

**Acolhimento e acompanhamento de pacientes diagnosticadas com transtorno alimentar: um estudo de caso na Unidade de Saúde Familiar Bandeiras, em Anápolis- GO**

**Reception and monitoring of patients diagnosed with eating disorders: a case study at the Family Health Unity Bandeiras, in Anápolis-GO**

DOI:10.34117/bjdv7n1-164

Recebimento dos originais: 10/12/2020

Aceitação para publicação: 09/01/2021

**Erick Nunes Melo**

Residente em Medicina Geral de Família e Comunidade, pela UniEvangélica

Instituição: Unidade Básica de Saúde- USB- Bandeiras

Endereço: Rua Marcel Roriz de Paiva, 689, Vila Jaiara, Anápolis-GO, 75064-240

E-mail: erickmediv@gmail.com

**Karla Cristina Naves de Carvalho**

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás.

Instituição: Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5, Cidade Universitária, Anápolis-GO, CEP 75083-515

E-mail: medkarcri@yahoo.com.br

**RESUMO**

Os transtornos alimentares são problemas psicossociais cada vez mais presentes no cenário atual, marcado por um progressivo avanço da globalização, que acompanha um discurso voltado para a padronização dos corpos. O que se prega é que a forma física determina a imagem que o sujeito assume perante a sociedade, especialmente as mulheres. Com isso, muitas que não se adequam a esses padrões pré-estabelecidos acabam por desenvolver disfunções psicológicas que interferem na forma como enxergam seus próprios corpos. Assim, os profissionais da saúde assumem a responsabilidade de amparar as mulheres diagnosticadas com esse tipo de problema desde sua chegada às unidades de saúde até o encaminhamento para os profissionais especialistas. Partindo do método descritivo analítico, o presente trabalho busca investigar como acontece esse acompanhamento por meio da análise de um caso observado na Unidade de Saúde Familiar Bandeiras, em Anápolis-GO, começando por uma breve descrição do funcionamento da unidade e partindo para uma discussão específica sobre a situação estudada e sobre a importância do adequado acompanhamento profissional.

**Palavras-chave:** Transtornos alimentares, Acompanhamento profissional, Unidade de Saúde Familiar Bandeiras.

**ABSTRACT**

Eating disorders are psychosocial problems increasingly present in the current scenario, marked by a progressive advance of globalization, which accompanies a discourse aimed at the standardization of bodies. What is preached is that the physical form determines the image that the subject assumes before society, especially women. As a result, many

who do not conform to these pre-established standards end up developing psychological dysfunctions that interfere with the way they see their own bodies. Thus, health professionals assume the responsibility to support women diagnosed with this type of problem from their arrival at health units until referral to specialist professionals. Starting from the analytical descriptive method, the present work seeks to investigate how this monitoring happens

through the analysis of a case observed in the Family Health Unit Bandeiras, in Anápolis-GO, starting with a brief description of the unit's functioning and starting for a specific discussion about the case studied and about the importance of adequate professional monitoring.

**Keywords:** Eating disorders, Professional support, Family Health Unity Bandeiras.

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TAs) são síndromes comportamentais fundamentalmente representadas por duas entidades principais: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). Os principais sintomas dos TAs são medo excessivo de ganhar de peso, preocupação com a parte estética do corpo, diminuição do consumo de alimentos e, no caso da BN, indução ao vômito logo após a ingestão de comidas. Além disso, alguns casos apresentam uso de laxantes e diuréticos (FAVA e PERES, 2011).

A AN apresenta certos quadros comportamentais específicos, como a recusa em manter o peso corporal mesmo em casos de subpeso, o distúrbio da imagem corporal e ciclos menstruais irregulares. Já a BN mostra compulsão alimentar recorrente, acompanhada de vômitos para compensar o peso ganho durante a ingestão de alimentos. O diagnóstico da bulimia depende que os comportamentos ocorram ao menos duas vezes por semana durante um período mínimo de três meses (APA, 2003). Os diagnosticados com BN também têm dificuldade em lidar com as próprias emoções (ROSA e SANTOS, 2011).

Os transtornos alimentares são considerados patologias graves, e 5% dos casos levam ao óbito, por conta de diagnóstico e tratamento tardio (SCHMIDT e MATA, 2008). Esses transtornos têm origem multifatorial, já que podem originar de questões

biopsicossociais e histórico-culturais (ANDRADE e SANTOS, 2009; ROSEN, 2010). Normalmente os primeiros sintomas surgem na infância ou na adolescência, sendo prioritariamente divididos em dois grupos básicos: os transtornos que ocorrem na infância, marcados pelas mudanças na relação da criança com a comida (que não necessariamente estão relacionadas a insatisfações com o corpo, mas que afetam o

desenvolvimento infantil), e os transtornos que acontecem na adolescência e, mais raramente, na fase adulta; nessa etapa é que entram em cena a AN e a BN, também conhecidas como transtornos de compulsão alimentar periódica.

Essas doenças levam a uma progressiva perda de peso ou a uma dificuldade de ganhar massa muscular, e são precursoras de outras enfermidades advindas da subnutrição. No caso dos transtornos de infância, a grande maioria tem início antes dos seis anos de idade (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000) e não estão relacionados a condições médicas gerais. Dessa forma, o objetivo principal do tratamento é garantir a melhora nutricional do paciente, através de etapas como a avaliação dos pais ou responsáveis e a análise de fatores psicossociais.

O início da anorexia é marcado por progressivas restrições dietéticas e alimentos que engordam, como massas, carboidratos em geral. À medida que os anos passam, as pacientes começam a demonstrar incômodo com seu peso corporal, desenvolvendo medo de engordar. O medo de ganho de peso caracteriza a doença e auxilia no diagnóstico da mesma dentre outras enfermidades (anorexias secundárias ou demais doenças clínicas e psiquiátricas). As mulheres diagnosticadas passam a viver exclusivamente em função do desejo de emagrecimento, amparada inclusive pela prática frequente e desregrada de exercícios físicos.

Já a BN é muito rara antes dos 12 anos de idade. Sua etiologia mostra fatores biopsicossociais, tendo como principal sintoma a compulsão alimentar. No início da doença, os comportamentos podem vir acompanhados de fome, tristeza, ansiedade, frustração, tédio e solidão (sendo que esses últimos aparecem à medida que o quadro vai se agravando). Além disso, também são manifestados desejos de culpa, vergonha e necessidade de autopunição. Pessoas diagnosticadas por bulimia ingerem em uma quantidade de caloria que varia entre 2 mil e 5 mil calorias, induzindo ao vômito em 90% dos casos.

O presente trabalho traz uma análise de caso de uma paciente de 31 anos diagnosticada com transtorno alimentar que procurou ajuda na Unidade de Saúde Familiar Bandeiras. A pesquisa foi desenvolvida tendo por base o método analítico de descrição a partir da reunião de informações obtidas por meio da experiência de trabalho em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) em Anápolis-GO. Junto às observações, foram reunidas leituras de autores que se propõem a trabalhar sobre o tema. Após a sistematização dos dados, iniciamos a escrita do artigo, que será melhor fundamentado posteriormente no Trabalho de Conclusão de Curso.

## 2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O trabalho foi desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Bandeiras, localizada na Rua Marcel Roriz de Paiva, n. 689, Vila Jaiara, Anápolis-GO. A unidade conta com uma estrutura de atendimento dividida em três áreas, conforme evidencia o quadro abaixo:

Quadro 1: Capacidade por área

Áreas	Capacidade de atendimento
10	4.377
11	3.756
12	3.804

Fonte: Elaborado pelo autor

Cada área conta com uma equipe profissional formada por um médico, 7 ou 8 agentes comunitários, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista e 1 auxiliar dentista,

A paciente I.M.L.S., cujo caso foi objeto de investigação para este trabalho, tem 31 anos e um histórico de atrasos menstruais que já dura 5 anos. Foram realizados exames laboratoriais e de imagem que não apresentaram qualquer alteração pélvica que indicasse causa orgânica para o atraso menstrual. Quando questionada sobre estresse, a paciente mencionou apresentar distúrbios alimentares.

Disse que se enxerga muito obesa, e por isso faz dietas restritivas e provoca vômitos em tentativa de emagrecimento. Relata que apresenta esses episódios desde os 17 anos, passa o dia todo sem se alimentar e quando se alimenta (no período noturno), estimula o vômito.

A paciente menciona insatisfação com seu corpo e grande dificuldade de perder peso, mesmo apresentando quadro clínico de desnutrição. Não obstante, tem dificuldades em finalizar tarefas e manter exercícios físicos, além de pesadelos e choro fácil. Nega ter pensamentos de autoextermínio, perda de libido, alucinações ou escutar vozes. Alega que já tentou acompanhamento com nutricionista, mas sem sucesso. Diz que precisa de ajuda e que ninguém da família tem ciência do problema.

Após consulta, avaliação clínica e análise dos exames, foi diagnosticado quadro de transtorno alimentar. A paciente foi encaminhada para psiquiatria, psicoterapia e nutricionista, além de receber orientações sobre a importância da realização de atividades físicas. Iniciou-se o uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina, cuja aplicação trouxe à paciente uma parcial melhoria clínica. Seguimos em acompanhamento com a paciente enquanto aguardamos por consultas com

nutricionistas e psiquiatras.

### 3 DISCUSSÃO

O que chama a atenção no caso estudado é a falta de acompanhamento familiar em um processo que já dura catorze (14) anos. É bem verdade que a maneira de se enxergar a família no contexto do combate aos transtornos alimentares vem sofrendo alterações ao longo dos anos. Muitas pesquisas buscam verificar possíveis associações entre os sintomas de anorexia e bulimia e a dinâmica familiar (LANE, 2002). Esses estudos são permeados de críticas como, por exemplo, a falta de um consistente

suporte empírico que permita afirmar o caráter predisponente da dinâmica familiar em relação ao aparecimento dos primeiros sintomas (já que não se pode induzir que os transtornos sejam necessariamente consequência das relações familiares ou até mesmo da reorganização do comportamento alimentar doméstico).

Vale salientar, contudo, que a visão da ordem familiar como fator de risco para o aparecimento de sintomas de anorexia e bulimia colaboram para a construção de um discurso “patologizante” (SOUZA e SANTOS, 2010) que muitas vezes acaba por contribuir para que os pais e mães se sintam culpados pela situação de seus filhos (DODGE, EISLER e DARE, 1995). Entretanto, esse discurso pode cair no risco de gerar uma falsa ideia de irreversibilidade da situação e prejudicar a cura da doença. Com isso, as pesquisas têm voltado suas atenções para a relação entre profissionais e pacientes.

É importante levar em conta que, ao longo do tratamento contra os transtornos alimentares, o paciente pode apresentar comportamentos de resistência aos processos, o que gera nos profissionais responsáveis desgaste, estresse e os leva a desenvolver certos instrumentos de defesa, como a quebra da relação profissional-paciente, o distanciamento e a ausência de posturas empáticas e compreensivas. Assim, os profissionais que lidam com TAs relacionam seus pacientes a cenários de descontrole emocional, comportamento agressivo, distorção da imagem corporal e carência (GRANDO e ROLIM, 2006 apud RAMOS e PEDRÃO, 2013).

Diante desse cenário e ressaltando a importância de se fortalecer os vínculos entre pacientes e profissionais de saúde, é necessário estabelecer políticas de saúde que estimulem práticas que tenham como prioridade garantir que o usuário seja bem acolhido e que haja uma boa relação entre estes e seus médicos/enfermeiros.

Para Campos e Amaral (2007), o vínculo que se forma entre profissionais de

saúde e pacientes traz imensas contribuições ao resultado do tratamento e favorece a participação e comprometimento do usuário no processo, já que são estimuladas sua cidadania e sua autonomia enquanto ser integrante e decisivo no tratamento. No caso específico da paciente em questão, sua iniciativa em buscar ajuda e o desconhecimento da família sobre a situação evidenciam melhores possibilidades de conexão entre ela e os responsáveis por seu tratamento, oferecendo, assim, amplas oportunidades de cura.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) classificam a relação paciente-profissional da saúde em três dimensões: afetividade, dimensão terapêutica e continuidade. Para os autores, a afetividade se configura como o caráter dominante do gosto que o profissional tem por seu trabalho e o interesse pelo paciente enquanto ser único e individual. Com isso, surge também a face terapêutica, caracterizada pelo envolvimento do profissional de saúde e do paciente para com os resultados esperados no tratamento. Por último, a continuidade se relaciona à responsabilidade que o profissional assume e exerce para com

a saúde do paciente. Cabe a esse profissional assumir os caminhos e orientações que o usuário deve seguir para a resolução de seu problema de saúde; essa tarefa não pode ser transferida a outras burocracias ou instâncias decisórias (MERHY et. al, 1997).

A recusa de pacientes com AN e BN no tratamento faz com que as relações com os profissionais de saúde sejam dificultadas (CAMPBELL e AUSÍLIO, 2012). Assim, é importante que os médicos, enfermeiros e todos os envolvidos no processo sejam preparados para conduzi-lo da melhor maneira possível, primando por uma abordagem pautada no diálogo, na amizade e no olhar humano sobre os problemas que a pessoa está enfrentando e sobre o quanto isso afeta sua qualidade de vida. Pensando nisso, o Sistema Único de Saúde vem elaborando estratégias que garantam a qualidade do acolhimento e oferecem suporte para que a equipe terapêutica saiba lidar com ataques à autoestima e relativas pioras no quadro clínico (CHANDLER, 1998).

Ramos e Pedrão (2013, p. 114) destacam que outro fator que pode prejudicar esse vínculo entre os profissionais e os usuários é “a racionalidade técnica implícita na formação, somada à resistência do paciente ao tratamento”. Essa racionalidade oferece riscos porque elimina da terapia elementos subjetivos que são essenciais e desvitaliza a comunicação entre profissionais e paciente (MONTEIRO e FIGUEIREDO, 2009). As habilidades profissionais em casos de tratamento de distúrbios alimentares devem ser somadas à compreensão, à empatia, à compreensão e ao interesse pela história do

paciente. A escuta e o aconselhamento são partes integrantes e indispensáveis na busca pela cura, principalmente em casos como o da jovem em questão, que não conta com o apoio familiar nesse combate.

Ramos e Pedrão (2013, p. 115) destacam ainda que:

Apesar de as posturas empáticas e compreensivas serem necessárias à relação, o desgaste e o estresse causados pela resistência do paciente ao tratamento geram nos profissionais mecanismos de defesa como a fragmentação do relacionamento profissional-paciente, despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo, distanciamento e negação de sentimento. Dessa forma, os profissionais que assistem os pacientes com TAs aderem a um discurso sobre os pacientes ancorado em representações de descontrole, distorção da imagem corporal, comportamento destrutivo e manipulativo, carência, baixo limiar de frustração e necessidade de chamar a atenção.

Assim, chegamos ao ponto de discussão sobre a competência e a habilidade dos médicos e enfermeiros. Para Campos e Amaral (2007 apud RAMOS e PEDRÃO, 2013, p. 117), o núcleo de competência e de responsabilidade profissional é entendido por um “conjunto de saberes e responsabilidades éticas específicas a cada profissional e campo de competência e de responsabilidade profissional como os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades da equipe”. Desta forma, para potencializar os resultados dos trabalhos realizados por

esses profissionais, é importante delimitar o núcleo de atuação de cada um e promover a integração de modalidades específicas e de saberes complementares nas práticas clínicas. Em outras palavras, considera-se a necessidade de desenvolver uma atuação em equipe, onde cada um, dentro de seu ramo e respeitando suas responsabilidades, colabore para a qualidade do serviço prestado. Isso traz à tona os benefícios do trabalho interdisciplinar, onde cada profissional oferta seu potencial máximo.

A concepção biomédica que alguns profissionais de saúde apresentam confere às abordagens um caráter que limita a articulação de saberes e a superação de quebras na equipe, o que ajuda na elaboração de métodos mais eficazes para atingir os objetivos propostos (SILVA JÚNIOR e MASCARENHAS, 2004). Com isso, destaca-se a necessidade de se investir numa formação médica e terapêutica que instrua e que leve a uma visão ampla da saúde, conduzindo à ideia de que é importante dominar não somente técnicas biológicas e farmacêuticas, mas também, e fundamentalmente, o entendimento da condução psicológica, emocional e afetiva do paciente ao longo do tratamento.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo do presente relato de experiência, buscamos analisar como acontece o acolhimento de pacientes diagnosticados com transtornos alimentares que chegam a postos e unidades de saúde, tendo por base um caso tratado na Unidade de Saúde Familiar Bandeiras, em Anápolis (GO). A Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) são transtornos que, em sua grande maioria, surgem na infância e na adolescência, podendo manifestar como primeiros sintomas o desejo de perda de peso e alguns sentimentos negativos, que culminam em depreciação corporal, perda de nutrientes devido à falta de alimentação e desenvolvimento de outras doenças. Vimos que o acolhimento profissional é indispensável à qualidade do tratamento, sendo indispensável um acompanhamento humano e empatia para com os processos vivenciados pelo usuário. Para a continuidade desses estudos, sugere-se uma análise mais aprofundada sobre como a formação profissional de médicos e enfermeiros trabalha questões voltadas ao amparo psicológico de mulheres diagnosticadas com esse tipo de transtorno.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE TF, SANTOS MA. A experiência corporal de adolescentes com transtorno alimentar. *Revista Latino-americana e Psicopatologia Fundamental*, 2009; 12(3), 454-468.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington: American Psychiatric Press, 2003.
- APPOLINÁRIO JC, CLAUDINO AM. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000; 22, 28-31.
- CAMPBELL AT, AUSÍLIO MP. The stigma of “mental” illness: end stage anorexia and treatment refusal. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 2012, 627-634.
- CAMPOS GWS, AMARAL MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4), 2007, 849-859.
- CHANDLER AE. Efectos terapéuticos del vínculo M.P. en la anorexia nerviosa. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 111(4), 1998, 15-18.
- DODGE E, EISLER M, DARE C. Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 17(1), 1995, 59-77.
- FAVA MV, PERES RS. Do vazio mental ao vazio corporal: um olhar psicanalítico sobre as comunidades virtuais pró-anorexia. *Paidéia*, 21(50). 2011, 353-361.
- LANE RC. Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: the spider mother. *Psychoanalytic Review*, 89, 2002, 101-123.
- MERHY EE, et. al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- MONTEIRO JFA, FIGUEIREDO MAC. Vivência profissional: subsídios à atuação em HIV/Aids. *Paideia*, 19(42), 2009, 67-76.
- ROSA BP, SANTOS MA. Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: implicações para o tratamento. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 14(2), 2001, 268-282.
- ROSEN SD. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 2010, 1240-1253.
- SCHMIDT E, MATA GF. Anorexia nervosa: Uma revisão. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 2008, 387-400.
- SILVA JÚNIOR AG, MASCARENHAS MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004.
- SOUZA LV, SANTOS MA. A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em estudo*, 15, 285-294.