

TRATAMENTO NUTRICIONAL DA ANOREXIA E DA BULIMIA NERVOSAS: ASPECTOS PSICOLÓGICOS DOS PACIENTES, DE SUAS FAMÍLIAS E DAS NUTRICIONISTAS

Ana Paula do Vale Bechara¹
Lineu N. Kohatsu²

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever o tratamento nutricional dos transtornos alimentares (TAs), os aspectos psicológicos relacionados aos pacientes e aos seus familiares e os impactos psicológicos acarretados aos nutricionistas que atuam no tratamento destes transtornos. A abordagem foi qualitativa, em que foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, áudio-gravadas, com quatro nutricionistas que trabalham junto a pacientes com TAs em instituições vinculadas a universidades e em clínicas particulares. Foi observado que, apesar dos pacientes com TA serem englobados em características comuns destas doenças, cada um deles deve ser entendido como um caso individualizado, uma vez que a motivação para o controle sobre o corpo e sobre a alimentação é única para cada pessoa. Foi observado também que o tratar de TA acarreta um impacto psicológico no nutricionista, o qual precisa ser trabalhado através de uma reflexão sobre os próprios sentimentos, podendo isto ser realizado com apoio terapêutico.

Palavras-chave: anorexia; bulimia; tratamento nutricional; nutrição; transtornos alimentares.

NUTRITIONAL TREATMENT OF THE ANOREXIA AND BULIMIA: THE PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE PATIENT, OF THEIR FAMILIES AND OF THE DIETITIANS

ABSTRACT

This study aims to describe the nutritional treatment of the eating disorders (ED), the psychological aspects related to the patients and their families and the psychological impacts entailed to the dietitians who act with patients with these disorders. The research had a qualitative approach, in which semi-structured and audio-recorded interviews were done with four dietitians who act with ED at institutions linked to universities and at private clinics. It was observed that, although patients with ED are grouped with common characteristics for these diseases, each of them should be understood as an individual case, since the motivation for the body and eating control is unique for each person. It was also observed that the treatment of ED entails a psychological impact on the dietitian, which needs to be worked through with a reflection about his own feelings, what can be performed with therapist support.

¹ Graduação em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP- USP), mestrado (em andamento) pelo programa de Saúde Pública da FSP- USP. Rua Teixeira da Silva, 487, apto. 53, Paraíso, São Paulo-SP. CEP: 04002- 032

Email: ana.bechara@usp.br

² Graduação em Psicologia pela PUC-SP, mestrado e doutorado pelo Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia- USP (IP- USP). Professor do IP-USP e do curso de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública- USP (FSP- USP). Instituto de Psicologia – USP- Depto. de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade – PSA. Av.Prof.Mello Moraes, 1721.Bloco A. Sala 174. CEP 05508-030

Keywords: anorexia; bulimia; nutrition treatment; nutrition; eating disorders.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA: LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS PACIENTES, SUS FAMILIAS Y NUTRICIONISTAS

RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir el tratamiento nutricional de los trastornos alimentarios (TA), los aspectos psicológicos relacionados con los pacientes y sus familias y los impactos psicológicos que producen en los nutricionistas que actúan tratando estas enfermedades. La investigación se hizo con un abordaje cualitativo, por medio de entrevistas semiestructuradas, con grabación de audio, conducidas por cuatro nutricionistas que actúan con pacientes que sufren trastornos alimentarios (TA) en instituciones vinculadas a universidades y en clínicas particulares. Se observó que, aunque los pacientes con TA tienen características comunes de estas enfermedades, cada uno de ellos debe considerarse como un caso particular, ya que las motivaciones de cada persona para controlar el propio cuerpo y la alimentación son únicas. También se observó que tratar los TA produce un impacto psicológico en el nutricionista, que debe trabajarse reflexionando sobre los propios sentimientos, cosa que puede hacerse con apoyo terapéutico.

Palabras clave: anorexia; bulimia; tratamiento nutricional, nutrición, trastornos alimentarios.

Introdução

Este artigo tem por objetivo descrever o tratamento nutricional dos transtornos alimentares (TAs), com foco nos aspectos psicológicos relacionados aos pacientes, aos seus familiares e aos nutricionistas.

O recorte foi proposto em vista da escassez de pesquisas a respeito dos impactos psicológicos acarretados aos nutricionistas, apesar de existirem pesquisas relacionadas aos pacientes e a seus familiares (COBELO, 2004; MIRANDA, 2003; OLIVEIRA E SANTOS, 2006; SCAZUFCA, 1998). De acordo com Borges et al. (2006), o trabalho dos profissionais no tratamento dos TAs é desgastante, árduo e muitas vezes bastante longo devido à sua profunda raiz psicológica desses transtornos.

As expressões psicopatológicas mais importantes e recorrentes dos TAs são anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) (GOULART E SANTOS, 2012; BORGES et al., 2006).

Na bulimia, o padrão alimentar é descrito como caótico e cíclico: a pessoa inicia uma dieta restritiva em qualidade e quantidade de alimentos, seguida por compulsão alimentar, com ingestão de grandes quantidades de alimentos, desencadeando ansiedade e medo de engordar, levando-a a atitudes compensatórias inadequadas (ALVARENGA E LARINO, 2002). Estas podem ser purgativas, como vômito, uso de laxantes e de diuréticos, ou não purgativas, como atividade física excessiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

A anorexia nervosa é caracterizada pela restrição intencional, contínua e severa de diversos alimentos (BORGES et al., 2006), baixa ingestão alimentar de calorias e de nutrientes, culminando

em um estado nutricional muito debilitado, com baixíssimo peso (ALVARENGA E LARINO, 2002).

Acredita-se que a origem dessas doenças seja multifatorial. Segundo Borges et al. (2006), como fatores de predisposição tem-se: sexo feminino, história familiar de transtorno alimentar, baixa auto-estima, perfeccionismo e dificuldade em expressar emoções; como fatores precipitantes: dieta, separação e perda, alterações da dinâmica familiar, expectativas irreais e proximidade da menarca; e como fatores mantenedores: alterações endócrinas, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas e práticas purgativas. Além destes, existe também o contexto sociocultural como sendo um fator predisponente da doença, o qual é caracterizado pela extrema valorização do corpo magro (MORGAN, VECCHIATTI E NEGRÃO, 2002).

Conforme Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002), a dieta é o principal fator precipitante de um TA. Pessoas que fazem dieta têm um risco de desenvolver a doença 18 vezes maior do que as pessoas que não fazem.

O tratamento da bulimia e da anorexia é feito por uma equipe multidisciplinar, envolvendo nutricionistas, psicólogos e médicos (SILVA E SANTOS, 2006). Além disso, pesquisas mostram que a família contribui para o aparecimento e manutenção da doença e por isso deve participar do tratamento multidisciplinar (COBELO, 2008).

O tratamento feito pelo nutricionista é fundamental, pois os pacientes com esses transtornos possuem um quadro nutricional debilitado, devido às “inadequações profundas no consumo, padrão e comportamento alimentar, além de diversas crenças equivocadas sobre alimentação” (LATTERZA et al., 2004, p. 174).

Método

Participantes

Quatro nutricionistas que atuam no tratamento de TAs em instituições vinculadas a universidades, em regime ambulatorial, e em clínicas particulares.

Procedimento de coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, áudio-gravadas, com duração de, em média, uma hora.

Procedimento de análise de dados

O material coletado foi analisado por tópicos relacionados ao tratamento nutricional, observando as semelhanças e as diferenças nas condutas das nutricionistas em relação aos TAs e em função dos contextos – instituições e clínicas particulares onde atuam. Os dados coletados também foram cotejados com a literatura especializada.

Aspectos éticos

As participantes foram esclarecidas a respeito da participação voluntária, sobre a finalidade da pesquisa, a duração da entrevista, a utilização do gravador e a manutenção do sigilo de suas identidades e do nome da instituição. Após esclarecimento e consentimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

a) Participantes

Renata (44 anos), Marta (43), Ana (33) e Juliana³ (32) são nutricionistas e atuam no tratamento de TAs em instituições vinculadas a universidades, em regime ambulatorial⁴, e em clínicas particulares. Marta e Renata pertencem a uma mesma instituição, enquanto Juliana e Ana, a outra.

Juliana graduou-se em faculdade particular, as demais, em universidades públicas. Somente Marta não realizou curso de pós-graduação em TA (aperfeiçoamento, aprimoramento ou especialização).

O tempo de experiência variou de 4 a 9 anos; Marta tem maior experiência, seguida por Juliana (7 anos), Renata (6 anos) e Ana.

b) O Tratamento Nutricional

Atuação nas instituições

Um dos aspectos relacionados ao tratamento citado nas entrevistas foi a divisão em fases educacional e experimental, tal como referido por Alvarenga, Scagliusi e Philippi (2011). Foi observado maior rigor no seguimento das fases nos relatos de Ana e Juliana, que trabalham na mesma instituição.

Segundo Alvarenga et al. (2004), na fase educacional são passados conceitos relevantes sobre alimentação, coletadas informações sobre o paciente, como a sua história alimentar, estabelecida uma relação de colaboração entre profissional e paciente e passadas orientações básicas para a família.

Segundo Ana e Juliana, na educação nutricional realizada na fase educacional é abordada a importância das vitaminas, dos minerais e dos macronutrientes de uma forma direcionada para o TA, explicando, por exemplo, quais nutrientes são perdidos ao usar laxante. Neste início de tratamento que a alimentação do paciente começa a se adequar e que se inicia o trabalho de diminuição de métodos purgativos.

Na fase experimental, as condutas relatadas por Ana e Juliana também vão ao encontro do que é indicado na literatura (ALVARENGA, SCAGLIUSI E PHILIPPI, 2011): trabalham questões relativas ao corpo, à imagem corporal e à relação com alimento, trabalhando as crenças, os sentimentos e os pensamentos relacionados a este. Juliana afirma que nesta fase realizam trabalhos para melhor visualização do tamanho do corpo e utilizam textos para discussão de temas relevantes, como padrão de beleza.

Segundo a *American Dietetic Association* (ADA) (citado por ALVARENGA et al., 2004, p. 209), “todos os nutricionistas estão aptos a atuar na fase educacional; mas, para a fase experimental, são necessários treinamento e experiência em TA, trabalhando mais intimamente com os psicoterapeutas, em uma abordagem ‘psiconutricional’”.

Ana e Juliana afirmam que na instituição onde atuam além de haver a obrigatoriedade de realização destas duas fases, há uma terceira, na qual o paciente permanece em atendimento individual até quando precisar. As fases educacional e experimental acontecem em grupo e

³ Nomes fictícios.

⁴ Segundo a *American Dietetic Association* (ADA, 2011), o tratamento da anorexia e da bulimia nervosas pode ser feito em regime ambulatorial, de internação completa ou parcial (hospital-dia) dependendo da severidade e da cronicidade da doença.

individualmente e possuem um período pré-determinado para ocorrer - 18 e 12 semanas, respectivamente.

Ana e Juliana explicam que o atendimento em grupo é feito com pacientes com o mesmo TA e é uma aula ou uma dinâmica sobre temas pré-estabelecidos, seguindo sempre um cronograma dos temas abordados nestas. Após o atendimento em grupo, o paciente é encaminhado para atendimento individual.

De acordo com os relatos de Marta e de Renata, nas instituições onde atuam, o tratamento nutricional para a anorexia e bulimia nervosas é feito individualmente e não existe um cronograma de temas abordados com os pacientes. Nos primeiros contatos realiza-se uma coleta de informação sobre o paciente e uma educação nutricional direcionada para o TA com exemplos de alimentação adequada de acordo com as condições antropométricas e com a faixa etária em que ele se encontra. No início de tratamento se estabelece o vínculo entre nutricionista e paciente, o qual é fundamental para que não haja o abandono e para que ocorra a evolução do tratamento nutricional.

Renata afirma trabalhar através de acordos com os pacientes; explica que primeiramente busca analisar a ingestão atual em relação a nutrientes e calorias e, a partir disso, faz um plano de tratamento. Ela explica que, por o paciente estar muito distante do adequado, logo que ele chega não se passa para ele o ideal, já que isto interferiria na adesão do mesmo, mas trabalha com ele através de acordos.

De acordo com Patton et al. (1999), o nutricionista, no tratamento dos TAs, não deve se prender a regras rígidas, por exemplo, com a prescrição de dietas. Estas estão entre os principais fatores etiológicos precipitantes desta doença e, além disso, podem atuar como fator mantenedor. O nutricionista deve trabalhar no passo que o paciente possa acompanhar, com metas individuais estabelecidas juntamente com o paciente, a fim de que as mudanças sejam graduais e que seja evitado o reforço de sentimentos de frustração e de incapacidade (ALVARENGA, SCAGLIUSI E PHILIPPI, 2011).

Diário alimentar

É utilizado por todas as nutricionistas, sendo obrigatório na instituição onde Juliana e Ana atuam.

Segundo Juliana e Ana, no diário, os pacientes anotam o que comeram, o local e horário da refeição, com quem estavam, quanto tinham de fome antes de comer, quanto ficaram saciados, os pensamentos e os sentimentos no momento da refeição, se esta foi compulsiva, se houve purgação e qual fizeram.

Segundo Duchesne e Almeida (2002), os sentimentos e os comportamentos da pessoa com transtorno alimentar são influenciados pelo seu sistema de crenças distorcido e uma das técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental – TCC é ajudar o paciente a identificar pensamentos que possam conter distorções, mudando o pensamento para o comportamento não ocorrer. Juliana e Ana utilizam o diário alimentar com base na TCC.

Atuação nos consultórios particulares

Segundo Marta e Renata, o tratamento nutricional é feito da mesma forma que na instituição. Ana e Juliana, em suas clínicas, realizam tratamento individualizado e abordam temas dependendo da necessidade de cada paciente.

Para ambos os TAs, na clínica e na instituição, os objetivos do tratamento são: melhorar os comportamentos alimentares e a relação com o alimento e com o corpo, eliminar as crenças alimentares distorcidas, diminuir a restrição alimentar e cessar ou diminuir os métodos

compensatórios (na anorexia, quando ocorrerem⁵). Além destes, na anorexia nervosa também é recuperar o estado nutricional, adquirindo um peso adequado.

c) Aspectos psicológicos da alimentação e seus transtornos

Segundo Souto e Ferro-Bucher (2006, p. 694), para todas as pessoas:

o ato de comer transcende o valor nutritivo e as características sensoriais do alimento, possuindo motivações ocultas relacionadas às carências psicológicas e às vivências emotivas e conflituosas que independem da fome.

As entrevistadas afirmaram que os pacientes carregam diversos sentimentos relacionados à alimentação: culpa, frustração, incompetência, medo de comer e de engordar, raiva e angústia.

Os pacientes com TAs possuem uma relação difícil com a alimentação, sendo que o ato de comer, o controle sobre a alimentação e o sobre o corpo (estar magro) estão relacionados a diversos outros aspectos de suas vidas. Por esse motivo, segundo Ana, mudanças na alimentação são muito mais difíceis para pessoas com TAs, exigindo persistência do nutricionista na orientação ao paciente, podendo gerar desgaste emocional e sentimentos de frustração e de impotência no profissional.

Comorbidades

Transtornos de humor em pacientes com anorexia nervosa são comuns, chegando 98%, sendo o mais recorrente a depressão; em pacientes com bulimia nervosa, pode ocasionar piora nos episódios compulsivos.

Entre os transtornos ansiosos, o mais recorrente em pacientes com TAs é o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Os transtornos de personalidade são mais recorrentes em pacientes com bulimia nervosa, sendo os mais constantes o *borderline* e o histriônico (ALVARENGA, SCAGLIUSI E PHILIPPI, 2011).

Juliana afirma que, mesmo um paciente anoréxico não tendo um transtorno obsessivo-compulsivo, seu padrão psiquiátrico é relacionado a este transtorno, tendo ele um padrão mais perfeccionista e rigoroso de ação.

Crenças alimentares distorcidas

Segundo Juliana, as crenças dos bulímicos são mais populares, como engordar ao comer carboidrato depois das dezoito horas. Ana afirma que na anorexia aparecem crenças mais distorcidas, como a de receber calorias falando ao telefone com uma pessoa obesa.

Aspectos comportamentais da anorexia e da bulimia: algumas comparações

Segundo Renata, o anoréxico consegue agüentar longos períodos de restrição alimentar, enquanto o bulímico não aguenta, entrando no ciclo de restrição, compulsão e compensação. Juliana afirma que os pacientes com bulimia possuem uma alimentação caótica, pois pulam refeições, fazem restrições e estão sempre fazendo uma dieta nova. Oliveira e Santos (2006) afirmam que estes pacientes não possuem atitudes caóticas relacionadas somente à alimentação, mas também relacionadas a outros aspectos de suas vidas, como estudos, vida profissional e relações amorosas.

⁵ Segundo Ana, na anorexia purgativa, assim como na bulimia, os métodos purgativos também estão presentes, mas a diferença é que a anoréxica possui o Índice de Massa Corpórea (IMC) de baixo peso, enquanto a bulímica possui de peso normal ou sobrepeso. Juliana também afirma que na anorexia purgativa não existem ciclos contínuos de restrição, compulsão e compensação, como existe na bulimia.

Apesar das diferenças existentes entre estes dois TAs, Renata, Ana e Juliana afirmam que estas doenças são próximas, possuindo diversos sentimentos em comum relacionados à alimentação, um medo mórbido de engordar, uma obsessão pela magreza, uma depreciação da imagem corporal e uma vontade de controle. Além disso, apesar das características psicológicas e dos padrões psiquiátricos e familiares distintos nestes TAs, existe a possibilidade de migração de uma doença para outra, segundo Juliana.

A proximidade destas doenças pode ser justificada pelas suas raízes em comum. Segundo Scazufca (1998), ambos são distúrbios da oralidade, sendo que a anorexia e a bulimia possuem uma ligação patológica com a sexualidade, com os pecados do corpo que devem ser combatidos. Miranda (2003, p. 312) afirma que, em antigos rituais religiosos, “evitar a ingestão de alimentos, como o jejum, carrega em si a conotação de busca de um estado puro e também de pagamento de uma dívida que sempre está se renovando (anorexias sagradas, santas⁶)”. Assim, podemos interpretar como sendo o alimento igual ao pecado, em que, segundo Marta, para os anoréxicos o desejo por comer é menos explícito, eles o negam (“lado do bem”); já para os bulímicos este desejo é mais explícito, esta vontade de comer é mais explícita (“lado do mal, do pecado”).

Relação mãe e filha

De acordo com Miranda (2003, p. 309):

A anorexia e a bulimia são manifestações de um sofrimento psíquico, sintomas orais que escondem angústias arcaicas, ligadas a momentos primitivos da constituição da psique, especialmente no que concerne a rupturas precoces na relação com a figura materna internalizada. Uma história de paixões, mãe e filha unidas numa intensa dependência e paradoxalmente sentindo um horror a esta dependência que nutre a relação, aprisionadas em um mesmo corpo-cárcere, numa perversão do querer, numa eterna busca de completude para um vazio interior oriundo de seu mundo objetual violento, procurando sentido para afetos estampados no corpo e registrados na concretude de seus atos.

Moura (2007) também discorre sobre esta relação entre mãe e filha. O autor afirma que muitas portadoras do transtorno alimentar possuem uma relação característica com suas mães, a qual é de simbiose e de dificuldade de individualização e que ao estudar a relação da mãe com sua filha, desde a gestação até os dois anos de idade, percebeu-se que a questão alimentar foi um forte elo entre mãe e filha. Enquanto as mães relatam um sentimento de impotência e sofrimento, suas filhas foram caracterizadas como muito vorazes, indicando que teriam dificuldade em assimilar o cuidado oferecido por suas mães. Nesta relação complexa e sofrida entre mãe com dificuldade de oferecer e a criança com dificuldade de receber cuidados, o alimento poderia ter sido transformado em equivalente simbólico da função materna, devendo este ser eliminado ou evitado.

Ana citou o caso de uma paciente bulímica que exemplifica a difícil relação entre a portadora do TA e a sua mãe. Esta paciente portava bulimia e era muito infantilizada, tratada pela mãe como uma criança, apesar de ter 20 anos. Quando arrumou um emprego, Ana pediu para que a mãe fizesse sua marmita e o que passou a ocorrer é que a paciente levava a marmita, mas a jogava

⁶As santas anoréxicas foram descritas no século XIII. Eram mulheres que se impunham jejum como forma de aproximação espiritual de Deus. Eram caracterizadas de forma equivalente às anoréxicas de atualmente: perfeccionistas, auto-insuficientes, rígidas, insatisfeitas consigo mesmas e possuindo distorções cognitivas (CORDÁS, 2004).

no lixo. A paciente relatava que agia desta maneira devido ao incômodo e irritação que sentia pelos seus pais. Ana entrou em contato com a psicóloga responsável pelo caso e esta afirmou que naquele momento estava justamente trabalhando a questão da independência desta paciente com os pais, que eram muito controladores. Então Ana mudou a sua conduta, pedindo para que a paciente passasse a fazer a sua marmita.

A dinâmica familiar

Segundo Cobelo (2004), um fator fundamental nos TAs, além da relação entre mãe-filha, é o da dinâmica familiar. A autora descreve algumas características da família do anoréxico: perfeccionismo, superproteção, aglutinação, repressão das emoções e preocupação com peso e com dieta. O perfeccionismo é presente principalmente entre os pais, os quais enfatizam o bom comportamento de suas filhas, sendo que esta característica levaria a um hipercontrole, podendo ter como consequência a sua infantilização.

Segundo Cobelo (2004), na família da paciente bulímica é mais comum uma dinâmica caótica, com poucas regras de funcionamento estabelecidas; problemas de comunicação; dificuldade para demonstrar afeto e para impor limites e normas; e pais com antecedentes psicopatológicos.

Porém, é importante ressaltar que, segundo Renata, apesar de existirem as características gerais para os TAs, existem pacientes que não se enquadram nestes. Como exemplo o caso citado por Ana sobre a paciente bulímica cuja mãe fazia a marmita, o qual se aproxima mais dos padrões familiares do anoréxico, pela dificuldade de autonomia devido à superproteção dos pais e pela infantilização.

Além de existirem pacientes que não se enquadram nos padrões dos TAs, Ana e Renata enfatizaram a importância de se observar a singularidade de cada paciente e de haver a conquista da confiança do paciente por parte do nutricionista. Ana utiliza a entrevista motivacional (técnica de comunicação), a fim de estabelecer a empatia entre profissional e paciente.

d) Impacto Psicológico Acarretado ao Nutricionista

De acordo com Sicchieri et al. (2006, p. 371), o tratamento dos transtornos alimentares é um desafio para os profissionais, pois os pacientes “não se percebem doentes, são levados ao atendimento hospitalar muitas vezes contrariados e, na maioria das vezes, há grande conflito familiar e alta demanda por recuperação rápida e cura total de adolescentes que são vistos como voluntariosos e rebeldes pelos seus respectivos”.

Renata afirmou que, nos primeiros contatos, tinha dificuldade de lidar com suas expectativas de resultado a curto e médio prazo, principalmente dos casos mais graves.

Juliana afirmou que, no primeiro contato, ficou assustada com a complexidade dos TAs, afirmando que “é muito mais complexo do que uma orientação nutricional habitual, é muito diferente de fazer uma recomendação para colesterol elevado; não tem uma recomendação pontual, isso é um trabalho de construção de tratamento.”

Ana também relatou que no primeiro contato ficou assustada, relatando que:

(...) uma das coisas que me chamou muita atenção e que me assustou também foi que na anorexia eu já esperava ver restrição alimentar grande, mas na bulimia existe muita restrição alimentar, elas têm compulsão, elas comem bastante na compulsão, mas no dia a dia fazem muita restrição, isso assustou também, de ver as meninas fazendo jejum dias e dias a fio.

Marta contou que, em seu primeiro contato com um paciente anoréxico, ficou impressionada em: “ver uma pessoa muito emagrecida, com IMC menos do que 14, muito baixo peso; você vê praticamente pele em cima de osso, você vê machucado, as vértebras marcadas, o fêmur, o quadril”.

Renata comentou também o impacto causado no tratamento de uma paciente anoréxica, com muitos anos de doença, com várias internações, inclusive com tentativa de suicídio e automutilações, considerado seu maior desafio:

(...) cada minúscula coisa que eu pedia a mais pra ela comer, ela se cortava mais, porque era como se ela tivesse que se punir por estar comendo alguma coisa.

Renata conta que isso a afetava muito, fazia com que ela sofresse demais e que em casos como este, a equipe está sempre se reunindo e conversando e, devido à gravidade do caso, a nutrição entra somente em alguns momentos do tratamento, pois a paciente não agüenta, não suporta. Depois de algum tempo, essa paciente engravidou e quando todos achavam que a situação ia piorar mais ainda, o que aconteceu foi o contrário, em sua gravidez, ela suportou o peso, agüentou e teve uma filha, o que de alguma forma a ajudou internamente no estado de cura, segundo Renata.

Juliana e Renata frisaram a importância da afinidade entre profissional e paciente para evolução do tratamento, caso isso não ocorra, deve-se encaminhar para outro profissional. Juliana considera a afinidade entre o paciente e o terapeuta fundamental para o tratamento dos casos mais graves.

Juliana e Ana relataram também sobre as transferências⁷ e contratransferências⁸ que se manifestam durante o tratamento e ressaltaram a importância do nutricionista refletir sobre seus próprios sentimentos, sobre o modo como o profissional é também afetado psicologicamente pelo tratamento. Um exemplo interessante é a reflexão feita por Renata a respeito de sua responsabilidade no tratamento:

(...) quando o resultado era bom, eu ficava feliz comigo e quando o resultado era ruim, eu ficava péssima comigo; a gente sempre fica, mas eu acho que mudou a minha forma de perceber a minha responsabilidade no processo de tratamento de uma pessoa com uma doença mental, porque isso que a gente tem que deixar muito claro na nutrição.

A importância da psicoterapia para os nutricionistas que atuam com os TAs foi referida por Juliana e Renata, por ajudar a lidar com sentimentos que a relação com o paciente faz surgir no profissional e a suportar a dor que vem do outro.

A pesquisa realizada por Manochio (2009) é uma das poucas que faz referência ao modo como os nutricionistas são afetados psicologicamente pela condição de seus pacientes com TAs. A pesquisadora entrevistou seis nutricionistas das regiões Sul e Sudeste do Brasil e revelou que o profissional que trata pacientes com TAs precisa se desenvolver emocionalmente e saber lidar com os sentimentos de frustração e de impotência que decorrem dessa atividade e apontam também a importância de um aprofundamento na área da psicologia.

Tal como na pesquisa de Manochio (2009), as nutricionistas entrevistadas nesta pesquisa também relataram sentimentos de insegurança, ansiedade, frustração e impotência, todavia, puderam reconhecer que a atuação junto a pacientes com transtornos alimentares exige muito mais do que o domínio técnico, mas, sobretudo, uma atitude de escuta e empatia com o outro.

⁷ Segundo Freud (1916-1917, p.515), são sentimentos do paciente transferidos à pessoa do médico, que se manifestam a partir da relação terapêutica, mas que decorrem de outras experiências do paciente.

⁸ Segundo Leitão (2003, p.175), a contratransferência está relacionada aos sentimentos e emoções que o paciente faz surgir no analista.

A atitude e a postura de abertura para o contato com o paciente, relatadas pelas entrevistadas nesta pesquisa, revelam um concepção de atendimento mais humanizadora, distinguindo-se do modelo estritamente biomédico que se pauta, sobretudo no domínio técnico instrumental e na autoridade do profissional.

Demétrio et al. (2011) problematizam o modelo biomédico e propõem a ampliação da prática clínica do nutricionista visando a humanização da relação entre o profissional e o paciente de modo que esta se baseie na confiança, respeito e reciprocidade. Os autores do ensaio, assim como Bosi (2000), discutem também a formação oferecida ao nutricionista, ainda fortemente baseada no modelo biomédico, dando pouca importância às dimensões humanas e sociais dos sujeitos e da alimentação. A respeito da formação adquirida na graduação em Nutrição, Juliana e Ana afirmam que trabalhar com TAs demanda uma especialização no tema, além de uma supervisão com algum profissional mais experiente.

Renata acredita que o nutricionista que atua nesta área, além do conhecimento técnico de nutrição, deve ter um conhecimento maior na área de humanas, sendo a psicologia fundamental para a formação do nutricionista, além da antropologia e da sociologia. Ela lamenta a pequena participação da psicologia na formação do profissional e acredita ser essencial a humanização do nutricionista em sua formação.

Considerações finais

As entrevistas trouxeram diversos aspectos importantes sobre o tratamento nutricional que não foram constatados na literatura, como a singularidade dos pacientes e as histórias que exemplificavam esta singularidade. Além disso, através das entrevistas, pode-se constatar a existência do envolvimento entre profissional e paciente e do impacto psicológico produzido por este trabalho, sendo necessária a reflexão sobre esses impactos, seja no âmbito de psicoterapia pessoal, de supervisão e/ou acompanhamento de equipe multidisciplinar.

A partir da revisão bibliográfica realizada, percebeu-se que os estudos na área dos TAs se direcionam mais para os aspectos ligados ao paciente e à sua família e pode-se notar a escassez de estudos abordando os impactos psicológicos acarretados no profissional da Nutrição ao trabalhar com estes transtornos. Desse modo, este estudo buscou mostrar e enfatizar também o lado de quem trata, mostrando as conseqüências psicológicas decorrentes do tratamento de TAs. Assim, é de grande importância a continuidade na realização de outros estudos que mostrem este aspecto do tratamento.

Além disso, outro aspecto apontado nesta pesquisa foi o da importância da humanização do profissional da nutrição em sua formação, devendo esta ter maior direcionamento para disciplinas como psicologia, antropologia e sociologia, as quais são essenciais para se compreender e se trabalhar com a complexidade da alimentação.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M., et al. Terapia nutricional para transtornos alimentares. In: PHILIPPI, S.; ALVARENGA, M. (Org.). **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004. p.209-226.
- ALVARENGA, M. e LARINO, M. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 39-43, dez. 2002.

- ALVARENGA, M., SCAGLIUSI, F.B. e PHILIPPI, S.T. (Org.). **Nutrição e transtornos alimentares**. Barueri: Manole, 2011.521p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition Revised**. Washington, DC: APA, 2000.
- BORGES, N., et al. Transtornos alimentares: quadro clínico. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, jul./set. 2006.
- BOSI, M.L.G. Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 107-115, maio/ago. 2000.
- COBELO, A. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. In: PHILIPPI, S.; ALVARENGA, M.(Org.). **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004. p.119-129.
- CORDÁS, T. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo**, v. 31, n. 4, p. 154-157, set. 2004.
- DEMÉTRIO, F. et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 5, p. 743-763, set./out. 2011.
- DUCHESNE, M. e ALMEIDA, P. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 49-53, dez. 2002.
- FREUD, S. (1916-1917). Transferência. In: **Conferências Introdutórias sobre Psicanálise** (Parte III). Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976, p.503-521. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 16).
- GOULART, D.M. e SANTOS M.A. Corpo e Palavra: Grupo Terapêutico para pessoas com transtornos alimentares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 4, p. 607-617, out./dez. 2012.
- LATTERZA, A. et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 173-176, set. 2004.
- LEITÃO, L. Contratransferência: Uma revisão na literatura do conceito. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 21, n. 2, p. 175-183, abr. 2003.
- MANOCHIO, M. **O perfil e a atuação do nutricionista no tratamento de transtornos alimentares**. 2009. 138 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.2009.
- MIRANDA, M. O mundo objetual anoréxico e a violência bulímica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 38, n. 2, p. 309-334, set. 2003.
- MORGAN, C., VECCHIATTI, I. e NEGRÃO, A. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. [Revista Brasileira de Psiquiatria](#). São Paulo, v. 24, p. 18-23, dez.2002.
- MOURA, F. **O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos transtornos alimentares**. 2007. 94 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.
- OLIVEIRA, E. e SANTOS, M. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 353-360, jul./set. 2006.
- PATTON, G.C., et al. **Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years**. *BMJ*. Londres, v. 318, p. 765-768, mar. 1999.
- SCAZUFCA, A. **Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade**. 1998. 145 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.1998.

SICCHIERI J., et al. Manejo nutricional nos transtornos alimentares. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 371-374, jul./set.2006.

SILVA, L. e SANTOS, M. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 415-424, jul./set.2006.

SOUTO, S e FERRO-BUCHER, J. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 19, n. 6, p. 693-704, nov./dez. 2006.