciar e avaliar unidades de alimentação e nutrição, visando à manutenção e ou melhoria das condições de saúde de coletividades sadias e enfermas;
h) Realizar diagnósticos e intervenções na área de alimentação e nutrição, considerando a influência sociocultural e econômica que determina a disponibilidade, consumo e utilização biológica dos alimentos pelo indivíduo e pela população;
i) Atuar em equipes multiprofissionais destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar atividades na área de alimentação e nutrição e de saúde;
j) Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
k) Desenvolver atividades de auditoria, assessoria, consultoria na área de alimentação e nutrição; atuar em <i>marketing</i> em alimentação e nutrição; exercer controle de qualidade dos alimentos em sua área de competência;

l) Desenvolver e avaliar novas fórmulas ou produtos alimentares visando à sua utilização na alimentação humana;
m) Integrar grupos de pesquisa na área de alimentação e nutrição;
n) Investigar e aplicar conhecimentos com visão holística do ser humano integrando equipes multiprofissionais.

Quadro 1- Competências e habilidades específicas do profissional nutricionista, segundo o MEC⁸.

A formação do Nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, na rede básica de saúde, a inserção do nutricionista ainda é incipiente¹¹.

Conforme a Resolução do CFN-Conselho Federal de Nutricionistas nº 200, de 08 de março de 1998¹², várias são as atribuições específicas do nutricionista que atua em ambulatorios, conforme ilustra o quadro 2:

a) Avaliar o estado nutricional do cliente, a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos; estabelecer a dieta do cliente, fazendo as adequações necessárias;
b) Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do cliente, quando necessário;
c) Prescrever complementos nutricionais, quando necessário;
d) Registrar em prontuário do cliente a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e alta em nutrição;
e) Promover orientação e educação alimentar e nutricional para clientes e familiares;
f) Elaborar e/ou controlar programas e projetos específicos de assistência alimentar a grupos vulneráveis da população;
g) Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao cliente;
h) Participar do planejamento e execução de treinamento, orientação, supervisão e avaliação de pessoal técnico e auxiliar;

i)	Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária;
j)	Desenvolver estudos e pesquisas relacionadas à sua área de atuação;
k)	Colaborar na formação de profissionais na área da saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento; efetuar controle periódico dos trabalhos executados.

Quadro 2- Atribuições específicas do nutricionista no atendimento laboratorial, segundo o CFN¹².

Dessa forma, percebe-se a amplitude de atividades que o Nutricionista desempenha, em situações clínicas das mais variadas e complexas. Entre elas, estão os transtornos alimentares (TA), anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN), quadros psicopatológicos caracterizados por graves alterações do comportamento alimentar, bastante atuais mas de difícil manejo, e resultados terapêuticos nem sempre satisfatórios.

Considerando a intensidade e severidade dos sintomas e suas conseqüências no processo adaptativo dos indivíduos acometidos, predominantemente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, o tratamento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar atenta a todas as dimensões vitais, clínicas, psicológicas e nutricionais envolvidas.

1.2 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os TA afetam principalmente jovens do sexo feminino na idade entre 12 e 18 anos e apresentam elevada prevalência, não só nos países desenvolvidos, onde existem as características econômicas e socioculturais para seu desencadeamento, como também nos países de terceiro mundo^{13,15}.

Constituem quadros graves, complexos e com alto grau de morbidade, principalmente na adolescência, quando frequentemente iniciam e afetam ampla e severamente o desenvolvimento do indivíduo. Apresentam prognóstico reservado e, caracteristicamente, envolvem a família. Estão intimamente relacionados por uma

psicopatologia comum: a preocupação excessiva com peso e a forma corpórea¹⁶.

Talvez, essa situação seja consequência pelo fato de que o indivíduo expressa muito sua maneira de pensar e expõe seu perfil e ainda inscreve suas angústias e conflitos pelo modo com que lida com seu corpo e sua alimentação. O conceito alimentar contemporâneo configura-se como repressor e está imbuído de interdições e penalidades¹⁷.

1.2.1 Definição e quadro clínico

A AN, inicialmente, é caracterizada por um medo mórbido de engordar, tendo como grave consequência a redução voluntária e drástica da ingestão alimentar com perda progressiva e intensamente desejada de peso, a caquexia, inanição e, não raro, a morte. O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do sufixo *an* (ausência, privação). AN, que significa perda do apetite de origem nervosa, não é a denominação mais adequada, pois pelo menos no início do quadro, há luta ativa contra a fome¹⁹⁻²⁰. Anorexia quer dizer negação do desejo, e esta perturbação está implicada com conflitos na área do desejo e com suas mais bizarras formas de expressão¹⁷.

Amenorréia, hiperatividade, bradicardia, vômitos e lanugo são as manifestações físicas existentes. Compreende, também, a associação com distúrbios psicológicos tais como ansiedade, depressão, fobia, compulsões, preocupação distorcida de imagem e sensações corporais, como fome, fadiga e tamanho do corpo, além de um precário sentido de autonomia pessoal²¹⁻²².

Compensatoriamente, surgem preocupações obsessivas, atitudes distorcidas e práticas extravagantes em relação à alimentação e aos alimentos. Os anoréxicos supervalorizam o peso e as dimensões corporais, como largura da cintura, rosto, quadris e membros, não percebendo a própria perda de peso. Deste modo, o medo de engordar e a sensação de estar gordo não minimizam com a perda de peso, determinando reduções alimentares que podem levar à inanição e à morte²³.

A BN é caracterizada por surtos de ingestão maciça de alimentos, seguidos por comportamentos compensatórios de eliminação por vômitos, uso

abusivo de laxantes, diuréticos e atividade física excessiva. Estes acessos incontroláveis de ingestão alimentar ocasionam sentimentos de culpa, vergonha e depressão pela falta de controle. Trata-se de episódios de ingestões alimentares copiosas e descontroladas, geralmente secretas e rápidas, sendo verdadeiras “orgias” alimentares, nas quais os portadores cessam apenas por mal-estar físico, interrupção extrema (chegada súbita de outra pessoa) ou quando os alimentos esgotam²⁰.

O termo bulimia deriva de *bou* (grande quantidade de) ou *boul* (boi) e *limos* (fome), designando fome tão grande a ponto de comer um boi²⁴. *Fome de boi* sugere apetite animalesco, que extrapola o humano e migra para o reino animal, onde o pensamento simbólico não tem lugar. A expressão *binge eating* é usualmente encontrada na literatura sobre o tema referindo-se ao rápido e indiscriminado consumo alimentar num curto espaço de tempo, levando a pessoa a um desconforto físico e psíquico, sono e vontade de vomitar, ocasionando, na sequência, um humor depressivo¹⁷.

Manifestações de um sofrimento psíquico, AN e BN, podem ser entendidas como perturbações paradoxais da alimentação, revezando-se morbidamente no psiquismo, principalmente de jovens do sexo feminino, revelando tensões entre o comer e o não-comer, pois o alimento recusado, temido e expurgado é constituído como o objeto da paixão delas¹⁷.

1.2.2 Etiologia

Os TA, independente do tipo, são determinados por diversos fatores de ordem biológica, familiar, psicológica e sociocultural^{25,26}.

Atualmente, o modelo de beleza imposto pela sociedade corresponde a um corpo magro; no entanto, não considera aspectos relacionados à saúde e às diferentes constituições físicas da população. Este padrão distorcido de beleza vem acarretando um número cada vez maior de dietas para controle de peso, o excesso de exercícios físicos e o uso indiscriminado de laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas. Esses comportamentos são considerados precursores de transtornos alimentares²⁷.

Alguns autores discutem a importância dos fatores socioculturais na patogênese dos TA, pois impõem um ideal de beleza, juntamente ao culto às dietas hipocalóricas e ao corpo esquelético²⁸. A insatisfação corporal leva a comportamentos inadequados à saúde, devido à maior preocupação com o peso²⁹. Porém, segundo Fernández et al.³⁰, ao relatar sobre uma paciente bulímica com deficiência visual, dizem que a imagem visual do corpo pode não ser essencial para o desenvolvimento dos TA.

Pesquisadores destacam, também, que nas famílias dos portadores de TA, há ênfase na aparência física, na reputação familiar e nas conquistas pessoais, e a dieta seria um reflexo da tentativa da família de se adequar aos padrões sociais de exigência de uma boa aparência e sucesso³¹.

A cultura alimentar específica de cada família influi no desenvolvimento e/ou manutenção destes transtornos. As famílias que convivem com o transtorno alimentar, como qualquer outra família que traz em seu meio uma disfunção, encontram-se empobrecidas nas histórias que contam sobre si mesmas. Geralmente, estão aprisionadas nos problemas que a anorexia ou a bulimia promovem em suas pautas conversacionais, isto por anos, às vezes, e acabam por rotular-se por esses problemas. Tais rótulos trazem o grave perigo de descarregar a culpa no paciente identificado, e as conversações podem ficar limitadas a um só tema: o transtorno alimentar. O indivíduo é o grande problema de quem se fala, esconde-se ou se controla e que faz sofrer o restante da família³².

1.2.3 Incidência e prevalência

Estudos indicam que a AN acomete menos de 0,5% das mulheres jovens; já a bulimia acomete 1% das mulheres jovens ocidentais e as síndromes de transtornos alimentares parciais ou de transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE), segundo DSMIV-TR, de 2 a 5% dessa população. No entanto, estudiosos, afirmam que os TAs não são um fenômeno apenas "ocidental". Estudos revelam uma distribuição socioeconômica mais ampla e a presença de problemas de compulsão alimentar entre os homens³³.

A anorexia e bulimia nervosas em adolescentes do sexo masculino devem ser vistas como uma forma ineficaz que esses jovens encontram para lidar com a puberdade, acreditando que, assim, terão controle sobre as mudanças a partir do controle alimentar excessivo e/ou restritivo¹⁹.

Em relação à AN, a incidência média anual na população em geral é de 18,5 por 100.000 entre mulheres e de 2,25 por 100.000 por ano entre homens. Já a incidência estimada da BN foi mais elevada, sendo de 28,8 entre mulheres e de 0,8 em homens por 100.000 a cada ano³⁴.

Observa-se um aumento na incidência de anorexia nervosa em diferentes sociedades, incluindo adolescentes do sexo masculino. Estatísticas indicam uma incidência variável de 0,5% a 5% entre os adolescentes, constituindo em verdadeiro problema de saúde pública. Aproximadamente 90% a 95% são do sexo feminino e faixa etária entre 15 e 25 anos de idade. Ainda afirmam que esta tendência pode estar relacionada às demandas culturais que estariam ditando o controle do apetite e o culto ao corpo perfeito também para o sexo masculino³⁶.

No Brasil, observa-se um crescimento de casos de TA nas últimas décadas, motivando a criação de serviços especializados para seu atendimento em centros universitários. A discrepância entre o peso real e o ideal leva a um estado de constante insatisfação com o corpo, e dietas para diminuição de peso tornam-se frequentes. Além das mulheres adolescentes e jovens, alguns grupos ocupacionais (modelos, atrizes, bailarinas, atletas, nutricionistas, jockeys) podem estar mais vulneráveis aos transtornos alimentares³⁷.

A avaliação da morbidade e do aumento da incidência evidencia que os transtornos psiquiátricos serão um dos problemas de saúde pública do século XXI. Os transtornos mentais respondem por cerca de 30% de carga de doenças não fatais, de acordo com estudo australiano, ao passo que os transtornos alimentares tinham um nível similar à esquizofrenia entre mulheres³³.

1.2.4 Critérios diagnósticos

Segundo a última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico, DSM-IV-TR, da *American Psychiatry Association*³⁸, os critérios diagnósticos para anorexia

nervosa compreendem recusa em manter o peso corporal, ideal ou acima do peso mínimo para idade e altura; medo excessivo de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo quando abaixo do peso ideal e distúrbios da imagem corporal. No caso das mulheres, acrescenta-se a amenorréia, que é a ausência de pelo menos três ciclos menstruais.

Dois subtipos são considerados: o restritivo, o qual é caracterizado pela restrição dietética, jejuns ou prática de exercícios excessivos e o purgativo/compulsivo, quando há vômito autoinduzido, uso de laxantes, diuréticos e/ou anorexígenos, após a ingestão excessiva e incontrolável de alimentos³⁸.

Segundo a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID -10³⁹, a AN é caracterizada por: peso corporal pelo menos 15% abaixo da normalidade ou índice de massa corporal de Quetelet em 17,5kg/m² ou menos; perda de peso autoinduzida - abstenção de alimentos que são vistos como alimentos “que engordam,” seguidos ou não por um ou mais do que se segue - vômitos auto-induzidos, purgação autoinduzida; excesso de exercício físico; uso de anorexígenos e ou diuréticos; distorção da imagem corporal. É um transtorno endócrino generalizado que se manifesta nas mulheres na forma de amenorréia e, nos homens, como perda de interesse e potência sexual. Podem ocorrer, também, níveis aumentados de hormônio de crescimento, níveis elevados de cortisol e alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoidiano e anormalidades na secreção de insulina. Quando se inicia antes da puberdade, o desenvolvimento físico é interrompido ou diminuído, tendo continuação normalmente em casos de recuperação, porém a menarca ocorre de forma tardia.

Na bulimia nervosa, segundo o DSM-IV-TR³⁸, os critérios diagnósticos incluem recorrentes episódios de compulsão alimentar, nos quais a pessoa ingere, em período de duas horas, grandes quantidades de alimentos e com um sentimento de perda de controle alimentar durante o episódio; comportamento compensatório para prevenir o ganho de peso: vômito autoinduzido, abuso de laxantes, jejum, uso de drogas como anorexígenos ou diuréticos, e exercícios físicos excessivos. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios ocorrem pelo menos duas vezes na semana, por pelo menos três meses; a auto-avaliação é erroneamente influenciada pelo peso do corpo e pela forma.

Os subtipos incluem o purgativo, no qual o indivíduo envolve-se

regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas e o tipo sem purgação, se ocorrer outros comportamentos compensatórios inadequados, como jejuns ou exercícios excessivos³⁸.

A BN, de acordo com a CID-10³⁹, é caracterizada por: preocupação persistente e um desejo irresistível de comida; consumo de grandes quantidades de alimento em um curto período de tempo; tentativa de neutralizar os efeitos desse grande consumo de alimentos através de vômitos autoinduzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas, tais como anorexígenos ou diuréticos; medo mórbido de engordar; colocando-se, para si mesmo, um limiar de peso definido abaixo do peso considerado saudável.

Outrossim, podem ser observados comportamentos alimentares inadequados, como expressiva repugnância aos alimentos; ingestão anormalmente lenta na fase restritiva; “comer social” prejudicado; cognições errôneas sobre conceitos nutricionais; reação de repulsa, ódio e incompetência para lidar com o alimento⁴⁰.

As manifestações físicas apresentadas por pacientes com bulimia não são tão comprometedoras quanto ao estado nutricional, ao contrário do que é visto na anorexia. Mas diversos distúrbios gastrintestinais, alguns deles sérios, e mesmo potencialmente fatais, são descritos na literatura como dilatação gástrica aguda, inclusive com possibilidade de ruptura, hipertrofia de parótidas, desgaste do esmalte dentário, esofagite, esvaziamento gástrico anormal e síndrome do cólon irritável. A hipopotassemia representa uma séria complicação, relativamente frequente, em virtude da associação dos vômitos crônicos ao uso de diuréticos e/ou laxativos²².

Cordás et al⁴¹ afirmam que o paciente pode apresentar, também, face arredondada, inchada, devido ao aumento das parótidas, a pele tende a ser seca e marcada com cortes e abrasões, principalmente nas articulações das mãos, pelos traumas repetidos desta região contra os dentes ao provocar o vômito. Os dentes apresentam perfil em forma de meia lua, devido à ação erosiva dos vômitos.

Aqueles que apresentam quadros de AN podem apresentar episódios bulímicos, mas o inverso não ocorre. O que os difere é o peso. Para se diagnosticar alguém como anorético, esse indivíduo deve estar 15% abaixo de seu peso considerado normal, o bulímico não. Para se diagnosticar uma pessoa com bulimia, a mesma deve exibir sintomas bulímicos, não importando se é obesa ou não, anorética ou não. Um outro aspecto importante no diagnóstico de bulimia nervosa é

um mínimo de dois episódios bulímicos por semana por pelo menos três meses consecutivos⁴².

Segundo Nunes et al²⁰, a BN é o diagnóstico mais comum na evolução da anorexia. Sua história pode iniciar-se por uma necessidade real ou imaginária de perder peso, devido à insatisfação com o corpo.

1.2.5 Tratamento

Os TA são quadros complexos por envolverem perturbações nutricionais, endocrinológicas, cognitivas e psicodinâmicas, representando grande risco ao paciente, principalmente por estarem associados uns aos outros e assim requerem tratamento específico nessas áreas⁴³.

O tratamento visa à completa recuperação do paciente, a reabilitação clínica, nutricional e psicológica. A recuperação nutricional ou a melhora da relação com a alimentação são pontos-chave para a maioria das complicações clínicas⁴⁴.

1.2.5.1 A equipe

O tratamento deve ser multi e interdisciplinar e os melhores resultados parecem ocorrer naqueles casos de intervenção precoce durante a adolescência, evitando as formas crônicas dos TA. O sucesso de um programa de atendimento integrado e completo depende de uma equipe multiprofissional e do emprego simultâneo de várias estratégias; no entanto, nenhuma modalidade de tratamento pode ser indicada como única ou isoladamente melhor¹⁶. É importante ter uma vigilância clínica devido ao risco de óbito que esses pacientes apresentam⁴⁶.

Em relação às abordagens de doenças psiquiátricas como essas que envolvem complicações nutricionais de ampla complexidade, ainda há muito o que se progredir, porém o trabalho interdisciplinar desenvolvido por equipe é a melhor alternativa para o tratamento desses pacientes e suas famílias, que demandam tantos cuidados da equipe⁴⁷.

Com a reforma e a modernização da assistência psiquiátrica, surgiu a proposta da equipe terapêutica multiprofissional. Na equipe, pelo menos em tese, o saber e o poder seriam mais distribuídos. No lugar de um processo vertical e autoritário de decisões, propõe-se uma horizontalidade e tentativa constante de consenso⁴⁸.

A equipe exhibe alguns modelos de organização: o unidisciplinar – membros de uma mesma profissão; o multidisciplinar – membros de diversas disciplinas que se encontram no mesmo local de trabalho, interagindo informalmente, mantendo uma relação de tolerância ou não; e o interdisciplinar, considerado ideal, em que membros de diferentes especialidades são intencionalmente envolvidos em arranjos de equipes formais que maximizam oportunidades para trocas educativas e dedicação na execução das tarefas⁴⁹. Para que um grupo de profissionais configure uma equipe, ele deve funcionar de modo cooperativo, de forma a haver complementariedade e não soma ou superposição. No entanto, trabalhar de modo cooperativo não implica trabalhar sem conflitos. A reflexão é extremamente importante, pois sem ela há possibilidade de um pragmatismo com tendência a se tornar repetitivo, estéril, estereotipado⁵⁰.

É importante que haja um coordenador escolhido e aceito pela equipe, acessível e presente na maioria das vezes, com capacidade de liderança e flexibilidade. Necessita-se de reuniões periódicas, para que os problemas e decisões mais relevantes sejam discutidos e resolvidos⁴⁸. Cabe ao líder promover a coesão do grupo, mostrando a congruência das metas grupais e individuais para o tratamento do paciente e para a equipe, tolerando as discordâncias de opinião e atitudes dos técnicos, buscando o consenso, minimizando o efeito de pressões externas que afetam o serviço, tomando ou catalizando as decisões que são difíceis para a equipe, valorizando o sentimento da equipe frente aos usuários que desvalorizam o que lhes é oferecido. O líder deve ser capaz de identificar os tipos de transferência e contratransferência presentes na equipe e, dos supostos básicos de Bion (dependência, luta e fuga, acasalamento), mas sem deixar de perceber que os membros do grupo não precisam mudar ou que apresentam dificuldades que podem ser amenizadas se participarem da equipe⁴⁹. O trabalho em equipe favorece o crescimento e a aprendizagem, desde que os envolvidos são permeáveis ao novo, ao desconhecido, às mudanças, às críticas, pois o funcionamento de uma equipe não ocorre sem espaço para a reflexão, discussão das dificuldades, comuns, para a

revisão de posturas, atitudes e condutas, que podem favorecer o paciente conforme uma atitude comum seja alcançada⁵¹. Este trabalho não pode perder de vista as finalidades a que se propõe, é necessário definir os objetivos a serem alcançados e ter um programa de ação⁵⁰.

As limitações para pesquisa com transtornos alimentares no Brasil são grandes e pode-se dividi-las em: dificuldade na formação da equipe; alto custo do tratamento; falta de interação entre pesquisadores; dificuldade na formação de orientadores e falta de investimentos. A equipe deve ser composta por psiquiatra, nutricionista, endocrinologista, ginecologista, pediatra, terapeutas individual e familiar, enfermeiros, e eventualmente, outros profissionais podem ser necessários⁵².

O envolvimento e a interação dos grupos que trabalham com transtornos alimentares no Brasil são pequenos, seja entre si ou com pesquisadores de outras áreas⁵².

No Brasil, os serviços especializados estão nos grandes centros, em sua maioria instalados em hospitais públicos de nível terciário, hospitais universitários ou em clínicas especializadas⁵³.

Diante dessas considerações, é imprescindível que os profissionais envolvidos no tratamento dos TA estejam conscientes de que precisam de constante diálogo, discutindo cada caso com especial atenção, sabendo que, nessa área, o contato com o “novo”, mais do que um elemento-supresa, é um fator que desestabiliza e se faz muito presente⁵⁴.

1.2.5.2 O papel do nutricionista

As atividades do nutricionista na equipe são de extrema importância no tratamento dos transtornos alimentares. A *American Dietetic Association*⁵⁵ indica que a intervenção e a educação nutricionais sejam integradas ao tratamento, com um nutricionista na equipe multiprofissional. Os programas de abordagem nutricional aplicados e avaliados em vários centros de estudos apresentaram bons resultados.

As primeiras publicações sobre TA, cujos autores contam com nutricionistas, foram divulgadas na década de 80^{56,57}, fruto da criação do primeiro

serviço especializado no Brasil, chamado inicialmente de Grupo de Estudos dos Distúrbios da Conduta Alimentar, e hoje conhecido nacionalmente por Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP)⁵⁸.

O atendimento clínico-nutricional deve ser com o paciente e a família em um primeiro momento e, posteriormente, de forma individual. O nutricionista é o profissional responsável pela realização da avaliação e seguimento nutricionais, cujas condutas devem estar em sintonia com as outras abordagens. O profissional, em um contexto de respeito e compreensão das dificuldades do paciente, negocia as possíveis mudanças em seus hábitos alimentares buscando melhor qualidade alimentar⁵⁹.

Devido à preocupação exagerada com o corpo e a forma física que esses doentes apresentam, fica a critério do avaliador escolher o momento para a tomada de medidas consideradas mais invasivas, como por exemplo as dobras cutâneas¹, que podem aguardar até que se tenha um maior vínculo entre o paciente e o avaliador. O peso deve ser aferido a cada encontro, por se tratar de um importante indicador da evolução e recuperação nutricional desses pacientes⁴⁷.

Na anorexia nervosa, os dois principais objetivos do acompanhamento nutricional são a reeducação alimentar e a reposição de peso, que precisam estar interligados. Apenas quando o paciente apresenta peso muito abaixo do esperado ou história de perda de peso rápida ou a saúde está em risco, o restabelecimento do peso é feito em tratamento ambulatorial. Já na bulimia nervosa, embora a maioria dos pacientes apresentem um peso normal, necessitam de uma reeducação alimentar, abandonando as práticas restritivas e aceitando a idéia de atingir um peso que possam considerar além do desejado⁶⁰.

O medo de engordar leva a comportamentos inadequados em relação à alimentação: medo e ansiedade durante as refeições; cuidado excessivo quanto ao tamanho das porções a serem consumidas; corte dos alimentos em pedaços muito pequenos; mastigação demasiada, o que resulta em alimentar-se devagar; fazer estranhas combinações de alimentos; esconder a comida que está à mesa nos bolsos ou no guardanapo; retirar o excesso de gordura; cospir os alimentos; gostar de comer sozinhos⁴⁰. Em uma pesquisa realizada por Komender et al.⁶¹, com 132

¹ A espessura da dobra cutânea reflete a espessura da pele e tecido adiposo subcutâneo em locais específicos do corpo. Tem sido largamente utilizada para estimar a gordura corporal¹⁸.

pacientes anoréxicos hospitalizados, mais do que a metade do grupo apresentou sintomas depressivos e/ou distúrbios de ansiedade.

Diversos estudos indicam que pacientes com anorexia nervosa com comportamento bulímico/ purgativo se distinguem daqueles que apenas restringem a alimentação a medidas de impulsividade, antecedentes de obesidade e aspectos de personalidade. Apesar de se identificarem mais com pacientes bulímicos nesses aspectos, diferenças fisiológicas entre indivíduos com comportamento bulímico que mantêm um peso normal e aqueles que perdem muito peso, apresentando complicações pela desnutrição, parecem justificar a distinção⁶².

É necessário respeitar os limites que o paciente apresenta quanto à aceitação do que é proposto, entendendo que a resistência faz parte do tratamento. A evolução é lenta, pois os pacientes geralmente negam seu estado psicopatológico e resistem à mudança. O nutricionista deve procurar o equilíbrio entre as preferências do paciente, levando em consideração suas crenças, mitos e medos com os que acredita serem mais saudáveis⁵⁹.

Em pacientes anoréxicos com limitada capacidade gástrica, é recomendável distribuir o conteúdo energético em várias refeições ao dia, para evitar o desconforto gástrico. A aceitação do número de refeições e a inclusão de alimentos considerados “proibidos” pelos pacientes devem ocorrer lentamente, considerando o estágio final do tratamento. No início se incentiva o consumo dos alimentos preferidos pelos pacientes, intercalando-os com alimentos incomuns do seu cotidiano, para equilibrar a distribuição dos nutrientes e atender às demandas nutricionais⁶³.

Quando não há progressão alimentar e o quadro clínico e antropométrico indicam desnutrição, os suplementos por via oral devem ser introduzidos de forma concentrada e hipercalórica. A nutrição enteral deve ser indicada quando não há sucesso por via oral, utilizando-se fórmulas poliméricas e, em último caso, recorrer à nutrição parenteral⁵⁹.

Entender o comportamento bulímico e suas alterações em relação ao comportamento normal é o ponto de partida para o tratamento nutricional da bulimia nervosa, pois este alterna períodos de restrição e compensação, dependendo de uma série de fatores, incluindo a oportunidade de purgação, o tipo de alimento disponível e o humor. Sugere-se que a energia consumida durante os episódios de compulsão alimentar poderia indicar o uso dos episódios para normalizar a

alimentação errônea. Assim, a restrição calórica não seria usada como forma de controle de peso⁶⁴.

É importante se enfatizar o consumo de alimentos habituais, não sendo necessária, na maioria dos casos, a utilização de alimentos especiais. Raramente os suplementos alimentares são prescritos e a terapia nutricional enteral ou a nutrição parenteral apenas em casos graves, nos quais a subnutrição e as complicações associadas aos distúrbios hidreletrolíticos colocam em risco a vida do paciente⁵⁹.

Tanto para pacientes com AN quanto para os que apresentam BN, em situações de alimentação por outras vias (enteral ou parenteral), estes devem ser monitorados pela possibilidade de apresentar sintomas da síndrome da realimentação, que se caracteriza por hipofosfatemia grave e súbita, quedas súbitas de magnésio e potássio, hipocalemia, intolerância à glicose, arritmias cardíacas e disfunção gastrointestinal⁵⁹.

Na bulimia, o exagero no consumo desencadeia ansiedade e medo de engordar, levando aos comportamentos compensatórios inadequados para controle de peso, instalando-se o ciclo "dieta - episódio de compulsão alimentar - purgação", que ilustra o fluxo da patologia alimentar. Este comportamento alimentar caótico é tão estressante para o paciente que ele necessita readquirir controle sobre isto antes de se envolver com outras abordagens psicoterápicas. Estudos de seguimento indicam que pacientes que apresentam comportamento alimentar mais comprometido têm maiores chances de recaída. Deste modo, acredita-se que a Terapia Nutricional seja um ponto fundamental na abordagem multiprofissional e que pacientes tratados de seus comportamentos alimentares podem ter quadros de recuperação mais completos⁶⁴.

Como os TA são quadros complexos, o tratamento efetivo deve contar com uma equipe de especialistas na área. Aos cuidadores caberia ajudá-los a transformar isto em palavras e se libertar para relacionamentos mais adequados³². O nutricionista é o profissional qualificado para implementar a avaliação e orientação nutricionais, necessitando de formação especial e experiência na área, além de interação com os demais membros da equipe⁶⁴.

JUSTIFICATIVA

Palma F. Série paixão e fantasia: figura humana-simbolismo.[figura da Internet].
2009.Disponível em: <http://www.fernandopalma.com>.

2 JUSTIFICATIVA

Ao observar os atendimentos dos pacientes portadores de transtornos alimentares no GRATA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, chamou-me atenção a importância da participação do nutricionista no tratamento desses quadros, pois sua atuação é bastante ampla e complexa.

Como as repercussões clínicas desses transtornos estão, na maioria das vezes, relacionadas à condição nutricional dos pacientes, a abordagem nutricional é fundamental, tornando-se necessária a participação do nutricionista na equipe, pois pacientes com comportamentos alimentares mais adequados podem ter recuperação mais completa⁴⁰.

O nutricionista tem uma função especial na equipe, pois realiza toda a orientação nutricional, desmistificando crenças, identificando erros alimentares que possam ser desencadeantes, por exemplo, de ciclos bulímicos. Além disso, ele traça metas e busca soluções alternativas, fazendo pequenos acordos, geralmente a partir da análise dos diários alimentares. Deve, ainda, levar em conta o sofrimento psíquico apresentado pelos pacientes no que diz respeito à comida, mantendo uma postura aberta e procurando não reforçar a rigidez superegóica dos pacientes⁴³.

Devido à escassez de trabalhos na literatura que auxiliem o nutricionista no manejo, não só técnico mas também pessoal com esses pacientes e o trabalho em equipe, este estudo visa investigar o perfil e a participação do nutricionista no tratamento dos TA, desde sua preparação para tal atividade até a relação com os pacientes e profissionais da equipe. Espera-se que os resultados dessa investigação possam apontar elementos para subsidiar o aprimoramento dessa assistência e na profissão de Nutrição como um todo.

OBJETIVOS

Palma F. Série paixão e fantasia: figura humana-simbolismo.[figura da Internet].
2009.Disponível em: <http://www.fernandopalma.com>.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil e atuação do nutricionista que desenvolve atividades de assistência com pacientes portadores de transtornos alimentares.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar o perfil desse profissional em termos do local e tempo de formação, formação complementar e o tipo de inserção no serviço em que atua;
- Identificar quais são as atividades desenvolvidas no tratamento dos transtornos alimentares e sua percepção quanto às facilidades e dificuldades encontradas;
- Compreender como se realiza o trabalho em equipe em relação à interação e à comunicação entre os profissionais;
- Identificar se houve necessidade de complementar os conhecimentos adquiridos na graduação para esta atuação e como esta ocorreu.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Palma F. Série paixão e fantasia: figura humana-simbolismo.[figura da Internet].
2009.Disponível em: <http://www.fernandopalma.com>.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO:

O estudo é do tipo exploratório, descritivo e constitui-se de uma pesquisa qualitativa que, segundo Minayo⁶⁵, preocupa-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes do indivíduo. Os estudos exploratórios descritivos têm o objetivo de descrever as características de um grupo, fato, ambiente ou fenômeno através dos dados de entrevistas, observações ou experimentações⁶⁶.

O estudo é de natureza qualitativa, que se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem reduzir-se a operacionalização de variáveis⁶⁵.

Com o objetivo de ampliar a compreensão e seus objetos de estudo, as pesquisas qualitativas consistem no modo como as diferentes pessoas envolvidas entendem e experimentam os processos da vida. E para isso, o investigador apresenta um papel importante nessa abordagem, como instrumento principal, pois nesse tipo de investigação o ambiente natural é a fonte direta de dados. O contexto é muito importante, porque, a partir da observação do mesmo, o objeto de estudo poderá ser mais bem compreendido⁶⁷.

Esse tipo de pesquisa permitiu olhar para as experiências que os nutricionistas trouxeram nas entrevistas, conforme a sua atuação no tratamento dos transtornos alimentares. Este estudo apresenta uma leitura dessas experiências, sem a pretensão de esgotar a discussão e a interpretação das falas exploradas.

4.2 PARTICIPANTES:

Os participantes são nutricionistas de ambos os sexos que atuam em equipes multiprofissionais de serviços especializados para tratamento de transtornos alimentares das regiões Sudeste e Sul do Brasil.

4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS:

Primeiramente, foram identificados os serviços especializados no Brasil, por meio de pesquisa eletrônica, ou seja, por sites de grupos de estudo e serviços, além da divulgação sobre transtornos alimentares em geral. Os serviços estão localizados nas seguintes cidades: Ribeirão Preto (GRATA-HCFMRP-USP); São Paulo (AMBULIM-HCFMSP-USP, PROATA-UNIFESP e GATDA); Porto Alegre (GEATA-CEAPIA); Belo Horizonte (G.O.T.A - SOCOR); Salvador (Serviço de Psiquiatria – UFB); Rio de Janeiro (GOTA-IEDE e Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia); Curitiba (Clínica de Psicologia); Florianópolis (Unidade de Psiquiatria); Campinas (Instituto de Psiquiatria da Unicamp). Optou-se por realizar esta pesquisa com os serviços das regiões Sul e Sudeste, por serem regiões onde há maior concentração dos serviços.

Após esse procedimento, os coordenadores desses serviços foram contactados, por telefone ou e-mail, a fim de identificar a presença de nutricionistas nos serviços. Assim, foram selecionados seis serviços: GRATA-HCFMRP-USP (Ribeirão Preto); AMBULIM-HCFMSP-USP e PROATA-UNIFESP (São Paulo); GOTA-IEDE e Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia (Rio de Janeiro) e GEATA-CEAPIA (Porto Alegre). Foram descartados aqueles que não se caracterizavam enquanto equipe, pois em alguns deles havia apenas psiquiatras e psicólogos, e havia os que não possuíam nutricionistas em seu quadro de profissionais. A seguir, foi solicitado que os coordenadores dos serviços assinassem uma carta autorizando o nutricionista da equipe a participar da pesquisa.

Posteriormente, os nutricionistas dos serviços foram convidados a fazer parte do estudo, via telefone ou e-mail e, no aceite, foi combinada data e horário para a entrevista, sendo que esta foi realizada na cidade de origem de cada

nutricionista. Anteriormente à coleta de dados, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) .

4.3.1 Instrumentos realizados

As informações referentes ao contato anterior à entrevista foram registradas no diário de campo e consideradas como material desta pesquisa.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, áudiogravadas, com perguntas abertas e fechadas (Apêndice B). As perguntas fechadas se referem aos dados demográficos dos participantes, formação e atuação profissional no momento da coleta de dados. As perguntas abertas são relativas às atividades desenvolvidas no tratamento dos transtornos alimentares junto aos pacientes e à equipe multidisciplinar.

No caso desta pesquisa, as entrevistas com os nutricionistas foram direcionadas para sua história profissional, enfatizando sua preparação e experiência na área dos TA, bem como sua importância na equipe interdisciplinar, segundo um roteiro semiestruturado com os seguintes temas: formação profissional, motivação, competências e habilidades, funcionamento do serviço, equipe e papel no tratamento.

De acordo com Minayo⁶⁵, a entrevista pode ser considerada como um roteiro que facilita a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação.

No entanto, Gil⁶⁸, entre outros autores, refere-se a algumas desvantagens sobre o uso de entrevistas: o pesquisador depende da motivação e do interesse do entrevistado e isso pode ser complicado, pois se este estiver desmotivado, o resultado será alterado. Além disso, o entrevistador conta com a verdade do entrevistado e ele pode mentir/omitir uma resposta e, ainda, o entrevistado pode apresentar dificuldades vocabulares em responder à pergunta, ficar intimidado pelo entrevistado ou influenciado por outros participantes, quando em entrevistas em grupo.

Na tentativa de evitar essas possíveis situações, foi realizada uma entrevista como estudo piloto, visando à adequação das questões a serem apresentadas aos colaboradores, à avaliação do tempo necessário e à viabilidade

deste projeto como um todo. Considerada satisfatória, a entrevista também foi utilizada como material para análise de dados.

Pretendeu-se utilizar uma combinação de relatos introspectivos de lembranças e relevâncias em um roteiro centrado no tema “Atuação do nutricionista nos transtornos alimentares.”

O período da coleta de dados foi de três meses, de abril a junho de 2008. Algumas informações foram coincidentes entre as falas dos diferentes entrevistados, permitindo-se aproximá-las em categorias temáticas, levantar questionamentos e buscar entendimento. No entanto, é importante que se considere as individualidades de cada colaborador.

Durante a coleta de dados, enfrentei algumas dificuldades. Em um serviço, o profissional não disponibilizou de tempo suficiente, e a entrevista ocorreu entre os atendimentos; em um outro serviço, eu, enquanto pesquisadora, não fui apresentada às pessoas que chegavam, atraindo a atenção de todos e ocasionando uma certa desconfiança dos demais. Mas nos demais serviços, todos disponibilizaram tempo suficiente e a conversa fluiu muito bem.

Entretanto, observou-se também um interesse pela presença e diálogo com o pesquisador por parte dos nutricionistas. As entrevistas foram agendadas antecipadamente por e-mail, dada à distância a ser percorrida, sendo que não foi preciso desmarcar ou mesmo remarcar nenhuma entrevista. Quando encerrei a coleta de dados, tanto os nutricionistas quanto os demais profissionais mostraram-se entusiasmados com a pesquisa, e fui convidada a visitá-los mais vezes. Esses momentos demonstram que a oportunidade de visitar os serviços, possibilitou-me o contato com outras realidades e pude aprimorar meus conhecimentos sobre essa prática profissional.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

As perguntas fechadas são apresentadas de forma descritiva (dados demográficos e de formação e atuação profissional). As perguntas abertas foram verificadas segundo o método de análise de conteúdo temática, após a entrevista ser transcrita na íntegra para identificar núcleos de sentidos que compõem a

temática. A análise temática traz a noção de tema relacionado a uma afirmação sobre determinado assunto, e o tema é considerado uma unidade de registro para estudar motivações de opiniões, valores, atitudes, crenças, entre outras. Esse procedimento dá oportunidade para a captação da essência das descrições, cuja frequência ou presença terão um significado para o objeto analítico visado⁶⁵.

A análise temática divide-se em três etapas: a primeira, chamada Pré-análise, define a unidade de registro (palavra – chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que nortearão a análise. A segunda etapa é a chamada Exploração do material, que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. O investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Já na terceira etapa, denominada Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas que permitem colocar em relevo as informações obtidas e, a partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente⁶⁵.

Segundo Martins e Bicudo⁶⁹, a descrição será tanto melhor quanto mais possibilitar ao leitor e ao ouvinte reconhecer o objeto descrito.

Minayo⁶⁵ ressalta que a comunicação verbal ainda é uma forma privilegiada de interação e, conseqüentemente, de acesso aos aspectos emocionais e comportamentais do outro.

Encontra-se no Apêndice C a transcrição de uma das entrevistas realizadas neste trabalho.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, por se tratar de uma investigação com seres humanos, tendo sido aprovado de acordo com o protocolo nº 0817/2007 (ANEXO A).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Palma F. Série paixão e fantasia: figura humana-simbolismo.[figura da Internet].
2009.Disponível em: <http://www.fernandopalma.com>.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, houve revisão crítica da literatura, buscando um olhar teórico-conceitual para os resultados encontrados. Assim, em um primeiro momento, serão descritas algumas características dos participantes e impressões da pesquisadora, seguido dos temas e subtemas encontrados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Vale ressaltar que não apenas a apresentação dos dados, mas também como a contextualização dos participantes sejam medidas valiosas para um melhor entendimento das características destes profissionais. Assim, compreende-se que algumas impressões da pesquisadora advindos da relação transferencial sejam de grande importância.

Alice² tem 42 anos, casada e mãe de dois filhos. Formou-se há 21 anos na Universidade de São Paulo-USP/SP e é especialista em nutrição clínica e esportiva. Trabalha no Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares (PROATA) há aproximadamente oito anos e atualmente atende em clínica privada. Além disso, cursa mestrado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), e seu projeto de pesquisa tem por objetivo investigar o consumo alimentar de pacientes com compulsão alimentar periódica.

O PROATA é um programa do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP que iniciou suas atividades em 1994, a partir da união de profissionais, pesquisando e assistindo pacientes com TA em dois serviços existentes na época: Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD) e Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Distúrbios Obsessivo-Compulsivos (PRODOC). O serviço possui, em seu quadro de profissionais, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, assim como estagiários e

²A fim de preservar a identidade dos participantes e facilitar a identificação dos mesmos, os nomes verdadeiros foram substituídos por pseudônimos e todos os membros de um mesmo serviço foram identificados com uma letra do alfabeto.

residentes destas áreas, prestando assistência e realizando pesquisa e treinamento em serviço. No ambulatório são atendidos pacientes com AN e BN, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), além de Transtorno Alimentar não especificado (TANE), às terças e quintas feiras. O PROATA oferece assistência a pacientes com TA (a partir de 12 anos de idade) e seus familiares nas seguintes modalidades: atendimento clínico psiquiátrico, atendimento psicoterápico individual, grupal e familiar e orientação nutricional⁴⁵.

Impressões da pesquisadora:

A pedido de Alice, a entrevista foi realizada em seu consultório particular em São Paulo e ela convidou-me para conhecer o PROATA e participar de um atendimento, que ainda não foi agendado. Ela foi muito receptiva e prestativa, respondeu a todas as perguntas com clareza e respeito. Mostra-se apaixonada pela profissão e gosta de compartilhar experiências.

Beatriz tem 56 anos, solteira, formou-se na Universidade Federal Fluminense-RJ há 33 anos. Especializou-se em nutrição clínica e do trabalho, faz atendimento em consultório particular e atua no Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) desde o início, em 1993.

O GOTA faz parte do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione- RJ (IEDE), cujo caráter é assistencial e de pesquisa. Esse serviço é formado por uma equipe de médicos psiquiatras e endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos, pós-graduandos e residentes, todos especializados no atendimento a pacientes portadores de transtornos alimentares e de outros transtornos associados. O GOTA oferece assistência a pacientes com TA, às terças-feiras, nas seguintes modalidades: atendimento clínico-psiquiátrico e endocrinológico, atendimento psicoterápico individual e orientação nutricional na presença de um acompanhante, a menos que o paciente apresente impedimento.

Impressões da pesquisadora:

Beatriz é bastante dinâmica e gosta de desafios. Com muita paciência, contou-me um pouco de sua experiência. A entrevista aconteceu em um dia de atendimento ambulatorial, quando pude conhecer toda a equipe e o hospital onde

está inserido o serviço.

Carolina tem 29 anos, solteira, formada há quatro anos pela Universidade Gama Filho-RJ, é especialista em nutrição clínica e realiza atendimentos em seu consultório, além de pretender fazer mestrado. Faz parte do grupo de Transtornos Alimentares e Obesidade (TAO) do Departamento de Psiquiatria da Santa Casa da Misericórdia do RJ há um ano e seis meses.

O TAO iniciou suas atividades em 1997, é composto por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e estagiários de psicologia e nutrição. Os atendimentos acontecem às terças-feiras, de forma individual, para pacientes com transtornos alimentares, em grupos de psicoeducação, para pacientes com obesidade e grupo para familiares.

Impressões da pesquisadora:

Carolina apresentou-se mais reservada, mas muito simpática. Demonstrou certa insegurança ao falar sobre o assunto, talvez por ter mencionado a necessidade de mais subsídios para seu aprimoramento. Conversamos em uma sala onde há atendimento do TAO, e ela permitiu que eu observasse uma consulta. Essa experiência foi muito gratificante para mim.

Débora tem 35 anos, casada, formou-se há 14 anos na Universidade de São Paulo-USP/SP, recebeu o título de especialista em dietoterapia por mérito, fez mestrado e doutorado sobre transtornos alimentares e, atualmente, possui consultório particular e faz pós-doutorado na mesma linha de pesquisa. Faz parte do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) há 13 anos, onde, por 10 anos, prestou assistência nos atendimentos e há três anos está como supervisora da nutrição.

O AMBULIM é um programa do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – HC FMUSP, que iniciou suas atividades em 1992. É formado por uma equipe multidisciplinar de médicos psiquiatras, nutricionistas, psicólogos, terapeutas familiares e educadores físicos e acontece às sextas feiras. O serviço incentiva a pesquisa e oferece assistência a pacientes com AN, BN, TCAP e TANE nas seguintes modalidades: atendimento clínico psiquiátrico, atendimento psicoterápico individual e orientação nutricional grupal³⁵.

Impressões da pesquisadora:

Débora mostrou-se aberta e prestativa durante a entrevista. Demonstrou segurança e tranquilidade ao falar sobre o que faz, tanto nos atendimentos quanto na pesquisa, e parece ser uma pessoa que está em constante busca profissional e pessoal. Possibilitou-me uma visita ao AMBULIM, que ainda não foi agendada, pois a entrevista foi realizada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, uma vez que Débora estava na cidade e concordou em realizarmos a entrevista para aproveitarmos sua vinda.

Elisa tem 30 anos, solteira, formada há oito anos pela Universidade Sagrado Coração-USC Bauru, é especialista em nutrição clínica, fez mestrado sobre transtornos alimentares e está se candidatando a uma vaga para o doutorado na mesma área. Trabalha no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) há oito anos, onde ficou como estagiária durante um ano, fez atendimentos por seis anos e por um ano atua como supervisora da equipe de nutrição. Também é docente do curso de nutrição da Universidade de Franca-UNIFRAN.

O GRATA, inicialmente denominado Grupo de Estudos dos Distúrbios da Conduta Alimentar (GEED), começou suas atividades no início dos anos 80 e atualmente se constitui de uma equipe multidisciplinar formada por médicos psiquiatras e nutrólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeuta ocupacional, assim como estagiários e residentes destas áreas, prestando assistência, realizando pesquisa e oferecendo treinamento em serviço. No ambulatório são atendidos pacientes com anorexia e bulimia nervosas às sextas-feiras. O GRATA oferece assistência a pacientes com TA e seus familiares nas seguintes modalidades: atendimento clínico psiquiátrico, atendimento psicoterápico individual, grupal e familiar e orientação nutricional⁵⁸.

Impressões da pesquisadora:

Elisa demonstra ser uma pessoa otimista, educada e dedicada. Contribuiu bastante com a entrevista, pois pôde transmitir um pouco de sua experiência de forma detalhada. Parece ser uma pessoa calma, característica essa que parece ser fundamental para tal atuação.

Felipe tem 32 anos, solteiro, formado há seis anos na Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINUS/RS, é especialista em nutrição clínica e fez mestrado em epidemiologia sobre o comportamento alimentar de gestantes. É professor do curso de nutrição da Faculdade de Fátima de Caxias do Sul, atende em consultório privado e faz parte do Grupo de Estudo e Assistência em Transtornos Alimentares (GEATA) há cinco anos.

O GEATA, que iniciou seus estudos sobre TA em 1989, oferece assistência desde 1993 e exerce suas atividades assistenciais no Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência (CEAPIA), de Porto Alegre-RS, desde 2004. A equipe é composta por médicos psiquiatras, nutricionistas e psicólogos, que desenvolvem, além dos atendimentos clínicos, projetos de pesquisa. O GEATA, que acontece às terças-feiras, oferece assistência a pacientes com AN, BN, TCAP e síndromes parciais e a seus familiares nas seguintes modalidades: atendimento clínico psiquiátrico, atendimento psicoterápico individual e familiar e orientação nutricional.

Impressões da pesquisadora:

Dada a minha surpresa ao saber que nesse serviço tinha um nutricionista do sexo masculino, optei por entrevistá-lo, pois gostaria de saber como é essa atividade vista pelo universo masculino.

Felipe mostrou-me firmeza ao falar sobre os seus atendimentos, mas também uma delicadeza no cuidado prestado. A entrevista foi realizada no CEAPIA, onde o acompanhei durante todo o dia de atendimento ambulatorial e na reunião de equipe, o que possibilitou uma troca de experiências muito interessante.

5.2 TEMAS E SUBTEMAS

Logo após a transcrição das entrevistas na íntegra, iniciou-se um processo de leitura flutuante para um contato mais profundo com as informações coletadas e permitir a interpretação dos dados.

A partir dos objetivos deste estudo, buscou-se, com a análise dos dados, compreender os sentidos que os participantes trouxeram para sua

experiência com transtornos alimentares.

Assim, foram propostos os temas e subtemas apresentados abaixo (Figura 1):

Figura 1- Temas e subtemas propostos a partir das entrevistas com os participantes

Os significados ou nomeações encontrados merecem maior aprofundamento de acordo com o referencial teórico escolhido. Assim, estão apresentados abaixo alguns relatos vivenciados pelos nutricionistas com as

considerações propostas.

5.2.1 O nutricionista

Este tema revela o nutricionista no “mundo” dos transtornos alimentares, o que o levou a trabalhar nessa área, quais as características importantes que o profissional precisa ter para lidar com esses quadros e o que ele fez para se aprimorar no assunto.

5.2.1.1 Perfil

O quadro abaixo mostra a caracterização dos nutricionistas entrevistados, de acordo com a idade, profissão, estado civil, local e ano de conclusão da graduação, cursos de pós-graduação e o serviço em que atua na área de transtornos alimentares.

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	LOCAL-CURSO DE GRADUAÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO	PÓS GRADUAÇÃO lato-sensu	PÓS GRADUAÇÃO stricto-sensu	SERVIÇO E TEMPO DE ATUAÇÃO
Alice	42	casada	USP-SP	1986	Nutrição Clínica em 1999 e Nutrição Esportiva em 2001	Mestrado em andamento	PROATA 8 anos
Beatriz	52	solteira	Universidade Federal Fluminense-RJ	1974	Nutrição do Trabalho e Nutrição Clínica	-	GOTA 10 anos
Carolina	29	solteira	Universidade Gama Filho-RJ	2003	Nutrição Clínica em 2004	-	Sta. Casa da Misericórdia 1 ano e 6 meses
Débora	35	casada	USP-SP	1993	Dietoterapia	Mestrado em 1997 e Doutorado em 2001	AMBULIM 10 anos
Elisa	30	solteira	Universidade Sagrado Coração	1999	Nutrição Clínica em 2000	Mestrado em 2003 para 2004	GRATA 8 anos
Felipe	32	solteiro	Unisinus	2002	Nutrição Clínica em adultos em 2003	Mestrado em 2007	GEATA-CEAPIA 6 anos

Quadro 3 – Caracterização dos participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2009

De acordo com o quadro acima, cinco (83,3%) nutricionistas são do sexo feminino e apenas um (16,7%) do sexo masculino, com idade entre 29 e 52 anos (média de 36,6 anos). Em relação ao estado civil, apenas duas (33,3%) profissionais são casadas e uma delas tem filhos. Os profissionais são formados, em média, há aproximadamente 15 anos, sendo que 50% formaram-se em faculdades públicas, e todos eles se especializaram, e dois profissionais (33,3%) cursaram apenas especialização do tipo *lato sensu* e os demais (66,7%) fizeram também o nível *stricto sensu*. Quanto ao tempo que trabalham no serviço de transtornos alimentares, apresentaram média de, aproximadamente, sete anos.

Dos seis profissionais entrevistados, cinco trabalham voluntariamente no serviço e apenas um é contratado pelo IEDE-RJ, e a atividade está entre as funções que deve exercer no instituto.

A inserção do nutricionista na área clínica surgiu da necessidade do profissional nos hospitais e foi se ampliando, tornando-se a área de maior concentração, segundo dados do Conselho Federal de Nutricionistas⁹. O que pode-

se notar nos participantes deste estudo é que são profissionais altamente qualificados, trabalhando na área clínica, mas inseridos também na pesquisa e docência, além da assistência.

Akutsu⁷⁰ investigou o perfil profissional e demográfico dos nutricionistas brasileiros e dos 587 profissionais, 42 se encontravam na região centro-oeste, 131 na região sul, 273 na sudeste, 38 na região norte e 103 na nordeste, o que evidencia a opção pelas regiões sul e sudeste, onde se concentra a maioria destes profissionais. A idade média dos participantes foi de 34,8 anos, 96,9% eram do sexo feminino e 61,2% relataram ter um parceiro; 60% nutricionistas do sexo masculino afirmaram ter um parceiro. Aproximadamente 51,4% graduaram-se em universidades públicas.

Ainda identificou que 63,9% mencionaram ter pós-graduação, sendo 48,9% em especialização e 15% em mestrado/doutorado. Porém, a maioria (65%) dos nutricionistas do sexo masculino não possui pós-graduação. A maior parte da amostra (55,9%) trabalhou em empresas privadas. Identificou também que na região sudeste, os nutricionistas apresentaram maior qualificação, pelo número de mestres e doutores, pois apresenta maior percentual (53,4%) em relação a outras regiões, o que é compatível com a disponibilidade de cursos de pós-graduação existentes.

Sendo assim, existem algumas semelhanças entre os participantes deste estudo com os do estudo acima, entre elas está a média de idade, o fato de os profissionais serem altamente qualificados, o que pode ter ocorrido pela escolha das regiões sul e sudeste, regiões com mais opções de aprimoramento.

5.2.1.2 Motivação

Para os nutricionistas entrevistados, um dos motivos que os levou a trabalhar com transtornos alimentares foi o interesse que já apresentavam por essa área, demonstrando afinidade pelo assunto, apesar de ser um desafio. Essa constatação pode ser observada nas seguintes falas:

"...todo desafio é muito bom, né, eu não sei se é porque trabalhava com a parte emocional das pessoas, eu gosto muito de trabalhar com esta parte...antes de ser

nutricionista eu era para ser psicóloga...gosto muito de lidar com as pessoas, com o paciente, entende?" (Beatriz).

"Eu diria uma afinidade com a problemática, dentro do comportamento alimentar, é o que eu sempre me interessei, desde a época da graduação" (Alice).

"Eu sempre me interessei...sempre gostei de trabalhar a alimentação voltada para o lado emocional...." (Elisa).

Para outros, o início se deu ao acaso, por curiosidade e oportunidade, como se pode observar nos relatos abaixo:

"Na verdade, uma oportunidade...eu fui bolsista da associação científica na graduação em epidemiologia, e através dessa bolsa, a Dra. Fernanda precisava de um estagiário em epidemiologia, fui me apaixonando pelo assunto, aí começou" (Felipe).

"...na pós-graduação, eu acabei fazendo o trabalho de conclusão do curso em anorexia e bulimia e, aí, sem querer, vim parar aqui...A nutricionista aqui do serviço acabou saindo...eu já tava escrevendo um trabalho e acabei vindo pra cá, mas motivação seria assim não, mais curiosidade mesmo" (Carolina).

"...na verdade, foi uma série de coincidências...me formei, entrei direto no mestrado, eu não sabia o que ia fazer...no segundo semestre surgiu uma oportunidade de trabalho, poucas horas por semana numa clínica de psiquiatria particular. Lá eu entrei em contato com a psiquiatria e com transtornos alimentares, e na faculdade não tive nada, nada, nada..." (Débora).

Pude perceber que, apesar de cada profissional ter se envolvido com os transtornos alimentares por um motivo diferente, todos eles transmitiram gostar de trabalhar com algo que vai além da alimentação, de um lado diferenciado da nutrição, e acredito que, por este motivo, permanecem nesta área de forma voluntária, mesmo sendo tão complexa e desafiadora.

Pelo visto, eles entraram nos serviços como pioneiros, construindo o conhecimento e a prática juntos, realizando o trabalho pela primeira vez, abrindo espaço para a nutrição. Como se trata de uma área de saúde mental, os profissionais precisam desconstruir toda uma abordagem adotada no curso de graduação, voltada para o biológico, e apreender outros sentidos. Ainda, precisam desconstruir o modo como eles gostariam que os pacientes fossem, pois lidar com transtorno psíquico implica em considerar e enfrentar toda uma rede intrincada de sentimentos inconscientes, no entendimento dos processos sociais, determinando formas de sentir e pensar.

5.2.1.3 Características pessoais

De acordo com os entrevistados, o nutricionista que atende a esses pacientes, precisa, além de gostar da área, ter características pessoais específicas. Algumas competências e habilidades apontadas por eles incluem: ter sensibilidade para falar, ouvir e acolher, ter boa vontade e paciência. Enfim, precisam ter maturidade emocional para estar com o outro por inteiro. Essas características foram reveladas nas seguintes falas:

"...a pessoa tem que gostar primeiro muito do que ela tá fazendo, e é uma coisa muito difícil, entende?...um pouco de conhecimento...ter boa vontade...muita paciência pra poder escutar, poder captar, tem que ter muita observação...e saber lidar com as pessoas..." (Beatriz).

"...tem que gostar, em primeiro lugar, e se doar...exige muito do nosso aprendizado com o outro, então quanto mais a gente pode falar dos nossos sentimentos, das nossas emoções, a gente pode escutar o outro..." (Elisa).

Porém, essas características não são adquiridas no curso de graduação, que tem enfoque mecanicista e metódico. O estudo também é primordial, conforme revelam as falas a seguir:

"Aãã, algumas que a gente não foi treinado na faculdade e é pra ter, dentre elas: flexibilidade total e restrita, esquece um pouco da matemática, porque eu tinha treinado na faculdade a ser matemático...Aqui a gente tá muito mais aberto pra comportamento..." (Felipe).

"...habilidade de estudo, de estudar mais...o nutricionista não tem habilidade na graduação para transtorno alimentar...ter sensibilidade é de saber o momento daquela paciente, você não ter uma estrutura fechada, de dieta ou de plano alimentar que é o que a gente mais ou menos trabalha fora..."(Carolina).

"...precisa ter conhecimentos de psicopatologia, isso é muito importante, algo que a gente não tem na nossa formação...é necessário que ele tenha conhecimentos, habilidades em psicologia, é preciso saber ouvir, compreender, acolher e dar um retorno adequado..." (Alice).

"...eu acho que tem que ter capacidade, um aconselhamento educacional e comportamental, tem que ter habilidade pra fazer um trabalho psíquico emocional..." (Débora).

Realmente, segundo alguns autores, a atuação do nutricionista nos TA exige habilidades não-inerentes à sua formação, como conhecimentos de psiquiatria, psicologia e das técnicas da terapia cognitivo-comportamental⁶⁰⁻⁸⁷.

De acordo com Alvarenga e Larino⁶⁴, os atributos mais importantes para o nutricionista que trabalha com esse tipo de transtorno são: um amplo conhecimento da ciência da nutrição, habilidade no aconselhamento educacional e comportamental e uma atitude empática e de não-julgamento. Os pacientes desejam um terapeuta nutricional flexível, que entenda seus medos sobre alimentação e peso, saiba o que é um transtorno alimentar, trabalhe em um passo que eles possam alcançar; faça comentários sensíveis, seja paciente, cuidadoso e não julgue; que tenha experiência com este tipo de paciente, seja otimista e esperançoso sobre a recuperação e que trabalhe com ele mais de modo colaborativo do que controlador. Trabalhar com pacientes com transtornos alimentares pode ser especialmente extenuante para o nutricionista devido à importância das questões alimentares na doença. Daí a importância de entender conceitos psicoterapêuticos e

emocionais e manter comunicação com os demais profissionais da equipe, o que se pode perceber nas falas dos profissionais acima, pois, para lidar com os TA, são necessárias habilidades não apenas técnicas, mas principalmente habilidades pessoais e de estudo.

5.2.1.4 Formação

Para os nutricionistas entrevistados, a formação obtida na graduação foi insuficiente para a demanda que os TA apresentam, principalmente na área de psicologia, conforme ilustra as falas a seguir:

“Eu acho que a formação, é, ela não acontece, não temos formação pra isso...psicologia a gente aprende num semestre...pelo menos foi o que eu tive, eu vejo por aí, né, uma coisa superficial...devia aprender muito mais psicologia, mais psicoterapia né, então aprender a ter essa escuta, a gente não tem, são algumas habilidades de tratamento, a gente sai muito técnico...”(Alice).

“Totalmente insuficiente...eu saí muito mais apto para trabalhar com a obesidade e doenças crônicas não transmissíveis...o enfoque, pra mim, poderia ter sido um pouco melhor...poderia se estruturar, de um meio, de um jeito diferente...opções pra gente poder escolher...isso poderia ser fornecido pela própria universidade ou por instituições “(Felipe).

“...tem um bando de nutricionista que não serve pra isso também, né, ela não sabe lidar com gente, nosso curso não ensina isso...a gente tem uma formação muito ruim...meu curso de psicologia foi péssimo...tem muito estudante que tem uma visão muito distorcida do que é nutrição, eu acho que os professores precisam se preocupar muito com isso...você tem todas as disciplinas mas você não tem o conteúdo, que é a relação com o paciente...então o aluno vê tudo desfragmentado né, ele não tem uma visão do todo...primeiro poderia abordar melhor TA...abordasse melhor esses aspectos psicológicos de contato com o paciente, ser nutricionista clínico e tal faria um grande serviço, pra todas as áreas e para o TA” (Débora).

“Péssima, péssima, não sei em São Paulo como é a formação da graduação, mas, aqui no Rio, nenhuma universidade aborda TA...eu busquei esse aprimoramento fazendo cursos...Mas pra gente que está buscando e que a nutrição escreve pouco ainda no TA...eu acho que vai ser muito bom, muito bom mesmo...” (Carolina).

“Zero, né, zero. Totalmente, ninguém sabe o que é isso, entendeu? Quando chega num lugar e quando vê, se espanta...tem mania de falar você é gorda, você é magra...A faculdade não coloca como você vai cuidar disso...e tudo o que falava sobre transtorno e qualquer congresso que ia, já comecei a fazer...falava sobre transtorno eu ia lá, comprava o livro pra poder ler? Aí comecei a estudar por mim mesma...” (Beatriz).

“...na graduação a gente aprende o básico...da base. E aí cabe ao profissional ou ao aluno ir atrás daquilo que ele quer buscar dentro daquilo que ele escolheu. Em especial o transtorno alimentar não foge disso, né...a gente tem uma formação organicista mesmo, que é mais voltada para questão prática...” (Elisa).

O mesmo sentimento foi enfatizado no estudo de Ferreira e Magalhães⁷² sobre as perspectivas atuais de nutrição e promoção da saúde, pois estes encontraram diversos estudos que trouxeram a insatisfação dos profissionais nutricionistas com a sua prática, talvez pela falta de subsídios teóricos, deflagrada por sentimentos de frustração e impotência frente ao seu trabalho.

Gambardella et al.⁷³ verificaram a inserção de nutricionistas no mercado de trabalho, egressos da Universidade de São Paulo entre 1990 e 1996. Dos 89 profissionais, 21,3% manifestaram-se insatisfeitos no exercício da profissão, pela baixa remuneração, necessidade de aprimoramento e atuação fora da área de preferência. Assim, ressaltaram a importância dos estágios curriculares para atender às necessidades empregatícias após a graduação, e como os cursos de nutrição são generalistas, é necessário estimular a educação continuada.

Amorin et al.⁷⁴, em seu estudo sobre a formação de pediatras e nutricionistas, verificaram que a dicotomia entre teoria e prática na graduação revelou-se um fator complicador do bom desempenho profissional, por dificultar o entendimento do contexto no momento da prática.

Os cursos de graduação, na sua maioria, não abordam sobre os TA ou muito pouco, conforme evidenciado nas falas dos participantes. O curso de nutrição tem formação médica, biológica e mecanicista, talvez por isso existam tantas dificuldades para entender o psíquico, o subjetivo. Em outras áreas, como obesidade, emagrecimento, em casos de depressão e até em lutos durante o ciclo vital, isso também acontece. É preciso uma formação que contemple o entendimento do psicológico, da subjetividade e das relações que o indivíduo estabelece com a cultura.

Segundo Analoni⁷⁵ em outras áreas da Nutrição, como a de refeições coletivas, o profissional deve ser diferenciado, generalista, mas sem abrir mão de traços particulares, habilidades especiais e perspectiva ímpar, com conhecimentos especializados em sua área de atuação. De fato, os participantes deste estudo mencionaram que o profissional precisa se identificar com a temática para que possa dedicar-se integralmente e contribuir de forma mais eficaz.

Gil⁶⁸ já dizia que o nutricionista, além de um mero “técnico calculador de dietas e planejador de cardápios”, é um profissional formado em nutrição, procurando entender e estudar o fenômeno em sua totalidade, e é com este aspecto do ensino que a Federação Brasileira de Nutrição tem se ocupado e preocupado, ou seja, a melhora qualitativa da formação do profissional.

No entanto, os currículos dos cursos de nutrição são moldados sob a vertente biológica da atenção clínico-assistencial estruturada no modelo biomédico dominante e na deficiente abordagem prestada às questões políticas, socioeconômicas e culturais necessárias, não apenas para as medidas de atenção em saúde, mas para a construção de uma análise crítica a respeito da conjuntura alimentar dos grupos populacionais. Assim, o nutricionista tem a difícil tarefa de realizar uma análise mais profunda sobre a dinâmica dos problemas alimentares⁷².

Este modelo de formação tecnicista tem sido uma tendência na área da saúde, apresentando-se com um dos principais empecilhos para a prática na sua integralidade. Desta forma, emerge, atualmente, o movimento para a reforma na graduação, com urgência na definição de uma política de Estado para formação de profissionais de saúde, com base no modelo da integralidade^{77,78}.

5.2.2 A Função

Neste núcleo temático, os participantes trouxeram o que cabe ao nutricionista realizar dentro da equipe, desde os atendimentos, supervisão e as pesquisas que realizam.

5.2.2.1 Atendimentos: individual ou em grupo

Cada serviço apresenta seu protocolo de atendimento. Na maioria deles, o atendimento nutricional é feito de forma individual. Apenas no AMBULIM essa atividade é realizada em grupo, segundo as falas abaixo:

“...é uma aulinha informal, né, o programa AMBULIM tem dezoito semanas básicas pra bulimia nervosa, 20 pra anorexia, 20 pra TCAP...que vão ser discutidos com as pacientes, o que é bulimia, pirâmide de alimentos...todas juntas, a gente atende numa sala, tipo sala de aula, ou sala de atividades às vezes, quando mudam a gente de sala, não tem nada muito fixo, e aí, são momentos de uma aulinha informal, um bate papo assim, uma roda sobre assunto básico e depois as nutricionistas, que são algumas em cada grupo, pelo menos umas cinco, que vão sentar com os pacientes do lado, na cadeira do lado, no mesmo espaço, tá, só então que cada uma num canto, pra ver o diário alimentar, né...psiquiatria é a única que é individual, porque a psicologia é toda em grupo também, uma paciente ou outra que eventualmente é encaminhada pra uma terapia individual, que tá muito complicado, mas também é em grupo, a gente não tem espaço, a gente não tem sala e não tem pessoal pra fazer individual” (Débora).

“...a gente oferece lá os atendimentos individuais, clínico, nutricional, do nutricionista que é uma orientação nutricional, do psiquiatra e com psicólogos e além desses atendimentos individuais, a gente também tem os atendimentos em grupos, que são os atendimentos aonde eu coordeno o grupo, dos pais ou acompanhantes dos pacientes para orientação geral sobre a doença...” (Elisa).

A abordagem dos pacientes com TA é interdisciplinar e, dentro deste enfoque, foram desenvolvidos diferentes tipos de sistemas grupais. Os grupos podem ser terapêuticos, quando existe o objetivo de mudança psíquica e comportamental; incluir procedimentos de autoajuda e educacionais. Muitos sistemas grupais em TA adquirem o estilo de grupo operativo, de reflexão, de aprendizagem ou psicoeducacional, à medida que exista uma base informativa a partir da qual se desenvolve o processo grupal. Também procuram ser homogêneos em grupos heterogêneos como de bulímicos, anoréxicos e obesos.⁷⁹.

Os modelos grupais têm objetivos e métodos periodicamente revisados e incluem três fatores: a informação, noções básicas sobre o quadro, temas psicológicos (autoestima, manejo da agressividade, etc.) e próprios do tratamento (conduta alimentar, imagem corporal, etc.); a ressocialização, por exemplo, a necessidade de trabalhar sobre os modelos sociais da esbelteza e desenvolver uma atitude crítica sobre os mesmos; o fator existencial, que visa estabelecer uma visão global da vida e da morte, em especial a noção de responsabilidade. Quanto maior a presença dos fatores correspondentes aos três princípios, maiores serão as conquistas dos seus integrantes. Os grupos de bulímicos e anoréxicos geralmente apresentam uma orientação mais psicoterapêutica e é mais estimulado o trabalho com conflitos interpessoais, assim, sua eficácia é avaliada mais subjetivamente. Porém, existem aspectos objetivos de evolução positiva como a diminuição dos vômitos, modificação da imagem corporal, entre outros⁷⁹.

No atendimento nutricional individual, a avaliação nutricional é realizada no primeiro atendimento e a cada retorno, realizando-se inicialmente a avaliação antropométrica e informações sobre o curso do TA, comportamentos alimentares e purgativos envolvidos no quadro e estado emocional. Para avaliar a ingestão alimentar e progressos do tratamento, além de ampla anamnese inicial investigando sobre tabus, mitos e crenças sobre os alimentos, hábitos alimentares e distorção da imagem corporal, utiliza-se o registro alimentar, orientando o paciente a fazer em domicílio as anotações sobre a alimentação, percepção de fome e saciedade, mecanismos de purgação, além de sentimentos relacionados ao ato de se alimentar. Com todas as informações obtidas, precisa-se de tempo para toda a equipe abordar questões delicadas e cruciais, como o ganho de peso e recuperação da condição de subnutrição, melhoras na aceitação da imagem corpórea e outras dificuldades inerentes a esses transtornos⁴⁷.

Por todos esses fatores, no que se refere ao trabalho do nutricionista, acredito que para discutir a relação do paciente com a comida, este precisa estar à vontade para expressar seus sentimentos, o que muitas vezes o modelo grupal pode dificultar e pode ser por este fato que a maioria dos serviços especializados em TA optam pelo atendimento nutricional individual e não no modelo de aula, pois o mesmo pode refletir algo mais informativo. Pela fala da Débora, percebi que o serviço optou por este modelo, principalmente, por não ter espaço físico e número de profissionais suficientes.

5.2.2.1.1 Rotina dos atendimentos

O nutricionista, juntamente com a equipe, decide o plano de atendimento dos pacientes após avaliação inicial, mas sempre respeitando os limites do paciente. Ainda descrevem a importância da avaliação inicial e da formação de vínculo:

“...eu faço avaliação nutricional desse paciente, completa, né... e essa avaliação tem particularidades, depende da patologia, e depende do momento do paciente, aquilo que como a gente tem um trabalho em equipe, eu decido junto com o médico o quê que vai ser prioridade, então a partir dessa avaliação eu vou solucionar, perceber o que é mais importante naquele momento e quais serão as metas do tratamento...”(Alice).

“Na verdade, nunca é só de dietoterapia, né, sempre tem uma mescla de várias coisas. Uma vez eu fui numa palestra, num congresso, eles estavam falando de terapia cognitivo-comportamental e eu me dei conta que a gente já faz isto, sem saber que faz, sem ter treinado sabe...são pacientes psicológicos...”(Felipe).

“Primeiramente fazer uma análise geral do paciente, tentar se aproximar, o que é muito difícil no começo...se aproximar um pouco do histórico...o que a levou a desenvolver o transtorno alimentar, como que isso se procedeu...depois que a gente tenta colher toda essa história, que a gente entra um pouco na questão nutricional,

da alimentação, as dificuldades que a pessoa tem, a gente faz uma anamnese alimentar, né, colhe o recordatório alimentar de 24h, tenta observar como que é essa alimentação diária, os medos, os receios, a relação dela com o corpo, o grau de distorção da imagem corporal, se existem formas de compensação e que formas são essas...a partir disso a gente monta um esquema alimentar dentro do que o paciente consegue, respeitando os limites dele...”(Elisa).

Na anorexia nervosa, a reabilitação nutricional se propõe a alcançar uma dieta balanceada e suficiente para atender às necessidades do paciente e recuperar seu estado nutricional. Há a necessidade de uma alta ingestão calórica para recuperação de peso, pois a taxa de metabolismo basal encontra-se alterada⁶⁴. Porém, o ganho de peso deve ser controlado, recomenda-se um ganho de 900g a 1,3kg/semana para pacientes de enfermagem e 250g a 450g/semana para os de ambatório, pois pode ocorrer a síndrome da realimentação, caracterizada por anormalidades de fluidos e eletrólitos, que pode levar a complicações neurológicas, cardiológicas, hematológicas e até a morte súbita. Assim, a alimentação deve ser cautelosa, com monitoração dos eletrólitos⁸⁰.

Cada programa de tratamento deve individualizar seu próprio protocolo para pesagem das pacientes num programa de internação ou ambatório. O paciente deve ter a oportunidade de discutir sua reação com relação ao peso quando é visto pelo nutricionista. A sessão nutricional é a oportunidade mais apropriada para a pesagem do paciente, é quando se discutem suas reações e são providenciadas explicações para as mudanças de peso encontradas⁶⁴. Deve-se discutir com o paciente qual o seu peso ideal, de acordo com a sua compleição física e histórico de peso, para que ele compreenda que este peso é determinado em função de sua saúde, e não em função de padrões de beleza ou exigências pessoais desmedidas⁸¹. Um dos maiores medos dos pacientes é não parar de ganhar peso. Os nutricionistas têm o papel de auxiliar o paciente a alcançar um peso saudável aceitável e a mantê-lo com o passar do tempo. A reabilitação deve ser focada em fazer o paciente consumir uma dieta variada e apropriada para manter seu peso e composição corporal⁶⁴.

De acordo com a ADA⁵⁵, a terapia nutricional para os transtornos alimentares deve ser um processo integrado, no qual o nutricionista e a equipe trabalham juntos para modificar os comportamentos relacionados ao peso e à

alimentação. Essa terapia engloba duas fases: a educacional e a experimental.

A fase educacional tem objetivos relacionados à coleta e transmissão de informações, incluindo a história alimentar do paciente, o estabelecimento de uma relação de colaboração, a definição de conceitos relevantes sobre alimentos, a apresentação de exemplos de padrões de fome e de consumo alimentar e a orientação básica para a família. Já a fase experimental tem objetivos mais terapêuticos, como: separar comportamentos relacionados a alimento e peso, a sentimentos e questões psicológicas; incrementar as mudanças de comportamento alimentar; aumentar ou diminuir o peso gradativamente; orientar a manutenção de um peso adequado e o comportamento com o alimento em ocasiões sociais⁶⁴.

Segundo Sicchieri⁴⁷, para avaliar os progressos atingidos no tratamento e na ingestão alimentar, além de detalhada anamnese inicial, investigando sobre tabus, mitos e crenças sobre os alimentos, hábitos alimentares e distorção corporal, utiliza-se o diário alimentar, orientando o paciente a fazer em domicílio as anotações referentes à alimentação, contendo informações sobre os alimentos e quantidades ingeridas, horário e local das refeições, percepção da fome e saciedade, mecanismos de purgação e sentimentos relacionados ao ato de se alimentar. Este instrumento de automonitoração faz com que o paciente tenha maior consciência sobre os diversos aspectos da sua patologia e constantemente exerça disciplina e controle⁸². Uma outra ferramenta de trabalho do nutricionista é o recordatório alimentar de 24 horas, que consiste numa entrevista realizada por profissional treinado com o objetivo de obter informações com precisão sobre a alimentação nas últimas 24 horas.

Smith et al.⁸³ não recomendam a pesagem dos alimentos ou contagem de calorias, pois o tipo de paciente supracitado demonstra grande atenção na composição de alimentos e nos seus valores energéticos.

Contrastando-se os dados da literatura com as falas dos participantes, fica claro que a função do nutricionista não é apenas prescrever dietas, mas principalmente, ele é o profissional responsável por ouvir o paciente, lidar com seus medos e frustrações e, para isso, uma anamnese detalhada é essencial. O profissional deve estar atento, pois o paciente pode manipulá-lo. E essa atuação pode ser dificultada pela falta de subsídios teóricos, pois alguns profissionais relataram isso, o quanto foi difícil aprender a lidar com esses pacientes pela falta de suporte teórico, o que pode ser evidenciado quando um deles comenta que não

sabia que já usava técnicas cognitivas comportamentais, demonstrando uma necessidade dos programas esclarecerem mais sobre o assunto, além de capacitarem os profissionais para tal atuação.

5.2.2.1.2 Educação nutricional

Em relação à função do nutricionista nos atendimentos, os participantes enfatizam a educação nutricional, tentando desmistificar os valores e/ou crenças que os pacientes possam ter, pois, na maioria das vezes, eles apresentam o seu “plano alimentar ideal”. Além da diminuição dos sintomas e da reeducação alimentar, segundo os entrevistados o mais importante é mudar a relação do paciente com a comida, e esse é o ponto que diferencia o trabalho do nutricionista que trabalha com transtornos alimentares, pois não basta apenas a prescrição. Também utilizam o diário alimentar associado ao sentimento, como uma ferramenta importante. As falas abaixo demonstram isso:

“Olha, o meu papel é de tentar corrigir os erros alimentares, diminuir a compulsão alimentar delas, introduzir novos alimentos, é que, desmistificar, né, alguns alimentos que, que elas têm como é...engordativos ou que vão fazer mal...orientar essa pessoa, esse paciente se alimenta de uma forma mais saudável, dentro daqueles que ele consegue, né...todas chegaram com muitos medos...e acho que o papel da nutricionista, tanto no serviço quanto na equipe, é também desmistificar pra equipe esses mitos...toda consulta tem diário alimentar de cinco dias, relacionado com sentimento, pensamento, ou se teve compulsão...eu acho que o maior desafio é você mudar o hábito alimentar, que é totalmente errôneo” (Carolina).

“o ganho de peso vai vir em segundo plano, em primeiro plano é fazer a pessoa... é..., se alimentar normalmente é... o que é normalmente? É ela ter o padrão alimentar bom, equilibrado, comendo de tudo pra fazer alimentação equilibrada...se quiser comer outros alimentos, como chocolate, uma besteira, eu ensino como vai fazer isso...Se tiver necessidade, nós temos uma paciente, ela come conosco duas vezes por semana, ela faz a refeição conosco, tá...Só quando o caso não está

evoluindo que acontece isso, entendeu? Caso contrario não, porque a gente procura sempre deixar elas caminhando sozinhas ta...”(Beatriz).

“não só também de auxiliar uma mudança de padrão, de consumo alimentar, mas essa coisa que eu chamo hoje de atitude alimentar, então precisa comer melhor, precisa parar de vomitar ou vomitar menos ou não ter compulsão, mas precisa mudar a relação da paciente com a comida...fazer um trabalho de aconselhamento nutricional...de não só fazer uma orientação, acho que esse é muito trabalho da nutricionista fora dessa área muitas vezes...”(Débora).

Segundo Boog⁸⁴ a educação nutricional é um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar, crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando ao acesso a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social.

Cerqueira⁸⁵ refere que a educação nutricional tem o objetivo de oferecer os conhecimentos necessários e a motivação coletiva para formar atitudes e hábitos de uma alimentação sadia, completa, adequada e variada.

O comportamento alimentar de um indivíduo, sendo um dos fatores mais próximos do seu estado nutricional, engloba não apenas os hábitos alimentares, mas todas as práticas relativas à alimentação do indivíduo, como seleção, aquisição, conservação, preparo e consumo de alimentos⁸⁶.

Cabe ao nutricionista ajudar o paciente a normalizar o seu padrão alimentar, e a mudança do comportamento alimentar necessita de planejamento e contato com os alimentos⁵⁵. Ou seja, é necessário identificar as práticas alimentares do indivíduo ou grupo, mas também estudar os diferentes aspectos que o influenciam, como os psicológicos, socioculturais, educacionais, econômicos⁸⁶.

O que se pode apreender com as falas dos participantes, contrastando-as com a literatura, é que a mudança do comportamento alimentar é o ponto principal do tratamento, incluindo não apenas o que o paciente ingere, mas tudo o que influencia esta alimentação, desde a aquisição deste alimento até o consumo, mas principalmente o significado desta alimentação para ele. Colocar-se

na posição de ouvinte e estar apto a correlacionar os sintomas apresentados com a demanda que traz durante a consulta possibilita ao profissional ter um olhar mais integrado e permite que o paciente tenha maior abertura. O ganho de peso é secundário às modificações internas daquele que está sendo cuidado, pois o mais importante é que sejam trabalhadas as questões internas, que vão designar todo o ritmo do tratamento.

5.2.2.2 Supervisão

Além dos atendimentos dos pacientes, os nutricionistas exercem outras atividades como aulas, coordenação de grupos e supervisão da equipe de nutrição, conforme as falas abaixo demonstram:

“...eu sou supervisora geral da nutrição...sento pra discutir caso a caso” (Débora)

“...participo das reuniões administrativas, clínicas, supervisão, eu sempre fiz, faço parte da supervisão, sou supervisionada também, a gente tem uma supervisão de todo o grupo, que acontece, faço supervisão da estagiária, me ocupo das aulas, de curso de nutrição, né...meu trabalho tem que ser voltado atualmente para estruturar esse serviço de nutrição. Eu também dou aula, participo no grupo de orientação psicodinâmica, que a gente tem com pacientes de bulimia e TCAP, então as aulas de nutrição também são feitas por mim” (Alice).

“...eu fico mais diretamente na parte de discussão de casos...a gente também tem os atendimentos em grupos, que são os atendimentos aonde eu coordeno o grupo dos pais ou acompanhantes dos pacientes para orientação geral sobre a doença...”(Elisa).

Pelo exposto, o profissional percorre um caminho gradual e ascendente, iniciado por atendimentos com o paciente e progredindo até cargos que exigem maior capacidade e conhecimento como os descritos acima. Essa ampla

variedade de atividades também ocorre em outras áreas de conhecimento, conforme citam Pádua e Boog¹¹, em relação aos nutricionistas das redes básicas de saúde. Nesse caso, eles são responsáveis por prescrições e orientações dietéticas individuais, palestras para grupos, campanhas, participação em programas de suplementação, vigilância sanitária e visitas domiciliares.

5.2.2.3 Pesquisa

A maioria dos nutricionistas, por estarem envolvidos com a assistência aos TA, realizaram cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) na mesma linha temática, conforme descrito abaixo:

“...estou pesquisando o consumo alimentar de paciente com compulsão alimentar periódica..” (Alice)

“Estou estudando as atitudes alimentares...desenvolvi e validei uma escala de medida de atitudes alimentares, pode ser utilizada, eu estou utilizando para medir atitudes alimentares antes e depois do tratamento, mas também estou avaliando universitários do Brasil inteiro...” (Débora).

O fato de alguns profissionais estarem engajados em atividades de pesquisa parece influenciar na qualidade do trabalho, pois, durante as entrevistas observei que eles apresentam um diferencial, quando comparados aos profissionais que não fizeram especialização nesse nível de aprofundamento. Durante a entrevista, demonstrando ter maior experiência e habilidade em lidar com as questões mais subjetivas dos pacientes, e não apenas as de ordem alimentar, por exemplo quando propõem atividades prazerosas, ou investigam o motivo que os levaram à indução de vômitos ou qualquer outro sintoma, ao proporem filmes e livros, ao realizarem dinâmicas ou ainda quando trabalham com o sentimento em relação à alimentação.

5.2.3 O fazer

Neste núcleo temático são abordados alguns fatores que favorecem ou não o fazer do nutricionista no tratamento dos pacientes com TA. Estes fatores podem ser pessoais, profissionais e relacionais (relação com o paciente).

5.2.3.1 Facilidades

Em relação à atuação no tratamento dos TA, os colaboradores enfatizam características pessoais e profissionais que contribuem para um atendimento com qualidade, como gostar do que faz, ser paciente, saber ouvir, ser observador e ter maturidade emocional. Além disso, é importante buscar conhecimentos em outras áreas, estabelecer vínculo com o paciente e fazer psicoterapia, o que está demonstrado nas falas abaixo:

“a pessoa tem que gostar primeiro muito do que ela tá fazendo e é uma coisa muito difícil, entende?...e gostando muito você tem que ter um pouco de conhecimento...tem que ter muita paciência para poder escutar, poder captar, tem que ter muita observação para você poder depois desenvolver o que vai fazer com essa paciente...e saber lidar com as pessoas, porque é difícil, né...tem que ter boa vontade para conversar com a pessoa, para ela ter uma confiança muito grande, por isso acho que você tem que ser muito verdadeira naquilo que você vai colocar...É omitir, nunca mentir...”(Beatriz).

“Um nutricionista precisa ter conhecimentos de psicopatologia, isso é muito importante, algo que a gente não tem na nossa formação...é necessário que ele tenha conhecimentos, habilidades em psicologia, é preciso saber ouvir, compreender, acolher, e dar um retorno adequado ao paciente, isso não quer dizer fazer terapia, mas saber ouvir, encaminhar, isso quando necessário...você tem que ter uma paciência, tem que ter uma escuta diferente...ser um profissional mais colaborador do que uma pessoa mais controladora...o remédio principal é a comida,

mas muitas vezes, é, não é a comida naquele momento, tem muitas coisas que estão envolvidas no ato de comer ou não comer, né, então você tem que saber ouvir isso, né, porque ele pode não precisar comer naquele momento...então você tem que aprender realmente a negociar, saber o que é possível, ou perceber essa outra necessidade que ta embutida, ta subscrita né...” (Alice).

“...um contato próximo, né, porque aí vai conseguindo colocar os sentimentos dele, como que foi o dia-a-dia, isso vai ajudando o paciente a ter mais confiança, segurança profissional e com isso a gente consegue ter também uma boa evolução...Acho que o vínculo que a gente estabelece com o paciente é importantíssimo pra isso, e quando eu sinto que assim o paciente confia, tem vínculo com a gente, comigo, né, e sabe que ali ele pode confiar pra evoluir, a gente vai percebendo essa franca recuperação, né, porque ele vai aderindo mais ao tratamento...também começa a ter confiança na equipe, ter esse vínculo mais estreito, né, ele vai se recuperando aos poucos porque ele vai conseguindo aderir...Faço terapia há cinco anos, terapia individual, com orientação psicanalítica né?...eu fiquei melhor, eu tive uma escuta melhor, um olhar melhor pro paciente, com o paciente, com a equipe, comigo mesma diante do paciente, então acho que isso contribui bastante para minha formação diferenciada né?...acaba diferenciando a minha formação organicista...além de tudo aquilo que eu te falei, do investimento próprio, de grupos de estudos, de estuda mesmo a literatura, de tentar ficar inserido em pesquisa..”.(Elisa).

“...você já fica atenta às outras questões, e é sugerido pro paciente coisas que vão além só de uma dieta só balanceada...vamos comendo num restaurante novo, num ambiente novo, você já foi naquele lugar, é bonito, eu sugiro filmes gastronômicos... vai lá vê, pensa e me diz, ela foi escreveu um texto maravilhoso que ela pensou na hora que assistiu o filme, abrir outras possibilidades, vamos ler outras coisas, vamos, né, conversar sobre o significado da comida, fora do fisiológico...”(Débora).

“As dificuldades são inúmeras..as facilidades é quando você já tem esse vínculo com ela, né, quando ela permite também, né, esse vínculo...”(Carolina).

“...eu não acho que qualquer pessoa pode trabalhar com TA...eu acho que isso é muito pessoal, você pode até buscar uma outra formação em psicologia por exemplo...pessoa tem que ter uma determinada profundidade emocional pra conseguir lidar com isso, senão não vai conseguir...obrigatório fazer terapia, não é terapia pra você falar dos seus pacientes, você pode procurar supervisão...fazer terapia para ter profundidade emocional, pra ver as coisas além...emocionalmente não só de TA, é ter uma visão mais psíquica, né, daí eu acho que você tem que ter um conhecimento mínimo de psiquiatria...o mínimo de conhecimento de psicologia...Tem que saber ouvir, né, saber como se direcionar, né, tem que ser ao mesmo tempo acolhedor e forte...vamos dizer assim, autoridade, ao mesmo tempo compaixão, você tem que ser flexível pra enfrentar frustração e agressão, então eu acho que tem algumas coisas do terapeuta que você tem que saber, ser acolhedor, mas acho que você tem que ser firme...tem que exercitar paciência, se você não aguenta mais, você precisa desistir...(Débora).

O nutricionista tem encontros com o paciente portador de transtornos alimentares por um longo período de tempo e enfrenta a complexa arena da dinâmica das relações humanas. Assim, necessita, de alguma forma, desenvolver habilidades psicoterapêuticas, compreendendo o potencial de comportamentos manipulativos e a magnitude da negação entre os pacientes, para que não concordem inconscientemente com o estilo de vida imposto pela doença⁶⁴.

Miranda¹⁷ em um relato de uma paciente diz: “uma boca que pouco come, um psiquismo que pouco elabora” e é com esse tipo de paciente que o nutricionista lida a todo momento. Por isso, a necessidade de estar aberto, de apresentar maturidade emocional para saber ouvir o que ele quer dizer.

De acordo com Campos⁵⁰, as características pessoais dos profissionais de uma equipe podem dificultar ou favorecer o andamento de um trabalho, conforme haja maior ou menor disponibilidade para se examinarem as situações de conflito. A terapia pessoal pode ajudar alguns indivíduos a se conscientizarem de suas possibilidades e/ou dificuldades de integração.

Do mesmo modo que os profissionais, Rock e Curran-Celentano⁸⁷, enfatizam que a formação de vínculo com o paciente deve ocorrer, atuando de forma empática, flexível e colaborativa. Matumoto⁸⁸ afirma que, ao buscar a produção do

vínculo saudável entre profissional-paciente, é necessária a estimulação da autonomia do paciente quanto a sua saúde.

O profissional deve ser cuidadoso para não interpretar a oposição do paciente como um desafio às suas condutas, mas como uma manifestação dos sintomas da síndrome. A “negociação e estratégia terapêutica” são recursos utilizados frequentemente no atendimento, para que o paciente se vincule ao profissional e seja um aliado no tratamento. O nutricionista deve levar em conta o sofrimento psíquico dos pacientes no que diz respeito à comida, mantendo-se aberto e procurando não forçar a rigidez superegóica dos pacientes⁴³.

Como os pacientes suscitam alguns sentimentos como impotência, frustração nos profissionais, é necessário que estes adquiram habilidades psicoterapêuticas e também algumas habilidades pessoais e, para isso, a terapia pessoal seria uma ferramenta. Dos profissionais entrevistados, 50% afirmaram fazer psicoterapia e dos três profissionais que não fazem, dois disseram que sentem vontade, porque estão percebendo a necessidade. Atribuem ao fato de que esse apoio ajuda a adquirir conhecimento interno, o que vai contribuir para lidar com as questões que os pacientes possam trazer.

5.2.3.2 Dificuldades

Os profissionais pontuaram algumas dificuldades de ordem pessoal, profissional e na relação com os pacientes.

5.2.3.2.1 Pessoal

Sentimentos de ansiedade, frustração e impotência foram revelados nas seguintes falas:

“...às vezes eu tinha uma ansiedade muito grande em melhorar, melhorá-las, sabe, aí queria que na segunda semana elas já não vomitassem mais...eu comecei a me

sentir muito frustrada, porque eu não tinha melhora nenhuma, eu não conseguia enxergar nenhuma melhora” (Carolina).

“...a frustração é uma coisa que você tem que saber administrar, tem paciente que não melhora, tem paciente que morre...tem umas situações muito difíceis, e não estão contempladas em manual nenhum, não é...? às vezes é muito pesado também né, você termina o dia muito cansada, com coisas muito tristes...”(Débora).

“...o transtorno alimentar assim é muito desafiador, né, desafia demais a gente, os nossos limites, as nossas angústias, mexe muito com o emocional, com a nossa capacidade de conseguir melhorar o paciente nessa questão da impotência, da onipotência né...Eu acho que o difícil é, entrar em contato com as nossas dificuldades, com as nossas limitações. O sentimento que a gente tem de impotência, às vezes de enxergar um paciente que vomita 20 vezes por dia e não ter o que fazer às vezes, despertar esse não ter o que fazer que é a impotência ou às vezes um paciente que está totalmente esquelético, totalmente emagrecido, mas não acredita estar, né, e sente isso entrando num processo de muita resistência no tratamento e também nos coloca na impotência, né diante da situação...”(Elisa).

5.2.3.2.2 Profissional

Os participantes relataram as dificuldades profissionais ao atender pacientes com TA, no sentido da subjetividade que essa temática se apresenta e das manobras e artifícios que o paciente usa para “driblar” e até mesmo destruir a atuação do nutricionista:

“No início ela confundiu muito a gente com isso, né, é muito sedutora, muito boazinha...Quando a psicóloga confrontou isso com ela, caiu o mundo, caiu a máscara, brigou com a psicóloga...cada movimento nosso ela dava uma reviravolta...eu não tinha nenhum, é ninguém pra me dizer que ela é tipo assim e eu tive que aprender na marra, entendeu, até a cabeça às vezes perturba um pouco...”(Carolina).

“...eu tinha que trabalhar como ela lida com alimento...eu não consigo comparar outra doença como essa no olhar do nutricionista...quando eu percebo que o paciente tem um pouco de constrangimento...eu talvez faça as pregas na terceira ou quarta consulta...às vezes elas dizem que não quero homem, por motivos óbvios, algumas vezes ao contrário, eu prefiro que sejam homens...mas não tem grandes problemas” (Felipe).

“...até eu perceber que ela estava me enganando demorou um século, entendeu, porque eu tinha a teoria, mas não tinha a prática...eu acho que a equipe multidisciplinar ajuda bastante...o nutricionista não tem habilidade na graduação para tratar TA...ter sensibilidade, é de saber o momento daquela paciente, você não ter uma estrutura fechada de dieta ou de plano alimentar que é o que mais ou menos a gente trabalha fora de TA...tem que tá aberto a todas as vertentes que elas trazem e a gente sai da faculdade muito fechada, muito certinha...”(Carolina).

“...Aqui a gente tá muito mais aberto pra comportamento, pensamento do que realmente com parte de matemática, claro que ela influencia num contexto, mas é uma, um termo de flexibilidade profissional que a gente...não tem esse treinamento, porque é o objetivo muitas vezes, você vai ser nutricionista num hospital, a perspectiva é outra completamente...o nosso trabalho é completamente subjetivo, o que funciona pra um, não funciona pra outro...não tenho uma estratégia traçada, ela se traça no decorrer da consulta com o paciente. Eu tenho uma paciente extremamente agressiva...a tendência dela é sempre afrontar...”(Felipe).

5.2.3.2.3 Na relação com o paciente

A dificuldade do paciente em modificar sua alimentação, melhorando a ingestão do ponto de vista qualitativo e quantitativo aparece nos seguintes trechos:

“É, essa desorganização de horários, a desorganização alimentar é a restrição alimentar que elas fazem, é eu, eu acho muito difícil mexer nessa estrutura...É uma estrutura muito segura delas, e você, quando vai mexer nisso com elas, elas se

desestruturam, não só o emocional, como perdem o controle da vida, né, porque eu controlo tudo o que eu como, como é que uma pessoa de fora vai controlar o que eu como agora?...”(Carolina).

“Olha, gente, não sei mais o que fazer com a fulaninha, porque não tá funcionando...ela tinha uma dificuldade extrema pra aderir o esquema alimentar e aí elas, elas, a Dra. Fernanda, tinha que entender que tu não tá tratando uma paciente obesa, ta tratando uma paciente psiquiatra, aquele dia foi como que um divisor de água assim, porque com aquele ímpeto de recém-formado, pronto pra tratar matematicamente qualquer obeso...”(Felipe).

As falas acima corroboram o que Sapoznik et al.⁴³ enfatizam em relação ao fato de que os portadores de TA têm um funcionamento mental dissociado e ambivalente, o que causa muitas vezes, seu comportamento alimentar de recusa, alternado com momentos de grande voracidade, podendo revelar oscilação no campo psicodinâmico. Os integrantes da equipe podem experimentar sentimentos de impotência e frustração. Reações que podem refletir os próprios sentimentos de incapacidade e baixa autoestima que o paciente sente em relação ao controle de sua própria vida.

De acordo com Chandler⁸⁹, os profissionais de saúde vinculados aos pacientes com AN e BN precisam suportar o ataque à autoestima, a desconfiança, as súbitas pioras no quadro e a pouca colaboração e, por isso, os profissionais devem ser pacientes e compreensivos, mas firmes em certos momentos ao estarem dispostos a impor limites às atitudes que o enfermo apresenta.

Caminhando nessa mesma direção, Miranda¹⁷ diz que os transtornos alimentares evocam intensas emoções, tanto em quem as sofre, quanto naqueles que tratam, pois relacionam-se à oposição morte-vida. É um tema mobilizador e impactante por tratar da alimentação, essência, combustível e permissão para a vida, levando-nos também a cenários de morte e dor, sofrimento e destrutividade.

Segundo os participantes, o que ficou unânime é a capacidade que o profissional deve desenvolver para lidar com a frustração, além de respeitar o ritmo de cada paciente. Pareceu clara em algumas falas, a dificuldade dessa atuação por exigir do profissional mais recursos, além dos geralmente necessários diante do trabalho psiconutricional que deve ser realizado. Percebi que alguns participantes

ainda abordam prioritariamente apenas as questões alimentares desvinculadas das de ordem emocional. Mas não se pode esquecer de que eles têm dificuldades em modificar a alimentação, em diminuir o número de vômitos, entre outros, mas por questões internas, prejuízos e limitações que esses transtornos impõem. Talvez por isso é que a maioria dos nutricionistas entrevistados destacaram que é importante esperar o momento do paciente, pois muitas vezes ele não consegue ajudá-lo nesse sentido porque não é o que o paciente precisa naquele instante. Muitas vezes ele precisa de que o nutricionista seja acolhedor, ouvinte e que apenas o ajude a refletir sobre seus sentimentos, o que pode ser frustrante e causar sensação de impotência para os cuidadores, que também precisam saber lidar com a agressividade que os pacientes possam trazer. Nesse contexto, faz-se entender o que diz McDougall⁹⁰, ao relatar que só se descarrega algo na ação quando a sobrecarga afetiva e a dor mental ultrapassam a capacidade de absorção das defesas habituais. O que faz com que, ao invés de conter as emoções e refletir sobre elas para encontrar a resposta adequada, as pessoas são levadas a fazer alguma coisa, como comer demais, beber demais, fumar demais, provocar uma briga com o namorado, etc. Essas diferentes expressões através do ato, que tem o objetivo de dispersar o afeto o mais depressa possível, constituem frequentemente a origem de tratamentos analíticos intermináveis. Por isso, é imprescindível que o profissional esteja atento a todas as questões do paciente e as suas também.

Além disso, os portadores de TA frequentemente apresentam outros transtornos psiquiátricos associados, o que chamamos de co-morbidade. Este termo descreve situações nas quais o paciente apresenta uma “entidade clínica distinta” na presença de uma doença. Observam-se principalmente, os transtornos do humor, de ansiedade, da personalidade, do controle de impulsos e abuso de substâncias e segundo os nutricionistas entrevistados, esse é um fator que dificulta o sucesso no tratamento. A presença destes transtornos psiquiátricos pode influenciar o curso dos TA, camuflar a presença de um TA subjacente e causar um impacto no planejamento do tratamento⁹¹. Por isso, segundo a ADA⁵⁵, apesar de todos os nutricionistas serem considerados aptos a atuar na fase educacional, para a fase experimental são necessários treinamento e experiência em transtornos alimentares, trabalhando juntamente com os psicoterapeutas em uma abordagem psiconutricional. Isso porque os TA envolvem o corpo e a mente, necessitando, portanto, de um tratamento com uma abordagem dessa natureza.

Oportunamente, Miranda¹⁷ ressalta que, na AN, as demandas bulímicas são omitidas na falta de interesse e na falta de apetite, pois as pessoas com anorexia apresentam dificuldade de satisfazer seus desejos. Já na BN, existem as mesmas características da mente anoréxica, ou seja, uma falta de apetite dirigida às possibilidades e buscas específicas, sem encontrar real satisfação em coisa alguma. Além disso, a gordura, em sua mente e corpo, é a vilã e responsável por toda essa tragédia, ocupando o lugar da loucura ou daquilo que se tornou incontrolável ou intolerável para elas, e mudar o foco da doença, corpo e alimentação pode ser uma estratégia, pois com isso, os pacientes podem redescobrir o prazer de viver, deixando de lado a preocupação extrema com essas questões.

Por isso, é essencial no tratamento que os profissionais incentivem atividades prazerosas para que o paciente possa mudar o foco da alimentação para algo pelo qual tenha mais satisfação.

Assim, a importância da abordagem psiconutricional parece inquestionável no entanto, como desenvolvê-la torna-se um desafio que ultrapassa os limites teóricos dessa área de conhecimento.

5.2.3.3 Apoio familiar

Os participantes enfatizaram também a associação do apoio da família ao sucesso do tratamento, visto que a inclusão da terapia familiar, como modalidade terapêutica, tem sido preconizada desde a década de 1970⁹². Esse aspecto e também o envolvimento da família no tratamento pode ser revelado a partir das falas a seguir:

“...um aporte familiar favorável é quase uma certeza de um sucesso no tratamento, não vejo outra coisa...tem pacientes mais adequados, outros menos adequados, outros com morbidades psiquiátricas associados, outros com menos, obviamente que o que tem mais morbidade psiquiátrica é mais difícil do que tem menos, fora isso, que eu não consigo avaliar, o que eu avalio é a estrutura familiar...se a gente não tem apoio familiar é um problema ”(Felipe).

“...tem muitas famílias não estruturadas ou pouco estruturadas, e a gente acaba tendo dificuldade de trabalhar...as questões familiares, as relações familiares, isso acaba prejudicando a própria condição do paciente...a resistência do paciente ao tratamento, de não querer se tratar...Uma psicopatologia grave...uma falta de suporte familiar, pessoa sozinha que não tinha ninguém...fator que impediu da melhora desse paciente, de uma recuperação melhor” (Alice).

“...os próprios familiares...constroem ali, no momento do grupo, as necessidades maiores que eles têm...A troca de experiências, o acolhimento de um com outro e, logicamente, também com a nossa interferência ali no momento...essa troca pode contribuir pra eles construírem um padrão, a maneira, né, que eles podem lidar com essas questões em casa...que são muito angustiantes...a gente percebeu com a nossa experiência...que é imprescindível a presença deles, é importantíssimo até pra essa evolução, pra contribuir nessa evolução dos atendimentos, né...”(Elisa).

Vários autores apontam para a conturbada dinâmica da relação mãe-filha nos TA. Miranda¹⁷ sugere que ao emagrecer, a menina tenta fazer desaparecer a mãe de dentro dela e ao vomitar, expelle o deteriorado da experiência venenosa, uma tentativa de expulsão de um corpo estranho. A entrelaçada relação mãe-filha necessita ser profundamente compreendida pelo terapeuta que se depara com TA, uma vez que o “tornar-se mulher” nasce a partir do reconhecimento de que a mãe, em sua feminilidade, integra seus aspectos maternos e femininos.

Também, Santos et al.²³ afirmam que a base psicodinâmica dos TA está na privação afetiva precoce dentro da relação primária com a mãe, levando a um permanente comprometimento do ego, caracterizando-se pela emersão de uma personalidade infantil, narcisista e agressiva. O não estabelecimento de uma identificação sadia com a mãe inibe o desenvolvimento e impede a incorporação dos papéis relacionados à feminilidade e à maternidade. Assim, a puberdade é o período crítico para o desenvolvimento de TA, e seus principais temas são o sexo e a agressividade e sua forma de expressão centralizada para os distúrbios alimentares: quando o comprometimento do ego é menos severo e persistem os recursos defensivos, prevalece o componente masoquista, a agressão é interiorizada e o resultado final é anorexia. Já, quando as funções do ego são severamente

comprometidas, com falência das inibições e controles, permanece o componente sádico da personalidade, e a resultante é a bulimia, com orgias alimentares, vômitos autoinduzidos e outras alterações de conduta.

O comportamento alimentar, geralmente, tem suas bases fixadas na infância, transmitidas pela família, sustentadas pela tradição, crenças, tabus, valores, que passam através das gerações. As práticas alimentares da primeira infância, por imitação e condicionamento, ficam profundamente arraigadas no indivíduo e trazem uma forte carga emocional, difícil de modificar. No entanto, este comportamento pode modificar-se em função de mudanças do meio, alterações quanto à importância social dos alimentos, modificações relativas ao nível de escolaridade do consumidor ou grau de exposição do mesmo aos canais de comunicação, ou ainda, mudanças relacionadas às necessidades psicológicas dos indivíduos⁸⁶.

Strober et al.⁷⁶ defendem que a AN e BN seriam doenças familiares, que os parentes de portadores de TA teriam maiores riscos de desenvolverem o transtorno, e que a anorexia ou bulimia estariam mais presentes entre familiares de pessoas com AN do que entre as pessoas ditas saudáveis.

Estudos afirmam que algumas características do funcionamento familiar influenciam no aparecimento de determinados quadros psicopatológicos. Observaram, também, que nas famílias de pacientes com TA, a aparência física, a reputação familiar e as conquistas pessoais são enfatizadas, a dieta do indivíduo refletiria a tentativa da família de adequar-se às exigências dos padrões sociais de boa aparência e sucesso³¹.

Deste modo, comparando as falas com a literatura, fica evidente a importância da participação da família no tratamento, não apenas para ajudar o paciente, mas especialmente para elucidar os conflitos e, assim, buscar caminhos mais saudáveis na relação entre seus membros.

5.2.4 O Trabalho em equipe

Neste tema são abordadas as características das equipes em que os profissionais estão inseridos e as atividades da equipe no tratamento. É possível observar o papel

fundamental da construção de uma aliança entre os membros da equipe para a recuperação do paciente:

5.2.4.1 Aspectos favoráveis

Para os entrevistados, o trabalho em equipe, além de transparecer um ambiente tranquilo e de boa comunicação entre os membros, foi visto como algo que oferece segurança, possibilidade de estudo e conhecimento, além de apoio e respeito:

“É sempre um grupo de estudo...e se tiver dificuldades ali se coloca...a gente troca idéia uma entre as outras...ninguém entra no trabalho do outro, isso é muito importante...respeitamos muito um trabalho da outra, estamos com dificuldades, vamos abordar como, vamos na psicóloga...sempre existe essa troca, principalmente entre a nutricionista e a psicóloga porque são os dois elos que pegam muito...”(Beatriz).

“A reunião comum acontece uma vez por mês, a reunião geral tá, daí se discute, normalmente tem uma palestra de atualização e aí as diretrizes gerais...sempre foi uma coisa tranquila e respeitosa de troca, né, de igual pra igual, né, desde que eu acho que as pessoas tenham um conhecimento de transtorno alimentar... eu acho que as nutricionistas são bastante valorizadas na área de TA, acho que fica muito claro, umas coisas que o psiquiatra não vai dar conta, que o psicólogo não vai dar conta...sozinha você não faz nada também né” (Débora).

“...o trabalho em equipe é fundamental, é essencial pra gente se apoiar no que o outro vê, no que o outro pensa em termos de profissão mesmo, do profissional, né, pra gente ter mais recursos, pra enriquecer mais o nosso repertório, a maneira da

gente trabalhar com o paciente, ampliar mais a nossa visão do paciente, da família, acho que contribui muito pra gente ter mais argumentos, mais informações e com isso melhorar o atendimento...”(Elisa).

“...comunicação muito boa, até hoje mesmo, a gente tava comentando isso na equipe, que melhorou muito a comunicação, eu acho que a gente tem, tem se falado mais...as pessoas ficavam com pouco um pouco de medo de dizer o que estava sentindo...agora a gente conseguiu abrir melhor...melhor impossível, todos são abertos a novidades, todos sabem ouvir muito bem, sabem se colocar no momento adequado...”(Carolina).

“...aqui no grupo, se eu falar preto, é provável que a psicóloga fale preto, e a psiquiatra fale preto, que a gente conversa pelo menos uma vez na semana sobre tudo, quando eu pego pacientes de outros terapeutas é bem provável que eu fale preto e o psiquiatra fale cinza, é só parecido mas não é igual, e já dá problema, então assim o nosso grupo funciona muito bem, nesse sentido todo mundo trabalha na mesma sintonia, quando sai da sintonia é bom o fato da interdisciplinaridade que a gente consegue falar no mesmo nível, no mesmo ritmo...a gente tem um grupo de revista quinzenal...nessa mesma reunião um artigo...é um privilégio para o nutricionista trabalhar com TA, porque é um dos poucos lugares aonde ele é exigido...”(Felipe).

“Muito conversado, muito falado, a gente faz um projeto terapêutico para cada paciente, né, então acabam ocorrendo dentro dessa equipe maior, a gente tem mini-equipes, né, que diz respeito a cada atendimento de pacientes e então a gente faz as conversas, se articula, sempre pensando nesse projeto terapêutico que é do paciente...tive período onde fiz a minha terapia e voltei a ela e eu faço supervisão junto com o grupo, porque realmente sem supervisão é difícil de se levar, você precisa ter uma supervisão...” (Alice).

Segundo Peduzzi⁵¹, o trabalho em equipe tem sido uma estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, processo que tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos

individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

Para Sapoznik et al.⁴³, o modo como os profissionais articulam o trabalho na equipe varia devido ao tipo de inter-relação que se estabelece entre eles. Mas independente dessas diferenças, o tratamento especializado em equipe multidisciplinar revela-se mais eficaz que atendimentos isolados e não-especializados, pois possibilitam diagnóstico preciso e atendimentos que abarcam as áreas etiopatogênicas e sintomatológicas, personalizam o tratamento e satisfazem as necessidades do paciente através de manejo efetivo e apropriado. Esses mesmos autores chamam a atenção para o fato de que os pacientes vinculam-se a certos profissionais, enquanto em relação a outros podem demonstrar sentimentos de rivalidade e hostilidade. Isso reflete uma reprodução do padrão familiar relacionado a alianças e exclusões. Assim, a equipe está sujeita a manipulações inconscientes tanto do paciente quanto de sua família. Os profissionais que lidam com TA, não devem estabelecer um jogo de forças, pois o paciente geralmente se opõe ao tratamento.

Em um estudo sobre a inserção do nutricionista na equipe de atendimento ao paciente em reabilitação física e funcional, os profissionais da equipe relatam que a presença deste profissional trouxe segurança, uma visão diferenciada e inovadora da Nutrição, porque nem sempre se tem a melhor informação sobre determinada profissão, pois eles percebiam as limitações do trabalho isolado. Observaram também um trabalho coletivo sem desigualdade, o que possibilita maior integração na equipe⁷¹.

Os nutricionistas da rede básica de saúde de Campinas enfatizaram a importância do trabalho em equipe, mas trouxeram insatisfações quanto à prática, pois o papel do nutricionista é desvalorizado por outros profissionais. Contam que o trabalho em equipe não acontece de fato, apenas introduziram-se particularidades de cada área¹¹.

No tratamento dos TA, o nutricionista apresenta uma função especial na equipe, realizando toda a orientação nutricional, desmistificando crenças, identificando erros alimentares que podem desencadear ciclos bulímicos, traça metas e busca soluções alternativas, com pequenos acordos, na maioria das vezes,

através da análise de diários alimentares⁴³.

O trabalho em equipe, do ponto de vista dos nutricionistas entrevistados e comparando com o que os autores acima descrevem, é algo que favorece o crescimento, pois permite um olhar amplo e oferece segurança. No entanto, exige dos profissionais capacidade de expressar sentimentos, saber olhar-se e olhar para o outro, pois, assim, o trabalho favorece um bom prognóstico. Para que isso ocorra a equipe deve estar integrada. De acordo com os participantes deste estudo, o nutricionista que atua em equipe de TA apresenta a vantagem de ser um profissional essencial e insubstituível, sentindo-se valorizado, o que não pode ser observado em outros estudos. Acredito que a sensação de valorização justifique o trabalho voluntário e o enorme interesse e dedicação demonstrados pelos participantes.

5.2.4.2 Dificuldades

Os nutricionistas citaram algumas dificuldades relacionadas principalmente à precariedade da estrutura física e à inexperiência de novos profissionais, conforme as falas abaixo denunciam:

“...habitualmente a gente não está atendendo anorexia nervosa, em função das complicações que elas podem acontecer. A gente não tem clínico que possa ajudar, e não tem estrutura na internação, aqui na santa casa...”(Carolina).

“...a gente já teve problema com residente que começa...está no primeiro ano de psiquiatria, não sabe nem o que é psiquiatria....daí eu acho que, eu sempre falei isso lá, que residente que entra tem que passar por um cursinho básico...já tive residente que disse: mas como o objetivo de vocês não é da uma dieta...de um modo geral, a não ser que você tenha problemas pessoais...”(Débora).

“...as dificuldades que a gente se depara, de pensar junto porque sempre surgem idéias novas, né, outros meios, outras formas de abordar o paciente, outras

estratégias. É, acho que é um trabalho árduo, né, apesar de ser difícil porque existem diversos olhares, diversas maneiras de pensar...” (Elisa).

O trabalho em equipe favorece o crescimento e a aprendizagem desde que os envolvidos sejam permeáveis ao novo, ao desconhecido, às mudanças, às críticas, pois o funcionamento de uma equipe não ocorre sem espaço para a reflexão, discussão das dificuldades, comuns, para a revisão de posturas, atitudes e condutas, que podem favorecer o paciente conforme uma atitude comum seja alcançada⁵¹. Este trabalho não pode perder de vista as finalidades a que se propõe, é necessário definir os objetivos a serem alcançados e ter um programa de ação⁵⁰.

Sendo assim, os profissionais de uma equipe necessitam de constante supervisão, visto que o estado emocional dela influencia o estado psíquico dos pacientes e seu desenvolvimento terapêutico. O tratamento busca a independência e autonomia do paciente, e isso requer o mínimo de capacitação profissional, maturidade pessoal incluindo confiança, tranquilidade, satisfação no trabalho e envolvimento⁴⁸.

Para a equipe, boas condições emocionais incluem remuneração adequada, horários e plantões não esgotantes, seleção de pessoal treinado, e, o que desenvolve a tolerância, a flexibilidade, a sensibilidade humana entre outros, que são características de personalidade próprias para o trabalho em saúde mental, reciclagens, além de supervisão constante do trabalho e da situação afetiva da equipe, realizada preferencialmente por um profissional de fora da equipe⁴⁸.

Para que um grupo de profissionais configure uma equipe, ele deve funcionar de modo cooperativo, de forma a haver complementariedade e não soma ou superposição. Contudo, trabalhar de modo cooperativo não implica trabalhar sem conflitos. A reflexão é extremamente importante, pois sem ela há possibilidade de um pragmatismo com tendência a se tornar repetitivo, estéril, estereotipado⁵⁰.

De uma forma geral, pareceu-me que os profissionais conseguem estabelecer uma relação simétrica, de igualdade no desenvolvimento dos atendimentos, tendo os valores de cada reconhecidos. As equipes parecem

funcionar sem muitas dificuldades e sempre de modo cooperativo, onde buscam apoio na maioria das vezes. As dificuldades enfrentadas por eles, como a falta de estrutura física e de profissionais qualificados, devem ser repensadas pelos serviços, pois dificultam a atuação do profissional e pode comprometer a qualidade do serviço e o prognóstico do paciente.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Palma F. Série paixão e fantasia: figura humana-simbolismo.[figura da Internet].
2009.Disponível em: <http://www.fernandopalma.com>.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi construído durante a minha caminhada no GRATA, quando entrei em contato com as consultas de nutrição, inicialmente como observadora, em 2006, mas principalmente quando estive à frente dos atendimentos. Fui percebendo a dificuldade de atuar no tratamento, já que a literatura é escassa e o quanto é preciso buscar subsídios para estar nessa área tão complexa e desafiadora.

Para isso, optou-se pela abordagem qualitativa e foram entrevistados os nutricionistas das regiões Sul e Sudeste do Brasil, onde está concentrada a maioria dos serviços especializados do país. Foram excluídos os serviços que não se constituíssem enquanto equipe e que não apresentaram nutricionistas na equipe, chegando-se em seis serviços: GRATA-HCFMRP-USP em Ribeirão Preto, AMBULIM-HCFMSP-USP e PROATA-UNIFESP em São Paulo, GOTA-IEDE e Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro e GEATA-CEAPIA de Porto Alegre. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado, sendo que as entrevistas foram áudiogravadas, realizadas na cidade de origem do serviço e transcritas na íntegra.

Afim de identificar o perfil dos nutricionistas que trabalham com TA e sua atuação no tratamento, os temas que emergiram foram o nutricionista, a função, o fazer e o trabalho em equipe. Dos seis profissionais, cinco são do sexo feminino, com idade entre 29 e 52 anos, apenas duas são casadas e uma delas tem filhos. Eles são formados em média, há aproximadamente 15 anos; 50% formou-se em faculdades públicas, todos fizeram especialização, sendo que dois profissionais cursaram somente especialização do tipo *lato sensu*, e os demais fizeram também o nível *stricto sensu*. A riqueza dos dados obtidos foi impressionante, pois os profissionais, além da grande experiência, são pioneiros nessa área de atuação, já que a maioria iniciou suas atividades com a construção do serviço, abrindo espaço para a nutrição. Mostraram-se altamente qualificados, pois além da assistência, estão inseridos na pesquisa e docência e trabalham, em sua maioria, voluntariamente no serviço de TA. Acredito ser esse o diferencial do trabalho, pois

eles afirmaram que, para atuar nesta área, em primeiro lugar é preciso gostar. Alguns nutricionistas iniciaram suas atividades ao acaso, pois não conheciam o assunto, mas independente da forma com que se envolveram com os TA, todos eles transmitiram gostar de algo que vai além da alimentação, e acredito que, por este fato, permanecem numa área complexa e desafiadora.

Nos diálogos com os nutricionistas, estes ressaltaram algumas competências e habilidades pessoais e profissionais importantes para o atendimento dos portadores de TA, como buscar conhecimento em outras áreas, principalmente a psicologia, ser observador, ter sensibilidade para falar, ouvir e acolher, ser paciente e ter uma atitude empática e de não julgamento. De acordo com os participantes, os cursos de graduação, na sua maioria, não abordam sobre os TA ou muito pouco, e o curso de nutrição tem formação mecanicista. Talvez por essa razão, exista tanta dificuldade para entender o psíquico, o subjetivo, sendo necessária uma formação que contemple o entendimento do psicológico, da subjetividade e das relações que o indivíduo estabelece com a cultura.

Como cada serviço tem seu protocolo de atendimento, é interessante pontuar algumas diferenças entre eles que chamaram a minha atenção. Em relação ao atendimento nutricional, apenas no AMBULIM este ocorre de forma grupal com aulas sobre a doença e alimentação e um momento para avaliar o diário alimentar. Percebi que optaram por esta forma de atendimento pela escassez de salas e profissionais, além de não oferecerem suporte psicoterápico para familiares de forma grupal ou individual.

No GOTA-IEDE, alguns pacientes realizam refeições junto da equipe, defendendo que esta estratégia pode melhorar o padrão alimentar daqueles. Ainda, oferecem atendimento nutricional sempre na presença de um acompanhante e também não oferecem suporte psicoterápico para a família.

O TAO é um serviço que, apesar de fazer parte do departamento de psiquiatria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, não tem vínculo com o hospital e, quando os pacientes precisam realizar exames ou serem internados, é preciso fazer isso de forma independente e em outro local. Por isso, optaram por atender apenas os portadores de bulimia nervosa, acreditando que estes apresentam menos complicações clínicas.

No GEATA-CEAPIA, fica a critério do paciente a presença do acompanhante durante as consultas individuais e este serviço também não

apresenta vínculo com algum hospital, o que dificulta a realização de exames e internações.

No GRATA, além dos atendimentos individuais, é oferecido também a modalidade grupal para os pacientes cuja coordenação é feita por psicólogos. Para os pais e/ou acompanhantes, essa modalidade acontece em um primeiro momento com nutricionista e médico e posteriormente, com psicólogos. No PROATA, também é oferecido atendimento psicoterápico individual, grupal e familiar.

Algumas dessas abordagens são pouco reconhecidas como efetivas; todavia, a falta de dados sobre a experiência de cada serviço impede conclusões mais definitivas.

Pude observar que em todos os serviços há escassa divulgação dos resultados do tratamento, pois não apresentam dados sobre abandono, recaída, alta, entre outros, o que deixa claro a necessidade dessa atividade científica.

Sobre as funções do nutricionista, ficou evidente que ele é um profissional essencial na equipe, pois é responsável não só pela rotina básica do atendimento nutricional, como pela definição do protocolo de seguimento. Dados que os objetivos do tratamento nutricional são vários e de complexa abordagem, o nutricionista deve buscar subsídios teóricos e estar atento às possíveis manipulações e manobras do paciente.

Acredito que a atuação torna-se mais aprimorada com o desenvolvimento de pesquisa e a realização de psicoterapia, pois os nutricionistas que não estão nessa situação deram um enfoque maior à alimentação desvinculada do sentido emocional.

Os participantes pontuaram alguns fatores favoráveis para sua atuação, como ser paciente, saber ouvir, ser observador, ter maturidade emocional, gostar do que faz, buscar conhecimentos em outras áreas, fazer psicoterapia e estabelecer vínculo. O apoio familiar também é algo importante para o sucesso do tratamento. Em relação às dificuldades, as principais são: lidar com sentimentos como frustração, impotência, perceber a manipulação do paciente, modificar os hábitos alimentares e ter uma abordagem psiconutricional.

O trabalho em equipe transpareceu como um ambiente tranquilo, de boa comunicação e que oferece segurança e respeito. Os nutricionistas sentem-se valorizados por serem essenciais na equipe. As dificuldades referem-se à falta de

estrutura física adequada e à inserção de novos profissionais sem experiência na área.

A escassez de estudos sobre o papel do nutricionista, não só nos TA, mas também em outras áreas, foi fundamental para o meu envolvimento para desenvolver este trabalho. Ao final deste, espero que os resultados obtidos possam proporcionar subsídios para revisão da estrutura curricular dos cursos de nutrição, permitindo que os novos egressos tenham condições de responder à demanda que a atuação nessa área exige.

Os desafios para o campo da nutrição, particularmente nos TA, são diversos, mas apontam para a possibilidade de apreender diferentes olhares e perspectivas na direção do diálogo interdisciplinar, tendo por intuito romper a formação tecnicista tradicional e promover a integralidade do cuidado em saúde.

Nesse sentido, realizar este estudo foi uma experiência enriquecedora para mim, uma vez que ao longo dessa construção, pude reformular conceitos e aplicar na minha prática clínica questões apreendidas nesse caminho.

Sem dúvida, um crescimento pessoal e profissional e a necessidade constante de um trabalho interno, que reflete a cada instante em todos os campos da minha vida.

REFERÊNCIAS³

- 1 Esperança LMB, Galisa MS, De Sá NG. Alimentação: o indivíduo, a sociedade e o profissional. In: Galisa MS, Esperança LMB, De Sá NG. Nutrição-conceitos e aplicações. 1ed. São Paulo: M. Books; 2008. 280 p.

- 2 Santos JTG. Como tornar-se especialista em nutrição. Dossiê CENDOTEC. Centro Franco-Brasileiro de Documentação Técnica e Científica. [documento da Internet]. 2007 [citado março 2007]. Disponível em: <http://www.cendotec.org.br/pdf/nutricaopt.pdf>.

- 3 Oliveira JED, Marchini JS. Ciências nutricionais. 2a ed. São Paulo: Sarvier; 2008; 784 p.

- 4 Vasconcelos FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. Rev Nutr. 2002;15(2):127-38.

- 5 Gil MF. Recursos humanos em nutrição no Brasil-nutricionistas. Cad. Saúde Pública.1986; 2(4):561-569.

- 6 Alves E, Rossi CE, Vasconcelos FAG. Nutricionistas egressos da universidade federal de Santa Catarina: áreas de atuação, distribuição geográfica, índices de pós-graduação e de filiação aos órgãos de classe. Revista de Nutrição. 2003; 16(3): 295-304.

- 7 Associação Brasileira de Nutrição. Histórico do nutricionista no Brasil – 1939 a 1989: coletânea de depoimentos e documentos. 1ed. São Paulo: Atheneu; 1991.444p.

- 8 Ministério da Educação e Cultura (MEC). Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer CNE/CES nº 1133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001 [documento da Internet]. 2001 [citado 3 fev 2009]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301EnfMedNutr.pdf>

- 9 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) . 40 anos de regulamentação da Profissão [documento da Internet]. 2005. [citado 3 fev 2009]. Disponível em : <http://www.cfn.org.br/>

- 10 Silva NF. O que o nutricionista faz pelo Brasil [documento da Internet]. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas; dez. 2008 [citado 10 jan 2009]. Disponível em: http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/O_que_o_nutricioniista_faz_pelo_Brasil_Nelcy.pdf

³ De acordo com o Estilo Vancouver (2009).

11 Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na rede básica de saúde dos municípios da região metropolitana de Campinas. *Revista de Nutrição*. 2006; 19(4): 413-424.

12 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Resolução n. 200/98. Publicada no Diário da União em 08 de março de 1998. Dispõe sobre o cumprimento das normas de definição de atribuições principal e específica dos nutricionistas conforme a área de atuação. [documento da Internet]. [citado 28 jul 2004] Disponível em: <http://cfn.org.br/legislacao/resolucao/res200.htm>.

13 Hoek HW. Review of the epidemiological studies of eating disorders. *Int. rev. Psychiatry*. 1993; 5: 61-74.

14 Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population – based-study. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 917-922.

15 Oyewumi LK, Kazarian SS. Abnormal eating attitudes among a group of nigerian youths: II Anorexic behaviour. *East Afr Med J*. 1992; 69: 667-669.

16 Pinzon V, Gonzaga AP, Cobelo A, Labaddia E, Belluzo P, Fleitlich-Bilyk B. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do Protad. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2004; 31(4): 167-169.

17 Miranda MR. O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 2004; 38(2): 309-334.

18 Duarte ACG. Avaliação nutricional: Aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu; 2007. 607p.

19 Bruch H. Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and person within. 2ed. New York: Basic Books; 1973. 389 p.

20 Nunes MA, Appolinário JC, Galvão AL, Coutinho W e colaboradores. Transtornos alimentares e obesidade. 2 ed. Artmed, Porto Alegre, 416 p.

21 Crisp AH, Palmer RL, Kalucy RS. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *Br J Psychiatry*. 1976; 128: 549-554.

22 Ribeiro RPP, Santos PCM, Santos JE. Distúrbio da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. In: Simpósio de Nutrição Clínica, cap. IV. *Revista de Medicina*. 1998; 31: 45-53.

23 Santos PCM, Junior NY, Pessa RP, Santos JE. Anorexia nervosa e bulimia: aspectos psicopatológicos, demográficos, diagnósticos e clínicos. *Revista ABP-APAL*. 1988; 10(2): 35-41.

- 24 Busse SR. Anorexia, bulimia e obesidade. 1ed. Barueri: Manole; 2004. 380.
- 25 Ribeiro RP, Santos JE, Santos PCM. Como diagnosticar e tratar anorexia nervosa e bulimia. *Revista Brasileira de Medicina*. 1990; 47: 155-169.
- 26 Morgan CM, Negrão AB, Vecchiatti IR. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002; 24(3): 18-23.
- 27 Oliveira FP, Bosi MLM, Vigário PS, Vieira RS. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2003; 9(6): 15-21.
- 28 Andrade A, Bosi MLM. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição*. 2003; 16(1): 117-125.
- 29 Neumark SD, SD, Paxton S, Hannan P, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J Adolesc Health*. 2006; 39: 244-251.
- 30 Fernández AF, JM, Jimenez-Murcia S, Krug I, Vallejo-Ruiloba J. Blindness and bulimia nervosa: a description of a case report and its treatment. *Int J Eat Disord*. 2006; 39: 263-265.
- 31 Souza LV, Santos MA. Anorexia e bulimia: conversando com as famílias. 1ed. São Paulo: Vetor; 2007. 128 p.
- 32 Cobelo AW, Schomer EZ. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2001; 31(4): 184-187.
- 33 Hay PJ. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002; 24(3): 13-17.
- 34 Pawluck DE, Gorey KM. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population-based studies. *Int J Eat Disord*. 1998; 23: 347-352.
- 35 Ambulim Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares [homepage da Internet]. Sobre o ambulim [documento da Internet]. [citado 7 jan 2009]. Disponível em: <http://www.ambulim.org.br/sobre.php>
- 36 Oliva CAG, Fagundes U. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. *Psiquiatria na prática médica*. [documento da Internet]. 2001. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_06.htm.

37 Morgan CM, Azevedo AMC. Aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares [seriado da Internet]. Psychiatry On-line Brazil (3) Fev. 1998 [citado 20 maio 2007]. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/culture.htm>

38 American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado. Trad. C Dornelles. 4ed.. Porto Alegre: Artmed; 2002. 525-565 p.

39 Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.173-177p.

40 Devoraes AMR, Fagundes U. Avaliação e orientação nutricional. In: Claudino A. M, Zanella MT. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: transtornos alimentares e obesidade. 1ed. São Paulo: Manole; 2005. 127-135p.

41 Cordás TA, Borges VC, Waitzberg DL. Transtornos do comportamento alimentar: anorexia e bulimia nervosas. In: Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2004. 1856p.

42 Farrell E. Lost for words: the psychoanalysis of anorexia and bulimia [books on the Internet]. London: Process Press; 1998 [cited 2008 Jun 10]. Available from: <http://www.human-nature.com/farrell/contents.html>

43 Sapoznik A, Bueno MO, Lobão BF. Tratamento – aspectos gerais. In: Claudino AM, Zanella MT. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: transtornos alimentares e obesidade. 1ed. São Paulo: Manole; 2005. 111-118p.

44 Fagundes U, Oliva CAG. Avaliação e tratamento das complicações médicas. In: Claudino AM, Zanella MT. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: Transtornos alimentares e obesidade. 1ed São Paulo: Manole; 2005. 119-126p.

45 PROATA Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares. Assistência [documento da Internet]. [citado 7 jan 2009]. Disponível em: <http://www.proata.cepp.org.br/assistencia.html>>

46 Derman T, Szabo CP. Why do individuals with anorexia die? A case of sudden death. Int J Eat Disord. 2006; 39: 260-262.

47 Sicchieri JM, Bighetti F, Borges NJBG, Dos Santos JE, Ribeiro RPP. Manejo nutricional nos transtornos alimentares. In: Simpósio de Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia nervosas. Revista de Medicina; 2006; 39(3): 371-374.

48 Botega NJ, Dalgalarrrondo P. Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico. 1ed. São Paulo: Hucitec; 1993.116p.

49 Scherer EA, Campos MA. O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. In: Maturano EM, Loureiro SR, Zuardi AW, organizadores.

Estudos em Saúde Mental. Ribeirão Preto: Comissão de Pós-graduação em Saúde Mental - FMRP/USP; 1997. p. 264-85.

50 Campos MA. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1992; 41(6): 255-257.

51 Peduzzi M, Campos MA, Santos SA. O papel da enfermagem em uma equipe multidisciplinar de um hospital-dia psiquiátrico universitário. *Neurobiol*. 1985; 48(1): 103-112.

52 Cordás TA. Transtornos alimentares em discussão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2001; 23(4): 178-179.

53 Cabrera CC. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. In: *Simpósio de Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia nervosas*. *Revista de Medicina*. 2006; 39(3):375-380.

54 Silva LM, Santos MA. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. *Revista de Medicina*. 2006; 39(3): 415-424.

55 American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2001, 101 (7): 810-819.

56 Monteiro dos Santos PC, Lucif Junior N, Ferronato MA, Dutra de Oliveira JE, Dos Santos JE. Anorexia nervosa: uma revisão clínica de 12 casos. *Rev Paul Med*. 1986; 104(5):240-6.

57 Monteiro dos Santos PC, Lucif Junior N, Pessa RP, Dos Santos JE. Anorexia nervosa e bulimia: aspectos psicopatológicos, demográficos, diagnósticos e clínicos. *Rev Bras Psiq*. 1988; 10(2):35-41.

58 Dos Santos JE. GRATA: nossa história, trabalho e desafios. *Revista de Medicina*; 2006; 39(3):323-326.

59 Bighetti F, Santos MA, Ribeiro RPP, Oliveira EA, Unamuno MRL, Dos Santos JE. Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia nervosas. Programa de atualização em enfermagem, saúde do adulto. 1ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. 9-45 p.

60 Barreto ALH, Figueiró AS, Soares RM. Padrão alimentar e manejo nutricional dos transtornos alimentares. In: Nunes MA, Appolinário JC, Galvão AL, Coutinho W e colaboradores. 2ed.. Porto Alegre: Artmed; 2006. 416p.

61 Komender J, Popielarska A, Tomaszewicz-Libudzik C, Jagielska G, Brzozowska A, Wolaahczyk T. Follow-up study of adolescents with anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*; 1998; 32: 759-769.

- 62 Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 2002; 24(3): 7-12.
- 63 Cunha SF, Sicchieri JM, Calil LC. Transtornos alimentares. In: Vannucchi H, Marchini JS, organizadores. *Nutrição clínica*. 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. 482.
- 64 Alvarenga M, Larino MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 2002; 24(3): 39-43.
- 65 Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 9a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.406p.
- 66 Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2007.320p.
- 67 Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Trad MJ Alvarez, SB Santos, TM Baptista. Porto: Editora Porto, 1997. 335.
- 68 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 1ed. São Paulo: Atlas; 1999. 206p.
- 69 Martins J, Bicudo MAV. Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. Edição. São Paulo: Moraes; 1983.80p.
- 70 Akutsu RC. Brazilian dieticians: professional and demographic profiles. *Revista de Nutrição*. 2008; 21(1):7-19.
- 71 Oliveira TRPG, Radicchi ALA. Inserção do nutricionista na equipe de atendimento ao paciente em reabilitação física e funcional. *Revista de Nutrição*. 2005;18(5): 601-611.
- 72 Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(7):1674- 1681
- 73 Gambardella AMD, Ferreira CF, Frutuoso MFP. Situação profissional de egressos de um curso de nutrição. *Rev Nutr*. 2000;13(1):37-40.
- 74 Amorin STSP, Moreira H, Carraro TE. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. *Rev Nutr*. 2001;14(2):111-8.
- 75 Analoni JA. Situação de trabalho dos nutricionistas em empresas de refeições coletivas de Minas Gerais: trabalho técnico, supervisão ou gerência?. *Revista de Nutrição*. 1999; 12(3): 241-260.

- 76 Strober M, R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled I. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry*. 2000;157(3):393-401.
- 77 Bosi MLM. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. 1ed. São Paulo: Hucitec; 1996.214 p.
- 78 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Caderno de Saúde Pública*. 2004; 20:1400-10.
- 79 Zimerman DE, Osório LC, organizadores. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.205-217 p.
- 80 American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1-39.
- 81 Latterza AR, Dunker KLL, Scagliusi FB, Kemen B. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin*. 2004;31(4):173-6.
- 82 Story M. Nutrition management and dietary treatment of bulimia. *J Am Diet Assoc*. 1986;86:517-9.
- 83 Smith CF, Williamson DA, Bray GA, Ryan DH. Flexible vs. rigid dieting strategies: relationship with adverse behavioral outcomes. *Appetite*. 1999;32:295-305.
- 84 Boog MCF. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. *Saúde Rev*. 2004; 6(13): 17-23.
- 85 Cerqueira MT. Educación en nutrición: metas e metodología. *Bol Of Sanit Panam*. 1985;99:498-509.
- 86 Motta DG, Boog MCF. Educação nutricional. São Paulo: Ibrasa; 1994.19-37p.
- 87 Rock CL, Curran-Celentano J. Nutritional management of eating disorders. *Psych Clin North AM*. 1996;19:701-13.
- 88 Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1998.
- 89 Chandler AE. Efectos terapêuticos del vínculo M. P. en la anorexia nerviosa [seriado na Internet]. *Rev Asoc Med Argentina*. 1998;(4) [citado 21 jun 2007]. Disponível em: http://ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=95
- 90 McDougall J. Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise. 2a ed. Trad PHB Rondon. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
- 91 Nascimento AL, Luz MP, Fontenelle LF. Co-morbidade psiquiátrica nos transtornos alimentares. In: Nunes MA. Appolinário JC, Galvão AL, Coutinho W e

colaboradores.. Transtornos alimentares e obesidade. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 83-94p.

92 Hans CS. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am. J. Psychiatry. 2002; 159 (8), p 1284-1293.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Marina Garcia Manochio, sou nutricionista e aluna do Programa de Pós-Graduação (nível mestrado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre o perfil e atuação do nutricionista no tratamento dos transtornos alimentares. Este estudo visa identificar o papel do nutricionista junto à equipe multiprofissional e no manejo com os portadores dessas doenças apontando elementos que subsidiem o aprimoramento dessa assistência.

Dessa forma, estou lhe convidando a fazer parte deste estudo concedendo uma entrevista que será realizada por mim em data, local e horário a ser combinado em ambiente adequado, determinado por você, para que possa garantir o sigilo e privacidade para este procedimento. Ela será composta por perguntas abertas e fechadas as perguntas fechadas se referem aos seus dados demográficos (idade, formação e atuação profissional) e as perguntas abertas serão relativas às atividades desenvolvidas por você no tratamento dos transtornos alimentares junto aos pacientes e à equipe multidisciplinar. Essa parte da entrevista será áudio-gravada e posteriormente transcrita integralmente para análise de dados, que serão avaliados qualitativamente. O tempo total previsto para essa entrevista será de 40 minutos.

Será garantido a você total liberdade de se recusar a participar desse trabalho, retirar seu consentimento ou esclarecer dúvidas a qualquer momento, sem penalização alguma. Não há previsão de gastos, assim como remuneração. Também, nos colocamos à disposição nos telefones abaixo.

Os resultados obtidos só serão divulgados com finalidade de divulgação científica, sendo que sua identidade será preservada no anonimato e será garantida a você uma cópia deste termo assinada.

Eu,.....RG:.....declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa e recebo cópia desse documento.

Ribeirão Preto,.....de.....de 200....

Assinatura do Participante

Marina Garcia Manochio
Assinatura da Pesquisadora

Marina Garcia Manochio: Endereço: Rua Coronel Tamarindo, 3665; bairro: Pq. São Jorge – Franca-SP; fone (16) 81114194 / (16) 3723-7813
Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro: fone (16) 3602-3403

APÊNDICE B - Roteiro de entrevistas

IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: () feminino () masculino
2. Idade:.....anos
3. Estado civil:.....
4. Tem filhos? Sim () Não () Quantos ?.....

FORMAÇÃO E ATIVIDADE PROFISSIONAL

5. Onde concluiu o curso de graduação em nutrição?.....
6. Há quanto tempo ?anos
7. Fez outro curso de graduação ? Sim () Não () Qual?.....
8. Fez algum curso de especialização? () Sim () Não () Em andamento () Qual?..... Ano:.....
- Carga Horária total:.....
9. Fez pós-graduação stricto-sensu ? Sim () Não () Mestrado: () Sim () Não () Em andamento Tema da Dissertação:..... Ano de conclusão:..... Instituição.....
- Doutorado: () Sim () Não () Em andamento Tema da Tese:..... Ano de conclusão:..... Instituição
10. Em qual instituição trabalha com transtornos alimentares ?
11. Há quanto tempo?.....
12. COMO E QUANDO INICIOU O SERVIÇO ONDE ATUA?
13. FALE UM POUCO SOBRE O FUNCIONAMENTO DESTE SERVIÇO (FREQUÊNCIA, NÚMERO DE PACIENTES, ETC)
14. É vinculada oficialmente à instituição ? Sim () Não ()

15. Qual é a sua jornada diária de trabalho nesta instituição ? horas
16. Desenvolve outra atividade profissional ? Sim() NÃO ()
Qual/Onde?.....
17. Qual é a sua jornada diária/semanal total de trabalho ?horas

PERGUNTAS ABERTAS:

18. O que motivou você a trabalhar com transtornos alimentares?
19. Que competências e habilidades você acha que o nutricionista deve ter para atuar nessa área?
20. Como está configurada a equipe no serviço em que você atua? Como é construída a equipe da nutrição? (profissionais, estagiários, alunos)
21. Fale-me sobre seu trabalho no serviço onde atua (papel, quais são as tarefas específicas do nutricionista, atividades desenvolvidas, como se dá o trabalho em equipe)
22. Conte-me sobre a rotina dos atendimentos (com que frequência acontecem, como são feitas as consultas, quanto tempo duram, que estratégias utiliza com os familiares, se houver)
23. Qual sua percepção em relação a esse tipo de atuação (facilidades e dificuldades junto ao paciente, no atendimento às pacientes, que recursos/estratégias utiliza, se busca apoio e onde busca, equipe)
24. Quando você acha que um paciente obteve “melhora”? O que você considera ser “melhora”? Em sua prática profissional, qual a porcentagem de pacientes que conseguem obter “melhora”? Qual a porcentagem de “recaídas”? Que fatores levam à “recaída”?
25. Gostaria que você pensasse em um caso que mostrou evolução favorável. Que características têm esse paciente? Que ingredientes favoreceram, na

sua opinião, a melhora? Agora o oposto, lembre de um caso que não apresentou evolução favorável. Que características têm esse paciente? Que ingredientes favoreceram, na sua opinião, a recaída?

26. Qual a sua opinião sobre a formação obtida na graduação para este tipo de atuação? Você teve algum conteúdo sobre TA na graduação? (se sim, foi suficiente ou houve necessidade de complementação? Se não, como e onde buscou esse aprimoramento?)
27. Tem alguma pergunta que eu não fiz de que você gostaria de falar? Tem algum aspecto, do que falamos, que gostaria de aprofundar?
28. Como avalia essa entrevista?

APÊNDICE C – Transcrição da entrevista com Alice

Entrevistadora: Qual a sua idade?

Alice: 42.

E: Estado civil?

Alice: Casada.

E: Tem filhos?

Alice: 2.

E: E onde você concluiu o curso de graduação e nutrição?

Alice: Na faculdade de saúde pública da USP.

E: Aqui?

Alice: Em São Paulo.

E: Há quanto tempo você concluiu o curso, a graduação?

Alice: 20 anos.

E: 20 anos, é?

Alice: Em 86.

E: 86.

Alice: É, 1986, século passado... risos

E: Você fez outro curso de graduação?

Alice: Não, eu iniciei posteriormente ciências sociais na USP também, mas eu fiz só um ano, aí eu parei não eu gostei, eu gosto muito, mas acontece que não deu pra eu conciliar todas as coisas. Eu fui fazer esse curso, mais como um hobbie, não como cultura, então, mas não deu pra continuar.

E: Fez algum curso de especialização?

Alice: Fiz.

E: Qual?

Alice: Eu fiz um curso de especialização e nutrição clínica, fiz um curso de especialização de nutrição esportiva e transtorno alimentar.

E: O de nutrição clínica foi como?

Alice: O de nutrição clínica foi em 90.

E: Com carga horária total mais ou menos de quanto?

Alice: 90 não, desculpa o de nutrição clínica foi em 99, tá, a carga horária dele eu não vou me lembrar, eu sei que foi um ano e meio.

E: Hum, hum... A de nutrição esportiva?

Alice: Foi, ham... Um pouquinho mais pra frente, foi em 2001, mas foram 6 meses.

E: Aqui todos?

Alice: Todos em São Paulo.

E: Todos em São Paulo, e de transtorno alimentar?

Alice: De transtorno alimentar, na verdade eu não fiz um curso específico, porque eu entrei há 8 anos atrás praticamente, no ambulatório do Proata, e lá não tínhamos nutricionista, então eu fiquei praticamente durante 5 anos, fazendo todo, fui estudando, aprendendo dentro do serviço e logicamente aí eu me qualifiquei e tenho então especialização, na verdade não foi.

E: Não foi um curso?

Alice: Não foi um curso planejado, foi um curso de prática.

E: Na prática mesmo?

Alice: Estudo mesmo, de ter de construí o conhecimento.

E: Você fez pós-graduação stricto-sensu?

Alice: Eu to matriculada no mestrado.

E: Aqui?

Alice: Aqui.

E: Aqui na USP?

Alice: Na UNIFESP, no departamento de psiquiatria.

E: E qual é o tema da sua dissertação?

Alice: Bom, eu vou, o tema é muito grande, mas eu diria o seguinte: é um estudo de consumo alimentar, eu estou pesquisando o consumo alimentar de paciente com compulsão alimentar periódica, que participaram de um estudo, e envolvendo o uso de medicamento específico e, ham, terapia cognitiva temperamental, então, eu vou avaliar mudança de comportamento alimentar e de habito alimentar desse pacientes, no inicio antes de iniciar o projeto e ao final.

E: Você começou esse ano?

Alice: Eu comecei a elaborar o ano passado, mas é esse ano.

E: Esse ano que você entrou?

Alice: Mas esse ano que eu entrei mesmo.

E: Em qual instituição que você trabalha com transtorno alimentar?

Alice: Na UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo.

E: Há quanto tempo?

Alice: Desde 2000, desde abril de 2000.

E: Como e quando iniciou o serviço onde atua?

Alice: o serviço iniciou suas atividades em 1994, a partir da reunião de profissionais pesquisando e assistindo pacientes de transtornos alimentares em dois serviços existentes na época: PROAD (Programa de Orientação e Assistência a Dependentes) e PRODOC (Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Distúrbios Obsessivo-Compulsivos).

E: Fale um pouco sobre o funcionamento deste serviço (atividades, profissionais, frequência, número de pacientes, etc)

Alice: O serviço possui em seu quadro de profissionais psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais assim como estagiários e residentes destas áreas, prestando assistência e realizando pesquisa e treinamento. São atendidos pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa e TCAP, além de TANEs. O ambulatório atende às terças e quintas-feiras, das 8:30h às 17h e em 2007 foram atendidos 107 pacientes.

E: Você é vinculada oficialmente nesta instituição?

Alice: Não, sou voluntária.

E: Quais as jornadas diárias de trabalho nessa instituição?

Alice: É, são... lá 2 vezes por semana, é, de terça-feira são 8 hr de trabalho e na quinta-feira são mais 4, então, perfazem mais ou menos 12 hr semanais, de 12 a 15 hr semanais. eu trabalho

E: Você desenvolve outra atividade profissional?

Alice: Sim, eu trabalho em consultório particular como nutricionista.

E: Qual sua jornada semanal de trabalho?

Alice: Olha jornada diária ela oscila, né, tem alguns períodos, alguns dias que eu trabalho em horários diferenciados, quantas horas que isso dá no total eu ainda não fiz as contas, mas deixa eu ver, segunda-feira são 4 hr, terça-feira eu estou no ambulatório, quarta-feira são mais 6 ou 7 hr, o que dá 10hr, quinta-feira são mais 5 hr, o que dá 15hr, sexta-feira são mais 6 hr, umas 20,22 horas mais ou menos por semana.

E: O que motivou você a trabalhar com transtorno alimentares?

Alice: Ham... Eu diria uma afinidade com a problemática, dentro de o comportamento alimentar, e o que eu sempre me interessei, desde a época da graduação.

E: Não foi, é nenhum problema na família, ou um contato direto com a doença?

Alice: Não, não, foi realmente de me interessar pelo assunto, de enfim de querer conhecer mais.

E: Aí, você entrou no serviço, você procurou?

Alice: Não, eu fui convidada pra participar de algumas reuniões, eu tenho uma pessoa conhecida, amiga minha, né, que ela trabalhava, tinha uma outra conhecida que estava nesse ambulatório, que tava precisando de uma nutricionista neste serviço. Eles prestaram, eles tiveram colaboração de algumas pessoas, mas acabou não, não, dando certo e como eu estava num período em que estava sem atividade, tava querendo enfim, replanejar a minha carreira e ela ofereceu se eu queria ir, era uma coisa que eu já queria, era uma oportunidade, eu falei: eu vou lá conferir, pra ver como que é, e fiquei até hoje, comecei a participar do grupo, das reuniões, depois de um bom tempo eu comecei a colaborar na assistência, e aí foi seguindo até agora.

E: Que competência e habilidades um nutricionista deve ter nessa área?

Alice: Bom, eu acho uma coisa muito importante, um nutricionista precisa ter conhecimentos de psicopatologia, isso é muito importante, algo que a gente não tem na nossa formação. Então psicopatologia é fundamental, isso eu acho que, com conhecimento é um pré-requisito, é. E eu acho que existe outros, outros requisitos que diz respeito também ao tratamento, então tem que ser um profissional que tem que ser articulado dentro de uma equipe, porque ele vai trabalhar dentro de uma equipe ante profissional, é necessário que ele tenha conhecimentos habilidades em psicologia, é preciso saber ouvir, compreender, acolher, e dar um retorno adequado ao paciente, isso não quer dizer fazer terapia, mas saber ouvir, encaminhar, isso quando necessário, ham, é preciso dentro disso que a gente tem muito mais, ham... Que a gente vê particularidade no atendimento, você te, que ter uma paciência, tem que ter uma escuta diferente, a intervenção, nem sempre, ham... Como a preconizada com a nutricionista, eu costumo dizer que o nutricionista tem desaprender um pouco, o que é ser um nutricionista, aquilo que a gente aprende na faculdade pra ter outra atuação, porque você não consegue fazer recomendações, fazer as orientações dietéticas como são necessárias, às vezes você não consegue nem se quer o paciente como, mas se você conseguir com que ajude o paciente a ter um bom vínculo com você, ele, isso vai ser importante para o tratamento, então, daí se torna, do vínculo se torna saber, fazer, manter e este vínculo é muito

importante. Eu diria que esta nisso daí, logicamente tem que ter o conhecimento, sobre questões muito específicas da patologia e, enfim, eu acho que esta mais no campo da habilidade saber lidar, saber tratar o paciente, saber que você vai ser um profissional mais colaborador do que uma pessoa mais controladora, é nessa linha.

E: Você falou que tem, é que saber ouvir diferente, né?

Alice: É, mas...

E: Ouvir diferente, como assim?

Alice: O transtorno alimentar envolve diretamente, eu diria assim: o remédio principal é a comida, mais muitas vezes, é, não é a comida naquele momento, tem muitas coisa que estão envolvidas no ato de comer ou não comer, né, então você tem que saber ouvir isso, né, porque ele pode não precisar comer naquele momento, e não consegue comer naquele momento, então mas você tem que aprender realmente negociar, saber o que é possível, ou perceber essa outra necessidade que ta embutida, ta subscrita né...

E: Como está configurada a equipe no serviço em que você atua?

Alice: Bom, a gente tem um numero de profissionais que eu acho que ultrapassa, são 20 poucos profissionais, ham... A maioria deles são voluntários, a gente só tem 2 pessoas, 2 não na verdade 4 pessoas que são ham... Tem vínculo mesmo com a instituição, nos temos no nosso quadro psiquiatras, temos também psicólogos, temos nutricionistas e, ham... Terapeuta ocupacional, e também como a gente tem um curso de especialização, atualização, na verdade que corre paralelo a gente também tem estagiários em todas essas áreas.

E: E a equipe de nutrição, como é constituída?

Alice: Tem, é, são, é uma, são 2 nutricionistas na equipe fixa, e atualmente a gente tem 1 estagiário.

E: Tem alguma supervisora?

Alice: Eu sou a supervisora da nutrição, eu faço a supervisão.

E: Além do atendimento?

Alice: Eu faço a supervisão da nutricionista, o ano passado a gente tinha uma, eram 2 estagiarias, então, eu me encarregava também supervisionar o trabalho delas, os casos e também da outra nutricionista.

E: Então todos os estagiários são desse curso de atualização?

Alice: Sim, são vindos desse curso.

E: Fale-me sobre seu trabalho, no serviço onde atua, seu papel, quais as tarefas específicas de um nutricionista.

Alice: Ta, então assim, é o meu papel ou o que faz a nutricionista?

E: O seu papel?

Alice: O que eu faço lá? Bom, então como eu fui a primeira nutricionista, né a se vincular de fato no serviço, eu, o meu papel, o meu objetivo principal é criar um serviço de nutrição, né, de atendimento e nutrição, então eu fiquei sozinha por muitos anos, depois veio essa outra, outra estagiaria que depois acabou entrando na equipe, então eu fiquei com os atendimentos, eu fazia todos os atendimentos, ham... Em nutrição, participava das reuniões, participo, né, das reuniões administrativas, clínicas, supervisão, eu sempre fiz, faço parte da supervisão, sou supervisionada também, a gente tem uma supervisão de todo o grupo, que acontece, faço supervisão da estagiaria, me ocupo das aulas, de curso de nutrição, né, então, basicamente eu faço isso, meu trabalho tem que ser voltado atualmente para estruturar melhor esse serviço de nutrição.

E: E quais são as tarefas específicas do nutricionista?

Alice: Como assim?

E: Não, o tratamento de transtorno alimentar.

Alice: A ta, o quê que eu faço? Bom, então vamos lá, manifestações técnicas, eu faço avaliação nutricional desse paciente, completa, né, a partir dessa avaliação nutricional, eu faço a recomendação de terapia, e essa avaliação tem particularidades, depende da patologia, e dependendo do momento do paciente, né, aquilo que como a gente tem um trabalho com a equipe, a gente vai decidir, eu decido junto com o medico o quê que vai ser prioridade, então a partir dessa avaliação eu vou solucionar, perceber o que é mais importante naquele momento, e quais serão as metas do tratamento, discutir junto com o medico, e a gente coloca em pratica ta, esqueci de dizer que entre as atribuições da pergunta anterior, eu também dou aula, participo no grupo de orientação psicodinâmica, que a gente tem com paciente de bulimia e transtorno da compulsão alimentar, então as aulas de nutrição também são feitas por mim.

E: Para os pacientes?

Alice: Para os pacientes.

E: São semanais essas aulas?

Alice: São esses grupos psicodinâmicos de psicodinâmica, psicoeducacional, eles funcionam periodicamente, então é um grupo de que tem um tipo de paciente que são acompanhados por 14 semanas, então são grupos que se formam, encerram e começam num outro período.

E: E como se dá o trabalho em equipe?

Alice: Muito conversado, muito falado, a gente faz um projeto ao terapêutico para cada paciente, né, então acabam ocorrendo dentro dessa equipe maior, a gente tem mini equipes, né, que diz a respeito a cada atendimento de pacientes e então a gente faz as conversas, se articula, sempre pensando nesse projeto terapêutico que é do paciente.

E: Conte-me sobre a rotina dos atendimentos. Isso, começando assim sobre a frequência, é sempre semanal?

Alice: Depende ta, cada paciente tem uma demanda diferenciada, mas eu diria que a gente pode, é, agrupar isso em 3, ham, 3 formas.

Alice: Bom é, então a rotina, os atendimentos eles podem ser divididos mais ou menos por patologias, né, mas eu diria que em regra geral, os pacientes com anorexia, que estão com baixo peso, eu os vejo semanalmente ta, quando eles avançam pouco mais, a gente já fica em uma outra fase mais estável, a gente vai aumentando esse intervalos , 2 semanas,3, mas muito lá na frente, né, pacientes com bulimia inicialmente, tudo depende da fase do tratamento, mas eu procuro começar,é, eu tenho um inicio, ham..., intervalos semanais, né, porque você ta instalando a dieta, fazendo alguns cuidados aí com relação esse manejo alimentar e depois eu faço intervalos um pouco maiores, 2 semanas em media, porque como a gente vai trabalhar com mudança de comportamento alimentar eu não tenho condição, basicamente, porque é uma coisa muito importante na bulimia, nem sempre a gente tem , é coisas acontecendo assim num intervalo tão curto de 1 semana, então eu tenho que aumentar isso, e pacientes com compulsão alimentar eu tenho inicialmente um cuidado semanal também, mas depois eu tenho que aumentar isso, as vezes pra 2 ou 3 semanas dependendo da fase.

E: Você teria uns 3 tipos de pacientes?

Alice: Eu tenho os 3 tipos de pacientes, as demandas são diferentes.

E: Como são feitas as consultas?

Alice: Como são feitas?

E: Hum, hum...

Alice: Em que sentido?

E: De que forma, assim, você vai pensar como que é a rotina de seus atendimentos? E como que você aborda, como que você conduz os seus atendimentos?

Alice: Então, eu tenho uma conversa inicial, peço um pouco que o paciente conta a história dele, de, de tratamento, e, e de que forma ele acha que eu posso colaborar nesse tratamento, né, então eu prossigo com a avaliação nutricional, é, muito raramente eu já faço uma orientação dietética no mesmo dia, é claro que isso depende do paciente, tem pacientes com anorexia restritiva, muito baixo peso, eu tenho que já sair com combinados dessa consulta, e as vezes essa consulta se torna muito demorada, um primeira consulta, uma hora e meia sem muito esforço, hã, então eu costumo fazer essa avaliação e aí depois eu faço uma devolutiva num outro atendimento, eu costumo sempre junto ao paciente ta fazendo os combinados, eu não ta, eu não imponho uma dieta, lógico, tenho alguns parâmetros, algumas coisas mínimas, mas a gente, eu tenho por habito, sobre tudo nesses pacientes, é fazer um combinado daquilo que a gente vai ter, a gente vai decidir juntos o quê que vai ser o esquema alimentar.

E: São cardápios feitos em programas, ou esquema mesmo?

Alice: Olha eu uso alguns programas pra, eu uso Diet pro pra fazer avaliação né, a partir disso eu monto cardápios, às vezes, muitas vezes eu monto aqui, junto com o paciente, eu sei de algumas coisas e a gente vai decidir juntos.

E: De acordo com a aceitação?

Alice: Exatamente:

E: A parte de avaliação antropométrica, vocês quais são os instrumentos que vocês utilizam?

Alice: Lá no serviço?

E: É

Alice: A gente utiliza peso, estatura, as circunferências?

E: E quanto tempo dura essa consulta? Você falou que a primeira dura por volta de uma hora e meia, e os retornos?

Alice: Por volta de 40 a 50 minutos.

E: E que estratégia utiliza com os familiares?

Alice: Hum, hum Bom inicialmente é preciso ouvir o paciente, conhecer, saber a demanda dele, hã, saber um pouco que é essa relação familiar, aí depende disso,

eu vou incluir um familiar ou não, depois eu costumo assim, depois que eu avaliei um paciente e a gente combinou algumas coisas eu incluo familiar, claro que isso também inclui, depende da faixa.

E: Todas as consultas?

Alice: Não, em algumas, quando eu preciso fazer alguma orientação, quando eu preciso dizer algumas coisas, que eu preciso que este familiar faça, providencie né, para a casa, mas quando é adolescente, o, o final da consulta eu reservo um tempo pra que esse familiar ou cuidador entre na consulta e a gente tem que conversar.

E: Não tem um grupo de familiares no serviço?

Alice: Tem, tem um grupo de atendimento à família, acompanhamento de famílias, mas eu não, eu como nutricionista eu não entro. É um outro, são terapeutas familiares, alias, esqueci de dizer ali na pergunta anterior, a gente tem psicólogas que fazem atendimento individual, psicóloga que faz atendimento dos grupos e de família, ta, acompanhamento das famílias.

E: E esse de grupo é dos pacientes, que você fala?

Alice: É dos pacientes, dos familiares dos pacientes.

E: Toda semana tem?

Alice: Então, assim, do grupo de familiares, ele tem um atendimento também periódico ta, mas dentro da psicologia, psicoterapia familiar, então a gente tem um profissional ta, também, e tem outro grupo que é psicoeducacional que é com pacientes de bulimias e psiquiatria.

E: Que você participa?

Alice: Isso, isso.

E: E qual a sua percepção em relação a esse tipo de atuação?

Alice: Como assim?

E: As facilidades, as dificuldades junto ao paciente? No atendimento a esses pacientes?

Alice: O que eu acho no atendimento? Atendimento muitas vezes é um campo minado né, ham. Olha a gente tem, ham, algumas limitações, porque, hám, o paciente como ele tem algumas psicopatologia associada, você vai ter que ir no ritmo do paciente, e às vezes esse ritmo é muito devagar, a gente vai ter que trabalhar com que ela consegue, o que é possível, o que muitos momentos vai contra aquilo que a gente aprendeu, o que seria preconizado do atendimento do nutricionista, de já fazer a orientação dietética vai comer, em alguns momentos a

gente tem que negociar o que vai comer, né, então isso é um, um outro ponto que eu acho que é de, que dá um certo desequilíbrio é a questão da família, né, as famílias, tem muitas famílias não estruturadas ou pouco estruturadas e a gente acaba tendo dificuldade de trabalhar, por conta disso, né, então as questões familiares as relações familiares isso acaba prejudicando, a própria condição do paciente, acho que a gente tem que falar uma coisa importante, que é a resistência do paciente ao tratamento, de não querer se tratar, a estrutura de pacientes de anorexia destrutiva, então isso é dureza, mas eu gosto, apesar disso eu gosto muito de trabalhar, isso não é uma coisa que me paralisa não, de jeito nenhum.

Alice: É um desafio.

E: Que cursos ou estratégia que você utiliza pra estar então atuando junto a esse pacientes? De acordo com essas dificuldades que você citou?

Alice: Acho que isso foi, é, aprendi, né, me aprimorei nisso de acordo com esses anos, mais uma coisa que acho que foi muito importante pelo fato de eu ser a única nutricionista lá. É eu tive que ir ocupando alguns espaços, então, é, e fui ouvindo muito, aprendendo muito, eu participei de todas, participava das consultas clínicas e das supervisões, então eu trabalhei muito com os psicólogos, eu estive em todos, muitas supervisões, fazendo mesmo, sem conhecimento eu fui atrás, fui estudando, aprendendo muito sobre isso, né, então as intervenções psicoterapeutas, como acontece.

E: Essa supervisão que você fala é do psicólogo?

Alice: Do psicólogo fazemos a supervisão juntos, então eu fui aprendendo com eles, como faziam o que deveria o que era prioridade, eu fui atrás de leitura, enfim, eu fico informalmente, eu fui estudando muito isso, porque isso pra mim era importante, senão não ia aprender a tratar o paciente, não podia ser uma nutricionista como eu era antes, precisava mudar, e aí depois eu fui fazer um curso específico aqui em São Paulo, que é um curso aberto de introdução a psicanálise, por 2 anos eu fiz que é pra conhecer mais como é, enfim, como funciona a psique da pessoa do indivíduo em si como é o desenvolvimento, isso tudo, o que foi muito importante pra ele, foi dentro de uma área analítica em torno da psicanálise, mais foi muito bom, porque a psicanálise que sai tudo né, todas as outras teorias, as outras intervenções, então isso foi uma coisa que me ajudou muito, eu sempre estudei, sempre li muito a respeito disso.

E: Você buscou algum tipo de apoio, psicoterapia?

Alice: Sim.

E: A terapia.

Alice: É já fazia, ham, tive período onde fiz a minha terapia e voltei a ela e eu faço supervisão junto com grupo, porque realmente sem supervisão é difícil de se levar, você precisa ter uma supervisão.

E: Quando você acha que um paciente teve melhora?

Alice: A melhora é muito relativa.

E: O que é melhora para você?

Alice: A melhora é algo muito relativo, a gente tem que ver a condição daquele paciente né, o que, como ele chegou e o que até a gente colocou como meta desse projeto terapêutico e o que consegui, então pra mim o paciente, pra gente né, um paciente que tinha um episódio de compulsão de vômitos diários e ela passou para, ham, 3 vezes na semana e diminuiu o volume desses, desses, ham, episódio de compulsão, ham, a quantidade deles, e melhorou os hábitos alimentares, eu já vou achar que este paciente está muito melhor, isto já é uma recuperação, pode ser que este paciente naquele momento ele só consiga chegar até lá né, do ponto de vista alimentar, ela já teve suporte, uma orientação, então as vezes eu já posso atender como sendo uma, atingiu o objetivo, e aí ele precisa tá trabalhando mais a, ham, em psicoterapia né, e talvez depois que ele tiver, um outro momento ele possa voltar, e aí é como se fosse um novo tratamento, então é, é muito relativo, mas eu vou pensar em cada paciente, sem dúvidas, os pacientes estão com muito baixo peso, estão com anorexia, se a gente tem uma recuperação, digamos se a gente consegue chegar no peso melhor, no peso mais adequado, e esse paciente pode retornar sua vida, também já é um critério de alta, mas não necessariamente que melhora seja recuperar em todos os aspectos, não.

E: Fazem projeto terapêutico?

Alice: Ah sim, nem por isso a gente faz projeto terapêutico, né, porque aí a gente vai poder definir assim, que expectativas têm nesse paciente.

E: Pra cada paciente vocês fazem esse projeto?

Alice: Pra cada paciente.

E: Tanto assim de condução de tratamento, quanto da participação da família?

Alice: De tudo.

E: Quanto a prognóstico?

Alice: Exatamente, é tudo.

E: Em sua pratica profissional, qual a porcentagem de paciente que contraíram para melhora?

Alice: Não acho que no primeiro momento eu não consigo dizer, até porque assim a melhora é uma coisa relativa né, ham, eu não sei dizer, eu realmente não consigo mensurar isso.

E: Eu ia te perguntar se a porcentagem tinha caindo mais também vai ser.

Alice: Fica muito difícil, né, não dá muito pra prever, eu diria que segue que mais ou menos a literatura, né, o que a gente tem de recaída, o que a gente tem de melhora, o que tem de cumplicidade, mais ou menos isso.

E: E que fatores levam a recaída, do seu ponto de vista?

Alice: Acho que um projeto terapêutico pouco elaborado, uma expectativa muito alta do próprio paciente, quanto a sua recuperação, e uma falta de apoio e suporte familiar.

E: Gostaria que você pensasse em um caso que mostrou evolução favorável.

Alice: Hum...

E: Que característica tem esse paciente?

Alice: Ainda bem que eu tenho mais do que um para dizer a evolução, tem assim alguns pacientes que tiveram melhora e foram trabalhos bem sucedidos. Eu tenho em mente um que inclusive eu uso em aula, né, é dessa paciente que teve anorexia nervosa, ela tava numa fase pré-vestibular paciente clássica de anorexia, paciente com tudo que você possa imaginar, com toda a resistência possível, e foi um trabalho muito difícil de poder conseguir que esta menina, estivesse nos atendimentos, que ela cumprisse com as metas que ela quisesse se tratar, ham, a família estava sempre presente, acho que isso foi uma das coisas boas, persistência que a gente teve, no tratamento dela, pulso firme que é necessário, porque você tem um meio termo, né, você tem que encontrar um equilíbrio entre o pulso firme, se tem que ser mais firme, mas você tem que manter, tem que ter cuidado, uma certa, é assim você tem que saber puxar a orelha e fazer carinho, né, e afagar, então você tem o meio termo dessa história, mas foi uma paciente que teve um bom prognostico, teve um sucesso de tratamento os pais foram muito presentes, eles estavam muito envolvidos, responsabilizados pelo tratamento, essa menina depois de um tempo, ela já foi enfim, se entregando mais ao tratamento, conseguiu recuperar, foi um ano e meio de acompanhamento nutricional, eu diria que durante um ano eu via essa menina toda a semana né, e a gente conseguiu que ela tivesse

a recuperação, ela tava com IMC de 14, ham, ela recuperou nesse um ano praticamente, ela, em um ano e meio, foi o tratamento dela. Ela chegou no IMC 19, voltou a menstruar, passou no vestibular né, entrou na faculdade, e uma moça que volta a vida dela, ficou super bonita, tá, ta namorando, ta no estagio agora na faculdade, e ela assim tem uma gratidão muito grande ao trabalho que foi feito, o acompanhamento, então, acho que esse foi um caso muito legal né, deu muito trabalho, muito trabalho, mas também valeu muito, ela ta bem, ela ta ótima, ta na vida dela.

E: Que ingredientes favoreceram na sua opinião, essa melhora?

Alice: Foram esses que você citou?

E: Esses que eu citei.

Alice: Foram, a família, a participação da família, a família bacana, acreditando nesse tratamento, persistindo, ham, eu acho que também tive habilidades pessoais no trato, no cuidado com essa paciente que ajudaram que fizeram com que ela tivesse essa confiança e pudesse aderir ao tratamento também, e lógico, toda a equipe, a terapêutica familiar, foi super importante, a psiquiatra que conduziu muito bem, e articulou bem toda essa equipe.

E: Agora o oposto, lembre de um caso que não é apresentou evolução favorável, que características têm esse paciente?

Alice: Hum, característica do paciente? Uma psicopatologia grave ta, com comorbidade importante, ham, uma falta de suporte familiar, pessoa, pessoa que sozinha que não tinha ninguém, tava muito mal cuidada, as conseqüências físicas da falta de nutrição, então isso também é um fator muito importante, fator que impediu da melhora desse paciente, de uma recuperação melhor.

E: É um desdém desfavorecendo na sua opinião a recaída?

Alice: É, na verdade esse paciente tem, tem varias recaídas, varias, varias, varias, varias, é um paciente que parece que não consegue enfim, melhorar, mas que tem uma boa relação com o nutricionista, enfim, mas que ele consegue compreender que é difícil, dificuldade dele, né, foi uma pena, foi uma pena.

E: Qual a sua opinião sobre a formação obtida na pós-graduação para esse tipo de atuação?

Alice: E acho que a formação, é, ela não acontece, não temos formação pra isso, é, até porque a gente não tem, psicologia a gente aprende num semestre, em um semestre, pelo menos foi o que eu tive, eu vejo por aí, né, uma coisa superficial, e a

gente , enfim, não só pelo, por aquilo que seria, ham, acho que a gente devia aprender muito mais psicologia, mais psicoterapia, né, então aprende a ter essa escuta, a gente não tem, são algumas habilidades de tratamento, a gente sai muito técnico, a gente sabe técnicas, intervenções, eu costumo dizer o seguinte; que você pode ser ótimo nutricionista, você pode ter todos os títulos possíveis, mas se você não souber conversar com o paciente, ouvi esse paciente, né, se você não tem essa fineza do tratamento, o paciente acaba com seu tratamento, não adere nada e você tende inicialmente a se sentir muito incapaz, isso é uma coisa que suscita esse tipo de paciente, jogar pra você a incapacidade que é dele, então é assim, desafia muito a gente não tem esse preparo.

E: Que você acha então que a gente deve fazer para buscar, trabalhar mais isso na gente?

Alice: Bom eu acho que primeiramente se a gente pudesse ter uma opção e um currículo, né, de uma formação um pouquinho mais específica pra gente da uma humanizada, né, nesse atendimento a gente tem que ensinar o nutricionista, a saber, ouvir, ouvir além daquilo que ta dito, ham, isso é importante a gente tem que desenvolver isso, e de colocar, ter mais estágios, talvez que, que a gente pudesse ter parcerias melhores, serviços especializados com as faculdades, pra que esse profissional, esse aluno pudesse passar a falar, aprender um pouco disso, porque é um tipo de conhecimento que você vai usar em qualquer área, uma vez que você aprendeu, você não vai fazer diferente.

E: Você teve algum conteúdo sobre transtorno alimentar na graduação?

Alice: Não, quase nada, até porque naquela época né, ham, nos anos 80, estou me sentindo jurássica (risos), mas assim não, não se tinha nada, pouco se falava disso né, tinha um ou outro caso relatado, não se tinha muito, obesidade era algo que estava começando a se falar, né, entendem de uma maneira um pouquinho mais ampla, mas nada disso é, era então assim abordadas. O nutricionista também tinha um outro papel naquela ocasião, naquela época o nutricionista tava numa transição, né, porque antes o nutricionista seria, era mais na produção, estava muito mais dirigido a produção de refeições, e foi no momento de transição que o nutricionista começou a entrar na clinica, isso é algo que eu me lembro muito do meu estagio, que a gente começava a andar na clinica, né, querer saber mais dos pacientes, então a gente começou a ser preparado pra isso, nessa fase; hoje é uma delicia ser

nutricionista, naquela época nutricionista só fazia cardápio e cuidava de restaurante, eu guardo pare da historia (risos).

E: E, se não como e onde você buscou esse aprimoramento? Você já comentou um pouquinho no início, você falou que foi através de quando você entrou no serviço, você começou a buscar.

Alice: Isso, isso.

E: Falta algum complemento? Ou se você quiser acrescentar alguma coisa.

Alice: Não, não foi esse período mesmo, foi a partir da necessidade que eu fui atrás, e sempre isso causou muita estranheza, né, o que uma nutricionista ta fazendo aqui nesse meio, né, é mais tudo bem eu continuei (risos).

E: Por que você falou que desde da época da faculdade, você já se interessava por esse lado, né, mas o transtorno alimentar propriamente você não tinha esse contato?

Alice: É, veja, eu ouvia casos, alguns casos em que eram relatados, em algumas coisas da mídia que começaram aparecer, ham, então eu acho sim, uma característica minha, era sempre de poder ver alguém daquilo que era o paciente da questão física, da questão orgânica, eu sempre me preocupei com isso, né, como o paciente se sentia, como ele si, qual era a impressão dele a respeito daquilo, o que precisava fazer, porque ele não conseguia atender as recomendações, né, por que, que limitava, então eu sempre tive esse olhar .

E: Tem alguma pergunta que eu não fiz e você gostaria de falar?

Alice: Acho que não, acho que você assim, fez uma, se questionário, suas questões foram bem amplas acho que em linhas gerais atendeu sim, não penso em nada agora aqui.

E: Tem algum aspecto do que falamos que você gostaria de aprofundar?

Alice: Olha, eu acho que eu, eu não sei qual foi a sua impressão, mas eu acho que eu procurei responder até algumas coisas de maneira mais profunda, já quando você me perguntou, não sei se ficou faltando alguma coisa que você quisesse saber, que talvez eu não tenha explicado direito.

E: Como você avalia esta entrevista?

Alice: Eu gostei muito, eu acho que a gente tem que saber como os profissionais trabalham, pra que a gente possa aprimorar, né, a formação de quem ta vindo a trás, eu vejo que nesses últimos anos o numero de escolas, de faculdades de nutrição aumentaram muito, e isso não necessariamente corresponde a uma melhora de

formação, né, eu acho que hoje em dia a gente tem muito mais acesso à informação, mas as pessoas não sabem o que fazer com essa informação, acho que essa é a questão que existem em toda as áreas, né, os nutricionistas não ficariam fora disso, mas a gente tem que, tem informação e saber o que fazer com ela. A atuação do nutricionista vem aumentando, né, vem crescendo nos últimos anos e transtorno alimentar é uma área nova, poucos são os nutricionistas que estão nessa área, e eu achei que foi uma ótima idéia, querer saber como trabalha como foi a formação, o que existe nisso, porque a dificuldade que a gente tem, que eu tenho especificamente lá no serviço, pra que o nutricionista venha e queira ficar, é exatamente essa lacuna que tem da formação, ham, que é essa dificuldade, assim o, o estagiário até quer fazer, mas ele se desmotiva muito, muito porque ele não tem essa outra formação, né, que vai possibilitar que ele possa atuar melhor, então eu acho que foi muito boa, muito bom isso, pra que isso possa ser enfim, incrementada nos cursos, possa ser revista na grade curricular.

E: Esse é o objetivo realmente, gostaria de te agradecer por estar me recebendo aqui, por ter aceito o convite.

Alice: Claro!

E: É bom esta fazendo parte, ta tendo você como participante da minha pesquisa, ta

Alice: Eu que agradeço, né, eu me sinto meio tia, né.

E: A, imagina.

Alice: Totalmente jurássica, mais acho que isso é legal, porque você vai acumulando um conhecimento, entre uma observação que realmente a gente não tem quando se forma, quando é mais nova, é, então é algo que a gente vai aprendendo ao longo do tempo. Esqueci de falar uma coisa muito importante que eu acho que uma das coisas que me ajudou também a ser uma profissional melhor, foi a maternidade, ser mãe me ajudou muito a poder ouvir, atender diferente os pacientes, tem alguma coisa na maternidade de que esses pacientes não tiveram ou que elas acabam buscando de uma outra forma nesse momento, a maternidade ajuda muito ouvir.

E: Nesse momento eu não posso falar isso.

Alice: Nesse momento você não pode falar, não, não, você vai ter que se virar.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 196/2007

Ribeirão Preto, 20 de setembro de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 99ª Reunião Ordinária, realizada em 19 de setembro de 2007.

Protocolo: nº 0817/2007

Projeto: PERFIL E ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.

Pesquisadores: Rosane Pilot Pessa Ribeiro
Marina Garcia Manochio

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª. Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP