

DANIELLE BASSI
LUCIANA APARECIDA RAMOS

**RELATÓRIO FINAL DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM
PSICOLOGIA COMUNITÁRIA E DA SAÚDE NA CLÍNICA ESCOLA DE
NUTRIÇÃO DA UMESP – CAMPUS PLANALTO**

Relatório final referente estágio obrigatório em Psicologia Comunitária e da Saúde, para conclusão do Curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, sob supervisão da Profa. Dra. Camila B. de Souza CRP 06/10765.

São Bernardo do Campo
2006

RESUMO

Este relatório contém as informações do estágio realizado na Clínica – Escola de Nutrição da Universidade Metodista de São Paulo. Para consecução e desenvolvimento do estágio no primeiro semestre foram realizados dez plantões de março a abril de 2006, com o intuito de conhecer, investigar a dinâmica e estrutura da clínica, dos estagiários, dos atendimentos aos pacientes e coordenação/supervisão. A partir de entrevistas informais e semi-dirigidas (estagiárias e coordenação), acompanhamento de consultas e verificação de prontuários, foi possível subsidiar a elaboração do diagnóstico e proposta de intervenção. No segundo semestre realizamos vinte plantões nos quais baseados nos parâmetros básicos de atenção primária a saúde, como estratégia de assistência pedagógica e educativa focando crenças saúde-doença, relação médico-paciente, prevenção e promoção da saúde física, mental e bem estar social.

Palavras-Chave: adesão, tratamento nutricional, saúde coletiva.

SUMÁRIO

Resumo	02
1. INTRODUÇÃO	04
1.1 Psicologia da saúde e comunitária	04
1.2 Psicologia e Nutrição	07
1.2.1. Transtornos alimentares e obesidade	08
1.2.2. Adesão ao tratamento nutricional	10
2. DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO	13
2.1 Caracterização da clínica de nutrição	13
2.2 Dados da população atendida	14
3. DESCRIÇÃO DO TRABALHO	15
3.1. Atividades desenvolvidas	15
3.1.1.a Primeiro acompanhamento consulta	17
3.1.1.b Segundo acompanhamento consulta	18
3.2. Síntese diagnóstica	19
3.2.1. Proposta de Intervenção	19
3.2.2. Justificativa	19
3.2.3. Objetivos	20
3.2.3. Método	20
3.2.5. Público Alvo	21
3.2.6. Recursos Materiais	21
3.3. Desenvolvimento do segundo semestre	21
3.3.1. Estratégias e Intervenções	21
3.3.1.a. Terceiro grupo	21
3.3.1.b. Quarto grupo	23
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
4.1. Resultados e discussões	23
4.1.1.a Análise dos grupos do primeiro semestre	25
4.1.1.b Análise dos grupos do segundo semestre	26
4.1.2. Análise dos pacientes avaliados	27
5. CONCLUSÃO	33
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1. INTRODUÇÃO

1.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE E COMUNITÁRIA

A psicologia é uma ciência que se coloca a serviço do outro, o psicólogo é um cientista da conduta humana, na investigação de fenômenos do comportamento, assim pressupõe-se que a psicologia deve mudar algo “no espaço”, para proteger a comunidade. E isso significa investigar os fatores psicológicos que contribuem para as doenças físicas, o continuou aperfeiçoamento dos sistemas encarregados dos cuidados de saúde e a formulação de políticas públicas de saúde.

Sabemos que a segunda revolução da saúde trouxe uma nova concepção do homem como um ser biopsicossocial, assim a comunidade científica passa a promover sua saúde de maneira integral. Dessa forma, essa nova perspectiva impõe uma passagem do enfoque individual para o social (RIBEIRO,2000).

O conceito de saúde que hoje é concebido e discutido visa uma maior operacionalidade as teorias e prática, na proteção e assistência as populações, principalmente no âmbito da atenção primaria de saúde, bem como preocupada com as questões psicossociais envolvidas no processo de saúde-doença (CONTINI,2001).

Nesse contexto, nos reportamos as contribuições de Bleger (1984) que nos fala da Psicologia Institucional, Higiene Mental e Psico-Higiene, com a visão que o psicólogo deve abandonar o consultório – no sentido de ir além - e venha de encontro com o cotidiano. Para autor essa conduta trata-se de uma proposta preventiva, sendo o único caminho que conduz o psicólogo a intervir no contexto de saúde visando à melhora como um todo (prevenção, promoção, manutenção, tratamento).

A Psicologia da Saúde surge da necessidade de promover saúde pensar sobre saúde-doença como um fenômeno social. Ribeiro (2000) utiliza o termo psicologia e saúde por entender que o psicólogo na sua atuação se apropria das informações que diferentes áreas trazem para o campo da saúde.

O foco de atuação da psicologia da saúde na promoção e na educação para a saúde, assim visando intervir com a população em sua vida cotidiana antes que haja riscos ou se instale algum problema do âmbito sanitário, evidencia que a Psicologia da Saúde dá ênfase às intervenções no âmbito social e inclui aspectos que vão além do trabalho em uma instituição, como é o caso da Psicologia Comunitária (VIZZOTTO, 2003).

O apanhado histórico da Psicologia Comunitária nos traz também o entendimento de uma área na qual a o psicólogo atua de maneira interdisciplinar. Isto porque, na Psicologia Comunitária a realidade se apresenta como uma integração dos aspectos orgânicos, psíquicos e sociais, daí a vertente interdisciplinar.

A relevância da atuação interdisciplinar conforme salienta Ribeiro (2003) na saúde coletiva não pode ser entendida e praticada com um conjunto de ações e saberes isolados. Portanto, é necessária a produção de ações comum, sem o predomínio de uma profissão ou campo como detentora das diretrizes do trabalho generalista.

Excluído: .

A importância do conhecimento e da utilização dos aspectos socioculturais e psicossociais não é apenas importante como facilitador da relação médico-paciente ou programas institucionais de saúde, mas fundamentalmente, viabilizar a integração da equipe de saúde frente a comunidade.

O trabalho do psicólogo nesse contexto objetiva compreender quais os fatores biológicos, comportamentais e sociais que influencia na crença de saúde e doença, sendo realizado em instituições, como hospitais, centros de saúde, ONGS, bases comunitárias, etc.

Portanto, a psicologia da saúde passa a identificar quatro tipos de objetivo diferenciados: promoção, manutenção, prevenção e tratamento realizado em duas áreas distintas – saúde e doença. Essa classificação significa que a relação entre diversas variáveis – sociais, tecnológicas, ambientais, religiosas, orgânicas, culturais, comportamento humano – é que irá determinar a condição de saúde do ser humano.

Conforme esclarece Botomé e Santos (1984), qualquer uma dessas variáveis, exerce diferentes graus de influência e nem sempre temos conhecimento, acesso ou possibilidade de controlar essas variáveis ou algumas de suas dimensões.

Assim a psicologia da saúde, com base no modelo biopsicossocial, apropria-se dos conhecimentos das ciências biomédicas, da psicologia clínica e da psicologia social-comunitária, no contexto de saúde e doença, o que torna imprescindível o trabalho com outros profissionais.

Para Vizzotto (2003) essa forma de atuação com outros profissionais contribui fundamentalmente para a compreensão dos fenômenos grupais, pois consiste no trabalho com sujeitos sociais em condições ambientais diferentes, atento as suas respectivas psiques, bem como, uma maior apropriação do psicólogo de áreas até então renegadas ou pouco estudadas.

Todas essas concepções sobre prevenção e promoção da saúde corroboram com a proposta da Psicologia Comunitária e Saúde cujo objetivo é buscar e aplicar ações de proteção e prevenção aos agravos da saúde, espaço nos quais ambas caminhem concomitantemente enquanto método clínico de investigação.

1.2. PSICOLOGIA E NUTRIÇÃO

O entendimento de saúde e doença como algo ininterrupto deve ser parte integrante da formação dos profissionais da saúde entre os quais se inclui os nutricionistas. Hoje é evidente que nem a medicina, nem nutrição conseguem fazer com que esses pacientes mudem seu comportamento alimentar.

A necessidade da Psicologia e da Nutrição se unirem, mesmo sendo áreas de conhecimento distintas, torna-se primordial quando se lida com a crença - positiva ou negativa – do paciente quanto ao comportamento de seguir uma dieta alimentar.

Atualmente são várias as patologias orgânicas e mentais decorrente da uma má alimentação nutricional e de um mau comportamento alimentar (LOLI,2000;TOMMASO,2006). Assim como a incidência da obesidade infantil e de adultos, aumento dos casos de transtornos alimentares ente jovens e crianças em idade cada vez mais precoce.

Como abordagens interdisciplinares Psicologia e a Nutrição têm demonstrando resultado para superar os pontos críticos na prevenção de doenças e promoção da saúde.

O comportamento alimentar agrega um conjunto de atividades que fazem parte do desenvolvimento biológico e fisiológico, sendo primitivo, inconsciente e menos racional que o comportamento nutricional.

Tanto Tommaso (2006) e Netto (2002) concordam que o comportamento alimentar é matéria prima para o comportamento nutricional, uma vez que ambos são regulados pelo mecanismo fome-saciedade que pode ser alterado por fatores psicológicos negativos (depressão, emoções, ansiedade, mudança humor) que afetam o comportamento nutricional.

Portanto a partir dessas considerações teóricas a importância da interdisciplinaridade entre a psicologia e a nutrição na promoção e prevenção da saúde pública, vem hoje de encontro a uma necessidade emergência na prevenção de doenças nutricionais e suas comorbidades, principalmente o caso da obesidade, com altos custos aos serviços de saúde.

Os grandes agravos de saúde integrando hoje a psicologia e a nutrição estão relacionados aos dados epidemiológicos da obesidade em crianças e adultos, bem como o aparecimento cada vez mais precoce de transtornos alimentares na infância e adolescência e número significativo de obesos mórbidos encaminhados para cirurgias.

Segundo dados do IBGE, 38% dos brasileiros são obesos ou estão acima do peso, conforme estimativas da Sociedade Brasileira de Pediatria, o crescimento da obesidade é um problema que também atinge as crianças. Há quinze anos apenas 3% das crianças brasileiras eram obesas, hoje os dados apontam que 15% apresentam esse problema (LOLI,2000).

A obesidade severa é outro agravo dos fracassos no controle e tratamento do peso, consequência dos quadros de transtorno de compulsão alimentar, nota-se que um aspecto característico dessa obesidade é o seu rápido desenvolvimento. A presença de insucesso no tratamento convencional para a obesidade, aumenta o índice de paciente de obesidade grau III. Frente à necessidade de uma intervenção eficaz na condução clínica de obesos graves, a indicação das operações bariátricas vem crescendo nos dias atuais (LOLI, 2000;SEGAL; FANDIÑO; 2002).

O número de pacientes com transtornos alimentares vem aumentando consideravelmente nos últimos 40 anos principalmente na última década (CORDÁS; BUCARETHCI, 2006). Os dados de pesquisa comprovam que 90 % dos casos ocorrem com a população feminina, sendo que vem aumentando a incidência.

Excluído: ocorre

Os danos causados pelos transtornos alimentares preocupam a comunidade científica mundial, que vem discutindo a complexidade da doença, suas possíveis causas e a possibilidade de tratamento. Bucarethci (2003) salienta que essa é uma visão reducionista da problemática. Estudos afirmam que nos casos de Anorexia e Bulimia, as causas e a manutenção de múltiplos fatores, envolvem aspectos sociais, psicológicos, familiares e biológicos.

Os transtornos alimentares são descritos como transtornos e não como doença por que ainda não se conhece bem a etiopatogenia, portanto não existe ainda uma causa única e concreta para explicar o surgimento da enfermidade. A etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial, são determinadas por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo. São acompanhados de varias complicações relacionadas ao comprometimento do estado nutricional e as práticas compensatórias inadequadas para o controle do peso (BUCARETCHI, 2003).

Além dos casos de Anorexia e Bulimia Nervosa, existe ainda o quadro de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, Síndrome do Comer Noturno, Compulsão Alimentar e o Transtorno Alimentar na Infância.

O tratamento multidisciplinar é o mais adequado: psicoterapia individual e em grupo, farmacoterapia e abordagem nutricional em nível ambulatorial (NIGRO,2006). Para o autor a abordagem puramente psiquiátrica no tratamento de transtornos alimentares não é suficiente, a abordagem nutricional visa estabelecer um hábito alimentar mais saudável e abordagem psicológica a reestruturação egóica desse individuo frente a sua relação com alimentação.

É muito difícil que somente um profissional consiga lidar com os diferentes aspectos que envolvem os problemas nutricionais, pois o tratamento desses pacientes implica no reaprender a viver desvinculado de um padrão alimentar que os aprisiona. Assim, estão diante de uma meta complexa pela necessidade de criar um novo papel em relação a sua existência (CORDÁS; BUCARETHCI, 2006).

Essa abordagem integrada da equipe multidisciplinar alinhadas em suas teórica e práticas, para a reaprendizagem é que ira garantir um vínculo adequado do paciente como esses profissionais, consequentemente, sua adesão ao tratamento. Isso significa que tratar essas patologias de maneira isolada, ou seja, a partir da especialidade de cada profissional, somente ira conduzir para que o paciente mantenha vinculo primitivo de dependência e desamparo, quando o adequado é um ambiente estável e confiável, no qual todos utilizem à mesma linguagem.

Consideramos que o insucesso nos programas de intervenção nutricional pode estar relacionado com a compreensão insuficiente do paciente, da relação entre os comportamentos ligados à saúde e o tratamento prescrito, o resultado dessa não compreensão é a não aderência ao tratamento nutricional.

Cavalcanti *et al* (2005) relata que a modelo tradicional de tratamento para obesidade prescrito pela medicina e pela nutrição, certamente conseguirá resultados inexpressivos. Sendo esse aspecto confirmado pelas altas taxas de reincidência de obesidade e pelos estudos recentemente conduzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), investigando os aspectos sociológicos, econômicos, culturais e psicológicos da doença, almejando através da multidisciplinaridade obter uma melhora nos indicadores epidemiológicos.

Observamos que na prática em saúde a dificuldade de adesão do paciente ao tratamento é um problema comum. A não adesão consiste na dificuldade ou fracasso, por parte do paciente, em cumprir o tratamento proposto, por exemplo, usar a medicação, seguir a dieta, praticar atividade física, de acordo com a orientação do profissional de saúde (SANGUIN, 2004).

DiMatteo (1994 *apud* Assis e Nahas 1999) relata 75 % dos pacientes não seguem as recomendações médicas relacionadas as mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares, abandono do fumo e outros.

Valle *et al* (2001) explica que apenas um terço dos pacientes apresentam adesão adequada ao tratamento e que as taxas caem para 10% para certas mudanças comportamentais, como perda de peso ou para de fumar.

Segundo Sanguin (2004) os índices de não adesão estão relacionados a fatores, como as dificuldades de assimilar as informações sobre a doença e o tratamento, a passividade do paciente, à relação médico-paciente e os fatores atribuídos ao esquema terapêutico. Para aderir a um tratamento o paciente terá que apresentar o seguinte perfil: estar interessado na sua saúde, estar motivado em seguir as recomendações de saúde e manter as cinco condições de saúde básicas: 1) suscetibilidade: convicção sobre vulnerabilidade para uma doença ou suas conseqüências; 2) severidade: convicções sobre os efeitos sérios das conseqüências em sua vida; 3) benefícios: convicção de que recomendações de saúde serão efetivas e reduzirão quaisquer ameaças; 4) barreiras: convicção de que as recomendações de saúde devem ser levadas a sério, apesar das barreiras físicas, psicológicas ou financeiras e 5) eficácia própria: convicção de que é capaz de seguir a recomendação de saúde.

Este modelo de saúde mostra que há muito para entender sobre a percepção que um paciente tem da própria saúde, o que motiva o paciente, a importância das convicções e expectativas do paciente em relação a adesão (SANGUIN,2004).

Outro aspecto apontado na literatura a respeito da temática adesão a tratamento, esta relacionamento ao vínculo estabelecido na relação médico-paciente.

Segundo Arruda (1999) a clínica é a arte do encontro entre as pessoas, no qual os seres humanos, com suas angústias, esperanças e desesperos, defrontam-se para que, cada um a sua maneira, possa se ajudar. De um lado há um conhecedor estudioso e dedicado, do outro, o mais frágil, sofredor, angustiado, regredido na maioria das vezes, mas cheio de esperança e confiança no seu interlocutor. Será dessa relação tão desigual, da maneira pela qual foi levada, que acontecerá o sucesso ou o fracasso do tratamento.

A adesão também é diretamente proporcional á capacidade de comunicação do profissional de saúde, que inclui a obtenção correta dos dados, informação com clareza e capacidade de negociar. A falta de incentivo e de empatia, bem como, a inabilidade para modificar o esquema terapêutico por parte do profissional de saúde, influi negativamente na adesão. A satisfação com o nível de atendimento e com a atitude do profissional tem sido relatada como fatores que influenciam a aderência.

Holli e Calabrese (1991 *apud* ASSIS; NAHAS,1999) sinalizando que a aderência é melhor estabelecida se o paciente encontra o mesmo profissional em cada visita. As características do serviço da clínica são importantes, a espera para o atendimento pode ser um fator que conduz ao não retorno. Um ambiente acolhedor por parte de toda a equipe é fundamental para criar um clima aconchegante.

Para os autores a assistência do profissional de saúde ao paciente, deve ir além de fornecer uma informação que pode ser obtida sem o auxílio de profissional, ou seja, em livros, internet, revistas,

reportagens, jornais, televisão, familiares e amigos. O conhecimento sobre o que comer é um primeiro degrau na influência do comportamento alimentar saudável, provavelmente super valorizado. A relação entre o que a pessoa sabe é o que a pessoa faz, tem sido considerado como “altamente tênue”. O conhecimento não instiga a mudança, mas funciona com um instrumento quando as pessoas desejam mudar (HOLLI;CALEBRESE,1991 *apud* ASSIS;NAHAS,1999).

Para Benute *et al* (2001) frente ao alto índice de não adesão, é necessário à estruturação de programas educativos desenvolvidos por equipes multidisciplinares, com objetivo de transmitir informações básicas para o seguimento do tratamento, o que resultaria numa melhor conscientização e adesão desses pacientes às recomendações da equipe.

Em concordância com autores, entendemos que o trabalho do psicólogo na saúde deve ir além da simples transmissão de informações a respeito do tratamento adequado ou ideal, até porque isso pode ser feito por qualquer profissional. A inserção do psicólogo em programas educativos está ligado à importância da realização de um diagnóstico da situação do grupo alvo do programa no que se refere à presença de conteúdos subjetivos, como temores, frustrações e impedimentos de ordem psíquica que geralmente são relacionadas com a forma como o paciente se posiciona frente à enfermidade, podendo produzir sintomas psíquicos de diversos tipos ou resultar no abandono do tratamento e em dificuldade na comunicação equipe-paciente, entre outras conseqüências. Estes fatores podem interferir no modo como esses pacientes lidam com sua doença e o seu tratamento. O trabalho do psicólogo pode propiciar ao paciente motivação para mudança de atitudes e sua efetivação, ao permitir que tais conteúdos sejam elaborados.

2. DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Instituição: Clínica de Nutrição da Universidade Metodista de São Paulo – Campus Planalto –.

Endereço: Avenida Dom Jaime de Barros Câmara, 1000 Planalto – São Bernardo do Campo - São Paulo.

Coordenação: Professora Renata Pinotti

Público Alvo: de crianças a idosos

Atividade: Oferece diagnóstico de tratamento a patologias associas à alimentação e à nutrição.

Horário de funcionamento: de segunda a sexta das 18:00 às 22:00 horas.

Localização: 4º andar (prédio central)

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA CLÍNICA

Com a necessidade de atender a demanda do curso noturno foi inaugurada em agosto de 2005 a Clínica de Nutrição do campus Planalto. Assim como as outras clínicas mantidas pela Universidade Metodista de São Paulo tem como objetivo principal prestar atendimento à população carente da região.

São atendidos em média, oito pacientes por dia, que após a primeira consulta e agendado o retorno no prazo de quinze e para casos urgentes uma semana. No retorno o paciente recebe a dieta a

ser seguida, orientação nutricional, sendo agendada a próxima consulta para trinta dias. Os pacientes pagam uma taxa de R\$ 6, 00 (seis reais) por consulta (existem casos de isenção de taxa).

Os quadros clínicos mais freqüentes são: obesidade infantil e adulta, crianças desnutridas, hipertensão, diabetes 2, problemas de tireóide, colesterol, doenças hepáticas, rins, gastrite e pessoas que buscam reeducação alimentar.

As pessoas para serem atendidas, entram em contato com a Universidade e deixam o nome na lista de espera. São as próprias estagiárias que entram em contato para agendar a consulta. Atende também aos funcionários da universidade inscritos no Programa Bem Estar. Os funcionários fazem inscrição junto ao serviço social, aguardam na lista de espera, que é separada dos pacientes oriundos da comunidade. No geral a procura pelos serviços da clínica se dá por indicação de alunos, e, algumas crianças são encaminhadas pela Escola do SESI, localizada próximo ao Campus Planalto.

O estágio do quarto ano do curso de Nutrição é de duzentas e quarenta horas, com duração de aproximadamente dois meses e meio, enquadrado na área de saúde pública.

Na primeira consulta é preenchido o formulário de Entrevista de Anamnese Alimentar. Nessa entrevista são investigadas e anotadas informações gerais do paciente, o motivo da consulta, levantamento dos antecedentes médicos – pessoal e familiar-, informações sobre o trato gastro-intestinal, atividades físicas, preferências alimentares, quantidade de refeições, histórico da alimentação nas últimas 24 horas, o último passo é peso e as medidas.

O tempo de duração da consulta é de aproximadamente uma hora, ao final dessa entrevista é informado ao paciente a data e horários para retorno, esclarecem sobre as faltas (o paciente pode ter até duas faltas justificadas) e o paciente assina o Termo de Responsabilidade, nesse documento consta a informação que os dados obtidos serão utilizados para fins acadêmicos em pesquisa e grupos de estudos.

2.2. DADOS DA POPULAÇÃO ATENDIDA

O público atendido é de crianças a idosos, visando educar e orientar sobre hábitos alimentares e nutricionais para pessoas saudáveis, portadoras de doenças relacionadas com a Nutrição e outras patologias que necessitem de intervenção nutricional. Os casos de transtornos alimentares graves – Bulimia e Anorexia - são atendidos somente na Clínica de Nutrição do campus Rudge Ramos.

O perfil dos pacientes atendidos na clínica de nutrição está descrito na tabela a seguir:

PERFIL DOS PACIENTES DA CLÍNICA DE NUTRIÇÃO		
CATEGORIA	2005	2006*
GÊNERO Masculino Feminino Grupo Etário	77% Feminino 72% Adulto 3% crianças 3% adolescentes	63% Sexo Feminino 37% Sexo Masculino 65% Adulto 23% Crianças 3,85% Idosos * esse grupo apresentou maior variação.
MOTIVO DA CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> ● 63% perde peso com obesidade grau I e II ● 24% reeducação alimentar – nível eutrofico 	65% perder peso – obesidade I, II e III. 15% reeducação alimentar.

ADESÃO AO TRATAMENTO	22,45% do paciente adulto, sexo feminino aderiram ao tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> ● 27 % dos pacientes (adultos, sexo feminino a maioria) aderiram ao tratamento. ● Desses pacientes 3 % conseguiram resultados positivos com redução de pesos, 6% manutenção do peso e 18% não atingiram o resultado. ● 15% dos pacientes atualmente atendidos são iniciaram o tratamento em 2006.
----------------------	------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. DESCRIÇÃO DO TRABALHO

3.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Realizamos intervenções com quatro grupos de estagiárias, sendo formado por cinco alunas, no primeiro semestre o trabalho foi de observação, análise dos prontuários, caracterização do perfil do pacientes e acompanhamento de consultas e da supervisão. Nessa primeira etapa, nosso objetivo era conhecer melhor a dinâmica do funcionamento da clínica. No segundo semestres tivemos uma atuação mais diretiva com os estagiários e com os pacientes, utilizando uma abordagem psicoeducativa conforme proposto na projeto de intervenção.

A seguir apresentamos ao desenrolar das atividades no primeiro e segundo semestre de 2006.

3.2. CONTATOS INICIAIS: LEVANTAMENTO E DIAGNÓSTICOS

Em nosso primeiro contato com a coordenação do curso de Nutrição tivemos uma recepção acolhedora e positiva com relação à proposta de estágio, sendo revelado a intenção de realizar alguma atividade interdisciplinar com o curso de Psicologia. Fomos orientadas a procurar a professora responsável pela coordenação e supervisão da clínica. A coordenadora e supervisora da clínica, assim como a coordenadora do curso sendo receptiva, aprovando a realização do estágio. Esclarecemos que nessa primeira etapa estaríamos realizando observações, entrevistas, acompanhando consulta e que no final apresentaríamos uma proposta de projeto de intervenção a ser desenvolvido no segundo semestre de 2006. Ficou definido que nosso estágio aconteceria todas as sextas-feiras, no horário das 18:00 às 22:00 horas, e reuniões quinzenais com a coordenadora da clínica. A única solicitação foi que nesse primeiro momento, apenas acompanhássemos as consultas juntamente com as estagiárias, sem intervir com os pacientes.

Uma preocupação relatada pela professora, que entendemos como queixa inicial, foi o problema de adesão ao tratamento nutricional, cuja causa não estava clara. Ao perguntamos qual a freqüência de retorno, fomos informadas que geralmente são três retornos, mas a professora considera que isso não vem ocorrendo, como também aponta que o maior índice não adesão pode estar relacionada aos pacientes obesos.

Com relação à adesão uma outra variável ser investigada é o fato das estagiárias efetuarem no máximo três atendimentos, então quando o vínculo com o paciente começa a ser estabelecido, o mesmo passa a ser atendido por outra aluna. Ao questionarmos sobre essa característica do estágio ser algo que afeta a aderência ao tratamento, pela dificuldade de resposta – estagiárias e coordenação- entendemos

que era um aspecto a ser observado e investigado. No entanto, tanto a coordenadora como as estagiárias atribuem o problema a dificuldades comportamentais e emocionais do paciente para mudar a conduta alimentar. Por outro lado, notamos que a questão da rotatividade do estágio influenciou na adesão ao tratamento mobilizou o grupo e a coordenação a pensar sobre o assunto.

No primeiro semestre de 2006 tivemos contatos com dois grupos de estagiárias, acompanhamos duas consultas iniciais e um retorno.

As estagiárias também comentam sobre a não adesão como algo preocupante nos atendimentos, no geral atribui a situação a três fatores: falta de apoio familiar ao paciente, dificuldades financeiras do paciente e falta de força de vontade do paciente.

Foram observadas opiniões divergentes sobre a adesão nos grupos. No primeiro grupo foi apontado como causa o fato da clínica ter sido inaugurada a pouco tempo e o recesso no final do ano (clínica inaugurada em agosto e recesso em novembro). O segundo grupo cogitou a possibilidade da mudança de grupo de estagiárias ser uma condição que afeta a adesão do paciente, que já tinha uma empatia com a estagiária anterior, fazendo com que ele não retorne mais, mas sinalizou a dificuldade financeira devido ao fato de alguns pacientes não tem condições para comprar determinados alimentos, então consomem em excesso o que mais tem em casa, conseqüentemente, desenvolvem algumas patologias devido à falta de vitaminas e de uma alimentação nutritiva. Outros fatores apontados pelo segundo grupo são: a dificuldade de comunicação entre paciente e médico, a má orientação médica e a dificuldade dos pais em entender as orientações. Por exemplo, existem casos no qual o médico diz para mãe o que a criança não deve comer, mas não fica claro o que pode comer. Resultado, a criança acaba não comendo nada e fica desnutrida. Quando obesa acaba comendo escondido e sente culpa, ou então adere a jejuns prolongados. Relatam também casos de pacientes que não tem quem faça comida para eles de maneira adequada e aqueles que a família boicota a dieta.

Para a coordenadora, esses aspectos são relevantes, mas o fato é que o paciente não tem educação alimentar, “*come muito que não deve*”(sic), por outro lado, não sabem como lidar com o apetite, não entendem suas emoções, sentimentos com relação ao sintoma da fome, ou seja, a necessidade fisiológica e biológica de comer.

Acompanhamos o relato de alguns atendimentos, nos quais as estagiárias detectaram nos pacientes estados depressivos e ansiosos afetando o comportamento alimentar, associando as patologias. Ambos os grupos comentam da dificuldade de atender esses casos, porque são pacientes não aderem ao tratamento. Os pacientes hipertensos também são difíceis de aderir ao tratamento, principalmente, por se tratar de uma patologia assintomática. Assim como os pacientes cardíacos que tomam muitos medicamentos, o que aumenta o problema de inchaço, retenção de líquido, dificultando a perda de peso. São pacientes muito queixosos, com característica de hipocondria, querem atenção e sempre justificam o motivo da má alimentação.

No decorrer dessas reuniões foram surgindo timidamente assunto relacionado ao vínculo com o paciente e rotatividade da clínica. As estagiárias expõem a dificuldade em atender o paciente atendido por outra estagiária. Reclamam que a empatia é difícil, quase sempre é necessário retomar algum ponto

Excluído: médico,

Excluído:

que já foi investigado pela outra estagiária, para tirar alguma dúvida. Mesmo explicando, alguns deixam muito claro que não gostam, não voltam mesmo se conseguiram bons resultados.

Essa opinião é dividida no grupo, ou seja, uma parte sente dificuldade, outra não vivenciou isso, observamos que quem vivenciou a situação rejeição do paciente buscou um jeito de lidar com a situação sem perder o paciente (o que nem sempre é possível).

No último atendimento de cada estagiário o paciente é apresentado ao novo estagiário que dará continuidade ao tratamento. Relatam que o paciente que não gosta, geralmente, comenta a decepção de experiência anterior com várias trocas de médicos, sem solução para o problema que os motivos para a consulta e tratamento, chegam na clínica sabem que o tratamento é longo, e que serão atendidos por outras pessoas nesse período, assim parece ver um velho filme de fracasso. "Segundo as estagiárias alguns pacientes dizem: "já conheço essa história" e não retornam, quando retornam não aderem completamente, porque não seguem a orientação nutricional e justificam: " *A outra estagiária disse assim A outra falou que não tinha problema.*"

No atendimento a crianças e adolescentes a principal dificuldade é lidar com os pais, pois a impressão é de que a criança não está presente. As crianças vêm com a mãe, durante a consulta é a mãe quem responde todas as perguntas. Fica difícil abordar a criança, que se limita a dizer sim ou não (muitas vezes sinalizando com a cabeça, que se mantém cabisbaixa).

Após essas discussões em conjunto com as alunas, ganhamos mais confiança e empatia do grupo, conseguido no final do primeiro semestre participar de dois atendimentos.

Após esse atendimento, detectamos nas falas das estagiárias uma preocupação com a quebra do vínculo, principalmente, quando o paciente adere ao tratamento. Manifestaram também aspectos relacionados a valorização, bem como vínculo do paciente com elas, entendido na relação como adesão ao tratamento, mesmo que elas não continuassem a atendê-lo. Comentam que seria importante saber qual o resultado alcançado pelo paciente com o tratamento. As estagiárias também comentam que a maioria dos pacientes relata ter vivenciado de maneira negativa com troca de médico, como um descaso a sua do paciente.

Excluído: s

Quanto a contribuições da psicologia todas reconhecem a importância da psicoterapia para o paciente, mas não acham necessária psicoterapia para quem atende, consideram que é uma opção para quem está com problemas.

O envolvimento com o paciente é algo que acontece com frequência, acham que é impossível evitar, a história do paciente sempre mexe com algo dentro de cada uma, como também, é difícil lidar com o fracasso do paciente diante do tratamento.

Finalizando esta etapa, apresentamos a coordenadora, alguns aspectos analisados nos vinte e seis prontuários dos pacientes:

- Os critérios para estabelecer o que é um apetite normal, bom, adequado; uma vez que verificamos prontuários que na ficha de anamnese consta a informação apetite normal, mas no

Excluído: a

relatório com as informações das refeições feitas nas últimas 24 horas e dos alimentos consumidos, observamos um alto consumo de alimentos.

- Histórico ulterior a consultas: em alguns prontuários consta um histórico dos “caminhos” que o paciente percorreu até chegar a consulta com a nutricionista. Trata-se de dados relevantes, pois descrevem um pouco das causas orgânica que acometeram os pacientes.
- A origem do encaminhamento é pouca avaliada, outro dado importante para aderência ao tratamento.

Nos dois últimos plantões observamos que já havia sido implantado o novo formulário para entrevista de anamnese, como também, começaram a coletar os dados sociodemográficos dos pacientes. Sugerimos que fosse desenvolvido um trabalho em conjunto com as estagiárias para uma melhor caracterização do perfil nutricional do pacientes da clínica, pois são informações importantes para desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde dos pacientes. Conversamos também quanto à dinâmica dos atendimentos a crianças e adolescente. A coordenadora comentou que estar pensando em fazer algumas alterações, nesse sentido, bem como melhorar as condições para atendimento de crianças, assim foi providenciado a compra de brinquedos, confecção de cartilhas para as crianças com desenhos de frutas e legumes, assim como outros alimentos nutritivos.

Descrevemos sucintamente os dois casos acompanhados e discutidos com o segundo grupo, em seguida a proposta de intervenção para o segundo semestre.

3.2.1.a PRIMEIRO ACOMPANHAMENTO DE CONSULTA

Resumo do caso: O paciente D que procurou a clínica para perder peso, apresenta sobrepeso (aumento nos últimos três meses). Faz uso de antidepressivos porque terminou com a namorada há pouco tempo, comenta que não tinha com quem conversar a respeito e sente-se muito mal por estar gordo.

Parecer da estagiária: O paciente apresenta um quadro nutricional com risco de saúde, conforme concluiu a estagiária. Foi agendado o retorno para o paciente pegar a dieta, mas ela detectou que não era um caso com necessidade de fazer tratamento e que as chances de retorno eram pouquíssimas.

Retorno: O paciente compareceu. Nesse dia acompanhamos a consulta, o paciente expressava muito sofrimento e parecia com necessidade de falar.

Discussão do caso: Para o grupo esse paciente era um caso perdido, porque “*não parecia ser gordo*” e provavelmente não voltaria. Sinalizamos na discussão com o grupo que se tratava de um paciente com conflitos emocionais que afetavam seu comportamento alimentar (portanto comer é um meio de calar sua angústia) com sobrepeso no qual é adequado seguir uma dieta alimentar para mudança do hábito nutricional inadequado. Além de ser um paciente com perfil de compulsão alimentar desencadeado por estresse pós-traumático. Chegamos a essa conclusão junto ao grupo com base no recordatório alimentar do paciente, que o mesmo ingeria grandes quantidades de alimentos nos períodos da tarde e da noite (compulsão alimentar periódica). A discussão com o grupo foi rica, pois a troca do conhecimento nos

possibilitou identificar vários caminhos de orientação e acompanhamento na promoção e prevenção de saúde desse paciente. O paciente não retornou para a segunda consulta.

3.2.1.b. SEGUNDO ACOMPANHAMENTO DE CONSULTA

Resumo do caso: A paciente é idosa quadro hipocondríaco, mora com um sobrinho que pouco fica em casa.

Parecer da estagiária: A estagiária logo percebeu que a paciente teria dificuldade em aderir à dieta. Notamos isso porque durante a consulta, a estagiária buscou investigar o histórico da paciente com mais atenção, levando em conta fatores relacionados a família, experiência com médicos que a atendiam e motivo que a fez buscar a clínica, além de perder peso. Diante do quadro a estagiária agendou o retorno para uma semana, pois considerou que se o tempo fosse maior, ela não retornaria.

Retorno: Uma semana depois a paciente voltou para buscar a dieta, tendo sua próxima consulta agenda para última semana de junho. Essa paciente continua na clínica e tem conseguido bons resultados. Esse foi o único atendimento com o segundo grupo.

Discussão do caso: A condução da discussão do com o grupo focou a aspecto da empatia na relação paciente e profissional da saúde, análise dos aspectos do cotidiano do paciente (suas relações interpessoais). Estar atenta a esses aspectos durante a entrevista, sendo mais importante do que simplesmente preencher o formulário de anamnese. Ficou claro para o grupo que atenção dada a paciente, garantiu o estabelecimento de vínculo e acolhimento que a motivou a aderir ao tratamento.

3.2.2. SÍNTESE DIAGNÓSTICA

A queixa explicitada diz respeito à aderência dos pacientes ao tratamento nutricional, que foi constatada como pouco eficaz, a partir da análise dos prontuários dos pacientes atendidos na clínica.

Podemos pressupor a existência de falsas crenças do paciente com relação à doença e cura, não desconsiderando também aspectos psicossociais a serem investigados. Portanto, se faz necessária uma ação que viabilize aos pacientes compreender que são vulneráveis e suscetíveis à doença, como também entender as conseqüências que podem impactar sobre sua vida.

A Clínica de Nutrição hoje não oferece nenhum tipo de trabalho que pode ser classificado como atenção primária básica (prevenção e promoção de saúde) que possa reverter em curto prazo o alto índice de não adesão. Detectou-se também falta suporte para as questões da relação paciente e profissional da saúde, que também implica na adesão ao tratamento.

É importante salientar que o trabalho aqui proposto é somente o início de um processo que pode implicar em outras mudanças, a ser observada a médio e longo prazo. No entanto, é primordial a necessidade de um profissional de psicologia atuando em conjunto com coordenação, visando à saúde das estagiárias e dos pacientes.

3.2.2.1. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A psicologia comunitária constitui um importante campo teórico prático para o trabalho em atenção primária à saúde já que possibilita uma maior aproximação dos aspectos de relevância social das comunidades. A condição mais adequada para a psicologia comunitária é o trabalho educativo e de conscientização que possa visar à população promoção, prevenção e desenvolvimento socioeconômico (STARFIELD,2003).

O conceito de atenção primária à saúde é o nível de atenção que enfoca as práticas de promoção à saúde, possibilitando uma ação multidisciplinar mais integrada permitindo assim, maior acesso da população não somente à reabilitação da doença, mas também a ações sociais que valorizam o ser humano em constante interação com o meio (CONTINI,2001;STARFIELD,2003).

Os autores esclarecem que dentre as funções atribuídas ao psicólogo nesse nível de atenção a saúde o diagnóstico psicossocial e assistência pedagógica (práticas educativas) são os meios mais adequados para prática da promoção da saúde, desde que, articulados ao trabalho generalista multidisciplinar.

Diante disso, julgou-se pertinente um trabalho de intervenção com abordagem psicoeducativa – pacientes e estagiárias - que apesar de não se caracterizarem com uma psicoterapia, necessariamente lida com aspectos da esfera afetivo-emocional. Na intervenção o grupo de estagiários terá foco no estudo de caso, para suporte em questões afetivo-relacional, que envolve os profissionais de saúde na relação com o paciente.

3.2.2.2 JUSTIFICATIVA

Na Clínica de Nutrição a busca se expressa através de uma consulta nutricional com a pessoa que apresenta algum fator de risco a saúde associada à alimentação.

Entendemos a educação nutricional como um processo cognitivo, que visa ensinar e facilitar o entendimento do paciente, em um processo de troca individual: paciente e o profissional nutricionista. Nesse contexto identifica-se também a importância do aconselhamento nutricional como um facilitador na obtenção dos objetivos finais e a aderência ao tratamento.

A partir das observações verificou-se a dificuldade das estagiárias em lidar com a prática do atendimento clínico, fato este que pode ser uma das causas da aderência ao tratamento nutricional.

Assim o projeto de intervenção terá dois focos: o primeiro se refere à questão da adesão do paciente buscando um trabalho de caráter educativo e promoção da saúde e o segundo trata-se da reflexão do grupo de estagiárias para a prática do atendimento a pacientes.

3.2.2.3. OBJETIVOS GERAIS

- Priorizar práticas que visam prevenção e promoção da saúde
- Proporcionar a mudança de atitudes;
- Abandonar o enfoque de doença levando em consideração a saúde e o bem estar, relacionado ao desenvolvimento social e aos fatores de proteção da população atendida.

3.2.2.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover a compreensão da doença do paciente;
- Aumentar o compromisso com o bem-estar e a aderência do paciente;
- Criar um espaço terapêutico para compartilhar experiências;
- Identificar a importância da relação do profissional da saúde com o paciente;
- Promover a identificação precoce de sinais de boicote ao tratamento;
- Estimular a multiprofissionalidade, criando condições para um trabalho integrado.

3.2.2.4. MÉTODO

Será realizada a avaliação psicológica dos pacientes por meio de entrevistas individuais, buscando analisar os itens de adesão sugeridos no modelo de convicção de saúde de Becker, utilizando o modelo de Entrevista Preventiva.

Excluído: (SIMON, 1989).

O objetivo é investigar o repertório de informações do paciente, as fantasias e crenças que envolvem o tratamento, visando traçar um plano de intervenção voltado para as dificuldades identificadas. Será investigado o nível de conhecimento prévio dos pacientes que forem selecionados para participar das orientações psicoeducativas tem sobre a patologia e o tratamento, analisar os fatores clínicos e demográficos, o grau prévio de adesão ou não desses pacientes.

Com as estagiárias teremos um grupo de discussão dos casos para trabalhar as questões relacionadas ao atendimento clínico. Como o tempo é escasso utilizaremos a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionaliza para entrevistar individual cada estagiário, o instrumento será adaptado às necessidades de investigação focada no campo Afetivo-Relacional, Orgânico e Produtividade, sendo considerado a priori a situação-problema a ser trabalha com o grupo de estagiárias.

3.2.2.5. PÚBLICO ALVO

Estagiários do quarto ano do curso de Nutrição e os pacientes atendidos na clínica.

3.2.2.6 RECURSOS MATERIAIS

Utilizaremos como fundamentação para coordenação do grupo e trabalhar as situações, autores da literatura que abordam o tema psicologia médica, relação médico-paciente, bem como, autores que falam a respeito de aconselhamento. Para o atendimento dos grupos e análise, tanto de pacientes como o grupo de estagiárias, trabalharemos com referência na teoria psicanalítica de abordagem psicodinâmica breve.

3.3. DESENVOLVIMENTO DO SEGUNDO SEMESTRE: ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES

Estabelecemos um novo enquadre no segundo semestre, nos apresentamos ao novo grupo e expomos o projeto de intervenção. Estabelecemos os dias, horários dos encontros e o tempo de duração. Apontamos à importância do sigilo. Comunicamos às estagiárias que a partir do encontro seguinte estaríamos entrevistando-as individualmente para conhecê-las e as informações colhidas não seriam expostas para o grupo. No encontro semanal seria estudo de caso no qual discutiríamos vários aspectos relacionados ao atendimento. Esclarecemos para as estagiárias que indicariam nesses encontros casos de pacientes com característica ou comportamento que sinalize a possibilidade de não adesão ao tratamento. Então discutiríamos em grupo junto com a coordenadora, depois interviríamos individualmente com o paciente efetuando a avaliação psicológica. Após a avaliação o caso será discutido com grupo, com dois possíveis encaminhamentos: Psicoterapia (na UMESP ou REDE) ou Orientação Psicoeducativa.

Excluído:

3.3.1. RELATO DO ENCONTRO COM TERCEIRO GRUPO

Inicialmente o grupo se demonstrou muito resistente impossibilitando qualquer tipo de acesso. Como nos grupos anteriores, a primeira fala das estagiárias, revela o medo de serem avaliadas por nós sob o enfoque psicológico. Frente a isso retomamos o objetivo e a nossa função enquanto estagiárias de psicologia no campo Comunitário e da Saúde.

Em todos os encontros o estudo caso sempre trazia para o contexto da discussão aspectos relacionados à ansiedade da formação, contratransferência com o paciente, dificuldade de lidar com a imagem idealizada da profissão, pressão da conclusão do curso e dificuldade de enfrentamento dos estágios fora da Universidade. Mas uma característica desse grupo foi a dificuldade de conseguir reunir todas ao mesmo tempo, pois mesmo sem atender pacientes, algumas se recusavam a participar. Foi possível perceber que essas estagiárias estavam vivenciando uma fase muito conflituosa na sua vida pessoal que estavam emergindo com mais força, frente as relações vivencias nos estágios.

Primeiro encontro: conversamos sobre as expectativas em relação ao estágio na clínica todas foram unânimes em afirmar que é um momento importante no processo acadêmico, com grande ganho de conhecimentos teóricos, porém principalmente técnico e prático. Relatam que neste estágio poderão estudar algo mais direcionado, pois atenderão sozinhas e nos outros estágios, outras nutricionistas ficam junto causa muita insegurança. Sentem que neste momento, na clínica de nutrição, terão mais liberdade porque conhecem e confiam na coordenadora.

Segundo encontro: neste encontro as estagiárias pediram para que fosse reduzida a hora de intervenção, de quatro para duas horas, para realizar outras atividades. Retomamos o enquadre e explicamos novamente que não ficaríamos às quatro horas de estágio com o grupo todo, que poderiam realizar normalmente suas rotinas e que estaríamos na sala de supervisão com os estagiários que não estivessem atendendo para discussão dos casos e orientação. Entrevistamos quatro estagiárias individualmente focando a relação adesão e atendimento ao paciente.

Terceiro encontro: Iniciamos entrevistas semi-dirigidas com as estagiárias abordando: vida pessoal, rotina, opção em cursar uma faculdade, opção pelo curso de nutrição, o trabalho da psicologia e

nutrição e expectativas para o futuro. Realizamos duas entrevistas, nas quais problemas graves de Transtorno Alimentar e ao uso de medicamentos como anfetaminas, ansiolíticos e antidepressivos sem acompanhamento médico. A estagiária que relatou sofrer de T.A. era uma das que mais comprometia a adesão dos pacientes, após conversa individual permitiu que levássemos seu caso para a coordenadora da clínica. Também colocamos para a Coordenação do Curso de Nutrição, sem citar nomes, que existem outros casos de alunas que fazem uso desses medicamentos sem orientação médica e problemas de T.A. apesar de não admitirem.

Quarto encontro: Observamos comportamento de resistência em participar de qualquer discussão, saindo e entrando, em duplas, várias vezes da sala, demonstrando uma alta ansiedade com a nossa presença. Uma das estagiárias comenta que gostaria de comer uma caixa de bombons (faz o sinal da cruz) e então comenta que não poderia comer pelo número de calorias. Neste momento o grupo abre uma discussão sobre o medo de comer chocolate por ser altamente calórico. Seguem relatando sobre seus hábitos alimentares e se culpam por não seguirem uma dieta saudável. Participamos da discussão junto ao grupo esclarecemos que o comportamento de culpa de saciar vontade e não a fome, como a culpa também descrita pelos pacientes que atendem. Sinalizamos que aparentemente elas não apresentam patologias iguais às de alguns pacientes por elas atendidos. O grupo reagiu com silêncio em seguida discordaram e saindo da sala dizendo que iriam atender pacientes ou iriam à biblioteca, reduzindo novamente para duplas. As que permanecem na sala comentam sobre a dificuldade de fazer o plano alimentar e como naquele momento a professora estava fazendo falta. Percebemos que ao apontar um componente transferencial do paciente depositado nos estagiários, sem a devida possibilidade de reflexão das mesmas, causo o movimento de negação da situação.

Excluído: (

Excluído: na estagiários

Quinto encontro: Em virtude do clima que ficou no último encontro conversamos com as estagiárias nesse plantão sobre abordagem com grupos psicoeducativos, apresentamos a estrutura do funcionamento e quais eram os objetivos. Explicamos como seria a participação delas na organização dos temas e condução das intervenções em conjunto para posteriormente discutirmos os casos com a coordenadora e com elas. Consideram o trabalho interessante, contudo por não terem tempo disponível para essa forma de intervenção, preferem comentar na supervisão os casos dos pacientes que elas atendem e que poderiam ser atendidos por nós. Neste encontro sugeriram que nosso tempo com elas fosse de 30 minutos, preferem não ter muito envolvimento com o paciente por falta de tempo.

Sexto encontro: A coordenadora nos procurou preocupada com o relatado pelas estagiárias. Disse-nos que seria impossível parar os atendimentos por uma hora, que essas paradas atrapalhariam os estágios. Esclarecemos que não foi essa nossa proposta, mas que esse movimento do grupo era esperado por nós por que o grupo se sente ameaçado com a nossa presença. Após os esclarecimentos a coordenadora, resolvemos continuar as entrevistas, pois faltavam duas estagiárias. Terminadas essas entrevistas, reunimo-nos com duas estagiárias para estudo de sobre os dois pacientes que havíamos atendidos naquela semana (um caso de Síndrome de Comer Noturno e o outro Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico).

Sétimo encontro: Discutimos cinco casos de pacientes avaliados com quatro estagiárias e nesse encontro o grupo foi bastante participativo trazendo contribuições pertinentes aos casos.

Oitavo encontro: A clínica estava fechada por que o grupo optou por comemorar o fim do estágio.

3.3.2. RELATO DOS ENCONTROS COM O QUARTO GRUPO

Primeiro encontro: Neste encontro, nos apresentamos e expomos nossa proposta de intervenção. Realizamos as entrevistas com os estagiários. Verificamos quem irá atender os pacientes que estavam em acompanhamento psicoeducativo.

Segundo encontro: Discutimos alguns casos atendidos e questões sobre a relação médico-paciente. Os estagiários comentam sobre conduta dentro do consultório, para alguns a preocupação com as informações coletadas são mais importantes do que o que realmente o paciente quer dizer (os três estagiários que comentam o assunto haviam atendido pela primeira). Notamos que eles se preocupam muito em com o preenchimento do formulário da entrevista de anamnese, dando pouca atenção ao relato do paciente. Perguntam sobre as conversar (entendemos seria uma postura mais descontraída com o paciente) pode acontecer de o paciente perguntar algo que não sabem responder. Colocamos para eles que inicialmente o diálogo com o paciente nem sempre é didático, nem sempre a conduta no consultório se encadeia com facilidade. É necessário tempo e principalmente a mudança interior do profissional que começa pela sua disponibilidade no movimento de escuta do paciente. Um dos estagiários comenta que não consegue fazer duas coisas ao mesmo tempo, que não consegue ouvir o paciente e anotar as informações ao mesmo tempo, que essa questão lhe causa uma angústia parecida com a sentida no estágio hospitalar frente à possibilidade de um paciente morrer. Esse estagiário relata um caso de um paciente em fase terminal com Encefalopatia Hepática que queria comer frango assado. A dieta dessa paciente era restrita, não podia ingerir proteínas, porém frente ao quadro, o médico liberou o paciente para comer o que desejasse. Esse paciente veio a óbito após três dias. O estagiário desaprova a atitude do médico, pois acredita que se tivesse mantido a dieta restrita o paciente teria alguns dias. Diante do relato do estagiário colocamos para o grupo que pacientes em quadros clínicos irreversíveis ou cuidados paliativos com morte prevista ou esperada, o profissional de saúde não mais lidará com técnicas preventivas ou remediativas e sim deverá proporcionar menor sofrimento possível ao paciente. (para melhor exemplificar essa situação relatamos um exemplo de um caso atendido por nossa supervisora).

Terceiro encontro: Participou nesse encontro a coordenadora da clínica e uma professora da graduação. Fizemos uma breve descrição dos pacientes já avaliados no segundo semestre, que estavam em acompanhamento. Esclarecemos que o nosso objetivo era avaliar as condições de adesão ao tratamento nutricional buscando detectar aspectos que possam impedir o paciente de não adotar um comportamento saudável. Após os relatos dos casos, foi concedido um espaço para os estagiários exporem as dúvidas e dificuldades no atendimento. Conforme os assuntos emergiram trouxemos experiências dos grupos anteriores e nossa análise dos fatos. A reunião foi muito rica e possibilitou ao grupo compreender melhor nossa proposta.

Quarto encontro: Atendemos três pacientes, não sendo possível discutir os casos com o grupo.

Quinto encontro: Discutimos com o grupo o caso dos três pacientes atendido no plantão anterior e avaliamos a possibilidade de avaliação psicologia em um caso de obesidade mórbida.

Sexto encontro: Conversamos a respeito de dois casos: obesidade mórbida, transtorno de recusa alimentar infantil e caso de obesidade grau II. Nesse mesmo dia realizamos a reunião com a coordenadora da clínica de nutrição nos qual discutimos os seguintes assuntos: Psicodiagnóstico de uma paciente com sintomas de T.A. na infância; Proposta de um projeto de aconselhamento dietético para 2007; Breve discurso da dinâmica dos grupos avaliados; Necessidade de suporte psicológico para os alunos principalmente para aqueles que apresentam sintomas de T.A.; A importância do trabalho interdisciplinar. No final dessa reunião a coordenadora comenta que nosso relato traduz a realidade da clínica, porque confirmam alguns aspectos que já havia observado, mas não tinha dados para tomar uma ação. Fomos convidadas a dar continuidade no projeto em 2007 e a participar das reuniões da psicofonnutrição com as coordenadoras dos respectivos cursos.

4. SÍNTESE E ANÁLISE

4.1. SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES NO PRIMEIRO SEMESTRE: PRIMEIRO E SEGUNDO GRUPO

No contato com as estagiárias, foi possível perceber a dificuldade de entender qual o nosso propósito na clínica e muito menos de que forma poderíamos trabalhar juntas.

Essas questões são apontadas na literatura com uma falha na graduação que incentiva os alunos a se tornarem especialistas em teorias e prática para saúde coletiva, mas não remetem o aluno a compreensão que atuar em saúde-doença no modelo biopsicossocial é articular conhecimentos.

Nossas dificuldades cresciam à medida que chegávamos para estágio, pois as estagiárias mantinham-se fechadas entre elas fazendo tabelas e dietas, ou, o que aconteceu com mais frequência, não tinha pacientes agendados, algumas vezes encontrávamos a coordenadora que comentava "*Oi, tem pessoal para consulta hoje, já avisei as meninas*", quando chegávamos, elas já estavam atendendo, ou então saíam da sala sem avisar, e depois retornavam dizendo já ter atendido e esquecido de avisar.

Essa situação (da nossa presença na clínica) era muito angustiante para o grupo, buscamos entender quais os motivos. Mas, infelizmente o grupo era muito fechado, resistências a qualquer intervenção, racionalizavam de tal forma que somente respondiam a perguntas técnicas (o que parece ser a maior preocupação delas quando atendiam os pacientes).

O grupo chegou a reclamar com a coordenadora que nos estávamos fazendo tantas perguntas, que elas não conseguiam se concentrarem nas tabelas e cálculos da dieta. No final, confessaram que se sentiam intimidadas com a nossa presença. A coordenadora conversou conosco de uma maneira bastante transparente, buscou explicar que se tratava do primeiro grupo, a experiência em atendimento para elas era nova, no mesmo que tudo isso acontecia nós estávamos chegando.

Como a coordenadora estava muito ocupada, não dispunha de tempo para que pudéssemos colocar o que estava acontecendo. As alunas apresentavam comportamento de esquiva, não permitindo aproximação, nem com elas e muito menos com os pacientes.

O suporte da supervisão semanal, na qual não só recebíamos orientação técnica, como também, meios de clarificar nossos sentimentos, buscando embasamento teórico para conseguir manejar a resistência que se fazia presente em nós também.

Tentávamos, sem nos deixar abater pela indiferença e esquiva do grupo, nos dirigir a elas, buscando aproximação.

Como o segundo grupo, acabamos atuando inicialmente com a visão da resistência do grupo ulterior, o que levou a uma inevitável e profunda frustração. Na medida em que a situação do que poderíamos fazer não ficava clara, aumentava o sentimento de ansiedade e angústia.

Após orientação na supervisão, buscamos conversar com a professora Renata a respeito das dificuldades, sendo fundamental retomar com o grupo qual era o objetivo de nossa presença na Clínica de Nutrição.

Mesmo após conversarmos, elas ainda perguntaram se estávamos lá para avaliar e analisar sua atuação, ver se elas atendiam de forma correta, algumas comentam que haviam tido uma experiência negativa com Psicólogos que somente de olhar, já diziam como era pessoa, qualquer comportamento já estavam analisando, isso para elas era muito difícil de suportar. Quanto tudo ficou esclarecido, o grupo manifestou interesse em saber se poderiam encontrar meios para ajudar os pacientes que não conseguem aderir ao tratamento.

O resultado foi muito positivo porque o grupo passou a ver nosso trabalho como algo que viria agregar valor ao trabalho delas na clínica. Foi possível um entrosamento, troca constante de informações, que muito ajudaram no desenvolvimento do trabalho.

Ficou evidente a dificuldades que as estagiárias sentem frente ao atendimento dos pacientes, e todas as implicações que isso acarreta para o seu futuro como profissional.

Pode-se entender que as estagiárias não suportam lidar com certos conflitos, além de sofrerem uma grande cisão entre o que elas são e o que é ser estagiário. Com isso percebeu-se implicitamente certos vestígios de agressividade. Notamos que havia receio de aceitar a contenção oferecida talvez por medo de se tornarem dependentes, e ainda, revelarem conteúdos que não iriam suportar. Mesmo que buscássemos meios de aproximação para um apoio, elas pareciam não discriminar esse apoio, podemos dizer que não conseguiam separar objetos bons dos maus.

Ficou claro a respeito da questão de criar um vínculo com o paciente, alegando que estes não devem se sentir bem com toda a troca de estagiárias, o que pode ser verdade, mas este argumento é utilizado como uma defesa criada para evitar o sofrimento da separação.

Esta condição ainda é identificada pelo fato do estágio ser muito rápido que impede que tenham um contato genuíno. Assim elas criam um sentimento de onipotência frente à esses pacientes, como pessoas que podem curar, mantendo o foco na doença, se distanciando do paciente. Nesse momento deixam de fazer trabalho de prevenção e promoção da saúde, que é a proposta da Clínica de Nutrição, o que compromete a adesão ao tratamento.

Com relação à adesão ao tratamento ficou claro que todas atribuem o motivo ao comportamento e motivação o paciente, da familiar ou as condições econômicas, desconsiderando a importância da relação com paciente no atendimento.

É importante destacar que todas demonstraram uma auto-estima elevada em relação à profissão, dando grande importância aos conhecimentos adquiridos na graduação e a vivência no estágio. Conseguem visualizar a aplicabilidade de seus conhecimentos na comunidade.

4.1.2. SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES SEGUNDO SEMESTRE

O terceiro grupo trouxe a tona à preocupação com resultados práticos positivos, o discurso imposto era de que a prática é essencial para o futuro profissional. Relatam sobre suas ansiedades frente a essa nova fase, sentem dificuldades de lidar com questões relacionadas à alimentação e medo de não saber trabalhar com patologias mais crônicas e complexas. Dizem que os pacientes, na maioria, são pessoas que com dificuldade para falar sobre si e que possuem “*uma carga emocional muito alta*” (s.i.c.). As estagiárias não sabem se conseguirão perceber se o paciente apresentará outros problemas além dos motivos que lhe levaram a procurar o tratamento nutricional. Sentem medo também de não saber responder alguma dúvida do paciente sobre o programa nutricional, mesmo sabendo que são estagiárias e que poderão pesquisar antes de dar uma resposta ao paciente.

O medo e a insegurança foram às características principais desse grupo tinha na figura da coordenadora uma mãe que ao mesmo acolhia e solucionaria todos os problemas, mas que também punia, e dessa mãe punitiva tinha que esconder “coisas”. A imagem idealizada de profissional bem sucedida tinha referência na coordenadora, nesse movimento de identificação projetiva, elas voltavam para si condutas destrutivas e desintegradas. Consideramos que esse grupo foi o que mais comprometeu a qualidade do trabalho na clínica, sendo necessário que procurássemos apoio na coordenação do curso de Psicologia para rever o quadro, pois comprometeria a saúde da população em tratamento.

Esse grupo fala da importância do trabalho da psicologia, no acompanhamento do tratamento com o paciente, pois acreditam que a intervenção da psicologia poderá auxiliá-las nas situações inusitadas, pois em muitos casos, os pacientes primeiramente relatam seus problemas emocionais, para depois falar sobre questões nutricionais. Acreditam que ouvir o paciente ajuda no estabelecimento do vínculo e gerar maior o que acaba motivando-o a retornar às consultas. Notamos que para o grupo a questão ainda era muito prática, o importante é retornar a investigar adesão e andamento do tratamento, fica em segundo plano.

Descrever comentários superficiais com relação à não se envolver com os problemas do paciente, pois isso as incomoda e acabam levando esses problemas para fora do consultório. Sabe o quanto é importante ouvi-los, porque muitos estão frustrados e que naquele momento, dentro do consultório, eles podem falar. Porém tem receio sobre o que falar e tomam cuidado com os sentimentos e emoções que podem surgir dependendo do que elas falarem.

O quarto grupo apresentou uma psicodinâmica mais flexível e proporcionou uma troca bastante positiva de experiência. A questão principal desse grupo era a relação médico-paciente.

4.1.2. SÍNTESE DOS CASOS AVALIADOS

Como profissional da saúde cabe ao psicólogo facilitar ao paciente a identificação e o reconhecimento do que está acontecendo com ele, assim, aclarando o que existe e o que está vivendo. Portanto, na investigação clínica da doença, deve entendê-la como consequência do diálogo entre o indivíduo e o mundo, não devendo tratar a doença como algo estranho no doente, buscando compreender e conhecer os aspectos emocionais subjacentes às queixas orgânicas (SILVA, 2003).

Excluído: CAMPOS

Excluído: 1996

A maioria dos pacientes que foram avaliados apresentava uma crença de que o psicólogo estava ali para dar um diagnóstico de sanidade ou loucura, essa era queixa explícita ou o motivo que justificavam não querer passar com o psicólogo, mesmo admitindo na consulta com o nutricionista que existiam aspectos emocionais que impediam de seguir a dieta.

Moretto (2001) a esse respeito do receio dos pacientes, esclarece que esta também é uma concepção da instituição. Isso porque observamos que para os estagiários as vezes não era muito claro o que iríamos fazer com os pacientes, na verdade suas expectativas era de que pudessemos fornecer soluções mágicas e tirar as pedras do caminho. Para a autora esse distanciamento entre a demanda e o desejo, significa que nem sempre aquilo que se demanda (queixa) corresponde ao que se deseja (cura).

Portanto na maioria das vezes mesmo que as pessoas busquem a clínica de nutrição com objetivo de perder peso, os pacientes não têm a menor ideia de qual é o desejo que está implicada no querer emagrecer (demanda). Assim, essa demanda não pode ser respondida conforme e expressa, porque é distorcida.

Moretto (2001, p. 21) faz uma analogia dessa demanda institucional,

Da instituição como um paciente atrapalhado, que chega ao nosso consultório sem saber muito bem o que quer do profissional, pensando apenas que ele pode resolver algo que ele, o paciente, não sabe exatamente do que se trata, mas que por si só não conseguiu resolver e por vezes se quer tentou.

Na avaliação dos pacientes, a princípio havíamos decidido utilizar a escala de Becker e entrevista preventiva, mas diante da impossibilidade de aplicar os dois instrumentos, seguimos o processo de avaliação psicológica utilizada na psicoterapia breve de abordagem psicanalítica.

A esse respeito citamos as contribuições de Lemgruber (1984) que nos fala da avaliação psicodinâmica do paciente permite ao psicólogo planejar uma estratégia que estabeleça qual a problemática focal que será trabalhada, nos objetivos nas entrevistas era de avaliar a estrutura de personalidade e das condições egóica do paciente, uma vez que esses são requisitos essenciais que o paciente deve dispor para aderir ao tratamento nutricional e psicológico. Na maioria dos casos foi necessária apenas uma entrevista de aproximadamente 90 minutos, nessas entrevistas buscamos seguir o roteiro de investigação da EDAO.

Abaixo relatamos alguns casos atendidos e discutidos com os grupos com uma breve descrição da literatura sobre as temáticas: obesidade, compulsão alimentar e transtorno alimentar na infância.

No processo de avaliação desses pacientes ficou evidente que a identificação de um problema comum – comportamento alimentar inadequado – em uma determinada comunidade e/ou população através articulações teóricas e políticas e numa linguagem compartilha – nutrição e psicologia - é capaz de produzir mudanças, ou seja, promover a desestigmatização do problema de saúde. O paciente carrega estigma social em decorrência de algum problema de saúde, vive continuamente esse estigma e não consegue entender os agravos que essa falsa crença traz ao seu quadro. Por meio das entrevistas com esses paciente foi possível promover a continuidade de tratamento e uma mudança significativa no habito alimentares.

Claro que constatamos que do total de paciente avaliados apenas 9% estavam conseguindo atingir a meta de redução de peso, dos quadros com perfil de compulsão alimentar paciente não conseguiam seguir a dieta, mas mantendo o peso e aceitaram tratamento psicoterapeutico individual. O mais importante é que durante esse período de acompanhamento, mesmo com a mudança das estagiárias esses pacientes mantiveram o vínculo com a clinica e a adesão ao tratamento.

4.1.2.1 DESCRIÇÃO SUCINTA DOS PACIENTES ATENDIDOS

Dados gerais: Solteiro, 25 anos, mora com os pais, Superior cursando.

Motivo consulta: perder peso **Condições atuais:** Sobrepeso

Medicamentos: Omeprazol, Fluoxetina

Histórico de Atendimentos: Compareceu para pegar dieta, não retornou mais.

Análise do Caso: O paciente apresentava um quadro de depressão leve e frente a dificuldade de lidar com um situação de crise, buscou na comida refúgio para sua perda. No entanto, se deparou com dois quadros a rejeição de sua imagem como gordo e a rejeição da namorada. Na ocasião recomendamos ao paciente buscar ajuda psicologia e seguir as orientações da dieta para voltar ao seu peso normal. O paciente não retornou.

Dados gerais: Casada, 31 anos, 1 filho, Superior incompleto

Motivo consulta: perder peso, ganho peso apos gravidez. **Condições atuais:** Sobrepeso

Histórico de Atendimentos: Faltou no primeiro retorno e remarcou , foi atendida inicialmente pela estagia A.B. Utilizou formulas da televisão para emagrecer, mas sem sucesso.

Descrição: Apresenta episódio de compulsão alimentar, paciente muito ansiosa, não consegue ficar muito tempo parada, não consegue ficar sem algo para fazer, então como para se controlar. Sofre muito por isso e não sabe o que fazer. Aceita ajuda psicologia.

Dados gerais: Casada, 41 anos, 2 filhos (casados)

Motivo consulta: perder peso **Condições atuais:** Obesidade Grau II

Histórico de Atendimentos: É paciente da clinica desde dezembro de 2005.

Descrição: Apresenta episódio de compulsão alimentar, não esta conseguindo emagrecer sente muita ansiosa. Toma formulas para emagrecer – fluxetina - , passa em consulta mensal com Endocrinologista.

Por consequência da obesidade desenvolveu as seguintes patologias orgânicas: hipertensão, diabetes 2 e esta com colesterol alto.

Dados gerais: Casada, 42 anos,

Motivo consulta: perder peso

Condições atuais: Obesidade (grau II)

Histórico de Atendimentos: É paciente da clínica desde maio de 2005.

Descrição: Toma fluxetina 20 mg, muito ansiosa, como rápido Por consequência da obesidade desenvolveu as seguintes patologias orgânicas: hipertensão, diabetes 2 e esta com colesterol alto. Sente muita culpa porque come, busca seguir outros tipos de dieta (não segue a na clínica), muito emotiva, vem perdendo peso, mas sente culpa.

Dados gerais: 43 anos, casada, 2 filhos

Motivo consulta: perder peso

Condições atuais: Obesidade (grau II)

Descrição: Paciente depressiva, ex- alcoolista, a oito anos fez histerectomia , tem neoplasia, fez dois cateterismo, relata que entrou em depressão após morte da mãe a 14 anos (a mãe morreu de câncer). Diz ter retirado a mama a 10 anos, na ocasião emagreceu 15 kilos. Mas teve que parar de beber e fumar substitui o cigarro e a bebida pela comida. Toma vários medicamentos para pressão e para manutenção do tratamento de câncer. Paciente relata períodos que come sem parar, chegando a comer 30 coxinhas. A paciente demonstra um processo contínuo de auto punição, culpa pela perda da mãe, ao mesmo tempo apresenta uma tendência à repetição. O desmoronamento do mundo interno, na depressão, o objeto amado perdido (por morte ou abandono) é internalizado como um objeto vingativo, tiranizando o sujeito. Ocorre uma profunda melancolia, quando o luto, não-elaborado, é perturbado pela presença de um objeto interno vingativo, associados a sentimentos de apatia, energia e sensação de ser um morto-vivo (SIMON, 1986). A somatização desses aspectos acabam levando esses pacientes a diminuição da ação imunológica e aumento a propensão de doenças como câncer.

Dados gerais: 52 anos, casada, 1 filha

Motivo consulta: perder peso

Condições atuais: Obesidade (grau II)

Condições atuais: Hipertensão, retirou a vesícula, os ovários e o útero.

Descrição: Não tem condições de fazer dieta porque não tem o que comer, vive somente com a filha de 13 anos, recebe ajuda de um programa da prefeitura, come arroz, feijão e farinha. É uma pessoa com graves problemas de auto-estima, humor depressivo, busca na obesidade um meio de esconder a própria sexualidade. Diz esta gorda mesmo, ninguém a quer, mas tem que emagrecer por causa da pressão alta, mas não tem como comprar comida. Acredita na ajuda psicológica, mas não tem condições.

Dados gerais: 36 anos, casada,

Motivo consulta: perder peso **Condições atuais:** Obesidade (grau II)

Descrição: Paciente ansiosa apresenta um quadro de transtorno de ansiedade, apresenta compulsão alimentar, chega a ingerir 1200 kl em duas horas. Depois dos episódios de compulsão senti culpa, sua ansiedade aumenta, ficando deprimida. Relata não conseguir fazer dieta, usa a palavra resistência ao tratamento.

Dados gerais: 31 anos, casada, 1 filha

Motivo consulta: perder peso (doença cardiovascular) **Condições atuais:** Obesidade (grau III)

Descrição: Paciente é ansiosa, relata comer mesmo sem fome, não consegue ficar sem comer, mas sempre fica arrependida e sente culpa, quando isso acontece fica deprimida e come mais. Diz que engordou mais apos o casamento, mas sempre tendência, pois a família toda obesa. Já fez regime é perdeu 25 kilos, mas engordou novamente. Hoje faz tratamento com endócrino já perdeu 12 kilos tomando medicamento (anorexígenos), foi encaminhada para nutricionista e psicólogo para tratamento de ansiedade.

Dados gerais: 28 anos, noiva.

Motivo consulta: perder peso **Condições atuais:** Obesidade (grau III)

Descrição: Descreve uma dinâmica familiar bastante acolhedora, tem um noivo que a incentiva a emagrecer, mas relata que não consegue parar de comer porque tem medo de morrer de fome. Diz que tudo ficou pior com a morte do pai, uma colega na escola (quando ela tinha 13 anos) disse que o pai só poderia morrer mesmo, porque ela era muito feia. Faz acompanhamento com endócrino, toma medicação (Anfepramona, Diazepam, Fluoxetina, Fenproporex, Sibutramina). Relata que o medicamento a deixa elétrica, sente muita sede, mas ainda não sentiu os resultados, pois o medicamento tira fome e tem medo morrer de fome.

Dados gerais: 6 anos

Motivo consulta: perder peso **Condições atuais:** Obesidade

Histórico: Colesterol alto

Descrição: é uma criança pré-escolar, comunicativa e simpática. Relata que mora com avó materna, prima, primo e uma tia. Os pais moram na mesma rua e tem outros dois filhos. Sabe que precisa emagrecer por causa do colesterol, ao mesmo tempo em que fala que precisa emagrecer porque é gorda. Relata que não gosta de ser chamada de gorda, principalmente pela prima que é magra. Vomita esporadicamente, mas principalmente, quando toma mamadeira fria. Tem compulsão alimentar, gosta de comer até ficar entupida. Diz ser muito brava e nervosa, se belisca e sente queimação no estomago, sobe pelo pescoço e tem que vomitar. Os momentos de autopunição (beslicar) e principalmente quando fala do ato de vomitar. A avó relata que mãe quase não vê a filha, que a gravidez não foi planejada, desde a paciente nasceu mora com a avó. A paciente toma remédio para estomago.

Dados gerais: 4 anos

Motivo consulta: dificuldade para comer **Condições atuais:** Eutrofica

Descrição: inicialmente se apresenta tímida, mas no decorrer da entrevista vai se sentindo a vontade e passa a se comunicar mais. Relata que tem muitos amigos na escola, que adora brincar, mas não gosta de comer e não sabe. Não gosta de doce, não come bolacha porque engorda. O pai relata que a paciente de mania de lavar as mãos, arrumar o cabelo (compulsivamente), e se as coisas não saem do jeito que ela quer, entra em crise de histeria e já foi parar no hospital. O pai relata ainda, que a gravidez foi inicialmente conturbada, porque a mãe foi expulsa de casa. Esses sintomas apareceram após a paciente passar um período sob os cuidados da avó materna. Não gosta de ser cuidada pela avó paterna, que é gorda. Tem fobia de balança. Já teve pneumonia quatro vezes, quando criança regurgitava e tem refluxo, o pai relata que a mãe não pode amamentar porque o leite secou. Diz também que sempre foi uma criança muito difícil para comer, mas agora está ficando pior, no entanto, sua maior preocupação com relação à filha são as compulsões. Além de lavar mão, arrumar o cabelo, agora a paciente tem mania de tirar pelos das roupas, faz isso o tempo todo e fica irritado quando não consegue. Dentro das condições de saúde nutricional a paciente está no limite de risco.

5. CONCLUSÃO

Esse estágio nos fez reformular planos futuros e vislumbrar uma área, que no início do estágio era obscura, pois não tinha a noção de como era a atuação do psicólogo na área comunitária e da saúde. Entendemos que a ansiedade faz parte do crescimento, da mudança, da experiência de fazer algo nunca antes tentado e leva ao encontro com a nossa identidade profissional e do significado disso para nossa vida. Assim, a experiência nesse estágio nos proporcionou vivenciar a passagem do psicólogo clínico (da doença) à promoção da saúde, conforme preconiza quase todos os autores pesquisados para o desenvolvimento desse relatório.

Dentro dos aspectos a melhorar na clínica de nutrição sinalizada a necessidade de suporte psicológico na discussão dos atendimentos, atenção para que as disciplinas da graduação deem maior ênfase à relação profissional da saúde e o paciente.

Percebemos que em graus diferentes as estagiárias apresentam um nível de motivação elevado ao estágio da clínica, o mesmo não acontece com outros estágios (Hospital, Unidade Alimentar). Identificamos como motivo o distanciamento dos casos estudados em sala de aula, com a realidade nesses locais, o que gera além de decepção, despreparo e sofrimento frente a um sentimento mobilizador e impotência. Dessa forma, cabe novamente a rever com os docentes uma maneira de melhor preparar os estagiários para atuação nessas áreas, principalmente no aparato emocional.

Nossa maior preocupação foi o terceiro grupo, pois esse ter apresentado uma estrutura de defesa comprometida e conflituosa, por não conseguirem suportar os próprios conflitos pessoais. Uma grande confusão de papéis existe para essas estagiárias, de um lado existia a individualidade e do outro uma estagiária de nutrição.

Finalizando consideramos fundamental desenvolvimento de trabalho de aconselhamento nutricional junto aos pacientes, com acompanhamento psicológico, o que torna imprescindível à existência de um psicólogo trabalhando na equipe de nutrição junto a Coordenação da Clínica.

Excluído: .¶

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARRUDA, P.C.V. Vicissitudes porque passam os profissionais da saúde em sua formação. *IN: Psicologia da saúde: Temas de Reflexão Prática*. Oliveira,V.B.; Yamamoto,K. (org.) São Bernardo do Campo: UESP, 2003, p.21-69.

ASSIS,M.A.A.; NAHAS,M.V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 16 de maio de 2006.

BENUTE, G.R.G. *et al* A importância do Psicólogo na criação e implantação dos programas psicoeducativos de prevenção em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 25. no. 01, jan/abr 2001.

Excluído: AZEVEDO, A.P. et al Transtorno de compulsão periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, vol 31, no. 4, 2004, p. 1-6. ¶

BOTOMÉ, S.P.; SANTOS, E.V. Ensino superior na área de saúde: o problema do objeto de trabalho. *Ciência e Cultura*, vol. 36, no. 06, p.919, 1984.

BLEGER, J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BUCARETCHI,H.A. Anorexia e Bulimia nervosa: a constituição psíquica. In: _____ *Anorexia e Bulimia uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.27-42.

CONTINI, M.L.J. O psicólogo e a promoção da saúde na educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CORDÁS, T.A; BUCARETCHI, H.A Distúrbios alimentares: Anorexia e Bulimia. IN: Quayle, J. *Adoecer – interações da doença com a sua saúde*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, pp 49 – 60.

Formatado: Fonte: Itálico

CAVALCANTI, A.P.R.;DIAS, M.R.; CARVALHO, M.J. *Psicologia e Nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda*. Universidades Federais da Paraíba, 2005. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 16 de jun de 2006.

LEMGRUBER, V.B. Avaliação Psicologia. IN: _____ *Psicoterapia Breve a técnica focal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984, p. 22-24.

Excluído: CAPLAN, G. *Princípios da Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar,1980.¶
CAVALCANTI, A.P.R.;DIAS, M.R.; CARVALHO, M.J. *Psicologia e Nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda*. Universidades Federais da Paraíba, 2005. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 16 de jun de 2006.¶
CLAUDINO,A.M.; BORGES, M.B.S. Critérios diagnóstico para transtorno alimentares: conceito em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, vol. 24 , supl. III, p 7-12, 2002 .¶
GRUNSPUN, H. Transtorno alimentar na infância IN: _____ *Crianças e Adolescentes com transtorno psicológicos e do desenvolvimento*. São Paulo: Atheneu, 1999. ¶

LOLI, M.S.A. *Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Vetor, 2000.

MANCINI, E. Bulimia Nervosa. (Entrevista com o Dr. Marcos Nigro). Vide Bula, Santo André, 2006. p. 8.

MORETTO, M.L.T. O que se faz quando se faz psicanálise? In: NUNES, M.A.A. *et. al Transtornos alimentares e obesidade*, Porto Alegre: Artmed, 2002, 2.a edição, p. 47- 56,

NETTO, C.A. Psicobiologia do comportamento alimentar? In: _____ O que pode uma analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 19-60.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2001) Obesity: Controlling the global epidemic. Disponível no website <http://www.who.int/nit/obs.htm>. Acesso em 20 de maio de 2006.

REBELATTO,J.R. *Comportamentos envolvidos com o ensino de prevenção em relação a problemas com o movimento humano*. 1991. 174 F. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Campinas, 1991.

RIBEIRO, J.L.P. *Psicologia e Saúde*. ISPA: Lisboa, 2000.

RIBEIRO, M.S. Identidade e formação profissional dos médicos. *Rev. Brasileira de Educação Médica*, vol. 27, no. 03, Rio de Janeiro, 2003, pp 229-236.

SANGUIN, F.P.S. *As variáveis psicológicas no processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico domiciliar*. Dissertação de Mestrado, UMESP, 2004.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades e saúde*. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TOMMASO, M.A. *Psicologia do Emagrecimento*. *Revista de Psicologia Catharsis*, 2006. Disponível em http://www.revistapsicologia.com.br/materias/m_abordagens_emagrece.htm. Acesso em 20 de out 2006.

SEGAL, A.; FANDINÓ, J. Indicações e contra-indicações para realização das cirurgias bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, vol. 24, supl. 3, 2002, p. 68-72. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 10 de out de 2006.

SILVA, L.B.C. Equipe Multiprofissional em saúde: níveis de integração. *IN: Psicologia da saúde: Temas de Reflexão Prática*. Oliveira, V.B.; Yamamoto, K. (org.) São Bernardo do Campo: UMESP, 2003, p.73-88.

VALLE, E.A. *et al A adesão ao tratamento*, 2001. Disponível em <http://www.cibersaude.com.br> Acesso em 20 de maio de 2006.

VIZZOTTO, M.M. O método clínico e as intervenções psicológicas da comunidade. *IN: Psicologia da saúde: Temas de Reflexão Prática*. Oliveira, V.B.; Yamamoto, K. (org.) São Bernardo do Campo: UMESP, 2003, p.137-151.

ENCAMINHAMENTO

Este relatório final de estágio está sendo encaminhado após aprovação do corpo docente, coordenação e supervisores de estágio do curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo, sob aprovação dos professores Profa. Ms. Mariantonia Chippari (Coordenadora Curso), Profa. Dra. Hilda Avoglia (Coordenadora do Curso de Psicologia e Fonoaudiologia) e Profa. Dra. Camila Bezerra de Souza (Supervisora da Psicologia Comunitária e da Saúde).

E-mail: cbs@terra.com.br

Excluído: 1998.

Excluído: SIMON, R. *Introdução a Obra de Melaine Klein*. São Paulo: E.P.U., 1986.¶
Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos. São Paulo: E.P.U., 1989.¶
Obesidade e Bulimia/Anorexia posições esquizoparanóide e depressiva condições psicoterapêuticas. *Revista de Psicologia Hospitalar*, São Paulo, vol 8 (1), 1998, p. 04-09. ¶
A entrevista em psicoterapia breve operacionalizada *In: Psicoterapia Breve Operacionalizada – teoria e técnica*. 1ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 93-104 (a)¶
Conceitos básicos *In: Psicoterapia Breve Operacionalizada – teoria e técnica*. 1ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 93-104 (b).¶