

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

YAMA LINS GOMES

TRANSTORNO ALIMENTAR E DINÂMICA FAMILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

YAMA LINS GOMES

TRANSTORNO ALIMENTAR E DINÂMICA FAMILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **TRANSTORNO ALIMENTAR E DINÂMICA FAMILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA** de autoria do aluno **YAMA LINS GOMES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial

Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

*Dedico aos profissionais de saúde mental,
aos pacientes com transtornos alimentares
e seus familiares.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Mércia, por ser sempre me apoiar em meus estudos.

A minha filha Yasmin, por se encontrar no auge de suas descobertas tornando assim meu estímulo cada vez maior.

Ao meu namorado Wellington, pelo carinho e atenção.

As minhas amigas e queridas companheiras de trabalho, Cláudia e Sarah, pela experiência, troca de saberes e parceria.

As amigas Ingride, Anelice e orientadora Ana Carolina pela colaboração. A todos pelo grande incentivo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
3 MÉTODO.....	8
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	9
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos descrever o perfil de um paciente atendido pelo Grupo de Atendimento aos Transtornos Alimentares (GATA) no Centro de Orientação Médico Psicopedagógico/Secretaria de Saúde - Distrito Federal (COMPP /SES - DF), com diagnóstico de bulimia nervosa e apresentar as implicações de seu diagnóstico na dinâmica familiar. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo com enfoque na análise do prontuário de um paciente de 17 anos, atendido no COMPP /SES - DF, desde outubro de 2013, pela equipe do GATA. Os resultados mostraram que a estrutura e a dinâmica familiar podem contribuir para o desenvolvimento e/ou manutenção do transtorno alimentar. Foram evidenciadas dificuldades na vida conjugal, papéis familiares distorcidos, dificuldade para manejo dos conflitos, problemas alimentares de outros membros da família, dificuldades de desenvolver autonomia e independência dos filhos, relação muito intensa ou ausente entre mãe e filho (a), instabilidade e labilidade emocional, superproteção, baixo nível de resolução ou negação dos conflitos. Desse modo, faz-se necessário ampliar o trabalho da equipe multiprofissional com a finalidade de auxiliar os pacientes com transtornos alimentares e seus familiares no manejo dos conflitos, redefinição dos papéis e melhora significativa da qualidade de vida e relações familiares.

1 INTRODUÇÃO

A motivação para o desenvolvimento do presente estudo emergiu em função de minha trajetória profissional, nos últimos cinco anos. Após oito anos, como especialista em Saúde Pública, atuando em serviços de Atenção Primária à Saúde - APS (Programa Saúde da Família - PSF), em diferentes estados, tais como, Distrito Federal, Goiás, Rio de Janeiro, Bahia, e Pernambuco, fui aprovada no concurso público da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES/GDF) para trabalhar em um ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (COMPP/SES/DF).

O COMPP/SES/DF foi criado em 1969, em Brasília, DF, com a finalidade de realizar atendimentos diagnósticos médicos, psicológicos, social e pedagógico de crianças e adolescentes. A SES/DF em parceria com a Secretaria de Serviços Sociais e de Educação oferece como proposta o atendimento multidisciplinar para as demandas infanto-juvenis (Santiago, apud Oliveira, 2013).

As crianças e adolescentes que procuram o serviço, inicialmente passam pelo acolhimento. Durante o acolhimento as demandas são ouvidas pelos profissionais de saúde, bem como, o motivo da procura pelo serviço. Caso a queixa inicial esteja relacionada a algum comportamento sugestivo referente ao diagnóstico de transtorno alimentar, o responsável é encaminhado para abertura do prontuário e deverá aguardar o contato por telefone para agendamento da anamnese no Grupo de Atendimento a Transtornos Alimentares (GATA). A anamnese é, realizada por um dos membros da equipe do GATA, para tal, inicialmente é realizada uma entrevista e aplicado um questionário específico. Depois dessa etapa, os pacientes são encaminhados para outras avaliações, terapias de grupo, internação em unidade de referência, de acordo com a necessidade de cada caso.

A partir de minha nomeação, chefiando o Núcleo de Enfermagem da Unidade COMPP/SES, tive a oportunidade de compor a equipe do acolhimento do serviço e a equipe multiprofissional do GATA, a qual hoje é composta por uma enfermeira, duas psiquiatras, uma psicóloga, uma educadora física e uma nutricionista.

A equipe GATA além de trabalhar com os atendimentos individuais, também desenvolve terapias grupais utilizando diferentes abordagens, praticadas por profissionais de

várias áreas, desenvolvendo assim um método de assistência que oferece recursos terapêuticos no campo da saúde mental. Além disso, aborda princípios e condições instituídas após o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, principalmente aqueles referentes a reabilitação psicossocial. O grupo é considerado um espaço terapêutico eficaz para demanda de transtornos alimentares, diante de uma nova forma de atuação dos profissionais.

Diante da nova proposta de trabalho, surgiu a necessidade de atualização da prática profissional, enquanto enfermeira, no serviço de saúde infanto-juvenil voltado aos transtornos alimentares, visando ampliar conhecimentos além dos adquiridos na graduação para melhor assistência ao sujeito em sofrimento psíquico.

Os Transtornos Alimentares (TA) são patologias caracterizadas por perturbações no comportamento alimentar. Segundo, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edition (DSM IV) da American Psychiatric Association (APA, 1995) e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, 10^o edição (CID 10) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), as três categorias diagnósticas principais de transtornos alimentares são a Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e os Transtornos Alimentares Sem Outra especificação (TASOE).

Há, ainda, dois transtornos de início usualmente nas crianças menores, como a pica na infância e o transtorno da alimentação na infância - seletividade alimentar.

Para justificar os critérios de diagnóstico de AN e BN, o DSM IV (apud Oliveira, 2009) descreve como critérios:

Anorexia Nervosa:

“recusa de manter o peso corporal no padrão normal ou falha no ganho de peso esperado durante o período de crescimento; medo exagerado de ganhar peso ou de ficar gordo, mesmo estando baixo peso; distorção da percepção do peso ou da forma corporal, influência excessiva destes na auto avaliação ou negação da gravidade do próprio baixo peso; nas mulheres pós – menarca, a ausência de três ciclos menstruais consecutivos. Podendo ainda ser classificada nos subtipos: restritivo ou compulsão alimentar periódica/purgativo”.

Bulimia Nervosa:

“períodos de compulsão alimentar periódicos em curtos períodos de tempo e em quantidade maior se comparada á maioria das pessoas, tendo sensação de perda de controle; comportamento compensatório recorrente como vômitos, laxantes, diuréticos, enema e outros medicamentos, jejum ou excesso de exercícios; o primeiro e segundo itens ocorrem ao menos duas vezes por semana por três meses; peso e imagem corporal influenciam excessivamente a auto avaliação; tais episódios não ocorrem durante a anorexia nervosa. Classifica-se em tipo purgativo e não - purgativo”.

A Obesidade é uma doença endócrina, nutricional e metabólica, não fazendo parte dos transtornos mentais e comportamentais, segundo OMS (1993). Em geral associa-se ao comportamento do comer em demasia e frequentemente envolve sentimentos de insegurança e timidez, para alguns autores, também, pode ser considerada como um transtorno alimentar, tendo em vista que já é uma condição médica geral segundo a classificação internacional de doenças – CID-10.

De acordo com Oliveira (2013), o Transtorno da Alimentação na Infância define-se como um comportamento de recusa alimentar sem que a criança tenha doença orgânica. As dificuldades são claramente anormais e a criança tem o padrão de peso corporal comprometido, não ganhando ou perdendo peso.

Pica é uma patologia definida como um comportamento repetitivo de comer substâncias não nutritivas com duração de pelo menos um mês, considerando que são inapropriadas como alimento para o nível de desenvolvimento e não é parte das práticas culturais vigentes (Martins, Volkmar, 2013 apud Oliveira, 2014).

O modelo etiológico do desenvolvimento destes transtornos atualmente aceito é o multifatorial, incluindo características biológicas, psicológicas, familiares e fatores de risco socioeconômicos e culturais. Como consequência, vemos que se torna fundamental no trabalho multiprofissional voltado para abordagem familiar com vistas a contribuir de forma assistencial e eficaz no processo de doença dos TA através de um processo diferenciado e inovador.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivos descrever o perfil de um paciente atendido pelo GATA no COMPP/SES – DF, com diagnóstico de bulimia nervosa e apresentar as implicações de seu diagnóstico na dinâmica familiar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os transtornos alimentares são patologias graves que costumam ocorrer na adolescência e em adultos jovens. Podem ser crônicas, recorrentes e frequentemente evidenciam comorbidades psiquiátricas. Nas últimas décadas, a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) têm sido amplamente investigadas em pesquisas nacionais e internacionais. Tais transtornos têm como características comuns preocupações com o peso e a forma física (Yager e Powers, 2010 apud Oliveira, 2014).

A CID 10 (OMS, 1999) descreve AN como uma forma psicopatológica específica, onde há distorção da imagem corporal. A perda de peso é auto-induzida pela recusa de alimentos “que engordam”. O medo de engordar assume uma conotação de distorção da imagem corporal.

O termo Bulimia Nervosa (BN) é originado do grego (boi) e limos (fome), ou seja, “fome de boi”, apetite insaciável. Para estabelecer o diagnóstico de BN o indivíduo deve apresentar as seguintes características: “episódios recorrentes de ingestão rápida de grande quantidade de comida em um curto espaço de tempo, sentimento de falta de controle sobre a conduta alimentar (compulsão), ações para prevenir o aumento de peso e preocupação persistente com o corpo e o peso” (Fráguas, 2009, p.336). Segundo Cordás (2004), a BN foi descrita por Gerald Russel, em 1979, e foi reconhecida como diagnóstico diferenciado da anorexia em 1980, na terceira edição do DSM-III.

Para Espíndola e Blay (2006) as pessoas com BN geralmente apresentam uma história pessoal de sobrepeso, ou experiências traumáticas no passado. Algumas pessoas utilizam a compulsão para o manejo de emoções negativas ou positivas, podendo usar o alimento como calmante, anestésico, conforto para momentos de solidão e satisfação de outras necessidades que não a fome fisiológica, como uma forma de compensação. Normalmente, as relações interpessoais desses sujeitos são marcadas pela evitação de proximidade e intimidade, o que leva a relações distantes e superficiais, além do sentimento de rejeição atribuído à má forma física. As relações familiares também são seriamente comprometidas neste tipo de transtorno, devido ao aumento de desentendimentos, diminuição da comunicação e rivalidade entre irmãos, segundo os autores (ESPINDOLA E BLAY 2006, apud RIBEIRO e NOGUEIRA, 2014).

Conforme Fráguas

As pessoas com BN, de modo geral, sentem vergonha de seus sintomas e os episódios de compulsão e purgação geralmente ocorrem em segredo, podendo ser interrompidos com a presença de um conhecido ou familiar (APA, 1995). Esta é uma peculiaridade que distingue a bulimia da anorexia, já que a última pode ser notada por alguém próximo, enquanto a primeira pode permanecer em segredo por um longo período de tempo (FRÁGUAS, 2009, apud RIBEIRO e NOGUEIRA, 2014, P. 06).

Ao considerar que a BN é um transtorno que se inicia, predominantemente, no final da adolescência, supõe-se que ela esteja associada a dificuldades no desenvolvimento do adolescente. Por este motivo, acredita-se que as abordagens terapêuticas em grupo para esta questão, nessa faixa etária, tendem mais ao sucesso do tratamento.

A pesquisa de Cavalcante (2009), realizada em Brasília com um grupo multifamiliar com famílias de meninas adolescentes diagnosticadas com anorexia nervosa, identificou importantes dificuldades no sistema familiar como o padrão de comunicação pouco claro, a presença de conflito conjugal com adolescentes anoréxica posicionando-se triangulada com os pais, a negligência dos pais da adolescente, depressão das mães, mães dependentes afetivamente das filhas e evitação de conflitos. O autor encerra suas considerações finais afirmando que

“os dados do estudo confirmaram a visão de que a anorexia apresentada por um membro da família está relacionada com todos os outros e a forma como se relacionam no contexto familiar. O transtorno surge em um sistema familiar que apresenta determinadas características estruturais que constituem um contexto facilitador ou mantenedor do sintoma. Por isso, o tratamento e o acompanhamento da adolescente que possui o transtorno devem incluir os demais membros da família, pois todos apresentam algum tipo de dificuldade” (Cavalcante 2009 apud Ribeiro, 2014 pg.8).

Minuchin e colaboradores (2009) propuseram um modelo de assistência baseado na terapia familiar estrutural numa abordagem sistêmica. Entende-se que, uma terapia focada em uma estrutura familiar organizada poderá melhorar as relações de diálogo e, conseqüentemente, ampliar o entendimento e aceitação da função de cada membro no contexto e dinâmica familiar. Ele chamou as famílias ‘psicossomáticas’, de acordo com estudos realizados com crianças portadoras de diabetes, e que englobou as famílias com membros com transtornos alimentares, asma, gastrite estomacal e outras doenças.

O modelo descrito acima é composto por quatro etapas, conforme estudo do referido

autor:

1) Descentralizar o problema apresentado e o portador do sintoma. Deve-se fazer com que a família compreenda que o problema apresentado por ela não está relacionado apenas ao mecanismo interno de um de seus membros.

2) Investigar os padrões familiares que mantêm o problema. Explorar o que os membros da família podem estar fazendo para perpetuar o problema, auxiliando os familiares a perceberem como suas ações podem estar mantendo o problema. Essa etapa parte do pressuposto de que os membros da família mudarão seu padrão de relação se conseguirem ver a si mesmos como capazes de ajudar o paciente identificado.

3) Investigar o que os membros da família trazem do passado que ainda influencia o presente. Investigar o passado com foco na estrutura, através de uma exploração breve e focada do passado dos membros adultos da família, com o intuito de auxiliá-los a entender como chegaram à sua visão limitada do presente, de si mesmos e dos outros. Essa etapa é vista como a continuação das explorações do estilo de relacionamento que o terapeuta e a família desvelaram na etapa anterior.

4) Redefinir o problema e testar opções. Após o desenvolvimento de um quadro inicial dos motivos que mantêm a família bloqueada e de como esse caminho foi tomado, os membros da família e o terapeuta falam sobre quem precisa mudar o quê – e sobre quem tem a disposição de fazê-lo ou não. Essa é uma etapa fundamental para se evitar a resistência às mudanças propostas na terapia” .

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e retrospectivo, com base na revisão do prontuário de um paciente acolhido no COMPP/SES – DF, com queixas iniciais de sintomas depressivos e quadro de BN (perda de peso, prática de métodos purgativos, visão distorcida da auto-imagem), que posteriormente foi encaminhado e é acompanhado pela equipe GATA desde outubro de 2013.

Os dados foram coletados, no período de março de 2014. Para coleta das informações foram consultados o formulário específico de acolhimento, o formulário de anamnese do GATA, a avaliação nutricional e os relatos de profissionais no prontuário referentes à evolução do paciente durante sua permanência no grupo multidisciplinar específico. Todos estes registros são feitos de forma manuscrita em função do COMPP/SES ainda não dispor de prontuário informatizado.

O caso foi eleito para o estudo por apresentar características relacionadas ao tema em questão, ou seja, ter diagnóstico de TA envolvendo uma dinâmica familiar conflituosa e estar sendo acompanhado pela equipe GATA/Compp – SES.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

De acordo com a consulta ao formulário específico de acolhimento o paciente apresenta 17 anos, é natural e reside em Brasília-DF, está cursando o primeiro ano do ensino médio (escola pública), é filho de pais separados. O pai tem 42 anos, é vigilante, a mãe tem 46 anos, e é cuidadora de idosos, ambos têm o segundo grau incompleto.

Em outubro de 2013, o paciente foi encaminhado por uma médica ao COMPP/SES com queixa principal de bulimia. A mãe foi acolhida pelo COMPP/SES, e referiu que o paciente apresentava sintomas de depressão, tristeza profunda, desinteresse por tudo, episódios de automutilação e desejo de suicídio. Além disso, apresentava ganho de peso, diminuição do rendimento escolar, isolamento, “*não conversa com ninguém*” e estava poliqueixoso, alternando momentos de recusa alimentar (alegava não sentir fome) com episódios de compulsão alimentar exagerada.

Diante do motivo da procura e das queixas relatadas, o paciente foi encaminhado para Anamnese Interdisciplinar do GATA.

Dados referentes à Anamnese Interdisciplinar

Mãe e filho compareceram para anamnese mantendo as mesmas queixas relatadas no momento do acolhimento. Em determinado momento permaneceram juntos e em outro momento a anamnese prosseguiu individualmente.

Mãe conta que a gravidez do filho não foi planejada, porém foi aceita por ela. Quanto ao pai, diz que não gostou muito e que foi um período de muitas brigas. Mantinham uma relação de namoro. A mãe tem outro filho de um relacionamento anterior. Foi uma gestação acompanhada por consultas de pré-natal, sem grandes intercorrências. Tinha apoio de sua família e da família do pai, o qual foi aproximando-se aos poucos novamente.

O paciente nasceu de parto cesariano por apresentar circular de cordão umbilical na região do pescoço. Chorou assim que nasceu, pesou 3.150 kg e mediu 49 cm e desde, então, passou a ter acompanhamento de saúde até os dias atuais. Mãe diz que ficou muito feliz com o nascimento do filho e que o pai o visitou apenas após um mês do seu nascimento. Nessa época, passou a morar com seus pais e o irmão (o qual aceitou bem a chegada do irmão), não enfrentando nenhum tipo de dificuldade, seja de ordem social ou econômica.

A mãe relatou que o paciente apresentou algumas patologias na infância como: catapora, rubéola e alergia alimentar até os cinco anos de idade e que devido a essa condição foi internado em alguns momentos. Além disso, realizou apendicectomia.

Atualmente, o paciente relata dores frequentes de cabeça, constipação intestinal, perda de peso e vômitos induzidos. No quarto mês de vida, além da amamentação, iniciou a introdução de outros alimentos, os quais foram oferecidos pela mãe, avó materna e babá. Os alimentos eram de origem orgânica, sem corantes, sem lactose e fez uso de leite de soja e/ou hidrolisado, em função da alergia alimentar. Com um ano e dois meses ocorreu o desmame, gradativamente, pois a mãe iniciou trabalho de plantões noturnos.

Em relação ao comportamento alimentar da família, o paciente informou “*que cada um come o que quer e onde quer e que, ele mesmo, só come em seu quarto*”, apesar dos protestos da mãe.

Segundo relatos o paciente é extrovertido, líder, sociável com os amigos, da mesma idade e, também, com os mais velhos. É obediente, inteligente, carinhoso, cumpridor de regras, amigo e desorganizado. Como comportamento atípico relatam episódios de automutilação. Apresenta curiosidade a respeito de sexo e recebe orientações na escola. Mãe tem dificuldades em tratar do assunto.

O início da vida escolar do paciente foi aos três anos de idade. Porém, relata que passou a apresentar dificuldades no aprendizado mais tarde, ocorrendo repetência no nono e primeiro ano. Os pais o consideram autodidata.

Relata antecedentes familiares de diabetes e obesidade. Mãe sempre teve problemas com obesidade e há um ano, quando atingiu 90kg submeteu-se a cirurgia bariátrica.

Atualmente, o paciente reside com sua mãe, padrasto, um irmão de nove anos e uma irmã de sete anos, em uma residência cedida. A renda familiar é de em média 3.900,00 mensais. Há um mês o irmão mais velho, após chegar em casa alcoolizado e agredir tanto a mãe, quanto o paciente tentando enforcá-lo, foi morar com a avó materna. O paciente refere sentimentos de raiva em relação ao irmão, não mantendo contato.

A mãe relata que tem expectativas que o paciente tenha uma vida normal após o tratamento.

Ao final da anamnese, o paciente foi encaminhado para avaliação nutricional e grupo de adolescentes. A mãe foi encaminhada para o grupo de pais. Ambos os grupos com encontros semanais de em média uma a duas horas de duração.

Dados referentes ao grupo de pais

A mãe iniciou sua participação no grupo de pais em novembro de 2013. A mãe compareceu regularmente a todos os encontros durante os meses de novembro e dezembro/2013, sendo dispensada no dia 16/12/2013, dia de encerramento das atividades do semestre para início de recesso e férias da equipe, por questões voltadas ao seu trabalho.

Mãe relata histórico de sofrimento emocional intenso em seus relacionamentos afetivos, e alega nunca terem dado certo. Atualmente, encontra-se em seu quarto relacionamento com um senhor de meia idade, o qual está em fase terminal de câncer. Estão juntos há um ano. O levou para morar em sua casa e alega que assim poderá prestar maiores cuidados ao companheiro.

Este ano, em função das dificuldades financeiras, o paciente está morando na periferia (casa própria) e estudando em escola pública. Segundo a mãe o filho estudava em escola particular com bolsa, porém devido a reprovação perdeu a bolsa. Desse modo, a mãe considera que a mudança foi interpretada de maneira negativa pelo filho. .

A mãe submeteu-se a cirurgia bariátrica, em hospital particular, sem muito esclarecer os critérios adotados para conseguir realizar o procedimento. Refere que sempre teve dificuldades com o seu peso corporal. Após cirurgia, relata que o paciente iniciou sintomas de comportamento bulímico e de auto-mutilação.

Durante os encontros sempre passa uma imagem de mãe muito dedicada, afetuosa e tranquila e não entende bem o motivo dos comportamentos agressivos e de revolta do filho. Em contrapartida, relata vários episódios de brigas, e conflitos familiares. Quanto às agressões ocorridas com o filho mais velho, confessa nunca ter imaginado uma situação de agressividade tão extrema e que não entende como isso pôde ter acontecido. Demonstra afeto pelos filhos menores (frutos de seu terceiro relacionamento). O paciente é o principal cuidador dos irmãos, enquanto a mãe trabalha. Há discordância entre o paciente e a mãe quando o paciente, na função de “cuidador” tenta impor limites aos irmãos menores. Relata momentos de confrontos do paciente com o padrasto. Tenta manejar os conflitos da melhor maneira possível. Considera que o companheiro é idoso e doente e que o paciente deve se submeter aos comandos do padrasto.

As férias estão próximas e conta que o paciente irá para casa do pai, em outro Estado, como costuma acontecer. Embora o paciente não tenha uma relação tranquila com o pai, refere desejo de morar com ele. Gosta muito da madrasta, a qual a mãe diz ter um ótimo vínculo, são amigas, e dessa forma mantém o controle das ordens ao filho, mesmo a distância. Diz que nesses momentos de contato, a respeito do filho, o ex-companheiro diz querer retomar o relacionamento.

Em 24/02/2014, mãe retorna ao grupo de pais após quatro faltas aos encontros iniciais. Comparece visivelmente fragilizada devido a suspeita de que o filho mais novo tem um tumor. Refere que aguarda resultado de exames para confirmação do diagnóstico. Nesse momento, a mãe teve que aproximar-se do pai da criança, o qual mantinha-se afastado com medida restritiva de acesso em função de conflitos de violência doméstica, com a finalidade de buscar apoio financeiro para assistência a saúde do filho.

Grupo de Adolescentes

Teve início na mesma data do grupo de pais, em 04/11/2013. Assim como a mãe, o paciente compareceu regularmente a todos os encontros, com apenas uma falta, que foi justificada.

Inicialmente mostrou-se reservado e desconfiado. Ao longo dos encontros foi se soltando, se tornou mais destemido e comunicativo. Trouxe informações contraditórias em relação a alguns relatos da mãe. Referiu que *“minha casa é um caos, todos se desrespeitam e se xingam com palavras pesadas, inclusive meu padrasto, figura implicante e intolerante”*. Conta que até aos sete anos de idade era “protegido” pela mãe. Após o nascimento de seu irmão, teve que cuidar de si mesmo, desse irmão e mais tarde da irmã mais nova. Nunca teve um relacionamento amigável com o irmão mais velho. Diz que o irmão quase o matou e que não o perdoa e rejeita qualquer tipo de aproximação. Julga a mãe “mentirosa” e o pai “boa vida”, não se identificando com nenhum dos dois.

Sofreu “bullying” na escola por ter aumentado de peso e por ter sido julgado ter “trejeitos” afeminados. Odiava a escola. Adora ler mitologia grega, relata que se identificava com os Deuses gregos. Apresenta distorção da imagem corporal, acredita ser feio, não merecedor de elogios. Ao mesmo tempo, apresenta comportamento sedutor e histriônico.

Conta que irá passar as férias com o pai. Gosta da madrasta, mas detesta a comida da avó paterna, a qual cozinha com banha de porco.

Em 16/12/2013 comparece para o último encontro do grupo antes do recesso. Participa da atividade proposta, com desenho e escrita, onde relata o desejo de viver em um lugar bonito, sozinho e em paz. Cita como características próprias ser: “*observador, ouvidor, organizado, compreendedor, animado, estratégico, objetivo, corajoso, amigo, confiante, bondoso, sincero*”. Avalia o período em que esteve no grupo de forma positiva, considera que precisa de ajustes e de ajuda.

Após o período de recesso e férias comparece em 24/02/2014, deixando de comparecer aos três primeiros encontros. Conta que conseguiu se divertir durante as férias, apesar das cobranças do pai. Diz que não aceita a presença do pai no Compp, pois não vê nenhuma necessidade. Se sente motivado a estudar. Nega episódios de vômitos auto-induzidos durante o período de férias.

Assim como a mãe, esteve faltoso aos encontros seguintes. Última falta registrada em 17/03/2014.

Consulta Nutricional

Comparece para avaliação nutricional em 14/11/2013. Conforme dados colhidos em ficha de atendimento ambulatorial de nutrição, apresentava 67.5kg e 1,69cm. Foi considerado com estado nutricional eutrófico e peso ideal de 65kg. Disponibilidade de alimentos razoável e intolerância ou aversões a chocolate e carambola. Condições dentárias regulares. Negou tabagismo ou etilismo. Alterações fisiopatológicas refere constipação intestinal.

Refere não ter praticado êmese auto-induzidas, refere maior aceitação do seu corpo, está mais convencido de que seu peso está na faixa do ideal.

Como conduta, recebeu orientações gerais quanto à alimentação, registro alimentar e solicitação de autorretrato e de exames de rotina. Em 28/11/2013 faltou à consulta de retorno.

Em 17/12/2013 comparece ao novo agendamento da consulta de retorno. Apresentou 68kg e 1,70cm. Trouxe resultado de exames, apresentou quadro de amebíase (foi encaminhado a consulta com médico clínico). Presença de flatos, diurese presente e inalterada. Sono regular. Refere ter tentado seguir as orientações dietoterápicas, nega uso de laxantes. Ainda percebe-se “gordo” e com “pelancas”, assim como a mãe. Relata apetite aumentado e quando vai comer sente-se culpado. Há uma semana teve um episódio de vômito auto-induzido. Mantém os conflitos com o padrasto e conta que na última discussão conseguiu dizer tudo o que sentia, e que essa situação gerou uma sensação de alívio. Recebeu orientações sobre dieta de consistência

normal, fracionada em quatro refeições ao dia; aumento do consumo de fibras; atividade física; manter acompanhamento.

De acordo com os dados e relatos coletados nos prontuários é válido ressaltar a dificuldade dos profissionais em realizar os registros imediatamente após os atendimentos, pois os prontuários nem sempre eram disponibilizados a contento. O setor responsável pelo serviço de retirada dos prontuários alega falta de funcionários o suficiente no setor para executar a tarefa. Sendo assim, alguns dos registros foram feitos conforme discussão de caso em equipe e recordações dos atendimentos pelos profissionais.

Conforme referencial teórico podemos notar ao relatar o caso toda a problemática de uma família estruturalmente adoecida diante da doença do transtorno alimentar (BN). A mãe nunca conseguiu se estabelecer emocionalmente com seus companheiros (relações instáveis) e nem consigo mesma em relação a sua forma física, quanto ao seu peso. No papel de provedora do lar, eixo mantenedor do núcleo familiar não havia respeito, definição de papéis e rotinas. O paciente, muitas vezes, era mantido como no papel de “pai e mãe” de si mesmo e dos irmãos, conforme necessidades do momento. Obedecendo aos interesses da mãe, F se viu invadido e obrigado a conviver com o padrasto, onde não foi construída sequer uma relação de convivência razoável.

No contexto familiar, o paciente, não estabeleceu nenhuma relação de afeto, amizade, de afinidade com nenhum membro. Demonstrou apresentar uma boa relação com os dois irmãos menores, porém no papel de “cuidador” e não de irmão, propriamente dita. Referiu afeto pela madrasta. Considera em si características positivas, as quais a mãe não demonstra reconhecer. A transferência que fez com a comida foi relacionada ao fato da insatisfação com o corpo em função do peso, se dando de forma bastante negativa. Situações de agressividade, o comportamento de cada membro da família onde os limites são ultrapassados, ausência de identidade familiar, sentimentos de insegurança, baixo autoestima, instabilidade emocional, triangulação da relação entre pais e filho e outras já citadas, são características que favorecem e mantém o paciente no processo de doença. Apesar dos registros de algumas faltas ao retorno das atividades após o recesso, tanto o paciente, quanto sua mãe regularidade nos encontros anteriores e interesse na busca de condições para melhor resolução dos problemas junto à equipe GATA.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sintomas de TA, geralmente tem início na adolescência. Além disso, o TA pode ocorrer em diferentes culturas e classes sociais, sua etiologia é multifatorial, portanto, as intervenções focadas em terapias realizadas por equipes multidisciplinares é a forma mais indicada para o tratamento.

O presente estudo buscou relatar uma experiência, com a finalidade de apresentar a atuação de uma equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente com TA, e de seus familiares.

6 REFERÊNCIAS

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BARROS, Sônia. Reflexões sobre o Processo de Cuidar da Enfermagem em Saúde Mental. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.271-276, set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342000000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar. 2014.

COBELO, Alicia Weisz; SAIKALI, Maria Olímpia; SCHOMER, Ester Zatytko. A Abordagem Familiar no Tratamento da Anorexia e Bulimia Nervosa. **Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p.184-187, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832004000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar. 2014.

FLEITLICH, Bacy W. et al. Anorexia Nervosa na Adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 03, n. 76, p.323-329, 2000. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S323/port.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

GRANDO, Lucia Helena; ROLIM, Marli Alves. Família e Transtornos Alimentares: As Representações dos Profissionais de Enfermagem de Uma Instituição Universitária de Atenção à Saúde Mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 06, p.989-995, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600011>. Acesso em: 13 mar. 2014.

OLIVEIRA, Ingrid Coutinho Chaves de. **Perfil Sócio-demográfico e Avaliação do Serviço de Atendimento Ambulatorial de Transtornos Alimentares do COMPP**. 2013. 30 f. Monografia (Especialização) - Curso de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Hospital São Vicente de Paulo, Brasília, 2013.

RIBEIRO, Maria Alexina; NOGUEIRA, Heron Flores. **Transtornos Alimentares: Anorexia, Bulimia e Obesidade**. Brasília: Apostila, 2014. 10f. .

ROBERTO, L.G. **Transtornos Alimentares como Segredos de Família**. In: IMBER-BLACK, E. e cols. Os Segredos na Família e Terapia Familiar. São Paulo: Artmed, 1994. Cap. 9, p.166-182.

SANT'ANNA, Sônia Camila; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. O TRABALHO DE GRUPO: REFLEXÕES DO COTIDIANO, RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 08, n. 03, p.97-101, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1471/1506>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

SOARES, Marcos Hirata. Famílias e Casais: do Sintoma Ao Sistema. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 32, n. 2, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-

81082010000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Apr. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082010000200008>

SOUZA, Ângela Maria Alves e et al. Grupo Terapêutico: Sistematização de Enfermagem em Saúde Mental. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Santa Catarina, v. 4, n. 13, p.625-632, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a16.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2014.