

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

ANA PAULA SACCOL

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ANOREXIA NERVOSA ENTRE
PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS/SC: UM ESTUDO DE CASO

FLORIANÓPOLIS
2009

ANA PAULA SACCOL

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ANOREXIA NERVOSA ENTRE
PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS/SC: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, na linha de pesquisa Ciência, Técnica e Modernidade, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia Política.

Orientadora: Prof^ª Dra. Márcia Grisotti

FLORIANÓPOLIS
2009

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

S119 Saccol, Ana Paula

A representação social da anorexia nervosa entre Profissionais do Sistema Único de Saúde de Florianópolis /SC [dissertação] : um estudo de caso / Ana Paula Saccol ; orientadora, Márcia Grisotti. - Florianópolis, SC, 2009. 214 f.: il., grafs., tabs., mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-graduação em Sociologia Política.

Inclui referências

1. Sociologia política. 2. Anorexia nervosa. 3. Construção social das doenças. 4. Níveis de atendimento em saúde. I. Grisotti, Marcia. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. III. Título.

CDU 316



Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política
Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Campus Universitário - Trindade
Caixa Postal 476
Cep: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil
E-mail: ppgsp@cfh.ufsc.br

**“A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ANOREXIA NERVOSA ENTRE
PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS/SC: UM ESTUDO DE CASO”.**

ANA PAULA SACCOL

Esta Dissertação foi julgada e aprovada em sua
forma final pela Orientadora e Membros da
Banca Examinadora, composta pelos
Professores:

Prof.^o. Dr.^a. Márcia Grisotti
Orientadora

Prof.^o. Dr.^a. Luzinete Simões Minella
Membro

Prof.^o. Dr.^o. Erasmo Benício Santos de Moraes Trindade
Membro

Prof.^o. Dr.^a. Ligia Helena Hahn Luchmann
Coordenadora

FLORIANÓPOLIS, (SC), OUTUBRO DE 2009.

Dedicatória

*Dedico este trabalho a
aque@s que, de
alguma forma, se
sentem impelid@s a
procurar respostas às
suas inquietações.*

Agradecimentos

A construção deste trabalho não foi tarefa fácil e o apoio emocional que recebi durante todo o trajeto foi de fundamental importância para o desenvolvimento da pesquisa. Torna-se difícil agradecer individualmente e lembrar de tod@s que me foram tão importantes nessa trajetória, mas alguns tiveram contribuições essenciais:

Nesses dois anos muitas coisas aconteceram, mas se não fosse o carinho, o cuidado, a dedicação e a presença de duas grandes mulheres: minha mãe e minha avó, com certeza as coisas teriam sido muito mais difíceis. Meu eterno agradecimento e amor!

Ao meu atencioso pai, aos meus amados irmãos, meu sobrinho querido, minhas primas adoradas e minhas tias e tio sou grata eternamente pelo apreço e amor indiscriminado!

À professora Márcia minha orientadora, colega de pesquisa, mestre, conselheira, amiga. Pelo apoio nos momentos difíceis, pelo entusiasmo que transmite e, principalmente, por acreditar, sempre! Agradeço de coração!

Ao professor Erasmo pela atenção e disponibilidade em ser co-orientador desse trabalho, e por me esclarecer de que “não precisamos descobrir como funciona a parafuseta que gira o mundo”: obrigada!

Ao professor Fernando pelas prosas e e-mails trocados, pela sabedoria compartilhada e ensinamentos repassados: obrigada!

À Professora Luzinete por ter aceitado o convite de ser banca desse trabalho e pelas maravilhosas contribuições: o meu agradecimento!

Aos colegas do ECOS que sempre estão presentes de maneira muito espirituosa: meus sinceros agradecimentos!

À Louise que muito mais do que amiga foi uma grande irmã que conquistei e que muito me ensinou, principalmente a refletir interdisciplinarmente: obrigada mesmo!

À Caty, uma pessoa maravilhosa, que faz parte do meu dia a dia e acalenta os dias ruins: agradeço do fundo do coração!

À Adri minha comadre e amiga pelo apoio de sempre: minha gratidão!

À Janaína amiga e colega de curso pelo carinho e amizade dedicados e pelas “trocas” intelectuais: meu inapreciável carinho!

À Malu que em suas travessuras e peripécias me ensinou que mesmo o trabalho mais estressante pode ser leve e saudável: obrigada mesmo!

Ao Luis Fernando pela agradável amizade e boas risadas: valeu!

Ao pessoal da Academia Natatorium, especialmente a galera do Combat, por oportunizarem momentos de relaxamento, descontração e anti-stres: obrigada!

À Marynes que sempre gentilmente colaborou com o desenrolar da pesquisa: meus agradecimentos!

Aos profissionais de saúde pelo acolhimento, atenção e disponibilidade e que apesar de suas rotinas exaustivas, dispuseram de seu tempo, ouviram minhas perguntas e gentilmente cederam suas experiências e relatos, além da prestimosa colaboração: meu muito obrigada!

À Albertina e à Fátima mulheres tão gentis e funcionárias prestimosas: agradeço a ajuda de sempre!

Aos mestres do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política pelos ensinamentos e inquietações;

Aos colegas de turma pelas discussões propiciadas;

À Coordenação do Programa pela atenção e disponibilidade;

E a CAPES, CNPQ e UFSC pelas oportunidades!

Epígrafe

Anorexia

Banda: Fakebestfriend

Mary Kate
Kate Moss
Diet pills
Lip gloss

Star Jones
Trim spa
You can see my bones
Look ma!!

Gym club
Big hug
Fat thighs
Coffee mug

Sunken face
Big disgrace
Tummy tuck
What the fuck?

Calories
Diaries
Underground societies

Hollywood refusing to eat
Cant stand up on your
two feet

Paper thin socialite
What should i skip
tonight?

Oh my god im fucking
scene
Gastro bypass is for me

Anorexia isn't the way to
happiness [hahaha]
Anorexia isnt the way to go
[i'm fat]
Anorexia will cut your life
much shorter [shut the fuck
up]
Anorexia is a mental
disorder

Hip bonés
Rib cage
Rehab

Teenage

Fasting
Stop trying
Not eating
Then dying

You´re selfish
You´re homeless
You´re hungry
And hopeless

Stupid
Tired
Caffine
Wired

Web cam journal
Web site circle
Forum secrets
Can you keep it?

Their

Therapy
Cut to bleed
Cant you see
What you did to me
Hair thin
Pathogen
Blamed it on
Fakebestfriend

Society made you fat
Girl whats the deal with that

Anorexia isn't the way to
happiness [yes it is x2]
Anorexia isnt the way to go
[but it feels so good]
Anorexia will cut your life
much shorter [no it wont
Anorexia is a mental disorder
[hahaha]

Gaining power
Every hour
One more Pound
I know i can win

Losing battles
Boney rattles
Heart beats skipping
Tears are dripping x2

Does this hairspray make me
look fat?
[shut the fuck up]
Girl i look overweight

Sumário

Lista de Ilustrações.....	13
Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos.....	14
Lista de Tabelas.....	15
Lista de Quadros.....	16
Resumo.....	17
Abstract.....	18
Prólogo.....	19
Introdução.....	23
CAPÍTULO 1: A anorexia Nervosa e a Construção Social de uma Doença.....	33
1.1. A Construção Social das Doenças.....	37
1.2. O processo de diagnosticar.....	39
1.3. O Conceito Científico de Anorexia Nervosa.....	42
1.3.1. Prevalência e Incidência dos Transtornos Alimentares e da Anorexia Nervosa.....	47
1.3.2. Etiologia da Anorexia Nervosa.....	49
1.3.3. Critérios de diagnóstico da Anorexia Nervosa..	52
1.4. A construção social da anorexia nervosa.....	54
CAPÍTULO 2: O Corpo e suas dimensões.....	61
2.1. O corpo Biológico e o Corpo Social.....	67
2.2. O Corpo Alterado.....	71
2.2.1. O Corpo Belo.....	74
2.3. A medicalização do Corpo Feminino.....	78
2.3.1. A medicalização e o embelezamento feminino	81
CAPÍTULO 3: O Sistema Único de Saúde em Florianópolis/SC.....	85
3.1. O Surgimento do Sistema de Saúde brasileiro: uma breve história.....	88
3.2. O processo de descentralização e a implantação do SUS nas esferas municipais.....	93
3.2.1. As responsabilidades e os níveis de complexidade em saúde: Pacto de Gestão.....	96
3.3. A atual situação da implementação do SUS em Florianópolis.....	99
3.4. Ambulatório de Transtornos Alimentares HU/SES.....	106
3.5. Apoio matricial, referência e contra-referência.....	107
CAPÍTULO 4: Percurso Metodológico e Análise dos Dados.....	109
4.1. Delineamento da Pesquisa.....	112
4.1.2. Aspectos Éticos Da Pesquisa.....	113
4.1.3. Coleta dos Dados.....	113
4.2. Análise dos Dados.....	115
4.2.1. Identificação e Localização dos Sujeitos da Pesquisa.....	117
4.2.2. Categorias Analisadas.....	118

4.2.2.1. O Erro.....	119
4.2.2.2. Rotina Profissional.....	126
4.2.2.3. Facilidades no Processo de Trabalho (ou pontos positivos).....	133
4.2.4. Dificuldades no processo de trabalho (ou pontos negativos).....	138
4.2.2.5. O que é a anorexia nervosa.....	143
4.2.2.6. O que ocasiona a anorexia nervosa.....	148
4.2.2.7. Quem faz o diagnóstico.....	152
4.2.2.8. Tratamento mais adequado.....	155
4.2.2.9. Casos de anorexia nervosa.....	157
4.2.2.10. Complexidade relacionada à Anorexia nervosa.....	163
4.2.2.11. Profissionais mais adequados para trabalharem em casos de AN	169
4.2.2.12. Inclusão de sociólogos e outros profissionais nas equipes de transtornos alimentares.....	170
4.2.2.13. Ambulatório de transtornos alimentares.....	175
4.2.2.14. Como a área de especialidade (profissionais do ATA) percebe a anorexia nervosa em SC e na atenção básica.....	181
Considerações Finais.....	185
Referências Bibliográficas.....	193
Anexos	

Lista de Ilustrações

Ilustração 1: Corpo e Psique solitários.....	19
Ilustração 2: Sofrimento.....	23
Ilustração 3: Distorção da Imagem Corporal.....	33
Ilustração 4: Homem Vitruviano.....	61
Ilustração 5: Sistema Único de Saúde.....	85
Ilustração 6 :Mapa da Atenção em Saúde no Município de Florianópolis.....	103
Ilustração 7: Estrutura Organizacional da SMS de Florianópolis.....	105
Ilustração 8: Que caminho seguir.....	109
Ilustração 9: Considerando.....	185

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

AB	Atenção Básica
AMBULIM	Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas
AN	Anorexia Nervosa
ATA	Ambulatório de Transtorno Alimentar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional das Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais
ESB	Equipe de Saúde Bucal
HU	Hospital Universitário
IMC	Índice de Massa Corporal
NOB	Normas Operacionais Básicas
PMS	Planos Municipais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtorno Alimentar
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VD	Visita Domiciliar

Lista de Tabelas

Tabela 01: Casos de F. 50.0 Anorexia Nervosa em Florianópolis de janeiro de 2003 a julho de 2008, após exclusão dos casos de R. 63.0 Anorexia.....	125
--	-----

Lista de Quadros

QUADRO 1 – Complicações clínicas na anorexia nervosa e bulimia nervosa.....	45
Quadro 2 - Critérios diagnósticos para a Anorexia Nervosa segundo os sistemas de classificação DSM-IV (22) e DSM-IV- TR (23) e a CID-10 (24).....	52
Quadro 3: Responsabilidades, requisitos e incentivos financeiros previstos pela NOB SUS 1/93 para os municípios, segundo condição de gestão.....	95
Quadro 4: Sistemas de encaminhamento no serviço de atendimento à saúde: níveis de complexidade.....	98

Resumo

A anorexia nervosa nas últimas décadas tem sido alvo de estudos e preocupação principalmente nas áreas médica e psiquiátrica, além de gerar polêmicas nos setores midiáticos e de senso comum. A busca por um padrão magro de beleza, práticas inadequadas de redução de peso alicerçadas às incertezas e conflitos da ciência no que se refere às questões de alimentação, tem contribuído significativamente para uma epidemia não contagiosa dos transtornos alimentares. Atualmente a anorexia nervosa está mais visível em nossas sociedades principalmente pelo fato das pessoas associarem esse transtorno à indústria da beleza e da moda, atribuindo a ela o status de uma doença da modernidade, no entanto encontramos relatos de casos clínicos anteriores à classificação e racionalização da doença, que contribuem na sua desmistificação como uma psicopatologia moderna, reiterando-a como uma sociopsicopatologia existente em outros períodos. O principal objetivo desta pesquisa foi analisar como os profissionais de saúde da rede pública de saúde de Florianópolis/SC interpretam, tratam e encaminham a terapêutica de pacientes com anorexia nervosa. Também tentamos verificar alguns dos discursos científicos que envolvem a explicação da AN; quais seriam os fatores nos dias atuais que contribuem para o seu desenvolvimento, as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o que é AN; as suas causas; diagnóstico; tratamento; profissionais mais adequados para uma equipe especializada em transtornos alimentares; além de verificar a possibilidade de inserção do sociólogo em equipes especializadas no assunto. A pesquisa é de caráter qualitativo de cunho exploratório e analítico, adotando como princípio de delineamento o estudo de caso. Ao todo foram entrevistados 22 profissionais de saúde da área médica, psiquiátrica, nutricional, psicológica e de enfermagem das unidades básicas de saúde e do Ambulatório de Transtorno Alimentar. Verifica-se a existência de uma lacuna referente às pesquisas sobre transtornos alimentares na atenção básica, ausência de estudos epidemiológicos sobre as reais incidências e prevalência da anorexia no Brasil, complexidade e dificuldade do diagnóstico entre os profissionais de saúde e a abertura de um grande campo de pesquisa para a sociologia e as demais ciências humanas.

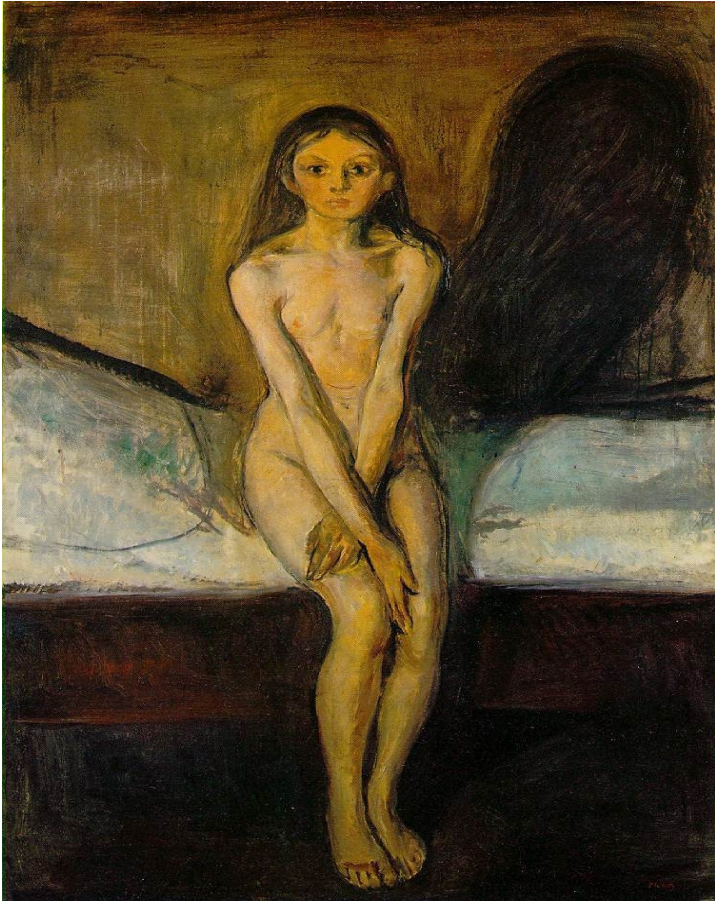
Palavras-chaves: anorexia nervosa, construção social das doenças, níveis de atendimento em saúde.

Abstract

In the last decades, nervous anorexia (AN) has been the target of studies and concern mainly in medicine and psychiatry, besides being a controversial subject in media and common sense. The search for thinness as a beauty standard, inadequate weight loss practices underpinned by the uncertainties and scientific conflicts regarding nutrition issues have contributed significantly to a non-contagious epidemic of eating disorders. Nowadays nervous anorexia is more visible in our societies mainly due to the fact that people associate this disorder to the beauty and fashion industries, giving it the status of a disease of modernity. However we found clinical reports that foredate the classification and rationalization of the disease, which contributes to its demystification as a modern psychopathology reiterating it as a social psychopathology existing in other periods. The main goal of this research was to analyze how public healthcare professionals from Florianópolis/SC interpret, deal and decide which therapy to use in patients with nervous anorexia. We also try to verify some of the scientific reasoning that involve the explanation of AN; which factors contribute to the development of AN nowadays; the social representations of healthcare professionals about what is AN; its causes; diagnosis; treatment; adequate professionals for a specialized team in eating disorders; the possibility of adding the sociologist in these specialized teams. The research is qualitative, exploratory and analytical, using case studies as its lineation principle. Altogether, 22 healthcare professionals were interviewed, from the medical, psychiatric, nutritional, psychological and nursing areas of base units of health and the Eating Disorders Clinic. It was verified that there exists a lack of research about eating disorders in primary care, absence of epidemiological studies on the actual incidence and prevalence of anorexia in Brazil, complexity and difficulty of diagnosis between healthcare professionals and the opening of large research field for sociology and humanities.

Keywords: nervous anorexia, social construction of diseases, healthcare service levels

Ilustração 1: Corpo e Psique solitários



http://www.educacaofisica.com.br/layout/imagens/banco/Image/Puberty_Munch.JPG

Prólogo

Prólogo

“O corpo é uma espécie de escrita viva no qual as forças imprimem ‘vibrações’, ressonâncias e cavam ‘caminhos’. O sentido nele se desdobra e nele se perde como um labirinto onde o próprio corpo traça os caminhos.”

Daniel Lins.

“Quando a histórica conquista da velocidade cria novas lentidões como se estas fossem somente seus opostos, todo peso material tende a ser percebido como mero obstáculo a ser ultrapassado, aniquilado. O peso do corpo é um deles. (...) ver-se livre do peso do corpo e de seus imponderáveis, na expectativa de atingir o céu e se transformar em éter, espírito, escapando assim da ríspida passagem do tempo: antiga ambição de durar eternamente. Ou de colocar a eternidade abaixo dos próprios pés.”

Denise Bernuzzi de Sant’Anna.

Impossível apresentar esta pesquisa sem antes apresentarme, de certa forma, como também sendo um de “meus” sujeitos. Penso que não escolhemos temas que não tenham algo em comum conosco para pesquisarmos, muitas vezes nossas pesquisas refletem as inquietações de nosso próprio ser: acrescentamos emoções, indagações, inquietudes, ideologias e – ousar dizer que acrescentamos também – sentimentos em nossos trabalhos científicos. Não tenho a intenção de, com estas palavras, anular a cientificidade empregada e existente em nossas teorias e considerações, mas apenas dizer que não excluímos a nossa natureza humana enquanto desempenhamos nosso papel de cientistas sociais.

A escolha da Anorexia Nervosa, como tema a ser pesquisado, está ligado intrinsecamente a minha experiência como alguém possuidora de transtornos alimentares e que ao pesquisar procurava o seu próprio tratamento, buscava a sua cura e explicações para o que sentia e para as mesmas angústias que compartilhava com outras pessoas: a não aceitação de seu corpo e uma relação de dor e sofrimento com a comida.

É difícil compreender o que leva uma pessoa a odiar aquilo que torna possível a sua existência: o alimento, sendo que é através da alimentação que mantemos nossas funções vitais funcionando, evitamos ou não determinadas doenças, nos socializamos e trocamos informações sobre hábitos culturais, e sobre quem somos, mas que também podem gerar paradoxos e ansiedades em nossos seres.

Basta ligarmos a TV, ler uma revista qualquer ou mesmo conversar com alguém para que o assunto “alimentação e peso” venham à tona. A cada dia surgem novas teorias, teorias sobre alimentos que fazem bem a nossa saúde, alimentos que a prejudica, o que fazer para manter-se jovem, como evitar a obesidade, dieta milagrosa etc., nova técnica de redução de gordura, como manter-se bela e jovem, entre tantas outras coisas que temos contato. Mas será que estamos refletindo sobre o que isso tem significado em nossas sociedades? O que isso tem significado para nós, individualmente?

Durante os meus dois anos de mestrado e de pesquisa desta problemática experienciei desde crises bulímicas evoluindo para uma possível anorexia nervosa, a uma cirurgia de urgência que ao terminar o tratamento me fez adquirir 20 quilos a mais na balança (!), soma-se a esse quadro a cobrança individual, a cobrança médica e familiar e a pressão social. Mas então como “agüentarmos” tudo isso?

(...)

Durante todo o processo investigativo procurei me manter o mais próxima possível da “neutralidade e objetividade científica”, mas antecipo meu pedido de desculpas caso tenha extrapolado a linha tênue entre ser pesquisadora e ser sujeito pesquisado.

Ana Paula Saccol
Florianópolis, 2009.

Ilustração 2: Sofrimento



Fonte: não localizada

Introdução

INTRODUÇÃO

“Silhuetas sempre de passagem, percepções sem detença, indivíduos reduzidos a turistas, consumidores vorazes de novidades, organismos liberados de seu patrimônio cultural e genético, inocentemente ameaçados pelo risco do descarte e do isolamento.”

Denise Bernuzzi de Sant’Anna

Nos últimos anos a Anorexia Nervosa tem sido alvo de grandes preocupações, gerando polêmica em vários setores, tanto nas esferas nacionais quanto internacionais. Há um intenso movimento que circula desde a divulgação (pelos meios de comunicação de massa) de mortes de modelos, de jovens adolescentes, atrizes, personagens de novelas que sofrem deste transtorno, até sites que promovem o movimento Pró-Ana e Pró-Mia¹, além da iniciativa de alguns países em banir a presença de modelos magras demais nos desfiles de moda através de projetos de leis.

Países como Grã-Bretanha, Espanha, Itália têm lutado ativamente para banir modelos excessivamente magras das passarelas, na tentativa de promoverem uma imagem de beleza saudável. As novas regras dizem que modelos com um índice de massa corporal, uma medida de altura e peso abaixo de 18 estão proibidas de aparecerem nos desfiles. *“A promoção da beleza feita pela indústria da moda significando uma magreza excessiva está prejudicando a auto-imagem das jovens e sua saúde”* se pronunciou Tessa Jovwel, secretária de Cultura da Grã-Bretanha (GLOBO NOTÍCIAS, 2006).

Em Santa Catarina o deputado Manoel Mota propôs uma lei onde o patamar mínimo de massa corpórea (IMC) é de 18 kg/m² para as modelos em desfiles no Estado. Como defesa o deputado utiliza-se do argumento de que as pessoas estão correndo risco de morte, ao tentar se adaptarem a um determinado padrão corporal para poderem desfilarem nas

1 Mia como se denominam as adolescentes que possuem bulimia; Ana como se denominam as adolescentes que possuem anorexia. Ver SILVA, D. F. A. Do outro lado do espelho: anorexia e bulimia para além da imagem – um etnografia virtual. 2004, 143 f. (Mestrado em Antropologia) – Pós Graduação em Antropologia – Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2004.

passarelas de moda: *“recebemos muitas reclamações de mães e pais sobre filhas que tomavam medicamentos para emagrecer, para vomitar, até chegar à anorexia, que leva à morte”* (A NOTÍCIA, 2007).

O incentivo de comunidades pró-Ana e pró-Mia que encontramos, como por exemplo, no *website orkut*², são criadas para funcionarem como espaços de interesses comuns para adolescentes que utilizam de práticas inadequadas de manutenção do padrão de beleza cultivados e anunciados nos desfiles de moda, agência de modelos, artistas³, companhias de balé, meios de comunicação de massa (ver Anexo 1) entre outros. Estes fóruns funcionam por meios de tópicos. Um usuário cria um tópico com novo assunto, título e texto, permitindo e proporcionando aos outros participantes um debate sobre aquele assunto, além de trocarem informações de como proceder para emagrecerem e enganar seus pais e mesmo os médicos e demais profissionais de saúde.

Por outro lado, na Internet, também é possível encontrarmos sites de Instituições e Organizações Não Governamentais que tentam alertar sobre os riscos e esclarecer melhor o que é Anorexia Nervosa. No site: <http://www.anaemia.com.br/> podemos ler:

“Nossas princesas estão morrendo de fome. A Anorexia (Ana) e a Bulimia (Mia) são suas companheiras em uma viagem secreta, macabra e dolorosa. Este site conta a verdade sobre Ana e Mia embasados no resultado de diversas pesquisas científicas. Este menu de navegação é semelhante as centenas de páginas onde elas compartilham informações e truques para alcançar seus objetivos: emagrecer mais a cada dia. Morrer um pouco cada dia.” (ORGANIZAÇÃO SEU ABRIGO, 2007)

2 O Orkut é um website de redes de relacionamentos na Internet filiada à empresa Google Inc. criada em janeiro de 2004 com o objetivo de ajudar seus membros a criar e manter relacionamentos. Em março de 2007 o site contava com cerca de 40 milhões de usuários, sendo que cerca de 60% são de nacionalidade brasileira (MOCELLIM, 2007)

3 Assista, por exemplo o vídeo de Luíza Brunet pelo link: <http://www.clicrbs.com.br/blog/jsp/default.jsp?source=DYNAMIC,blog.BlogDataServer.getBlog&uf=2&local=18&template=3948.dwt§ion=Blogs&post=198026&blog=53&coldir=1&topo=3994.dwt>.

No site youtube (<http://br.youtube.com>) a disponibilização de vídeos tanto a favor como contra o movimento pró-ana e pró-mia são encontrados facilmente por qualquer internauta. A avalanche de informações e o fato de qualquer pessoa poder acessar tais vídeos, independente de seu conteúdo, transformam o site num *lócus* de desinformação e desorientação aos leigos no assunto.

Assim como sites que denunciam a pedofilia, as ideologias nazistas, a prostituição infantil, estas instituições não governamentais têm buscado combater a divulgação *on line* da *Ana e Mia*, através da criação de estratégias preventivas de seguranças nas novas tecnologias de comunicação. Políticos franceses pediram no dia 15 (quinze) de abril de 2008 penas de até três anos de prisão e multas pesadas contra donos de sites pró-anorexia que encorajem garotas e adolescentes a não se alimentarem.

“Dar conselhos a meninas sobre como mentir para seus médicos, dizer a elas que tipo de alimento é mais fácil de ser vomitado e encorajá-las a se torturarem a cada vez que elas comerem qualquer tipo de comida não é parte da liberdade de expressão”, afirmou a ministra da Saúde, Roselyne Bachelot, em um discurso no Parlamento.” (FOLHA ONLINE, 2008)

Atualmente a anorexia nervosa tem tido maior visibilidade nas sociedades e no dia a dia das pessoas, sejam por esses acontecimentos ou através de notícias na mídia⁴. Muitas pessoas passaram associar esse transtorno com a indústria da beleza e da moda, atribuindo para a anorexia nervosa o status de uma “doença da modernidade” e também por não sabermos exatamente sua real prevalência e incidência, pois praticamente inexistem estudos epidemiológicos que nos apontem os números precisos de pacientes com anorexia nervosa no Brasil⁵. Sabe-se

4 Segundo Barros (2008) entre o final de 2006 e início de 2007 foram divulgadas 06 mortes de jovens modelos (entre 14 a 23 anos) no Brasil que morreram de anorexia nervosa. De 1999 a 2003 são 141 casos de óbitos notificados. De cada quatro casos, em um ou dois a recuperação pode ser completa com poucas seqüelas físicas ou psicológicas.

5 O Brasil é campeão no uso de anorexígenos, sendo que entre os anos de 1999 a 2004 o Brasil teve um aumento de 254% no consumo (ROZENFELD; MATOS; NASCIMENTO apud BARROS, 2007). Ver Anexo 2

que a anorexia nervosa, entre as doenças psiquiátricas, se situa entre as que apresentam mortalidade de longo prazo mais elevada (BARROS, 2007). Este fato está conectado com as dificuldades relacionadas ao correto diagnóstico; as síndromes chamadas parciais⁶; o estigma relacionado à obesidade; além da recusa do paciente em procurar ajuda profissional.

Diante das preocupações e discussões referentes aos “novos” padrões de beleza ditados, principalmente, às mulheres, pareceu-nos importante discutir a historicidade da Anorexia Nervosa; as modificações de concepção do seu diagnóstico que, conseqüentemente, modificaram a racionalização de sua sintomatologia; e o papel que ela vem desempenhando atualmente na concepção dos profissionais de saúde, desde o processo de anamnese às terapêuticas de seus pacientes.

O objetivo principal desse estudo foi o de analisar através de pesquisa empírica como os profissionais do Sistema Único de Saúde de Florianópolis/SC interpretam, tratam e encaminham a terapêutica de pacientes com anorexia nervosa. Também tentamos verificar alguns dos discursos científicos que envolvem a explicação da AN; atualmente quais seriam os fatores que contribuem para o desenvolvimento da AN; as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o que é Anorexia Nervosa; as suas causas; diagnóstico; tratamento e os profissionais mais adequados para comporem uma equipe especializada em transtornos alimentares. De maneira exploratória também tentamos verificar a possibilidade de inserção do sociólogo nessas equipes e o papel a ser desempenhando por este profissional dentro das equipes.

As questões que nortearam esse trabalho foram: “por que o Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES atende poucas pacientes visto que é referência estadual? Estariam chegando pacientes com AN encaminhadas pela atenção básica e de que maneira? Como os profissionais de saúde percebem a anorexia nervosa e como é feito o seu diagnóstico? A AN é uma doença psicopatológica moderna ou um constructo social que tem sofrido mudanças significativas no decorrer dos tempos? Ou ambos? A

6 Isto é, pacientes que não apresentam a doença completamente desenvolvida seja pela presença dos ciclos menstruais, seja pelo fato da perda de peso não ser tão intensa quanto a esperada (CORDÁS, 2004, p. 42).

mídia e o padrão magro de beleza foram os fatores desencadeantes da AN? O sociólogo poderia fazer parte de uma equipe especializada em transtornos alimentares e qual seria o seu papel?”

As hipóteses centrais de análise seriam de que, devido à complexidade relacionada ao próprio transtorno alimentar, os profissionais que atendem na rede básica de atenção à saúde de Florianópolis possuem dificuldades em fazer este diagnóstico; apesar dos princípios doutrinários e organizativos do SUS as redes municipais e estaduais de serviços não conseguem propiciar estrutura suficiente e adequada para que os profissionais de saúde possam desenvolver um trabalho integral, interdisciplinar e de referência e contra-referência entre os níveis de atenção à saúde; a anorexia nervosa tem sido pensada apenas como uma doença psiquiátrica sendo desconsiderados os agentes sociais e culturais como fatores precipitantes do transtorno; e que pela ausência de estudos epidemiológicos sobre a real incidência e prevalência da anorexia nervosa ela pode estar sendo negligenciada pelos profissionais de saúde e pelas pesquisas na área da saúde pública.

Embasada por essas reflexões, a construção teórica da pesquisa procurou alicerçar a construção social da anorexia nervosa com as diversas dimensões do corpo dentro do *locus* de atendimento dos serviços de saúde no Brasil, no caso, o Sistema Único de Saúde. De maneira mais geral, tentou-se aprofundar a discussão sobre o conceito de anorexia nervosa e problematizar o corpo, especialmente o corpo feminino e sua medicalização.

No primeiro capítulo foram abordados alguns dos olhares relacionados à anorexia nervosa, enfatizando os olhares antropológicos, culturais, históricos e sociais na perspectiva de elucidar o pensamento de que as doenças são socialmente construídas, além do relativismo presente entre o que é estar doente e o que é estar saudável que influencia os diagnósticos médicos e a percepção do próprio sujeito. Repensar as doenças para além da dicotomia social e orgânica, objetividade e subjetividade, cultural e natural na perspectiva de um nível intermediário entre patologia e normalidade, nos remetem às palavras de Canguilhem (2006. p. 81):

“Em última análise são os doentes que geralmente julgam – de pontos de vista muito variados – se não são mais normais ou

se voltaram a sê-lo. Para um homem que imagina seu futuro a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal significa retornar uma atividade interrompida, ou pelo menos uma atividade considerada equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio”.

ou ainda

“É o médico que menos procura o sentido das palavras ‘saúde e doença’. Do ponto de vista científico, ele trata dos fenômenos vitais. Mais do que a opinião dos médicos, é a apreciação dos pacientes e das idéias dominantes do meio social que determina o que se chama de doença” (JASPER apud CANGUILHEM, 2006. p. 83).

Também referenciamos os principais sintomas e as complicações clínicas da Anorexia Nervosa diferenciando seus dois subtipos: o purgativo e o restritivo; as dificuldades encontradas nos estudos epidemiológicos no Brasil sobre a incidência e prevalência dos transtornos alimentares; sua etiologia multifatorial e a complexidade de seu diagnóstico visto que seus sintomas não se apresentam de forma patognômica⁷. Posteriormente apresentamos a discussão histórica dos relatos médicos de casos clínicos do que poderiam ser possíveis diagnósticos – visto que em períodos anteriores a anorexia nervosa ainda não fazia parte do roll de doenças racionalizadas na ciência médica – e como a influência de causas sociais e culturais acentuavam ou não esse comportamento, na perspectiva de desmistificar muitos dos discursos atuais que tratam o transtorno como uma psicopatologia moderna, reiterando-a como uma sociopsicopatologia existente em outros períodos anteriores a data de sua “descoberta” e racionalização oficial na medicina.

No capítulo 2 trabalhamos apenas com algumas das teorias referentes às várias dimensões do corpo, tentando extrapolar um pouco a dicotomia existente entre corpo biológico e social, perpassando pelas alterações sofridas no corpo frente

7 Um sinal patognomônico é aquele característico de uma doença. Refere-se a patognomia, que é o estudo dos sinais e/ou sintomas considerados como sendo característicos de uma doença.

aos processos e avanços tecnológicos e científicos para a construção de um corpo belo. A medicalização do corpo feminino e a relação deste com uma possível explicação para a vulnerabilidade das mulheres em relação aos transtornos alimentares, assim como o papel da mídia na legitimação desse discurso.

A saúde vista como uma política e compreendida como um *“direito de todos e dever o Estado”* é o que abordamos no capítulo 3. Nele apresentamos de forma sucinta como se originou o sistema atual de saúde brasileiro e como estão organizados os serviços de saúde no Município de Florianópolis, apresentando a estrutura organizacional dos atendimentos em saúde e o Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES.

Pincelamos o processo histórico das políticas públicas de saúde no Brasil apontando a importância dos diversos embates políticos, ideológicos e tecnológicos entre os diversos atores sociais e a forte presença das determinações econômicas das concepções de saúde de cada época. O SUS como algo que permanece em construção, como um processo legitimado, mas que necessita de regulamentações periódicas tendo em vista o surgimento de contradições diárias na sociedade brasileira e na própria estrutura do Sistema, surgindo como um novo marco nas políticas de saúde no Brasil.

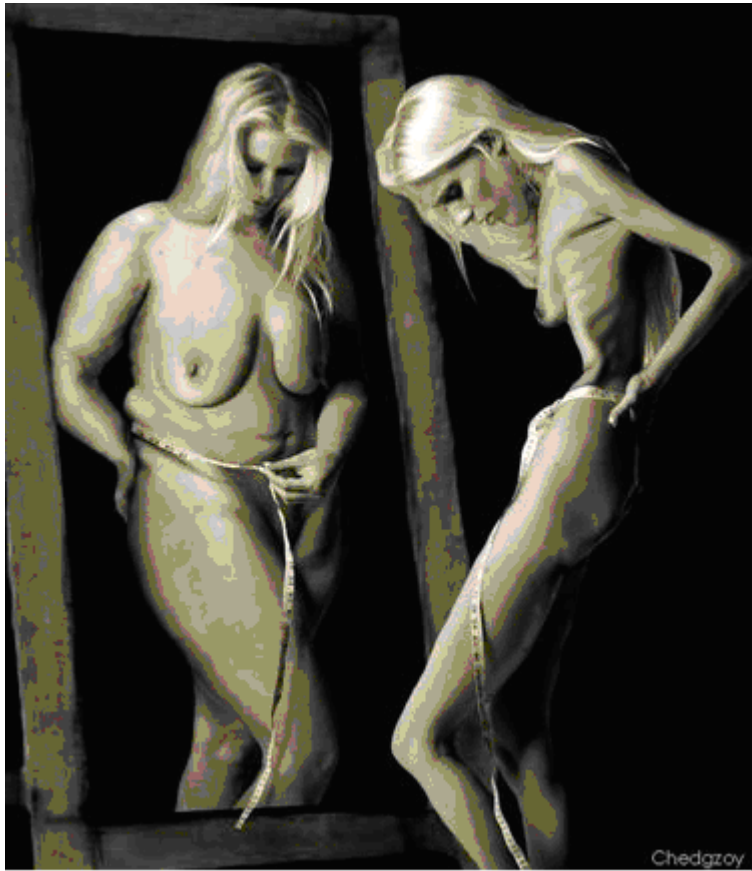
Em relação ao percurso metodológico da pesquisa a consideramos de caráter qualitativo de cunho exploratório e analítico, adotando como princípio de delineamento o estudo de caso. A coleta de dados foi obtida por meio de entrevistas semi-estruturadas individuais, aplicadas e transcritas pela própria pesquisadora, sendo que o tratamento analítico dos dados baseou-se na teoria da análise de discurso. A coleta de dados foi realizada de outubro de 2008 a fevereiro de 2009 e dividiu-se em três momentos: a) entrevistas com os profissionais que trabalhavam nas UBSs selecionadas; b) localizar e entrevistar os antigos profissionais de saúde que trabalharam nas UBSs selecionadas; e c) entrevistas com os profissionais do ATA HU/SES.

Além disso, no capítulo 4, apresentamos as análises e discussão das entrevistas, ora ilustrando com trechos das transcrições, ora com observações de campo. Optou-se por apresentar um grande número de trechos das falas aproveitando a riqueza do material (a condensação deste material será

elaborada na publicação dos artigos). Ao todo foram criadas 14 categorias divididas em três eixos: caracterização do sujeito e de seu local de trabalho; representações relacionadas à anorexia nervosa e; Ambulatório de Transtorno Alimentar. Dentro de cada grande categoria é possível encontrar divisões de análises, seja relacionada à unidade de saúde em que pertencem os profissionais, à representação específica de cada categoria ou aos níveis de complexidade de atendimento em saúde em que está inserido o profissional.

Nas considerações finais discorreremos sobre todos os dados obtidos durante a análise e algumas reflexões que conseguimos ascender a cerca da representação social da anorexia nervosa entre os profissionais do Sistema Único de Saúde de Florianópolis, procurando responder também às perguntas colocadas no início do estudo.

Ilustração 3: Distorção da Imagem Corporal



<http://fotolog.terra.com.br/psicobio>

Capítulo 1: Anorexia Nervosa e a Construção Social de uma Doença

1. A ANOREXIA NERVOSA: CONSTRUÇÃO SOCIAL DE UMA DOENÇA

“Desde que Eva teve o primeiro acesso bulímico da história e comeu a maçã proibida, a mulher, a comida e o pecado parecem caminhar juntos.”

Táki Athanássios Cordás.

“Hoje a anorexia continua a se transformar. (...) Como bem dizem os autores, as anoréxicas trazem em si o novo e o antigo, o variável e o estável, num constante desafio aos psicopatologistas. (...)”

Cybelle Weinberg.

Podemos interpretar a Anorexia Nervosa sob diversos discursos científicos e olhares, sejam eles biológico, psicológico, psiquiátrico, nutricional, social ou cultural. Devido a sua complexidade a anorexia nervosa está permeada por diferentes discursos e olhares, além das próprias contradições que fazem parte de sua história e do seu processo de diagnóstico. Interpretar a anorexia nervosa para além do ponto de vista biológico e psicológico requer, portanto, que direcionemos nossos olhares para outras áreas, seja ele antropológico, cultural, histórico e social, assim como Weinberg (2006) que tenta compreender um quadro psiquiátrico através da influência da cultura. Ao confrontar o patogenético (biológico) e o patoplástico (cultural) sob uma perspectiva histórica nos aponta que este transtorno encontra nas culturas e no percurso histórico diferentes formas de expressão.

Compreender a construção social de uma determinada doença, assim como a importância da racionalidade técnica e científica, dos discursos políticos e ideológicos na interpretação do processo saúde-doença, são fatores essenciais que necessitam ser discutidos e interpretados para que então possamos rediscutir a anorexia nervosa. A necessidade de repensar as doenças para além da dicotomia entre social e orgânico, percebendo que a doença é ao mesmo tempo cultural e natural, objetiva e subjetiva nos induz para um pensamento de nível intermediário entre estes fenômenos, ou seja, a própria relatividade do fato patológico e a percepção de quem têm o “poder” de diagnosticá-lo.

É possível dizer que os conceitos de saúde ou doença - ao mesmo tempo em que representam um conjunto de relações e variáveis que auxiliam o diagnóstico e a compreensão dos fenômenos mórbidos - também são responsáveis pela 'criação' e condicionamento do estado de saúde-doença de uma população, modificando-se nos diversos momentos históricos e políticos a luz dos desenvolvimentos técnico-científicos e culturais da humanidade. Nessa direção, compreender a construção dos conceitos de saúde e doença é um fator de suma importância já que eles representam uma tentativa de aproximação da realidade mórbida da coletividade, cujo significado se diferencia da interpretação da vivência subjetiva e individual da doença.

Etimologicamente, *“saúde procede do latim sanitas, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos”* (SÁ JUNIOR, 2004), ou seja, a saúde pode ser considerada como a ausência de enfermidades, de estar em harmonia consigo mesmo e com o meio, ou nas palavras de Leriche (apud CANGUILHEM, 2007. p. 80) *“saúde é vida no silêncio dos órgãos”*. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) *“saúde é a situação de perfeito bem estar físico, mental e social”* (SEGRE e FERRAZ, 1997). Na Constituição Federativa do Brasil (1988) a saúde é definida como *“direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988). Esta definição de saúde foi um dos resultados da 8ª Conferência Nacional de Saúde onde a proposta da ampliação do conceito de saúde como *“resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida”* (BRASIL, 1986) posteriormente incluída na Constituição Federativa Brasileira.

Os estudos relativos à história da medicina são fontes importantes para averiguar como os conceitos e percepções de saúde e doença entre leigos e peritos foram sendo modificadas. As explicações mágico-religiosas, as explicações naturalísticas e empíricas, as explicações científicas em suas mais variadas gradações internas, não só ordenavam e davam significado aos

eventos quanto propiciaram a emergência de um considerável número de terapêuticas e terapeutas. A doença como um sinal da cólera dos deuses diante dos pecados humanos; como uma questão de desequilíbrio entre corpo e mente (e a busca da cura através de plantas e métodos naturais); como causadas por microrganismos; como um fenômeno multicausal; como um fenômeno genético etc., são exemplos que mostram até onde as explicações foram e continuam sendo socialmente construídas (SCLIAR, 1987).

A conceituação e a compreensão do processo saúde-doença é condicionada pela capacidade intelectual do homem em cada contexto histórico e pelas condições concretas de sua existência. Percebemos desta maneira que não só o conceito de doença é passível de mudanças como o próprio entendimento do que é ter saúde ou estar saudável. Levando em consideração estas reflexões passaremos a discutir sobre a construção social das doenças, em especial da anorexia nervosa.

1.1. A Construção Social das Doenças

No decorrer da história da medicina e da própria humanidade, encontramos diferentes explicações sobre o adoecimento, calcado em diferentes modelos e paradigmas. Compreender que aquilo que “sabemos” de uma determinada doença sofreu mudanças (e por vezes continua sendo modificado) esteja esse conhecimento relacionado aos seus critérios de diagnóstico ou a sua própria sintomatologia, significa perceber que por detrás das explicações científicas existem sujeitos e condições históricas favoráveis para o seu desenvolvimento.

Nesse sentido a doença não é vista somente como um processo biológico, sendo concebida como unidades universais cujas manifestações são independentes do contexto onde acontecem livres de subjetividades e especificidades culturais, mas como um evento cujas explicações dependem dos diversos sistemas médicos construídos historicamente. Relativizar o processo de construção do conhecimento biomédico reconhecendo que existem outras formas de produção desse saber não significa invalidá-lo, mas dizer que existem sistemas explicativos diferentes e que todos possuem suas próprias racionalidades e limitações.

O contexto sociocultural, por exemplo, influencia de maneira dominante na manifestação das doenças. Uma mesma dor pode ser sentida e significada de forma diferente entre os grupos sociais: a dor do parto, em algumas culturas, é considerada como algo insuportável, para outras, não passa de uma pequena incomodação. Decidir ou interpretar que uma pessoa está doente é um processo que é construído junto ao grupo no qual o indivíduo pertence, envolve noções compartilhadas sobre corpo, seu funcionamento, a gravidade da situação e o que determinado conjunto de regras sociais institui para aquele caso, afinal a doença também está ligada com a capacidade de cumprir ou não determinadas obrigações sociais.

Langdon (1983) nos apresenta as noções de saúde e doença *“como processos psicobiológicos e socioculturais”*, sendo pertinente o entendimento da cultura para que se perceba a doença como processo e experiência, afinal *“a percepção do estado de doente, o diagnóstico da doença e o tratamento da doença dependem dos fatores sociais”* (LANGDON, 1983. p. 6). Desta maneira, podemos compreender a doença muito mais como experiência, como um processo subjetivo mediado pela cultura do que apenas um conjunto de sintomas físicos universais. O processo terapêutico acontece através das interpretações entre as pessoas envolvidas com os conhecimentos e posições de poderes diferenciados (médico e paciente, por exemplo), não sendo estático nem autônomo, mas enraizado e dinâmico através da ação e de mudanças políticas e sociais (LANGDON, 2001). Esta autora, portanto, situa a doença de acordo com um conceito de cultura que trata o indivíduo como um ser consciente que percebe e age:

“A doença é vista dentro desta perspectiva. É vista como uma construção sócio-cultural, através do processo de socialização a criança internaliza as noções simbólicas sendo expressadas através das interações do grupo no qual ela participa. (...) Reconhecer subjetivamente implica, ainda nos grupos mais isolados e distantes de outras culturas, que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento ou na sua ação. É uma visão que permite heterogeneidade, não só porque as culturas estão em contato com outras que têm outros conhecimentos, mas também porque os indivíduos dentro de uma cultura, por serem atores conscientes e individuais, têm percepções heterogêneas devido a sua subjetividade e

experiência que nunca é igual a dos outros.” (LANGDON, 1983. p. 12)

Estes tipos de estudos têm apontado para a necessidade de pensar e compreender o ser humano como um ser psicossociobiológico, que forma uma unidade complexa onde não é possível separar os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. O ser humano é o único ser capaz de transformar a natureza que o cerca para criar seu próprio meio em função de suas necessidades assumindo o controle de sua evolução, ou seja, de sua própria história como um ator social. Dessa maneira ressaltamos a importância de problematizar o papel das técnicas de diagnóstico e de tratamento frente às razões objetivas e subjetivas de todos os sujeitos envolvidos na produção e na reprodução dos cuidados em saúde.

1.2. O processo de diagnosticar

“Durante a subida de uma ladeira, relativamente íngreme, você observou um ruído estranho no carro (modelo não muito novo) quando fez a mudança da 1ª para a 2ª marcha e acelerou o motor. Vai a uma oficina e relata o ocorrido para um educado e atencioso mecânico. Você e o mecânico saem à procura da ladeira mais próxima. No caminho você responde algumas perguntas: “Foi a primeira vez? Foi só no início da aceleração ou o ruído permaneceu por mais tempo? Quando foi a última vez que o carro foi abastecido de combustível? É hábito seu abastecer nesse posto?” Subindo a ladeira o ruído ocorre exatamente como descrito. Logo, o mecânico afirma: - “Fique tranquilo, é a batida da biela na 2ª. O Senhor não volte a abastecer seu carro nesse posto. Procure outro local.” E explica: “nos carros mais antigos, quando abastecidos com combustível adulterado, a ignição se dá no momento certo e a queima do combustível misturado a outras substâncias é retardada provocando o ruído percebido.” Você agora é um homem tranquilo, satisfeito e disposto a nunca mais usar aquele fornecedor de combustível.” (Caio Cesar Pena)

A situação acima exposta relata o que um mecânico observou, descreveu e recomendou ao analisar um problema mecânico de um carro. Esta situação pode ser comparada a situação de um médico ao fazer o diagnóstico do seu paciente. Esse diagnóstico se inicia ao primeiro contato com o paciente,

sendo de responsabilidade de o médico interpretar o “olhar” do paciente, em analisar e descrever o que está acontecendo de “errado”. Algumas doenças ou síndromes podem ser percebidas externamente, outras necessitam de um exame ou um teste específico, e ainda há aquelas que necessitam de um tempo maior e um olhar mais apurado do profissional para ser diagnosticada.

Etimologicamente a palavra anamnese vem do grego *anamnesis* e significa recordar. “A *anamnese na prática clínica* consiste na *rememoração dos eventos pregressos relacionados à saúde e na identificação dos sinais e sintomas atuais, no intuito principal de fazer entender com maior precisão possível a história da doença que traz o paciente à consulta*” (SANTOS, 1999. p. 90). A anamnese seria, portanto, o momento mais importante no processo de elaboração do diagnóstico e a base sobre a qual será desenvolvido o restante do tratamento. A hipótese diagnosticada é testada podendo ser confirmada ou rejeitada. Se confirmada serão estabelecidas as próximas etapas para o tratamento, se recusada continuarão sendo testadas outras hipóteses.

Esse processo é um ato de comunicação entre o médico que ouve e tenta elaborar possíveis hipóteses sobre a natureza dos problemas que o paciente descreve através de suas sensações, perturbações, dores, desconfortos, etc., (podem ser relatadas espontaneamente ou em resposta às perguntas formuladas), e aquilo que o paciente está descrevendo como doença ou sinal de que ele não está em condições saudáveis. Caberá ao médico interligar e interpretar de maneira correta os fatos mediante seus conhecimentos clínicos. Percebe-se que hoje existe uma grande preocupação com a mecânica do diagnóstico, ou seja, a prioridade dada aos exames laboratoriais em detrimento de uma eficiente anamnese e dos fatores sociais e psicológicos envolvidos no processo de adoecimento do paciente.

“As deficiências decorrentes da má formação semiotécnica, ou de sua má aplicação, estão impelindo o médico a apelar ao que hoje constitui a grande distorção da prática clínica, representada pela solicitação indiscriminada de exames laboratoriais, que não só irão onerar desnecessariamente o paciente, ou o serviço público, como também poderão em nada

contribuir para o esclarecimento diagnóstico” (SANTOS, 1999. p. 91).

A anamnese completa engloba antecedentes fisiológicos, familiares, epidemiológicos, patológicos e sociais que estiveram ou ainda estão presentes na vida do paciente, que podem ou não ter ligação com a doença bem como os impactos que essas informações podem acarretar para o paciente, sua família e grupos sociais (SANTOS, 1999). Nessa situação, diferentes diagnósticos sobre uma mesma doença podem surgir quando os participantes do processo possuem diferentes conhecimentos e experiências sobre os sintomas apresentados ou percebidos.

Nos casos de anorexia nervosa, assim como de maneira geral nas doenças mentais e nos transtornos alimentares, não existem exames laboratoriais (como o que acontece para as doenças infecciosas, parasitárias, traumáticas etc.), que permitam inferir de maneira mais precisa se a pessoa está ou não doente⁸. O diagnóstico, portanto, estará intrinsecamente condicionado ao julgamento do médico ou do profissional de saúde responsável. Diagnosticar, de certa maneira, tem haver com a noção de compreender e sistematizar uma determinada representação vinda de alguém e *“assim entendido, a tarefa diagnóstica é exercício de um poder por parte de quem detém o saber, que aumentará recorrendo a métodos e procedimentos complementares”* (SAURÍ, 2001. p. 14). Conhecer, reconhecer e nomear uma identidade segundo a própria representação narrada de um processo de adoecimento é o que se levará em conta na decisão do diagnóstico.

No entanto, sob que condições e em que condições foram construídas esses conhecimentos médicos ou os diagnósticos? Segundo Saurí (2001) diagnosticar é acompanhar pistas da cadeia de significantes onde teremos variações distintas na sintomatologia das patologias:

“Diagnosticar é, portanto, um passo no encadeamento de deduções interpretativas formais a cerca de relações onde o Sujeito, constante processo transformador cuja realidade é análoga à da linguagem, é o lugar resultante da combinatória dos

⁸ Não podemos esquecer que mesmo nestes casos, onde existe um parasito, ou algo “palpável” para o diagnóstico da doença o erro ou mesmo o subdiagnóstico podem ocorrer.

significantes entre si. O desenvolvimento diagnóstico é, assim, uma 'posição', não uma categoria, na tarefa diagnóstica ocorre como no xadrez que, em cada jogada, a peça principal fica colocada de um modo peculiar em relação às outras peças que lhe marcam um lugar de valor operativo." (SAURÍ, 2001. p.34)

Podemos pensar o diagnosticar como uma relação entre o diagnosticador e um sistema de significantes onde se conhecem as regras gerais e há uma reconstrução dos objetos, ou seja, é necessária uma reconstrução dos acontecimentos do complexo para o simples que necessita de tempo, observações, registros para que possa ocorrer a compreensão e então a produção de um diagnóstico. Ao médico são atribuídas às funções de autenticar a doença e viabilizar a cura e este só conseguirá isso, se souber interpretar de maneira adequada os sintomas e descrições apontados pelo paciente, bem como possuir conhecimento teórico sobre as doenças e suas sintomatologias.

O exame de um paciente com Anorexia Nervosa baseia-se na avaliação do estado nutricional e das complicações decorrentes, principalmente, das práticas purgativas. Inclui uma investigação detalhada do peso corporal, do padrão alimentar e da gravidade dos métodos purgativos ou restritivos. A partir desse momento adentramos numa zona de tensão para o seu diagnóstico considerando a complexidade do próprio ato de diagnosticar e que este transtorno requer ainda mais atenção no diagnóstico, dada a similaridade com outros quadros clínicos que incluam sintomas alimentares *"assim, o diagnóstico diferencial do emagrecimento intenso que ocorre na AN inclui as doenças inflamatórias intestinais, o diabetes mellitus, câncer e hipertiroidismo"* (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002. p. 29).

Apesar de existir alguma disponibilidade de tratamentos para a Anorexia Nervosa encontramos um atraso no processo de diagnóstico entre o início dos sintomas e o tratamento, o que contribui para complicações clínicas nem sempre reversíveis. Como veremos a AN é um transtorno alimentar de difícil diagnóstico e que atualmente vem aumentando em sua incidência.

1.3. O Conceito Científico de Anorexia Nervosa

Do ponto de vista biológico a Anorexia Nervosa é caracterizada por uma intensa perda de peso vinculada a dietas

extremamente rígidas, a busca desesperada pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. Na maior parte do desenvolvimento deste transtorno, encontramos uma restrição alimentar auto-imposta e drástica, visando ou o emagrecimento ou o não engordar, prejudicando de maneira significativa a saúde física ou o funcionamento social (CORDAS et al, 2004). Os transtornos alimentares em geral são doenças psiquiátricas que afetam principalmente adolescentes e mulheres jovens, que acarretam importantes complicações nutricionais, psicológicas e fisiológicas além do aumento de morbidade e mortalidade. A anorexia nervosa foi o primeiro transtorno alimentar a ser descrito e classificado com critérios operacionais (CORDAS et al 2009).

Para alguns autores o termo anorexia nervosa (do grego *an* ausência e *orexia* apetite) seria inadequado, pois, não se trata absolutamente de uma ausência de apetite, mas da recusa consciente e obstinada do indivíduo em não alimentar-se com o intuito de perder peso (GIORDANI, 2004). *“As pessoas que apresentam esta doença não se queixam necessariamente de falta de apetite: ao contrário, experienciam fome muitas vezes intensa e, submetem-se a inúmeras estratégias e comportamentos”* (CORDAS, 1993. p. 18); *“a anoréxica, no entanto, embora faminta morre de fome em meio a fartura, com o paradoxo de ter forças internas que a obrigam a não satisfazer as suas necessidades e rejeitar até mesmo a comida que lhe é oferecida ou forçada garganta abaixo”* (ROBELL, 1997. p. 29).

Seus sintomas normalmente ocorrem na adolescência devido às preocupações com as novas formas do corpo e o novo peso. Essa precipitação da Anorexia Nervosa em adolescentes pode ocorrer devido à má aceitação da imagem corporal e a insatisfação com a imagem física, alicerçados à pressão sociocultural. Os indivíduos que a desenvolvem passam a utilizar laxantes e diuréticos, indução de vômitos e excesso de atividade física, amenorréia⁹, profunda perturbação da imagem corporal e um grande medo de ser ou tornarem-se obesos. As anoréxicas experimentam a disformia corporal, uma excessiva inquietação com algum aspecto de sua aparência que pode ser irreal ou real e que gera um grande sofrimento (ALVES, 2006, CLAUDINO;

9 Ausência de menstruação.

ZANELLA, 2005. MORGAN et al 2002; PHILIPPI, ALVARENGA 2004).

A restrição alimentar vai aumentando gradativamente até chegar ao jejum completo. São freqüentes as consultas no espelho com percepção errônea de estar gordo, com algumas partes do corpo aumentadas, mesmo estando abaixo do peso. O peso corporal é altamente valorizado, sendo a perda de peso apreciada e julgada como uma boa demonstração de autocontrole. O distúrbio da imagem corporal é tão grande que mulheres com 30 ou 40 quilos, possuindo aparência cadavérica, ao se olharem no espelho, enxergam-se com quadris enormes, coxas muito grossas e uma barriga indecente¹⁰. É comum utilizarem roupas maiores e mais largas para disfarçarem essa falsa percepção e esconderem sua excessiva magreza para amigos e familiares. A preocupação com a comida manifesta-se no seu alto conhecimento sobre o valor nutricional. Normalmente têm aversão a determinados alimentos, como os alimentos considerados gordurosos e os doces e sobremesas em geral (Idem).

A Anorexia Nervosa pode apresentar dois subtipos: o restritivo e o purgativo. No subtipo restritivo os pacientes fazem importantes restrições alimentares, mas não apresentam episódios compulsivos de alimentação ou purgação (vômitos, uso de laxantes, de diuréticos e de anfetaminas). O outro subtipo é o purgativo, em que os pacientes apresentam episódios compulsivos de alimentação e métodos compensatórios inadequados. Durante a evolução da AN se observa, com freqüência, períodos de recaída, atenuação temporária dos sintomas ou transição para a Bulimia Nervosa¹¹ (CORDAS et all, 2009).

Quando estas pacientes se utilizam de métodos purgativos, podem apresentar erosão do esmalte dentário e lesões (calosidades) no dorso das mãos, causado pelo atrito dos dentes

10 Ver o vídeo Anorexia, Bulimia & Compulsive Overeating no site: <http://www.youtube.com/watch?v=Lsfm3UleayM>. (YOUTUBE, 2008).

11 A Bulimia Nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por episódios periódicos de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, com o objetivo de evitar o ganho de peso. A percepção da forma e do peso corporal é bastante alterada e característica essencial da Bulimia Nervosa.

e pela prática de vômitos. Bradicardia¹², hipotensão¹³, constipação intestinal¹⁴ e hipotermia¹⁵ são sinais freqüentes. A duração prolongada deste transtorno¹⁶ pode determinar riscos de osteopenia¹⁷ e osteoporose¹⁸, além do óbito (ALVES, 2006).

As complicações da anorexia nervosa podem ser de ordem física, psicológica ou mesmo social. Abaixo apresentamos um quadro esclarecendo melhor as complicações clínicas decorrentes da anorexia nervosa e da bulimia nervosa (já que na maioria das vezes estes transtornos encontram-se intrinsecamente paralelos):

12 Diminuição na freqüência cardíaca.

13 Baixa da pressão arterial.

14 Dificuldade constante ou eventual da evacuação das fezes, que se tornam ressecadas.

15 Ocorre quando a temperatura corporal do organismo cai abaixo do normal (35°C).

16 No decorrer do texto, trataremos a anorexia nervosa como transtorno, patologia ou mesmo doença, isso ocorre pelo fato de que na própria literatura especializada não percebemos um consenso sobre esta terminologia, demonstrando ser uma especialidade que precisa urgentemente de definições devido as diferenças de significado de cada conceito.

17 Patologia que consiste na diminuição da densidade mineral dos ossos, precursora da osteoporose.

18 A osteoporose é uma doença que atinge os ossos. Caracteriza-se quando a quantidade de massa óssea diminui substancialmente e desenvolve ossos ociosos, finos e de extrema sensibilidade, mais sujeitos a fraturas.

QUADRO 01 – Complicações clínicas na anorexia nervosa e bulimia nervosa	
Metabólicas e hidroeletrólíticas	Hipocalcemia, hiponatremia, hipernatremia, hipomagnesemia
hiperfosfatemia	Hipoglicemia, hipercolesterolemia; Alcalose metabólica, acidose metabólica
Neurológicas	Alargamento dos sulcos cerebrais; Dilatação dos ventrículos; Atrofia cerebral (reversível)
Oftalmológicas	Catarata; Atrofia do nervo óptico; Degeneração da retina; Diminuição da acuidade visual
Endócrinas	Síndrome do eutiroidiano doente; Pseudocushing; Amenorréia, oligomenorréia; Diminuição da libido; Infertilidade; Atraso ou retardo do desenvolvimento puberal; Osteopenia ou osteoporose
Gastrointestinais	Esofagite, hematêmese (S. de Mallory-Weiss); Retardo do esvaziamento gástrico, redução da motilidade intestinal; Constipação; Prolapso retal; Dilatação gástrica; Alteração da função hepática; Hiperamilasemia; Hipertrofia das glândulas parótidas e submandibulares;
Renais	Cálculo renal; Azotemia pré-renal; Insuficiência renal
Bucomaxilares e fâneros	Cáries dentárias; Queilose; Ressecamento cutâneo, pele fria e pálida; Hiper胡萝卜素emia; Calosidade nos dedos ou no dorso das mãos (Sinal de Russel); Acrocianose
Pulmonares	Taquipnéia, bradipnéia; Edema pulmonar; Pneumomediastino
Hematológicas	Anemia, leucopenia, trombocitopenia, neutropenia

Fonte: (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

Muitas dessas complicações surgem em decorrência do atraso do diagnóstico e do início do tratamento, salientando que a maioria dos pacientes esconde os sintomas e recusam o tratamento. Ressaltamos também que a anorexia nervosa, na grande maioria dos casos, é diagnosticada somente quando a paciente encontra-se num estágio mais avançado da doença ou já com algum comprometimento fisiológico. Essa talvez seja uma das explicações possíveis de que ao procurarmos fotos (principalmente na internet) sobre anorexia nervosa encontramos, por exemplo, mulheres cadavéricas, muitas vezes debilitadas, com ossos quase expostos e pouca roupa, mas isso não quer dizer, que a anorexia nervosa ocorra somente nestes casos e com esta gravidade.

Os índices de mortalidade mundial encontrados na literatura variam muito, entre 0 e 21% e essas diferenças se

devem, especialmente, ao tempo de duração dos estudos, já que as taxas de mortalidade aumentam nos estudos de longa duração. *“Morgan e Russel encontraram, em estudos de tempo intermediário, 5% de mortalidade que subiram para 15% quando a mesma amostra foi observada após 20 anos.”* (GORGATI, AMIGO, 2005. p. 46). A Anorexia Nervosa é o transtorno que apresenta maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos, cerca de 0,56% ao ano. Este valor é 12 vezes maior que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral, sendo que as principais causas de morte estão associadas às complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio (American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders apud ASSUMPÇÃO, CABRAL, 2002).

1.3.1. Prevalência e Incidência dos Transtornos Alimentares e da Anorexia Nervosa

Os Transtornos Alimentares (TA) são mais freqüentes em mulheres adultas e jovens, entre 18 e 30 anos, afetando 3,2% desta população. Aproximadamente 10% dos pacientes atendidos por profissionais de saúde são homens. Essa grande diferença pode estar relacionada ao fato de que homens parecem ser menos sujeitos a procurar tratamento para um transtorno alimentar do que as mulheres, sendo que entre os homens, a incidência é maior em homossexuais. A prevalência da AN no Brasil estima ser de 0,3% e as síndromes parciais com tendência a AN, mas que tenham a falta de pelo menos um critério diagnóstico para caracterizá-la ocorrem de 0,37% a 1,3% da população. (CORDÁS, et all, 2009). A tendência dos indivíduos de esconderem essa patologia dificulta os estudos populacionais os quais exigem amostras muito grandes para gerar estimativas de prevalência e incidência adequadas. As atuais taxas encontradas são estimativas mínimas da real incidência em razão do tabu em torno de seus sintomas, considerados sentimentos de vergonha e de pouca visibilidade, pois se trata de comportamentos “ocultos” do indivíduo (CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

As dimensões epidêmicas dos TA no Brasil ganharam destaque somente a partir da última década. Em relação à população que parece estar mais susceptível ao transtorno e a

não exatidão da incidência e prevalência, Silva (2008) nos aponta:

“É importante considerar o viés ‘etnocêntrico’ das próprias definições biomédicas e critérios diagnósticos para os TAs, que não apenas foram concebidos como típicos de mulheres adolescentes e jovens, brancas, heterossexuais, de classe média e alta de países ocidentais industrializados e de ‘primeiro mundo’ (sobretudo EUA e Europa Ocidental), como foram estudados majoritariamente em populações com esse perfil. O efeito desse viés é uma tripla invisibilização: a incidência de TAs em populações não típicas é sub-representada, tanto porque essas pessoas tendem a não procurar assistência médica, quanto porque os profissionais de saúde tendem a não investigar e reconhecer sintomas alimentares nessa população, e também porque os próprios critérios diagnósticos dos TAs foram formulados a partir de estudos que não incluem as manifestações de perturbações alimentares nessa população” (SILVA, 2008).

Estudos recentes tentam questionar crenças sobre o papel e a importância de fatores sociais e culturais nos transtornos alimentares, como por exemplo, que não são fenômenos puramente ocidentais, uma distribuição sócio-econômica mais ampla e os casos de diagnósticos em homens. No entanto, as evidências ainda são limitadas em relação às alterações na incidência geral da anorexia nervosa no decorrer do tempo, apesar dos relatos de um aumento significativo na incidência da síndrome entre mulheres jovens de 1950 a 1992 (HAY, 2002).

Recente pesquisa realizada no município de Florianópolis/SC (ALVES, 2006) com adolescentes femininas na faixa etária de 10 a 19 anos, aponta que a prevalência da anorexia nervosa por meio do EAT-26¹⁹ foi de 15,6%. Sendo que os maiores índices de desenvolvimento deste distúrbio foram encontrados entre adolescentes na faixa etária de 10 a 13 anos:

19 O EAT indica um índice de gravidade para as preocupações de ganhar peso e as intenções de emagrecer característicos dos transtornos alimentares, sem, contudo, fornecer um diagnóstico clínico. Desta maneira os resultados indicam a presença de sintomas alimentares, os quais poderiam sinalizar a gravidade do problema em uma população. Em estudos populacionais verificou-se que a cada cem pontuadores altos nos escores do EAT, 19 eram casos de anorexia nervosa, identificados posteriormente por meio de entrevista clínica.

“Se aplicarmos esta proporção para o resultado do presente estudo, estima-se que cerca de 3% das adolescentes estudantes do ensino fundamental e médio de Florianópolis teriam provável diagnóstico de transtorno alimentar. Todavia, para confirmar esta estimativa, seria necessária a aplicação de entrevistas clínicas com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV ou CID-10 por parte de uma equipe especializada.” (Ibidem, pág. 90)

A pesquisa ressalta que estes dados são representativos apenas para estudantes e não para a população de Florianópolis na mesma faixa etária, ressalva esta, que se aplica à maioria dos estudos nesta área, que não oferecem uma grande variabilidade de fatores geográficos, demográficos e socioeconômicos e que trabalham com pequenas amostras populacionais.

1.3.2. Etiologia da Anorexia Nervosa

Os transtornos alimentares em geral, possuem uma etiologia multifatorial: são determinados por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo. A interação complexa de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares determina o seu aparecimento e perpetuação (CORDAS et al, 2009) Dentre eles, distinguem-se os fatores predisponentes, precipitantes e os mantenedores. Os fatores predisponentes são aqueles que aumentam as chances do aparecimento dos TA. Os fatores que precipitam a doença marcam o aparecimento dos sintomas e os fatores mantenedores determinam se o transtorno vai ser perpetuado ou não. (MORGAN et al, 2002)

Os fatores predisponentes dos TA são categorizados em três grupos: individual, familiar/hereditário e sócio-cultural. Quanto à personalidade traços como obsessão, perfeccionismo, passividade e introversão são comuns em pacientes com AN e permanecem estáveis mesmo após a recuperação do. No que tange aos fatores genéticos e familiares, estudos apontam que a AN é mais freqüente em parentes de primeiro grau dos pacientes que já tiveram esse transtorno, do que em parentes de primeiro grau em indivíduos saudáveis. Nos estudos de agregação familiar dos TA implicam a existência de mecanismos de transmissão da doença dentro das famílias. Fatores genéticos

têm sua importância, embora existam evidências demonstrando a participação de fatores ambientais específicos na transmissão da doença. Do ponto de vista subjetivo, indivíduos com AN consideram suas famílias estáveis, sem conflitos, coesas e não se queixam de falta de cuidados ou atenção. Já observadores externos notam que, quando comparados a famílias de indivíduos ‘normais’, as famílias dos anoréxicos são mais rígidas, intrusivas e tendem a evitar os conflitos (Idem).

Nos fatores sócio-culturais percebemos fortemente que o ideal de beleza feminina centrado na magreza é parte integrante da psicopatologia dos TA. Em nossas culturas ser magra significa ter competência, sucesso, autocontrole e ser atraente sexualmente. Uma vez que o ideal de magreza proposto é uma impossibilidade biológica para a maioria das mulheres, a insatisfação corporal tem se tornado cada vez mais comum. Assim sendo, o contexto sociocultural e os fatores que modulam seu impacto em cada indivíduo têm lugar assegurado na gênese dos TA. Tradicionalmente, acreditava-se que os transtornos alimentares limitavam-se num grupo constituído por mulheres jovens, brancas, pertencentes à elite e residentes em países ricos, algo que vem sendo contestado pelo número crescente de relatos de TA em países em desenvolvimento e em diferentes etnias (Idem).

Em relação aos fatores de ordem sócio-cultural a referência mais freqüente diz respeito ao “padrão de beleza ocidental” *“que supervaloriza a magreza, ao quais mulheres, principalmente as adolescentes e jovens, com estilo de vida urbanizado, ocidental ou ocidentalizado, de classe média e alta, seriam mais vulneráveis”* (SILVA, 2008). Em relação ao padrão magro de beleza como fator predisponente da AN, percebemos controvérsias, como por exemplo, a argumentação de que se todas as mulheres estão expostas ao mesmo padrão por que apenas uma minoria desenvolve transtorno alimentar? A ênfase que se tem dado ao poder da mídia e à exigência cultural por um determinado tipo de beleza não explicam o problema, apenas fazem parte dele. De maneira geral pouca atenção tem sido dispensada para os processos sociais, os padrões corporais e de como eles estariam envolvidos no desenvolvimento ou mesmo na manutenção dos transtornos alimentares.

As concepções de cultura e a sua problematização na contextualização da Anorexia Nervosa pouco têm sido

empregadas em estudos científicos. Silva (2008) analisou artigos da psiquiatra e antropóloga Anne Becker sobre um estudo realizado nas Ilhas Fiji na década de 1990²⁰, relacionando a emergência de transtornos alimentares após a introdução da televisão, apontando para a importância de visões sociológicas e antropológicas sobre o tema:

“(...) sugerem a profunda influência da televisão em atitudes e comportamentos relacionados à dieta, peso e forma corporal. Todos os sujeitos entrevistados indicaram maneiras em que a TV afetou normas e comportamentos tradicionais, enquanto alguns sujeitos relataram perceber o desenvolvimento de tensões intergeracionais em função da adoção, por parte dos mais jovens, de costumes ocidentais vistos na TV, mencionando, especificamente, conflito sobre as expectativas quanto à quantidade adequada de comida a ser ingerida.” (SILVA, 2008).

Dentre os fatores precipitantes, podemos ressaltar a dieta para emagrecer como o mais freqüente dos eventos estressores. Já aspectos fisiológicos; de privação alimentar, psicológicos; pensamentos obsessivos sobre comida e maior necessidade de controles culturais são considerados como os principais fatores mantenedores.

A anorexia nervosa é uma doença extremamente complexa que divide os especialistas com relação aos critérios de diagnóstico, assim como os fatores que a desencadeiam. Diferentes definições são encontradas na literatura para descrever a Anorexia Nervosa. Parece que a descrição da AN como um transtorno alimentar e não uma doença é a mais adequada, visto que sua etiopatologia não está completamente esclarecida.

20 BECKER, Anne E. et alli. “Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls”. *British Journal of Psychiatry* (2002), 180, 509-514.; BECKER, Anne E et alli. “Ethnicity and differential access to care for eating disorder symptoms”. *Int J Eat Disord* 2003; 33: 205-212.; BECKER, Anne E. et alli. “Facets of Acculturation and Their Diverse Relations to Body Shape Concern in Fiji”. *International Journal of Eating Disorders* 2007; 40: 42-50.

1.3.3. Critérios de diagnóstico da Anorexia Nervosa

Os Transtornos Alimentares estão descritos nos dois sistemas de classificação utilizados atualmente: Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – DSM-IV e na Classificação Internacional das Doenças – CID. A Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa apesar de serem distintas apresentam características comuns, e os transtornos que não preencherem os critérios de AN ou BN são chamados de atípicos, sem outra especificação, sendo também identificados no DSM-IV e na CID-10. Abaixo um quadro referente à Anorexia Nervosa nos sistemas de classificação DSM-IV e na CID-10:

Quadro 2 - Critérios diagnósticos para a Anorexia Nervosa segundo os sistemas de classificação DSM-IV e a CID-10	
DSM-IV 1. Perda de peso e manutenção do mesmo abaixo de 85% do esperado para a altura e idade; 2. Medo intenso de ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior; 3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais, excessiva influência do peso ou forma corporais na autoavaliação, negação do baixo peso; 4. Ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.	CID-10 1. Perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso. Peso corporal se mantém, no mínimo, 15% abaixo do esperado; 2. A perda de peso é auto-induzida pela evitação de “alimentos engordativos”; 3. Distorção na imagem corporal com medo excessivo de engordar; 4. Transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico hipofisário-gonadal, manifestado em mulheres como amenorréia, em homens como uma perda de interesse e potência sexuais e atraso do desenvolvimento puberal;
Subtipos Restritivo: ausência de episódios compulsivos e/ou comportamentos purgativos; Purgativo: presença de episódios compulsivos e/ou comportamentos purgativos	

Fonte: Cordas et al 2009.

Para o rastreamento e diagnóstico de um TA são necessárias avaliações distintas levando em consideração sua origem multifatorial, para tanto são utilizados instrumentos como questionários auto-aplicáveis e entrevistas clínicas, contemplando questões relacionadas ao padrão e atitudes alimentares, imagem corporal, comorbidades, aspectos psicológicos, sociais, entre outros. A Anorexia Nervosa se

manifesta de maneira semelhante em diversas regiões do mundo, a maioria delas englobando basicamente:

- comportamentos visando a perda de peso e sua manutenção abaixo do normal;
- medo de engordar;
- distúrbio de imagem corporal; e
- distúrbio endócrino. (CLAUDINO, BORGE, 2002)

Existe um certo consenso de que a perda de peso auto-induzida é necessária para o diagnóstico, no entanto, o que seria “minimamente normal” e “abaixo do peso” não é tão claro, em virtude da inexistência de estudos que identifiquem o momento de instalação dos sintomas de inanição. Para padronização tem-se utilizado o Índice de Massa Corpórea²¹. Em relação ao medo mórbido de engordar alguns autores têm sugerido que as diferenças transculturais poderiam levar a existência de casos de AN sem a fobia relativa ao peso, ocorrendo discussões se esses casos seriam síndromes atípicas, uma transformação das suas características, ou talvez pelo fato de que algumas pacientes escondem tal aspecto durante a avaliação (CLAUDINO, BORGE, 2002).

“Cento e vinte anos depois, e a partir de uma perspectiva intercultural, Hsu e Lee²² vêm desenvolvendo importante pesquisa com pacientes chinesas. Entre as pacientes com distúrbio alimentar estudadas, o medo intenso de ganhar peso

21 O IMC é uma fórmula que indica se um adulto está acima do peso, se está obeso ou abaixo do peso ideal considerado saudável. A fórmula para calcular o Índice de Massa Corporal é: $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$. A Organização Mundial de Saúde usa um critério simples para a classificação do peso:

Condição	IMC em adultos
abaixo do peso	abaixo de 18,5
no peso normal	entre 18,5 e 25
acima do peso	entre 25 e 30
obeso	acima de 30

22 LEE, S. Anorexia Nervosa in Hong Kong: a Chinese perspective. *Psychological Medicine*, n°21: 1991.; LEE, S.; HO, T. P.; HSU, L. K. G. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*. N° 23, 1990.

não estava presente. Daí a questão de se saber, então, se essas pacientes não devem receber o diagnóstico de anorexia nervosa por não apresentarem um dos critérios-diagnósticos do DSM-IV ou se se trataria de começar a aceitar que em diferentes culturas a doença pode apresentar-se como características também diferentes. Usar o DSM-IV como critério único pode revelar uma atitude etnocêntrica e destituída de rigor científico. Os autores lembram ainda que o medo de engordar só começou a aparecer na literatura especializada a partir de 1930, estando ausente até mesmo nas primeiras descrições de Lasègue e Gull. Será que até eles estavam errados? Hsu e Lee acham que não” (ROBELL, 1997. p. 17)

De certa maneira percebe-se que a AN não possui sintomas patognomônicos²³ e que seus distúrbios também ocorrem em outras patologias e em indivíduos “normais”, por estas razões que encontramos no DSM-IV e na CID-10 aspectos psicodinâmicos incorporados em seus critérios (CLAUDINO, BORGE, 2002).

1.4. A construção social da anorexia nervosa

Inicialmente foi encontrado o diagnóstico de clorose ou doença verde, que como sintomatologia possuía a presença de palidez, fraqueza, cansaço, irritabilidade, constipação, irregularidade menstrual e repulsa a comida, principalmente às carnes, além de um considerável emagrecimento. Descrita pela primeira vez em 1554 por Johanes Lange como “doença das virgens” seria causada por uma “febre amorosa” e teria cura, segundo esse autor, com o casamento, o intercurso sexual e a maternidade. Após haver se constituído, no século XIX, em verdadeira epidemia entre as meninas na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos, desapareceu completamente. “*Alguns autores consideram que a clorose e a anorexia nervosa sejam condições análogas de uma mesma psicopatologia*” (WEIBERG et al, 2005).

Em 1689 o médico inglês Richard Morton relata dois casos de “consumpção de origem nervosa” que se caracterizava pela

23 Um sinal patognomônico é aquele característico de uma doença. Refere-se a patognomonía, que é o estudo dos sinais e/ou sintomas considerados como sendo característicos de uma doença.

diminuição do apetite, amnorréia, aversão à comida, emagrecimento extremo, hiperatividade e ausência de febre. William Gull em 1868 faz referência a ‘apepsia histérica’; já em 1874 o psiquiatra Frances Charles Lasègue publicaria um artigo ressaltando os traços predominantes de origem histérica da doença, originada pelo medo mórbido de que o alimento seria lesivo (anorexia histérica). Um ano depois, William Gull apresentaria a síndrome com o nome de anorexia nervosa (ALVES, 2006).

Weinberg (2006) em seu estudo sobre *“A Avaliação Crítica da Evolução Histórica do Conceito de Anorexia Nervosa”* nos remete para épocas mais antigas na tentativa de traçar a história da anorexia nervosa. Inicia com os povos da Antiguidade onde a prática de jejuar era voluntária, servindo como uma prática religiosa e de purificação. Não que isso significasse necessariamente um transtorno alimentar, mas apontando que o jejum auto-imposto (que faz parte dos critérios de diagnóstico da AN) tem longa procedência na vida da humanidade.

O jejum prolongado e que por vezes levava a morte também é encontrado em filosofias orientais e seitas gnósticas²⁴, onde seus praticantes procuravam o extremo autocontrole corporal para libertar a alma. Para os gregos a prática do jejum era vista como prática curativa e sob recomendação médica. *“Hipócrates”²⁵ (460 a. C. – 370 a. C.), por exemplo, costumava receitar jejuns, vômitos e enemas²⁶ para o tratamento de quase todas as doenças* (ROCCATAGLIATA apud WEINBERG, 2006. p. 22).

Por meados do século IV o ascetismo²⁷ tomou sua forma mais rigorosa como uma reação à difusão do cristianismo e o

24 A palavra gnose é usada para designar o conhecimento adquirido por revelação divina e não por aprendizagem ou observação empírica

25 Hipócrates é considerado o “pai” da medicina ao rejeitar a superstição das práticas mágicas da “saúde primitiva” propiciando uma direção mais racional para a explicação e tratamento das doenças

26 Designa a introdução de líquido no ânus para lavagem, purgação ou administração de medicamentos.

27 Inicialmente ascetismo se referia aos exercícios físicos dos atletas acompanhados de rigorosa dieta como preparo para as competições. Com o passar do tempo foi tomando o significado daquilo que estava ligado à virtude em detrimento do corpo.

afrouxamento da doutrina religiosa, homens e mulheres passaram a se autoflagelar, mantinham jejum absoluto, entre outros tipos de tortura com o intuito de imitar a vida de Cristo. Tertuliano – um dos pais da Igreja – afirmava que *“um corpo emagrecido passará mais facilmente no portão do paraíso, um corpo leve ressuscitará mais rapidamente e na sepultura será melhor preservado”* (VANDEREYCKEN; VAN DETH apud WEINBERG, 2006. p. 29).

Para tentar compreender o verdadeiro surto de santas anoréxicas na Idade Média, se acreditou que com o advento do cristianismo (onde ocorreu uma substituição drástica dos deuses obesos, hedonistas pelos cristos magros) a glotonaria²⁸ passou a ser sinônimo de impureza sendo que a busca pela santidade exigia privações ao corpo, entre elas, a rejeição ao alimento. Entre as santas com “suposto transtorno alimentar” estariam Santa Catarina de Siena, Santa Colomba de Rieti, Santa Catarina de Gênova, Santa Verônica, Santa Maria Madalena de Pazzi e Santa Clara de Assis (WEINBERG et al, 2005).

Rosa Behar (apud WEINBERG et al, 2005) em seu artigo *“Santa Rosa de Lima: un análisis psicosocial de la anorexia nerviosa”*, descreve alguns aspectos importantes do comportamento desta santa. Afirma encontrar evidências de que Santa Rosa de Lima se enquadra no diagnóstico atual de anorexia nervosa. Ainda que Behar afirme *“que ‘não seria correto catalogar a anoréxica atual como santa nem Santa Rosa como anoréxica’, ela pensa que ambas ‘têm em comum o uso do alimento como uma via de expressão simbólica’ e compartilham as mesmas características psicopatológicas”* (idem).

A existência de transtornos alimentares em outras culturas e séculos anteriores como nos relatos de Morton (1689), Gull (1868) e Laségue (1874) é de grande interesse na medida em que coloca no centro da discussão a questão do patogenético (biológico) e do topoplástico (cultural), tornando relativa a influência da modernidade que muitas vezes é colocada como fator principal no surgimento da Anorexia Nervosa. No entanto, ressalta a presença da cultura na Anorexia Nervosa devido o caráter transcultural de seu quadro se nos focarmos no comportamento imitativo das jovens anoréxicas, influenciado e

28 Desejo insaciável, além do necessário, por comida, bebida ou intoxicantes.

reforçado socialmente como demonstraram as santas anoréxicas e demonstram as modelos de hoje: *“traçar um paralelo entre as anoréxicas atuais, as meninas cloróticas do século XIX e as santas medievais levou-nos a perceber comportamentos que surpreendem pela proximidade, ainda que a forma e a motivação dos comportamentos restritivos tenham variado ao longo do tempo”* (WEINBERG et al, 2005).

Desta maneira, podemos nos indagar quais seriam as condições de possibilidade para uma descoberta científica, ou como se constitui a descoberta e racionalização de uma patologia. Não queremos adentrar na discussão de quando exatamente a anorexia nervosa ocorreu e foi cientificamente descrita, mas problematizar as questões científicas, biológicas e sociais do reconhecimento de seus sintomas na medicina. Grisotti (2003) nos chama a atenção sobre a importância de como a racionalidade técnica e científica, produzida por aquilo que Giddens²⁹ chama de sistemas peritos³⁰, afetam as atividades humanas e as decisões políticas problematizando o próprio processo da produção de descobertas científicas. A autora faz esta análise à luz de autores³¹ que foram capazes de contribuir de maneira significativa sobre a construção científica e sociocultural da angiostrongilíase abdominal³² em sua tese de doutorado (GRISOTTI, 2003).

29 GIDDENS, A. As conseqüências da modernidade. (Tradução de Raul Fiker). São Paulo: Martins Fontes, 1991.

30 Os Sistemas peritos surgem como resultado das revoluções científicas e o aumento em conhecimento técnico e o conseqüente aumento na especialização. Por causa da sua afirmação de suas formas de conhecimento “científica” e “universal” estes sistemas especialistas não são dependentes de um contexto e podem, a partir disso, estabelecerem relações sociais através de grandes períodos de tempo e espaço. Igualmente, enquanto esses sistemas especialistas criam seus grupos de experts e conhecimento um abismo social é criado assim como um aumento entre o profissionalismo dos praticantes e dos seus grupos de clientes.

31 CANGUILHEM, Études d'histoire et de philosophie des sciences. Paris, PUF: 1994.; CANGUILHEM, G. La connaissance de la vie. Paris: Vrin, 1998.; DELAPORTE, F. A vital rationalist. Selected writings from Georges Canguilhem. NovaYork: Urzone, 2001.; FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.; LATOUR, B.; WOOLGAR, S. Vida de laboratório. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997

32 Quadro infeccioso abdominal agudo grave, que pode levar à morte.

Para Grisotti (2008) a sociologia do conhecimento tem sido pouco utilizada como processo de reflexão sobre a investigação da produção científica das doenças. Apoiada nos trabalhos de Delaporte sobre os processos de continuidades e rupturas nas idéias referentes à análise da construção da doença de Chagas no Brasil³³ (que para ele é feita através de erros e do acaso), esta autora aponta como Delaporte descortina os erros encobertos durante o processo de pesquisa de Carlos Chagas, a não linearidade histórica das descrições metodológicas da pesquisa e os interesses envolvidos:

“Ao contrário dos historiadores que procuram analisar os períodos históricos de forma linear, como se os episódios revelassem equilíbrios estáveis e difíceis de serem rompidos, Delaporte mostra que a necessidade, que comanda a proposição de um problema científico, os conceitos utilizados e a escolha dos meios colocados em marcha não decorrem de uma trama causal preestabelecida. Ele questiona um mito epistemológico, revelando que o método científico, muitas vezes, se encaixa dentro de um sistema de relações que não tem, necessariamente, um vínculo com a realização de um projeto” (GRISOTTI, 2008).

Assim como Delaporte (1999) e Grisotti (2003) podemos refletir sobre as condições da construção da Anorexia Nervosa como uma patologia, estabelecendo as conexões entre os primeiros relatos médicos e sua definição final, embora cientes de que os estudos citados anteriormente sobre doenças infecto-parasitárias auxiliam até certo ponto, já que a demonstração da realidade da doença, no caso dos transtornos alimentares, é bem

33 No curso do estudo sobre a doença de Chagas, Delaporte analisou em profundidade o sistema lógico da descrição do ciclo do parasito, da clínica da doença e de sua epidemiologia, a partir de documentos históricos originais. (...) As versões históricas, para Delaporte, ocultam a idéia segundo a qual Chagas tinha, finalmente, achado uma doença que ele, de início, não procurara. Ele analisa os aspectos políticos e culturais que impulsionaram a ocultação dos fatos. Apesar da falta de uma tradição científica e de expoentes médicos no Brasil, era preciso mostrar que o Instituto de Manguinhos, no Rio de Janeiro, propiciava as condições necessárias para a descoberta, por apresentar uma situação favorável para o desenvolvimento da produção de conhecimento científico no Brasil. (GRISOTTI, 2008). Outras referências ver: AVILA-PIRES, F. D.; GRISOTTI, M. Uma nova versão sobre a constituição da doença de Chagas no Brasil. Revista Episteme. Porto Alegre, n. 19, jul./dez. 2004. p. 159-164

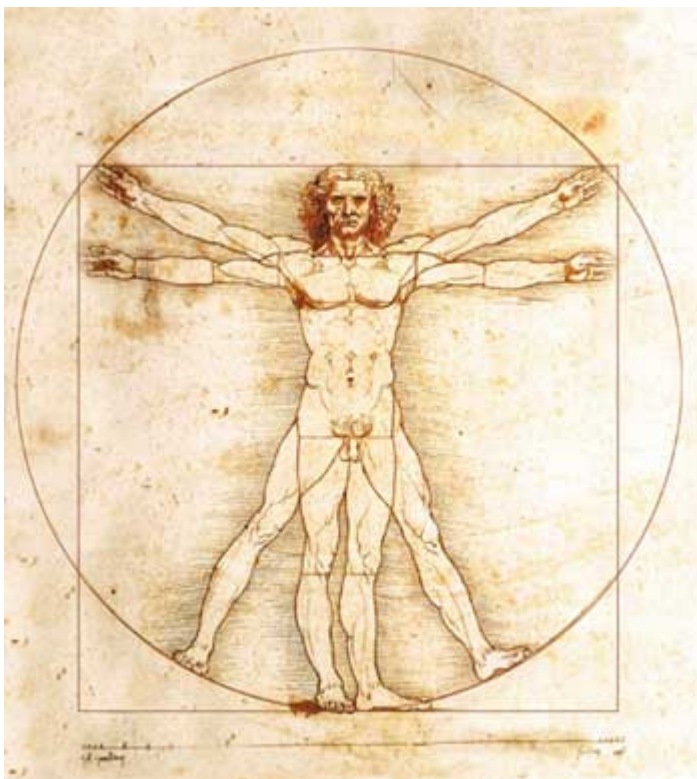
mais complexa: não se isola um possível 'vetor da anorexia' como se pode isolar um vetor de uma doença parasitária.

As definições da AN foram sendo modificadas ao longo da história e esse processo está vinculado aos valores culturais de indivíduos, grupos e instituições. Sobre este aspecto, Ávila-Pires (apud GRISOTTI, 2008) comenta que:

“A definição científica da doença e a vivência subjetiva do doente são resultantes de uma construção intelectual e socialmente condicionada (...). O conceito das doenças é influenciado pela cultura e pelos hábitos e valores sociais e tradicionais. Mesmo em um mesmo lugar e época, diferentes médicos adotam critérios distintos para diagnóstico. Hipertensão, para alguns cardiologistas, é uma variação de 120 por 90, enquanto que outros são mais estritos ou mais tolerantes.”

Portanto, se por um lado reconhecemos o caráter construído dos fatos científicos e que as doenças são socialmente construídas, poderíamos então indagar se há uma relação de continuidade entre as definições e diagnóstico de clorose, doença das virgens (1554), consumpção de origem nervosa (1689), aepsia histérica (1868), anorexia histérica (1874) e anorexia nervosa (1875). Elas tratam do mesmo fenômeno mórbido (tendo em vista que a sintomatologia das pacientes eram relativamente parecidas) apesar de utilizar definições diferentes ao longo da história? Se pensarmos desta forma é necessário desmistificar a Anorexia Nervosa como uma doença moderna, destacando a relevância dos padrões culturais de cada época que influenciam ou propiciam o seu desenvolvimento.

Ilustração 4: O Homem Vitruviano



Fonte: <http://hugolapa.files.wordpress.com/2009/07/vitruviano.jpg>

Capítulo 2: O Corpo e suas Dimensões

2. O CORPO E SUAS DIMENSÕES

“Antes de qualquer coisa a existência é corporal.”

David Le Breton

“Foi necessário transformar o corpo num território de experimentações sensíveis, algo que possui uma certa inteligência que não se concentra apenas no cérebro. Foi preciso libertar-lo de tradições e moralismos seculares, fornecer-lhe um status de prestígio, um lugar radioso, como se ele fosse uma alma. Desde então foi fácil considerá-lo uma instigante fronteira a ser vencida, explorada e controlada.”

Denise Bernuzzi de Sant’Anna

Todos nós possuímos um corpo, e esse mesmo corpo possui aspectos diferentes: biológico, social, cultural e histórico onde se configuram de maneira complexa as identidades individuais e coletivas como aspectos da realidade humana, o corpo tem-se apresentado como imagem da sociedade. Estamos, portanto nos referindo a complexos processos de socialização, individualização e racionalização do corpo: o corpo político, o corpo individual, o corpo medicalizado, o corpo sexual, o corpo de consumo, o corpo de gênero, etc. A idealização da corporalidade modifica-se historicamente e corresponde aos processos sociais e culturais, aos sistemas de valores vigentes de uma determinada época e o que percebemos atualmente é que o corpo se tornou a atenção central das ações e reflexões humanas.

O corpo é a comunicação direta entre os seres humanos e o mundo, assim, a sociologia aplicada ao estudo do corpo dedica-se a compreensão das lógicas sociais e culturais que envolvem a extensão e os movimentos dos seres humanos. É através do corpo que a existência individual e coletiva fundamenta-se, *“existir, significa em primeiro lugar mover-se em determinado tempo e espaço, transformar o meio graças à soma de gestos eficazes, escolher e atribuir significado e valor aos inúmeros estímulos do meio graças às atividades perceptivas (...) um conjunto de rituais corporais implicando a adesão dos outros”* (LE BRETON, 2006, p.8).

As investigações sobre o corpo no âmbito das ciências humanas e sociais têm demonstrado que não basta analisar o corpo como um artefato, como algo que pode ser lido e interpretado, é necessário considerar também o corpo como elemento simbólico, como um poderoso veículo de significados sociais, e também como participante ativo e agente no mundo, com poder para transformar a realidade. Num sentido mais fenomenológico *“como uma maneira de estar no mundo”* (EL CUERPO, 2009).

O corpo cada vez mais tem sido o elo entre o sujeito e o mundo, natureza e cultura, sendo socialmente construído e refletido nas contradições existentes em nossas sociedades. Além disso, a imagem corporal é a representação que o indivíduo faz do seu corpo integrando os níveis físicos, mentais, emocionais e sociais representados no modo como cada corpo se apresenta para cada sujeito. No entanto essa imagem se origina fora da mente e do corpo, sentidos que são atribuídos pela cultura e pelos valores presentes na vida social.

O corpo passou a ser manipulado seja anatomicamente, seja simbolicamente, o conhecimento humano e os recursos tecnológicos proporcionaram maleabilidade e plasticidade aos corpos.

“Os psicotrópicos cinzelam o humor, a cirurgia estética ou a plástica modifica as formas corporais ou o sexo, os hormônios ou a dietética aumentam a massa muscular, os regimes alimentares mantêm a silhueta, os *piercings* ou as tatuagens dispensam os sinais de identidade sobre a pele, a *body art* leva ao auge essa lógica que transforma o corpo abertamente no material de um indivíduo que reivindica remanejá-lo à vontade e revelar modos inéditos de criação (...) é preciso colocar-se fora de si para se tornar si mesmo.” (LE BRETON, 2003. p. 28).

Para Foucault o corpo seria uma matéria, um *lócus* físico e concreto, no entanto, uma matéria moldável, passível de transformações, remodelável por técnicas disciplinares e de biopolítica. Essa nova relação de poder se daria não mais sobre o homem como corpo, mas em processos mais globais da vida como o nascimento, a morte, a doença, a produção o casamento:

“Nesse sentido, não será a individualização que se coloca, mas a massificação; não o homem-corpo, mas o homem-ser vivo.

Processos como os de natalidade, mortalidade e de longevidade se articulam a uma série de outros de ordem política e econômica, eles serão os principais campos de saber e alvos dessa biopolítica.” (FILHO, VASCONCELOS, 2007).

Também devemos considerar que para Foucault o poder não é concebido como um objeto ou uma coisa, ele seria um regime de correlações de forças que circulariam por aí, em todos os lugares, sem uma simetria aparente (FOUCAULT, 2001). Já o corpo como algo materializado passaria a sofrer ações de poderes que estariam baseados em diferentes tecnologias temporais. Em seu livro *Vigiar e Punir* (1997) afirma que as formas de punição mudaram e o poder punitivo ocultou-se nas instituições e nas ações sobre os corpos (pacto social). Através do biopoder se exerce um poder pela vida constituído de saberes e discursos para os diversos tipos de sujeito, utilizando-se de “estratégias” (por exemplo, não fumar, não comer em excesso para não engordar, fazer atividades físicas regularmente etc.):

“A saúde do corpo, dessa maneira, pode ser considerada um “negócio” de governo de Estado e de governo dos outros que obtém sucesso com os sujeitos, pautado em técnicas de controle bem estruturadas e articuladas entre si” (LUPTON apud MENDES, 2006).

Foucault também ressalta que esse discurso não chega da mesma maneira para todos os indivíduos, daí a possibilidade de existirem discursos e técnicas empregados mais eficientes que outros para se governar os sujeitos e os corpos, dependendo da capacidade de convencimento. “*O sujeito é chamado a colaborar em seu próprio governo, pois ‘os valores que influenciam como somos governados’ devem coincidir ‘com aqueles que moldam a forma como governamos a nós mesmos’*” (NETTLETON apud MENDES, 2006). Mas Foucault acredita que suas análises sobre o corpo são insuficientes para discutir o corpo na contemporaneidade visto que são históricas e, por isso mesmo, delimitadas temporalmente (FOUCAULT, 1997).

Já para Giddens (2002) a modernidade é compreendida dentro de processos de reflexividade e que a reflexividade institucional é definida como “*o uso regularizado de conhecimento sobre as circunstâncias da vida social como elemento constitutivo de sua organização e transformação*”

(Idem) e a isto estariam vinculadas às agências (sujeitos) e estruturas (instituições).

Os contextos sociais, segundo a teoria giddiana, não podem ser descolados da reflexividade que seria parte inerente das instituições modernas. Apesar de não negar a relação de poder das instituições reafirma a capacidade de reflexão dos sujeitos diante dessas relações, ou seja, a compreensão do poder se dá a partir das ações dos indivíduos e grupos sobre formas e propriedades específicas da reflexividade institucional (capacidade das agências realizarem coisas e eventos).

Dentro dessa teoria seria possível explicar a ênfase nas preocupações com o corpo, já que precede uma necessária postura reflexiva do sujeito em relação ao seu corpo a partir da construção de auto-identidades, estando cada vez mais integrado nas decisões individuais do estilo de vida. As decisões e escolhas individuais seriam oferecidas pela estrutura e não uma imposição de processos estruturais mais amplos:

“É um elemento fundamental dos debates e lutas da política-vida. É importante destacar esse ponto para ver que o corpo não virou simplesmente uma entidade inerte, sujeita à mercantilização ou à ‘disciplina’ no sentido de Foucault. Se assim fosse, o corpo seria principalmente um lugar da política emancipatória – a questão poderia então ser a de libertar o corpo da opressão a que teria sido submetido. Nas condições da alta modernidade, o corpo é na realidade muito menos ‘dócil’ do que jamais foi em relação ao eu, tendo em vista que ambos estão intimamente coordenados dentro do projeto reflexivo da auto-identidade” (GIDDENS, 2002, p. 201).

Compreender os sentidos que são dados sobre o corpo é estar imerso numa pluralidade de discursos e perspectivas que influenciam tal compreensão e, para se evitar um modelo rígido de análise, é essencial perceber o corpo como algo inter ou transdisciplinar. Portanto, para compreender os sentidos acerca do corpo para um ponto de vista que não seja progressivo nem linear, mas permeado por saltos e retomadas, idas e vindas, imposições e reflexividades, implica em aperceber-se como a história diversificada, as mudanças de comportamento, dos gostos e das maneiras de tratá-lo ao longo do tempo o modificaram.

Neste capítulo tentaremos abordar de maneira resumida alguns discursos sobre o corpo, principalmente no que se refere a sua construção atual, permeado por contradições e diferenças, na perspectiva do ideal de beleza do corpo feminino.

2.1. O Corpo Biológico e o Corpo Social

“O próprio corpo não estaria envolvido no véu das representações? O corpo não é uma natureza. Ele nem sequer existe. Nunca se viu um corpo: o que se vê são homens e mulheres. Não se vê corpos. Nessas condições o corpo corre o risco de nem mesmo ser universal”.

David Le Breton

A socialização se inicia pelo corpo, pelo toque, pelos estímulos recebidos do mundo externo, captados e interpretados como experiências individuais pelo bebê. A criança percebe que determinados movimentos, choros ou balbúcias que ela faz provoca alguma reação que foi gerada pelo seu ato. Se a criança perceber que toda vez que ela chorar receberá o afago materno e alimento, ela irá esperar que toda vez que chore esse seja o procedimento normal das pessoas que a cercam. Por outro lado, a criança também experimentará a sensação de punição através do corpo ao realizar algo que desagrada seus familiares e evitará fazer algo que provoque tais punições.

Essa existência corporal perpassa pela educação recebida e pelas identificações do ator em resposta ao comportamento do seu círculo social, comportamentos tais que o modificam e por ele são modificados. As expressões corporais são rodeadas de significações grupais que socialmente vão modulando estas expressões nessa direção. Representa-se aqui o ser humano: como uma emanção do meio social e cultural e não somente um corpo biológico. Podemos esperar determinadas ações de um determinado grupo social em relação à postura ao sentarem-se na mesa, os tipos de vestimenta, onde e como se alimentam, a aproximação ou distanciamento de seus corpos ao se comunicarem, a forma como dormem e até mesmo as expressões de afetividade.

Para Rodrigues (1983) o corpo humano é socialmente concebido; possuindo aspectos instrumentais e universais,

referentes à faceta orgânica e também aos aspectos expressivos, simbólicos, ou seja, as codificações particulares de grupos sociais. É no corpo que encontramos indissociada as dimensões orgânica e social do homem, domínios respectivos da natureza e da cultura. Podemos traduzir pelo corpo através de ornamentos, tatuagens, e mesmo mutilações, traços específicos de cada cultura; o que se quer expor para os outros na tentativa de explicitar a qual grupo social pertencemos, ou mesmo movidos por imposições socioculturais.

A forma e o tamanho do corpo de uma pessoa, assim como seus adornos, vestimentas, gestos e posturas corporais, comunicam informações sobre a posição ocupada na sociedade incluindo gênero, status social, profissão e adesão a determinados grupos religiosos. *“Por vezes, as intervenções no corpo não evocam a sua ruína. E noutra o radicalismo das metamorfoses corporais repete um antigo medo: a impossibilidade de tornar o corpo cognoscível, legível, eloqüente sobre si mesmo, humanizado”* (SANT’ANNA, 2001. p. 65)

Outra análise possível é a relação entre as funções biológicas e sociais do organismo: *“O estômago do homem continua roncando mesmo se o indivíduo está tratando de seus negócios na construção do mundo. Inversamente, os acontecimentos que se passam nesse mundo, que é produto do homem, podem fazer seu estômago roncar mais, menos ou indiferente.”* (BERGER, LUCKMANN, 1985. p. 236-237). Segundo esses autores a sociedade seria um processo dialético em curso composto por três momentos: exteriorização, objetivação e interiorização sendo que o indivíduo não nasce membro de uma sociedade, mas nasce com a predisposição para a sociabilidade e é a sociabilização que introduzirá um indivíduo dentro desse mundo.

Esse processo de sociabilização perpassa pelo disciplinamento do substrato orgânico em face da sua identidade social, mas não consegue ser totalmente abolida: o organismo permanece estabelecendo limites para o que é socialmente possível *“a dialética manifesta-se na limitação mútua do organismo e da sociedade”* (idem). Em diferentes momentos as regras sociais atuarão diretamente no funcionamento do organismo, como por exemplo, na satisfação sexual e alimentar. Os seres humanos sentem a necessidade de satisfazer as suas

vontades sexuais e alimentares, mas o onde, quando e como fazerem isso serão ditados pelas suas especificidades sociais.

Dessa maneira a cultura torna-se um mapa que orienta o comportamento dos indivíduos em sua vida social, e viver em sociedade, é viver sob a dominação dessa lógica, se comportando segundo suas exigências, mesmo não tendo consciência disso. O homem nasce em uma determinada sociedade constituída por suas regras específicas e universais, no entanto, o homem como sujeito histórico é capaz de transformar e estabelecer novas regras, daí o caráter dinâmico da sociedade e das culturas.

O cérebro humano passa a selecionar e processar as informações que lhe são oferecidas e introjetadas pela socialização. Assim, podemos afirmar que não há comportamento humano fora da cultura, ou resultante de qualquer abstração que se faça desta, sendo que a cultura só apresenta o seu próprio sentido na mente dos indivíduos. Cada sociedade tem seu corpo, assim como tem sua língua.

Partindo da noção de construção cultural e social do corpo, compreender como essa noção de “corpo” é construída dentro de uma determinada sociedade e as suas variações, torna-se uma pergunta pertinente para quem deseja adentrar nesse campo. “*A vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente*” (BERGER, LUCKMANN, 1985. p. 35). A sociedade possui na verdade facticidade objetiva, e a sociedade é construída pela atividade que expressa um significado objetivo (realidade *sui generis*). Temos a consciência de que o mundo possui múltiplas realidades sempre interagindo com outros atores, o que muitas vezes não nos damos conta é de como se fazem essas ligações e o que (ou quem) está por detrás destes discursos.

Assim o social torna-se um campo móvel onde o individuo se encontra imerso e em constante movimento com outros indivíduos e outros objetos. Segundo Giordani (2004. p. 24) as diferentes formas de estar junto socialmente “*congrega desde elementos lógicos e racionais, até aspectos passionais (a emoção e o afeto); todos eles permeiam grandemente as relações sociais. É nesse sentido que a vivência adquiriu um novo status no campo metodológico, pois desvela a subjetividade nas relações sociais cotidianas.*”

Através da aparência dos corpos se dará ou não a aceitação social, representando nele as expectativas e também os controles sociais. O tratamento cultural manifestado no corpo em nossas sociedades contemporâneas nos proporciona categorias fundamentais de identidade e subjetividade pessoal numa determinada cultura, assim como ao seu sistema de valores tornando-se um determinante da identidade social. O corpo social domina a maneira como o corpo físico é percebido. O corpo individual (físico e psicológico) é adquirido no nascimento, mas o corpo social torna-se vital ao corpo físico que queira se “enquadrar” e compreender o que uma determinada sociedade fornece como padrões, e as expectativas que tem em relação a cada indivíduo (MUSSON, 1998).

“O corpo é o vetor da individualização, ele estabelece a fronteira da identidade pessoal; confundir essa ordem simbólica que fixa a posição específica de cada indivíduo no tecido social significa apagar os limites identificadores do fora e do dentro, do eu e do outro, essa confusão coloca radicalmente em questão a afirmação de si e faz duvidar sobre a natureza do outro” (LE BRETON, 1995. p. 64)

As mudanças que ocorreram no corpo durante a história da humanidade podem ser reflexos de mudanças culturais, como podem também indicar como os membros de uma determinada cultura se percebem inseridos nela. O ser humano ao longo dos tempos produziu transformações tanto no mundo em que vivem como em seus corpos, deixando marcas de suas descobertas tecnocientíficas, atualizadas em cada momento histórico: do fogo à eletricidade, do músculo ao DNA. Esses novos conhecimentos trouxeram novos olhares para esse novo corpo que é reinventado. *“Ao mesmo tempo em que ele inventou a técnica, por ela passou a ser inventado. Dotado de um caráter inacabado, em contínuo processo, o corpo humano permitiu que as tecnologias o invadissem, investindo-o, prolongando sua vida e sua funcionalidade”* (PAIVA, 2007. p. 156)

As preocupações com o corpo e o advento da ciência sobre ele, passaram a ter uma certa racionalidade e desempenharam novas funções e percepções com os avanços da produção científica. Nas palavras de Le Breton (2003) *“entre homem e corpo é um jogo que faz milhões de pessoas bricoulers de seus*

corpos, o que se justifica por uma mudança radical; o que se experimenta hoje não é ser um corpo, mas ter um corpo que sempre podemos, se não recusar, aprimorar seja em relação à aparência que desejamos ter, seja em relação a potencialização das funções que merecem nosso interesse.” O corpo humano passou a ser reinventado assim como reinventado foi o sentido atribuído a vida ou a morte em decorrência dos avanços técnico científicos.

2.2. O Corpo Alterado

Se pensarmos o corpo como uma outra maneira de pensar o mundo e o vínculo social estabelecido, poderemos então, perceber que uma perturbação introduzida na configuração do corpo seria uma perturbação introduzida em nossa coerência e na forma de nos relacionarmos com o mundo (LE BRETON, 1995). As doenças acompanham a espécie humana desde seu surgimento. O descobrimento ou mesmo a criação de novas técnicas para melhor conhecer o corpo implica em inquietações, que até então, se faziam desconhecidas. Toda descoberta, técnica ou ação que vise conhecer, fortalecer ou mesmo embelezar o corpo contém estes mesmos riscos, pois podem desencadear preocupações ou mesmo patologias antes inexistentes ou menos significativas no contexto social.

O corpo não cessa de ser descoberto/redescoberto, cada novo descobrimento é desencadeador de novos esclarecimentos e dúvidas. Desde que a ciência rompeu com a relação homem-natureza e buscou o total controle sobre a última, houve uma grande mudança na forma de pensar os seres humanos e sua relação com o corpo. O homem passou a perceber o seu corpo como uma máquina que pode ser modificada, as peças podem ser trocadas ou substituídas, procurando aproximar-se da perfeição, produzindo novos quadros patológicos nas sociedades dentro destas novas lógicas.

“Os corpos mutantes, acelerados pelas tecnologias médicas e digitais, multiplicam os experimentos e as sensações físicas e mentais dos sujeitos, superam limites e estabelecem novas concepções de rendimentos, encantos, prazeres e eficiências. Mas também tem as suas contradições.” (COUTO; GOELLNER, 2007)

Embora as descobertas do corpo não sejam uma novidade da atualidade, foi no decorrer dos últimos quarenta anos do século XX que elas ganharam uma importância inusitada. Passamos a construir uma nova relação que não mais se estabelece entre o social e o biológico, mas entre o mecânico e o biológico. A imagem passa a ser valorativa, pois até mesmo o que estava escondido dentro do corpo passou a se constituir como algo conhecido e “desmistificado”. Os avanços nas ciências e tecnologias vêm “desvelando” o segredo da anatomia humana e construindo novos referenciais sobre o corpo humano, contudo, esse conhecimento também é utilizado para fins econômicos: na medida em que a indústria consegue transformar as descobertas científicas em artefatos capazes de promoverem a eliminação urgente de toda e qualquer insatisfação física e mental, corrigindo cada detalhe:

“Tornou-se urgente eliminar toda e qualquer insatisfação física e mental, acabar com uma real ou suposta imperfeição, corrigir cada detalhe, construir a forma mais adequada, prevenir uma embrionária possibilidade de doença, alterar características que nos desagradam, manter o vigor da juventude, exibir a aparência mais saudável, festejar a beleza conquistada com a ajuda dos avanços tecnológicos e científicos: regimes, terapias, cosméticos, cirurgias, usos de próteses, novos medicamentos, manipulação genética. Em meio a tantos recursos para a remodelagem só é feio, fora de forma, plácido, enrugado e envelhecido quem quer, quem não se ama, não se cuida, não se pavoneia. O culto ao corpo de tornou um estilo de vida, mas de uma vida tecnocientífica” (COUTO, 2007. p. 42)

Para a maioria das sociedades tornou-se imperativo não só ter um corpo aceitável, mas, sobretudo perfeito. O bom desempenho, a *performance* e a aparência se confundem com a necessidade de aproximar o homem à máquina. O corpo passou a ter um aspecto camaleônico devido à diversidade de técnicas e tecnologias cirúrgicas, ostentando as conquistas científicas e tecnológicas que ao longo dos anos operaram grandes e significativas transformações na forma de ser e viver dos seres humanos. O corpo é reconhecido como sujeito primordial, sensível e tão importante como em outros momentos foi a alma e, por ter ganhado tal importância se tornou objeto de imensa curiosidade e explorações comerciais, sendo percebido como um

acessório da pessoa, implicando numa encenação de si sobre sua existência: *“não é mais o caso de contentar-se com o corpo que se tem, mas de modificar suas bases para contemplá-lo ou torná-lo conforme a idéia que se faz dele”* (LE BRETON, 2003. p. 22).

O corpo hoje nada mais é do que uma apresentação de si já que as cirurgias estéticas não são destinadas a doentes, mas para clientes que querem mudar sua aparência, modificar sua maneira, sua identidade: deixando de ser o lugar do sujeito para se transformar no objeto de seu ambiente. O corpo como objeto de consumo começou a sobreviver da promoção do desenvolvimento pessoal, do bem estar, da juventude eterna, o *sel-service* corporal propagou-se na construção de regras da moda, das formas físicas, a mercantilização do corpo mostra que tudo deve ser rapidamente descartado, substituído, alterado, remodelado. *“Uma vez que tudo no corpo pode ser aperfeiçoado, o verdadeiro defeito não está numa determinada forma já superada e pronta para reciclagens, mas numa mentalidade lenta e obsoleta que equivocadamente insiste em resistir aos ideais obrigatórios das mutações e que precisa, a todo custo, ser vencida”* (COUTO, 2007. p. 51).

Assim, a humanidade se rende para a construção de uma imagem ideal e a estilos e modelos físicos impostos, muitas vezes distante da realidade dos seres que só poder ser almejado com o desenvolvimento de alta tecnologia através de interferências cirúrgicas, implantes e mutilações. Segundo Coelho e Severiano (2007), podemos acompanhar uma incessante captura do corpo pela indústria cultural transformando-o em corpo consumidor que o torna uma rentável especiaria a ser vendida no mercado devido a preocupação acentuada de realização individual, ligada com as opções da indústria de consumo, onde *“beleza, individualidade, segurança, sentimento de pertença, reconhecimento social, felicidade”* (COELHO; SEVERIANO, 2007) são exibidos como um bem a ser adquiridos. Dessa maneira a identidade dos sujeitos se subordina a apropriação de signos de consumo na produção de subjetividades que modelam, e legitimam comportamentos, estéticas, valores e atitudes de estilos de vida.

2.2.1. O Corpo Belo

As metamorfoses corporais vivenciadas atualmente não se tornaram apenas uma forma de controle social, mas algo que atua diretamente na subjetividade e como uma estratégia de mercado que está pronta para atender esses desejos. Essa produção em grande escala se dá por meio de potentes máquinas tecnológicas de informação e comunicação *“que atuam na memória, na inteligência, na sensibilidade, nos afetos e nos fantasmas inconscientes, e também se manifestam através da família, da educação, do meio ambiente, da religião, da arte, do esporte, da indústria cultural, da mídia, do cinema e da publicidade, formando uma dimensão maquínica de subjetivação que tanto pode trabalhar para o melhor como para o pior”* (FERREIRA, 2006. p. 60).

Dessa forma a obsessão com dietas, forma física, parâmetros estéticos seria definido como uma apropriação negativa; já a questão de qualidade de vida, atividades físicas, escolha dos alimentos estaria sendo benéfica para os sujeitos. A questão principal se concentraria no contraponto de como lidar com os processos de ambigüidade, já que estes mecanismos podem tanto atuar para uma melhoria dos hábitos de vida como para uma submissão a determinados comportamentos. As formas de construção das identidades perpassam pelo indivíduo, mas são socialmente construídas e fabricadas a partir de modelos de referência, o culto ao corpo corresponde a tudo o que se relaciona à preocupação de se ter um corpo belo ou saudável.

Esse processo passou a movimentar uma grande indústria, a indústria do belo, que vai desde o corte de cabelo, ginásticas, dietas, cirurgias plásticas, roupas adequadas, maquiagem, massagens, farmacologia, entre muitas alternativas, tendo como promessa principal a melhora da imagem corporal e a completa satisfação pessoal. É constante a avalanche de informações sobre alimentação, exercícios físicos, utilização de medicamentos e vida saudável que são veiculados através dos meios de comunicação de massa (nem sempre preocupados com o impacto que isto pode causar em seus diferentes públicos), legitimando-se através do discurso científico e de seus agentes (médicos, nutricionistas, psiquiatras, professores de educação física, cirurgiões plásticos etc.). Estes discursos têm

ocasionado confusões nas mentes das pessoas em relação a como proceder para melhorar a qualidade de vida e, também, a própria ciência muitas vezes está imersa em suas próprias controvérsias não chegando a um denominador comum (ver anexo 3).

O mercado de trabalho também começa a ser influenciado pelo culto ao corpo que exige a valorização da aparência e cobra dos sujeitos a adequação às novas regras. A beleza se torna um ajudante na conquista e manutenção de espaços cobrando o preço de uma eterna vigilância do eu, e os cuidados com o corpo se transformaram em fonte de investimento e preocupação para os sujeitos. O controle da aparência surge como moeda principal do campo profissional e sexual, capaz de ampliar as possibilidades de ascensão social, uma forma de capital que produz novos códigos de valorização e status. A moda hoje não se restringe ao indumentário, ela se inscreve no próprio corpo e quem não obedece a esses princípios pode correr o risco de ser censurado ou mesmo excluído do mercado de trabalho ou sexual: quem engorda, quem não se preocupa em não mostrar os sinais da passagem do tempo, ou ainda não cuida da aparência pode sofrer sanções sociais “por cometer um delito de ordem pública”.

“Poderíamos chamar a esse fenômeno uma espécie de cultura das aparências, pois o que ‘parece ser é mais importante do que aquilo que é’. Os atributos sociais são valorizados em detrimento dos pessoais. Frequentemente as pessoas se definem por aquilo que fazem ou possuem e não pelo que são, engendrando, de modo geral, muita superficialidade nas relações” (REISS, 1993. p. 116).

O fato de uma pessoa engordar alguns quilos e não se preocupar com o padrão de magreza socialmente definido é percebido como um desvio, como um descontrole, um desleixo, descuido ou mesmo um distúrbio emocional. *“Tais parâmetros começaram a fazer parte do cotidiano e agora parecem fazer parte da paisagem, se tornaram parte integrante da vida cotidiana, principalmente urbana, mas não exclusivamente urbana. E tais pareceres são cientificamente informados pelos meios de comunicação de massa, pelas revistas especializadas, pelos especialistas midiáticos sempre de plantão para opinar*

sobre qualquer assunto importante” (FERREIRA, 2006. p. 118). Os padrões estéticos ditados pela moda vão muito além da prescrição do que vestir lançando as pessoas à procura desenfreada de “espelhos externos”, fetiches de uma sociedade de consumo, que possibilita a construção de uma imagem ideal (BARATA, 2007), os atributos sociais passaram a ser valorizados em detrimento dos pessoais. A indústria da beleza expandiu-se de maneira brutal nos últimos anos. Os vários métodos e práticas que supostamente retardariam a velhice combinados com a crença na onipotência da medicina têm originado verdadeiros “purgatórios de beleza”, fazendo com que muitas pessoas direcionem sua vida somente em razão da preocupação com esta, conduzindo-se a padrões de patologia:

“No ano de 2003, tivemos um aumento de 20% nos procedimentos estéticos em todo mundo. A tendência aponta para um grande crescimento no número de cirurgias plásticas cosméticas de 1992 a 2003: um aumento de mamas 657%, lift nas nádegas 526 %, lipoaspiração 412% e, somente de 2002 a 2003, um aumento de 153% nas injeções de botulina.” (AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS, apud NETO, 2006. p. 4).

Nesse culto à beleza perde-se de vista o conceito de “ser-saudável” e tem-se como única meta o “ser-magro”. O fato de o prazer estético ser necessariamente um prazer “à distância” transforma o corpo belo em algo que só pode ser admirado, não podendo ser vivido (CORDAS, 1993). Normalmente as informações que são veiculadas acabam por influenciar nas necessidades e desejos dos indivíduos, as representações que nos remetem à promessa de vida longa e saudável se transformam em auto-reguladores dos seres humanos para se tornarem vigilantes de si mesmos. A cultura ocidental alicerçada com a utilização dos discursos científicos acaba por responsabilizar as pessoas pelos cuidados consigo, e que elas são resultados de suas próprias ações. Significa que cada um é responsável pelo seu corpo, saúde e beleza que tem ou não.

Os meios de comunicação de massa trazem os produtos dessa cultura porque vendem modelos de vida de sucesso, por exemplo, o de realização pessoal. Quando o assunto é a transformação do corpo, seja por meio de cirurgia plástica ou lipoaspiração, o indivíduo busca de qualquer jeito se enquadrar

nas remodelagens, para enfrentar os desafios de beleza mostrados na atualidade. (SANTOS, 2006. p. 10-11). A beleza e o corpo magro foram transformados em objetos de consumo. A beleza tornou-se sinônimo de dinheiro, sucesso, aceitação social. Se as pessoas não se acham bonitas, atraentes o suficiente ou estão insatisfeitas com o seu corpo encontram inúmeros medicamentos, procedimentos cirúrgicos, promessas milagrosas de beleza instantânea. A popularização desses serviços e a banalização desses procedimentos cirúrgicos levam a novas construções de sentidos sobre o corpo, colocando-o como um artefato a ser modelado, um corpo de ocasião, que atenda aos interesses do momento.

O que cria o padrão do belo a ser consumido durante um período de tempo é uma série de acontecimentos que interagem entre si *“como os ingredientes colocados em uma gigantesca panela de pressão em constante ebulição, que de repente estoura e mostra algo inédito”* (KUTSCKA, 1993. p. 107). Assim o sacrifício exigido para modelar o corpo é compensado pela crença de um futuro de sucesso, além da ideologia de um corpo jovem as idéias de um corpo com medidas ideais se tornaram os mandamentos ditados pela mídia, o corpo se transforma no objeto de consumo mais belo e cultuado. A busca pela forma perfeita se apresenta como um narcisismo³⁴ nocivo aos sujeitos na medida em que este passa a viver em função dela; e este desejo narcísico é fruto de idealizações nem sempre correspondentes com a realidade, já que as transformações no corpo podem acarretar em conseqüências adversas que nem sempre o sujeito sabe quais são.

Os limites imitativos do corpo e da psique são geralmente influenciados por medidas irreais e inatingíveis, muitos criados e ajustados por técnicas de manipulação da imagem, pelo uso de

34 Segundo ROSO (1993) preferência narcísica seria a preferência por cópias de carbonos de nós mesmos, por pessoas que compartilhem de nossas atitudes, valores e especialmente de nossos traços pessoais. Podemos entender melhor essas pessoas, não há surpresas ou situações inesperadas; seu comportamento é previsível na medida em que é o que faríamos. Há uma definição interessante do que consiste a “admiração”: é o nosso reconhecimento educado, nos outros, de semelhanças com nós mesmos. (ROSO, M. C. a PSICOLOGIA DA BELEZA. In: In: CORDÁS, T. A. (organizador). Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade. São Paulo: Malteses, 1993. p. 121-126)

aparatos cosméticos e de técnicas de mudança corporal³⁵. As práticas sociais nocivas incluem regimes alimentares radicais e freqüentemente irracionais, lesões corporais pelo excesso de exercícios físicos, danos à saúde pelo uso de anabolizantes ou medicamentos para emagrecer (anorexígenos), distúrbios de imagem que acompanham as bulimias e anorexias, além de uma banalização das intervenções estéticas. A medicina associada a técnicas de embelezamento não é uma prática recente, mas em nenhuma outra época o saber médico teve uma relação tão forte com as demandas estéticas atuais. O desenvolvimento da biotecnociência e o mercado relativo às transformações corporais de natureza estética, sem o menor critério de segurança, começam a se apresentar como novas questões de saúde pública, não é mais possível compreender as concepções de saúde e os cuidados com o corpo nas sociedades, principalmente urbanas e ocidentais, sem considerar à moda, à sedução, o narcisismo, o hedonismo³⁶ e o consumo (FERREIRA, 2006).

2.3. A Medicalização do corpo feminino

“A busca constante pela beleza ideal é uma grande preocupação das mulheres contemporâneas, quer através da cosmética quer através da medicina. A mídia tornou-se uma aliada da mulher a essa busca interminável já que os padrões estéticos femininos mudam a cada época e tornam-se hegemônicos. Foi a partir da imprensa especializada que as mulheres tomaram conhecimento da evolução cosmética, dos novos tratamentos embelezadores, dos esteticistas e das clínicas especializadas. A ciência entra como informação imprescindível, para dar um suposto caráter científico ao discurso das revistas destinadas

35 Sugestões de Vídeos: “Os milagres que o photoshop faz” [http://www.youtube.com/watch?v=NbvsvfC_L9hk](http://www.youtube.com/watch?v=NbvsvfC_L9hk;); “Fotoshop Maquiagem digital: <http://www.youtube.com/watch?v=L7jrFd4VVZ4&feature=related>”; “Atrizes sem maquiagem: <http://www.youtube.com/watch?v=fhWY2bQeZNs&NR=1>”; “Passo a passo de uma maquiagem: http://www.youtube.com/watch?v=lkyi_W88_g0&feature=related”, entre outros.

36 O hedonismo (do grego *hēdonē* que significa prazer) é uma teoria ou doutrina filosófico-moral que afirma ser o prazer o supremo bem da vida humana.

ao público feminino e assim vender e divulgar produtos e serviços de estética.

Gomes

A medicalização do corpo feminino foi construída historicamente como um dos objetos da medicina. Para Milles (apud VIEIRA, 2002. p. 19) *“medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas”*, ao associarmos ciência e medicina sob o mito da objetividade, neutralidade e da veracidade do conhecimento. O aumento da medicalização pode ser explicado pelo crescimento de estabelecimentos médicos ou de profissionais médicos; maior produção, variedade e distribuição de medicamentos, incorporação de temas pela racionalidade biomédica, entre outros. Para Neto (2006. p. 22) às críticas em relação à corporação médica surgiram *“na segunda metade do século XX, em que houve uma grande expansão da medicina, com a utilização de novos exames diagnósticos (especialmente de imagem), de novas classes de medicamentos, de novas técnicas e de materiais cirúrgicos e de novas áreas de pesquisa, como a genética, a imunologia, a virologia, entre outras”*.

A normatividade da medicina vem se expandindo assim como a ampliação dos serviços médicos e o acesso cada vez maior das populações a esse cuidado. A partir do século XIX com o advento do positivismo a biologia passou a ditar as normas que regeriam a sociedade: *“as ciências médicas objetivam resolver os problemas que tocam a própria vida da sociedade, e é através das leis determinadas por elas que toda sociedade deve erigir sua segurança e seus melhoramentos, numa palavra, as regras de sua vida e de seu desenvolvimento”* (KNIBIEHLER, FOUQUET apud VIEIRA, 2002. p. 22). À medida que o processo de higienização se amplia o médico também passa a atuar como educador e guardião da moral e dos costumes, o controle social se estende à sexualidade e à reprodução, principalmente a feminina (natureza ginecológica e obstétrica).

A apropriação da medicina ao corpo feminino efetivamente acontece com o desenvolvimento de conhecimentos cirúrgicos e tecnológicos oriundos da aproximação da medicina com o momento do parto. *“O controle sobre o corpo feminino relaciona-*

*se ao aprimoramento de uma tecnologia que permitiu a resolução de problemas cruciais para a sobrevivência das mulheres e crianças, emergindo num momento em que a manutenção da vitalidade e da saúde é fundamental para a reprodução social*³⁷” (VIEIRA, 2002. p. 23). A prática da obstetrícia como poder médico desloca o conhecimento das mãos das parteiras para os médicos, propiciando o desenvolvimento técnico de uma prática intervencionista e discursiva, além de propor o controle da periculosidade sanitária das cidades, saneamentos dos espaços públicos e ordenação da vida familiar.

Ao longo de sua história o corpo feminino tem sido tratado como algo ameaçador para a estabilidade moral e social, sendo regulado por normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas. A idéia de “natureza feminina” foi embasada nos fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher (gestação, parto, amamentação, menstruação), determinação biológica que tende a justificar as questões sociais a partir do momento em que sua ideologia se torna dominante como explicação legítima e única sobre esses fenômenos e passa a revelar, pela junção de vários aspectos e fatores, que as relações de gênero são construções sociais, apresentando-se de maneiras diversas nas diferentes culturas e contextos históricos. A natureza feminina faz parte da mediação entre a biologia e a organização social e cultural, ou seja, a capacidade biológica de gerar filhos e as experiências e normas da maternidade (VIEIRA, 2002).

Portanto o desenvolvimento de uma sociedade sadia dependeria do desenvolvimento físico, intelectual e espiritual das mulheres e educá-las, conseqüentemente, contribuiria significativamente para o discurso higienista da época e o avanço da profilaxia da infecção puerperal. Com a “descoberta” da função ovariana as teorias médicas passaram a restringir ainda mais a questão da feminilidade e da sexualidade, ao considerarem que uma mulher só era mulher ao se tornar mãe

37 Cabe ressaltar que a mortalidade materna e infantil nessa época ainda era muito alta devido a falta de cuidados de higiene e as precárias condições de subsistência, sendo que para Foucault essa preocupação se referia a questão de assegurar o povoamento, reproduzir força de trabalho, reduzir as formas de relação social, proporcionar uma sexualidade útil e politicamente conservadora (FOUCAULT, 2001).

ou que a menopausa significava o fim da vida sexual, e a menstruação servindo como padrão de normalidade entre as mulheres. Com o aumento de necessidades produzidas pelo discurso médico surge, paralelamente, a necessidade de expansão da assistência médica e a interconexão entre o consumo e a ampliação da assistência, e o quanto estas introduzirão discursos hegemônicos na relação medicina/mulher/sociedade.

2.3.1. A Medicalização e o Embelezamento Feminino

“Deus em seus milagrosos laboratórios celeste preparou um pó misterioso que a mais infinitesimal de suas partículas era bastante para dotar de uma grande formosura a mulher que o obtivesse; a quantidade desse preparado era, porém, tão insignificante que teve por depósito um pequeno dedal de ouro. Ordenou então o Senhor, a um dos anjos de sua divina corte, que descesse à Terra com o minúsculo recipiente e distribuísse o seu conteúdo com as mulheres deste mundo. O mensageiro varou as nuvens em cumprimento de sua agradável missão e apesar de ter regado o mais que pode o precioso pó, o dedalzinho depressa esvaziou-se ficando milhares de moças deserdadas de tão preciosa dádiva; compadecido dessas criaturas, deu-lhes então o Divino Mestre virtude ao espírito e bondade ao coração.”

Severino Uchoa

Após a medicalização do corpo feminino principalmente pelo discurso higienista aflora, então, a medicalização da beleza feminina. O embelezamento feminino tem uma história que vai desde a área médica, do esporte, passando pela higiene e pela moda. Foram criados “remédios” para curar a feiúra, confirmando a importância da medicina e da medicalização da beleza no cotidiano. As técnicas de beleza tornaram-se então disponíveis e acessíveis a todas as mulheres, ou pelo menos, as mulheres que teriam acesso as mais modernas técnicas, que vão desde a produção de perfumes e de cosméticos, acompanhando a ampliação do mercado de produtos industrializados, sempre

ligados ao conforto e aos cuidados corporais e de embelezamento, além das técnicas cirúrgicas e corporais.

“No contexto de uma sociedade em que o lugar do médico é fundamental para a organização moral e social das famílias de elite, a falta de beleza, traduzido em termos de doença, merece o exame médico e o tratamento com remédios. Tendência que confirma a importância da medicina e dos remédios na vida cotidiana. Mas, ao mesmo tempo, ela revela que o domínio da cosmetologia não possui ainda suas próprias prescrições. Submissos aos conselhos médicos e as proposições farmacêuticas, os produto e método de beleza daqueles tempos não têm a autonomia e a complexidade que atualmente lhes são atribuídas” (SANT’ANNA, 1995. p. 123).

A partir dos anos 30 a publicidade passou a destacar a necessidade de liberdade e as novas regras de estética, não se tratava apenas de uma nova moda, mas de um novo paradigma onde cada um seria o responsável por seu embelezamento e prazer, criando uma nova forma de afirmação do indivíduo. O corpo feminino passou a ser trabalhado e exibindo os signos da cultura física e das atividades esportivas, deixando estas atividades de serem exclusivamente masculinas. Ao término do pós-guerra se iniciou o imaginário do corpo magro com as artistas Hollyudianas nas revistas femininas apresentando novos produtos cosméticos e as novas tendências mundiais, o baixo peso é decretado como um elemento primordial da beleza feminina e o excesso como algo nocivo à saúde.

O padrão corporal das estrelas somente pode ser imitado e alcançado através de trabalho árduo com exercícios, disciplina, cultura física, regimes e dietas e a gordura considerada o inimigo número um da elegância e da felicidade. *“Os concursos de miss se multiplicam no entre guerras e fazem com que as modelos exibam seus corpos perfeitos popularizando a nova silhueta. O índice de massa corporal, por exemplo, torna-se uma marca dessa nova preocupação fazendo com que os padrões de beleza corporal cada vez mais se ajustem ao novo código”* (FERREIRA, 2007. p. 97). Os segredos de beleza deixam de existir e o surgimento e ampliação das revistas femininas traduz isso, pois o verdadeiro segredo da beleza passa a depender do aprendizado de técnicas, correto uso da maquiagem etc.

Numa perspectiva apriorística as mulheres situam-se num *locus* potencializado de vulnerabilidade diante de mensagens publicitárias. Nas estratégias discursivas sobre o corpo, são justamente as mulheres, sobretudo jovens e urbanas, os objetos preferenciais dos discursos publicitários. Segundo Wolf (1992) a ideologia da beleza³⁸ existe de forma objetiva e universal, mas que na verdade, a beleza se tornou um sistema monetário semelhante ao padrão do ouro e que, como qualquer sistema, ele é determinado pela política e pela economia. “A ‘beleza’ não é universal, nem imutável, embora o mundo ocidental finja que todos os ideais de beleza feminina se originam de uma Mulher Ideal Platônica” (WOLF, 1992. p. 14-15).

A ascensão de revistas femininas foi resultado de grandes investimentos de capital visto que a busca constante por uma beleza ideal se tornou a maior preocupação das mulheres, e a mídia tornou-se uma aliada das mulheres nessa busca. Castro (2007) analisa a trajetória histórica de duas revistas brasileiras (Corpo a Corpo e Boa Forma) e identifica que no momento em que há uma intensificação do culto ao corpo é o momento em que as duas revistas surgem, tendo como principal foco o self do corpo. Para Perrot (1995) a linguagem e o imaginário são uma dimensão do real e por isso as revoluções acontecem primeiramente no plano simbólico e depois no estrutural.

De maneira geral, podemos perceber que vários são os discursos sobre os corpos femininos assim como as técnicas para o seu embelezamento provenientes, principalmente, pelo discurso médico originado pelos princípios biológicos e higienistas, perpassando por valores relacionados a um corpo saudável e esteticamente aceitável na sociedade e a mídia é a maior propulsora de tais práticas. O grande problema é que esse corpo idealizado pela mídia e pelas motivações de ordem econômicas, são acessíveis apenas para um grupo seletivo de

38 Ela (ideologia da beleza) se transforma na Donzela de Ferro que era um instrumento de tortura da Alemanha medieval, uma espécie de caixão com a forma de um corpo, que trazia pintado os membros e o rosto de uma jovem bela e sorridente. A pobre vítima era ali encerrada. Quando a tampa se fechava, a vítima ficava imobilizada e morria de inanição ou, de modo menos cruel, morria perfurada pelos espigões de ferro encravados na parte interna do caixão. A alucinação moderna que prende as mulheres, ou na qual elas mesmas se prendem, é da mesma forma cruel, rígida e adornada de eufismos. (WOLFF, 1992. p. 22)

modelos e atrizes e, muitas vezes, propiciado por retoques cirúrgicos ou pelo Photoshop, tem se tornado uma grande fonte de renda: *“O faturamento mundial da indústria de cosméticos cresceu no período de 1990 a 1998 em R\$ 167 bilhões. Na Europa ocidental o valor do faturamento do setor em 1998 foi de US\$ 64 bilhões – crescimento de 15% em relação a 1990”* (CASTRO, 2007. p. 41).

Os números não se reduzem apenas as cifras relativas a indústrias de cosmetologia, observa-se um grande aumento nas indústrias de alimentos dietéticos (em dezembro de 1991 os alimentos dietéticos eram consumidos por 55% da população brasileira); no setor de serviços as academias de ginástica movem cerca de R\$ 2 bilhões no país além das clínicas de cirurgias plásticas (o Brasil lidera o ranking mundial de cirurgias plásticas). No que se refere a moda somente o SP Fashion Week movimentou mais de R\$ 600 milhões por edição (idem).

Percebemos desta maneira que a indústria da beleza vem consistindo num forte indicativo da centralidade que o culto ao corpo vem assumindo na cultura contemporânea, reforçada pelo discurso médico científico, utilizando-se da mídia como instrumento legítimo e coercitivo desse padrão.

Ilustração 5: Sistema Único de Saúde



Fonte: http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_25.pdf

Capítulo 3: O Sistema Único de Saúde em Florianópolis/SC

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS/SC

“Plantar tâmaras, para colher frutos daqui cem anos? Como, se já se decidiu que todos teremos de plantar abóboras, a serem colhidas daqui a seis meses?”

Ruben Alves

“Está quentinho e respira então faz parte do SUS.”

Médico de PSF³⁹

A atenção à saúde passou a ser consolidada como política pública somente depois da Segunda Guerra Mundial com o advento do Estado de Bem Estar Social⁴⁰ e dos sistemas de saúde na Europa e nos Estados Unidos, *“antes disso a saúde apresentava uma expressão muito setorial e não tinha a importância econômica que veio a ter com a era de ouro do capitalismo e o advento do sistema de bem-estar social”* (ELIAS, 2000. p. 6). Os pilares centrais dessa política seria o compromisso central do aparelho estatal de prover assistência e suporte para os indivíduos que possuíssem necessidades e riscos sociais (CORTEZ, 2008). Esse estado de bem estar fez com que as economias capitalistas assumissem a obrigação de propiciar assistência aos cidadãos com direitos assegurados legitimamente.

Segundo Pires e Demo (2006) *“o welfare state representou a face mais humana à qual o capitalismo conseguiu chegar, tendo começado a ruir a partir do momento em que a acumulação começou a estremecer, com a falência fiscal do Estado capitalista, desencadeada pela crise do petróleo.”* No

39 Fala pertencente há um médico de PSF de Florianópolis se referindo à população que faz parte do SUS

40 Grosso modo, o Welfare State pode ser pensado como a construção institucional utilizada pelos países capitalistas com o objetivo de harmonizar os conflitos entre capital e trabalho. Em outras palavras, seria a forma encontrada pelos Estados nacionais de cumprir duas de suas funções fundamentais, a saber: a acumulação de capital e de legitimidade frente aos diferentes grupos sociais (CORTEZ, 2008).

Brasil uma das faces do welfare state poderia ser encontrado na implantação do Sistema Único de Saúde.

Neste capítulo pretendemos apresentar um breve histórico da criação do SUS com a finalidade de compreender como e onde o nosso objeto e unidade de estudo se localizam: o Ambulatório de Transtornos Alimentares - Hospital Universitário/SES e três Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis.

3.1. O Surgimento do Sistema de Saúde brasileiro: uma breve história

No Brasil como resultado de um conjunto de embates políticos e ideológicos travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos, juntamente com a constituição de 1988, foi implementado o Sistema Único de Saúde/SUS. Sua finalidade era alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público e de qualidade a qualquer cidadão.

De maneira geral fala-se que o SUS viu o germe de sua construção nascer na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 em Brasília, destacando a definição do conceito ampliado de saúde: *“em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim antes de tudo, os resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”* (BRASIL, 1986). O direito à saúde foi garantido pela Constituição Federal Brasileira de 88: *“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988).

Para Mendes (1996) o SUS não iniciou em 1988 e nem termina hoje:

“Entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término

(...) o SUS esta sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais e resulta de diversas propostas” (Idem. p. 57-58).

Na história mais recente os sistemas de saúde brasileiros transitaram entre o sanitarismo campanhista (1965) para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar em 1980 ao modelo plural como sistema público. Nesse sentido percebe-se a presença forte das determinações econômicas e concepções de saúde em cada época vigente.

Enquanto o modelo agroexportador dominava a economia brasileira o que era exigido, do sistema de saúde, era uma política de saneamento dos espaços onde aconteciam a circulação das mercadorias e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Para tanto se adotou o sanitarismo campanhista *“que tem por detrás de si, uma concepção de saúde, fundamentada na teoria dos germes que leva ao modelo explicativo monocausal, segundo o qual os problemas de saúde se explicam por uma relação linear entre o agente e hospedeiro”* (MENDES, 1996. p. 58).

Com o processo acelerado de industrialização a partir do Governo Juscelino a dinâmica da economia volta-se para os centros urbanos e a existência de um grande aglomerado de massa operária. O desafio dos sistemas de saúde voltou-se para a manutenção das condições de saúde desses trabalhadores *“o modelo médico-assistencial privatista foi gestando-se paralelamente, a um movimento de crescente integração e universalização da Previdência Social: das Caixas de Aposentadorias e Pensões das décadas de 20, aos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos anos 30 a 60, até o Instituto Nacional da Previdência Social”* (Idem. p. 59).

Da Ros (2006) completa:

“(...) as políticas públicas de saúde passam para um modelo de atenção a doença baseado nos IAP’s (Institutos de Aposentadoria Privada – antigos ‘fundos’ de aposentadorias e pensões) para os trabalhadores organizados. (...) o recurso era suficiente para garantir as pensões/aposentadorias e para financiar casas próprias existentes nas cidades industrializadas do Brasil naquela época. (...) A população pobre dependia de hospitais de caridade, Santas Casas de Misericórdia, normalmente, sob a responsabilidade da Igreja. (...) em 1º de abril

de 1964 deu-se o golpe militar, esse golpe determinou extensas modificações em relação ao patamar anterior. (...) De 1964 a 1973 foram 10 anos de repressão forte. Nesses anos, o complexo médico-industrial brasileiro se fortaleceu em níveis inimagináveis. (...) As condições materiais existentes na época, permitiram dessa forma, que surgissem os movimentos contra: a própria ditadura militar e, na área de saúde, apareceu, então, a contra-hegemonia ao modelo Flexneriano⁴¹ e ao modelo unicausal e às atividades do complexo médico-industrial, defendendo um sistema de saúde, em que práticas curativas e preventivas estivessem dentro de um comando ministerial único. Este novo pensamento pode ser simbolizado pelo chamado Movimento pela Reforma Sanitária” (DA ROS, 2006. p. 50-55).

A partir daí, várias foram as mudanças nas políticas de saúde brasileira. Tais mudanças ocorreram na década de 90 através da implantação das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), na busca do fortalecimento de novas formas de financiamento das ações e serviços de saúde na atenção básica. Acontece então uma profunda crise do Estado e de maneira lenta e gradual, a partir dos anos 80, como um processo de transição para o modelo democrático e a elaboração de um novo arcabouço jurídico – a Constituição Federativa Brasileira de 1988. Antes disso em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde (originária do processo para elaboração da Nova Constituição) a Comissão Nacional da Reforma Sanitária dá o pontapé inicial para a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde/SUDS avançando para a desconcentração estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços (MENDES, 1996).

A principal característica do SUDS foi a reorganização e descentralização dos serviços de saúde nos níveis estaduais e municipais e, posteriormente a Constituição de 1988, as Leis Orgânicas de Saúde de 1990 e as Normas Operacionais Básicas

41 Em 1910, foi publicado um relatório, chamado de “Relatório Flexner”, que em síntese, sugeria o não financiamento de faculdades de medicina que contemplassem outros modelos diferentes da Johns Hopkins University, onde se estabelecia um modelo claramente hegemônico de medicina especializada – medicina/ciência/verdade – no hospital. A utilização de exames e medicamentos passa a ser superestimada e se desenvolvem as bases para o poderoso complexo médico-industrial, com imensos lucros por sobre as doenças (DA ROS, 2006)

(NOBs) que propuseram e complementaram o que viria a ser o Sistema Único de Saúde. Os preceitos constitucionais deste novo jeito de entender a saúde compreendiam: universalidade e equidade; integralidade; regionalização, integralização e resolutividade; descentralização e participação (GRISOTTI, PATRÍCIO 2006). Além disso, as Leis Orgânicas da Saúde deixam claro o compromisso dos governos federal, estaduais e municipais na co-responsabilidade da descentralização do SUS relacionando as questões de planejamento e gestão dos serviços públicos, ressaltando a participação popular como ferramenta de controle social destas ações.

O SUS surgiu como um novo marco nas políticas de saúde no Brasil. Representou um grande avanço rumo à organização da assistência ao atendimento à saúde da população brasileira, vindo de enfrentamento ao modelo médico assistencial privatista, rompendo com o conceito de que saúde era a ausência de doenças. A saúde passou a ser percebida e legitimada como um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado garanti-la, compreendendo tanto seus fatores determinantes como condicionantes e assegurando às pessoas e às coletividades condições de bem estar físico, mental e social que se tornaram o enfoque central das políticas públicas no Brasil (BRASIL, 1990). Suas principais dificuldades se encontram nas questões de financiamento e no olhar dos profissionais de saúde que consigam substituir as práticas de atendimento médico-hospitalares por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integradas às ações assistenciais e preventivistas.

Para Elias (2000) a saúde no Brasil nunca foi pensada como um direito e sim como um seguro vinculado ao mundo do trabalho, assinalando ainda que a palavra sistema não se aplicaria ao caso brasileiro, pois sistema se refere numa série de organismos que trabalham em conjunto para uma mesma finalidade. Para este autor o Brasil possui dois tipos de sistemas: um governamental chamado de Sistema Único de Saúde, e outro privado chamado de Sistema Supletivo de Assistência Médica *“e uma espécie de muro, semelhante àquele que existe em Berlim, separando os dois sistemas”* (ELIAS, 2000). Acrescenta que os usuários do SUS não possuem acesso ao Sistema Supletivo, mas que os clientes do Sistema Supletivo de Saúde têm acesso ao SUS, cristalizando o SUS como um prestador de serviços para o sistema privado.

“Os problemas são os que estão lá na raiz da constituição do Sistema de Saúde Brasileiro, isto é, desde 1923. A saúde no Brasil nunca foi pensada como um direito. Ao contrário, a formulação do Sistema de Saúde que nós temos foi pensada como um seguro, vinculado ao mundo do trabalho. Por isso a saúde foi pensada como assistência médica e nasceu vinculada à Previdência Social. A explicação está nesses problemas estruturais que existem no campo da saúde. A saúde, no aspecto cultural, nunca foi pensada numa perspectiva sistêmica no Brasil, como se fosse um sistema de saúde. Curioso é que, hoje, isso não é pensado sequer no plano municipal e no estadual. Na hora de formular as políticas de saúde, se faz uma dicotomia entre o espaço que é público e o que é privado, não se tem essa visão sistêmica” (Idem).

Parece-nos que existe uma enorme distância entre o sonho dos sanitaristas e a prática social do SUS, visto que constitucionalmente o SUS se propõe a ser um sistema público e universal para todos os brasileiros e na prática ele tem sido destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados, como se fosse parte de um sistema segmentado:

“Dessa forma, vem se conformando no país um sistema de saúde no qual convivem três grandes subsistemas: o SUS, o subsistema público, destinado a 130 milhões de brasileiros; o subsistema privado de atenção médica suplementar, destinado a 40 milhões que pagam, por si ou pelo empregador, diferentes operadoras de planos de saúde; e o subsistema privado de desembolso direto, ao qual recorrem ricos e pobres, para a compra de serviços com pagamento direto” (MENDES, 2004).

Apesar das grandes dificuldades que permeiam a implantação concreta do SUS, a luta por melhores condições de saúde no decorrer de sua história passou a fazer pauta das demandas dos movimentos sociais e de vários segmentos organizados da sociedade, dos profissionais e dos gestores em saúde. Enfim grandes ainda são as dificuldades, assim como muito já se avançou, no entanto, para este estudo não iremos adentrar de forma minuciosa nessa discussão visto que fugiria de sua proposta.

3.2. O processo de descentralização e a implantação do SUS nas esferas municipais

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (...)”

Constituição Federal do Brasil

O processo de descentralização do SUS, como uma de suas diretrizes, corresponde na atribuição gradual de responsabilidades aos governos estaduais e municipais quanto aos cuidados a saúde. Descentralizar é transferir poder do âmbito federal para outras esferas de governo, Cunha (2001) salienta para a diferenciação existente entre o conceito de descentralização e desconcentração onde, no último, apenas há o deslocamento de responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores de uma mesma organização, persistindo a subordinação política e não ocorrendo a autonomia. A autora também alerta que a descentralização pode provocar uma fragmentação ou atomização do setor, permitindo que os municípios e os estados formulem e implementem metas e estratégias desvinculadas das diretrizes e princípios do SUS. Para que isso não aconteça se tornam necessário postulados constitucionais e pactuação entre as partes.

Com o processo de descentralização a área de saúde brasileira tem sido marcada por avanços e retrocessos, visto que as questões de ordem política e administrativa estão vinculadas as mais diferentes realidades em relação às características sócio-econômicas de cada estado e município, sendo que muitos municípios, principalmente os menores, ainda permanecem desprovidos de infra-estruturas e capacidade técnica dos recursos humanos, além das heterogeneidades econômicas e desigualdades sociais nas diferentes regiões brasileiras.

O que motivou a descentralização dos serviços de saúde foi a perspectiva de que os pacientes sejam tratados no local em que vivem (territorialização e equipes de PSF responsáveis por áreas determinadas), ou seja, em seus municípios ou mesmo no bairro onde residente evitando que essas pessoas precisem

percorrer grandes distâncias para realizarem os seus tratamentos de saúde. O Ministério da Saúde com o intuito de efetivar as modificações propostas em relação à saúde elaborou as Normas Operacionais Básicas (NOBs), como instrumento de regulamentação e orientação para a implementação do processo de descentralização do SUS.

“As NOBs podem ser definidas enquanto documentos operacionais cujo caráter dinâmico e flexível permite a incorporação de peculiaridades que vão colaborando para a configuração do SUS. Conforme a NOB SUS 1/96, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam mais direta e imediatamente para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do Sistema” (CUNHA, 2001).

A NOBs incentivou a capacitação da gestão municipal, pois favoreceu a formação dos Conselhos de Saúde e dos Fundos de Saúde (requisitos indispensáveis para o repasse de recursos financeiros), e a ampliação da oferta de serviços à proporção que há responsabilização dos municípios e não mais somente da União. Além disso, a NOB SUS 1/93 recomendou três diferentes níveis de gestão, aos quais os municípios poderiam se habilitar conforme a capacidade, cumprimento de responsabilidades e requisitos gerenciais (*idem*) recebendo para isso incentivo orçamentário referente às demandas de serviços sob sua responsabilidade:

Quadro 3: Responsabilidades, requisitos e incentivos financeiros previstos pela NOB SUS 1/93 para os municípios, segundo condição de gestão			
Condições de Gestão	Responsabilidades	Requisitos	Incentivos Financeiros
Incipiente	Programação e controle da assistência das atividades ambulatoriais e hospitalares locais; ações básicas de saúde, nutrição e educação, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conselho Municipal de Saúde ▪ Fundo Municipal de Saúde ou conta especial 	Recebe recursos correspondentes ao FAM
Parcial	Gestão de parte do sistema local (rede ambulatorial e controle de AIH, ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conselho Municipal de Saúde ▪ Fundo Municipal de Saúde ▪ Plano Municipal de Saúde ▪ Relatório de Gestão ▪ Plano de Cargos, Carreiras e Salários ▪ Contrapartida orçamentária 	FAM Saldo financeiro equivalente à diferença entre o teto estabelecido para suas atividades e o gasto efetivo.
Semiplena	Gestão de todo sistema de saúde local	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesmas obrigações da gestão parcial 	Recebe o volume global de recursos correspondentes ao teto financeiro global (amb/hosp/FAM) estabelecido na CIB e aprovado na CIT, para o sistema sob sua gestão

Fonte: Lucchese apud Cunha (2001).

O município que se habilite num desses tipos de gestão passaria a gozar de certas prerrogativas como a elevação da gestão da saúde no seu território, incluindo as implicações políticas advindas e o repasse automático de recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal (GOMES, 2009). Conforme consta na NOB 1/96 os

municípios que não aderirem a essa Norma Operacional continuarão como prestadores de serviços e caberá ao Estado a gestão daquele território, sendo que o município não é impelido a aderir ao sistema, no entanto, não gozaria das prerrogativas acima citadas. O processo de descentralização não garante gestões municipais eficazes:

“Essa autonomia relativa do nível local criou uma situação inusitada para os padrões brasileiros de administração pública. Ao menos enquanto possibilidades estariam criando as condições para a construção de experiências diferentes, conforme a linha política de cada governo local, o quadro epidemiológico prevalente em cada região, ou ainda o grau de controle político que cada comunidade conseguir impor à direção do sistema local.” (CAMPOS, 2006. p. 98)

Essa pluralidade de contextos vivenciados nos municípios e regiões brasileiras passou a exigir desenhos de políticas públicas capazes de responder e dar suporte a estas diferentes necessidades; imprescindível importância do papel dos gestores comprometidos e capacitados na consolidação desta proposta garantindo a universalidade, integralidade e equidade à saúde no Brasil.

O desenho geral do SUS a ser traçado deve, principalmente, orientar as relações entre as unidades de saúde, a compra de serviços e fortalecer a função de regulação do sistema. Uma etapa importante nesse processo de descentralização e desenvolvimento local dos serviços de atenção à saúde é a construção de Planos Municipais de Saúde (PMS), consoante com os planos Estadual e Nacional de Saúde (preservando a autonomia do gestor local), que seja fruto de pactuação entre os atores em cena no território (controle social), e que estabeleça claramente as responsabilidades de cada um, na efetivação do projeto de saúde.

3.2.1. As responsabilidades e os níveis de complexidade em saúde: Pacto de Gestão

Os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (conhecidos como Pactos pela Saúde), redefiniram o papel de cada esfera de governo tendo como prioridade o

fortalecimento da saúde pública no país. O Pacto de Gestão trata do detalhamento das diretrizes da gestão, financiamento do SUS e execução dos serviços, estabelecendo o processo de descentralização e regionalização com a pactuação de responsabilidades do Governo Federal, Estaduais e Municipais estabelecendo o que compete a cada esfera do governo e a gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006b).

A atenção básica é considerada a porta de entrada do SUS, feita normalmente a partir de consultas com os profissionais, planejamento, territorialização e atendimentos nas unidades básicas de saúde. Os serviços de baixa complexidade correspondem à soma das ações básicas mais a disponibilidade de pequenas cirurgias, partos, exames laboratoriais básicos, ultra-sonografia, serviços de raio-x. A média complexidade diz respeito à oferta de todos os serviços assistenciais, laboratoriais, exames com maior grau de sofisticação e algumas especialidades médicas. Já a alta complexidade se refere aos serviços ofertados em grandes centros e aos serviços como transplantes, implantes, tratamentos de câncer, cirurgias do coração, entre outros (BRASIL, 2007c).

Os principais destaques na pactuação de gestão são:

- A regionalização como expressão da realidade dos municípios envolvidos na pactuação. Ela mostra o compromisso de como será a vigilância em saúde, a atenção básica e parte da atenção de média complexidade em cada território, a partir da decisão dos municípios e suas características culturais, econômicas e sociais, facilidades de comunicação e de transporte;

- O planejamento das responsabilidades e dos investimentos entre as regiões e no estado. Essa articulação será estabelecida a partir da realidade das regiões, para alcançar a suficiência da média complexidade e parte da alta complexidade dos serviços de saúde, além das necessidades da área da vigilância em saúde;

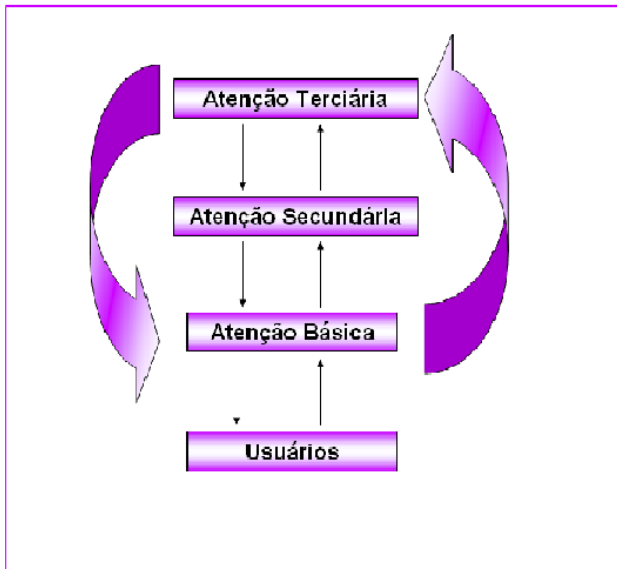
Esse financiamento deve contemplar as desigualdades regionais e sociais, acontecer preferencialmente na modalidade fundo a fundo e em cinco blocos de recursos:

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica;

- Gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

Com o aprofundamento da municipalização da gestão dos serviços de saúde é nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) que a viabilização do SUS é decidida. A idéia básica da organização do sistema de saúde é fazer com que o doente entre pela atenção básica, àquilo que não se consegue resolver nesse nível seja encaminhado para o secundário, que por sua vez irá referir para o terciário as situações nas quais não está capacitado a atender. A idéia de adstrição de clientela só funciona se o serviço souber exatamente qual é a população que ele vai atender (PINHO, 1995). Os serviços de atenção primária delimitados territorialmente se reúnem para dar escala para o nível secundário. Por sua vez, um grupo de serviços secundários se reúne para dar escala para o nível terciário. A construção desse sistema enfrenta inúmeras dificuldades, mas deve ser buscada passo a passo por todos os envolvidos na viabilização do SUS na tentativa de atender integralmente os usuários e diminuir as filas de espera.

Quadro 4: Sistemas de encaminhamento no serviço de atendimento à saúde: níveis de complexidade



3.3. A atual situação da implementação do SUS em Florianópolis

O município de Florianópolis com base na portaria/SS/GAB/Nº 283/2007 aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde seguindo as diretrizes e normas da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

A Atenção Básica⁴² caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica em saúde tem a saúde da família como estratégia prioritária para a sua organização (Idem).

Dentro da Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis desenvolve os seguintes programas: Capital Criança, Capital Idoso, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Prevenção do Câncer e Controle do Tabagismo, Rede de Atenção as Vitimas de Violência e Saúde Bucal, que atuam de forma articulada (rede de atenção) dentro de todos os níveis do SUS – primário, secundário e terciário. Também atua de forma articulada com a Assessoria de Vigilância em Saúde, através da Vigilância

42 Existe uma discussão referente as origens e diferenças conceituais entre os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária”, “Atenção Primária em Saúde”, “Atenção Secundária à Saúde”, no Brasil utiliza-se majoritariamente nos documentos oficiais o termo Atenção Básica, no entanto, percebe-se a variação destes termos dentro de um mesmo documento. Para maiores esclarecimento ver MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; PIVA, M. M. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. Revista APS, v. 2. abril/jun. 2009. p. 204-213

Epidemiológica, Sanitária, Nutricional, Saúde do Trabalhador e Ambiental (BRASIL, 2007b.)⁴³

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) se orientam na atenção integral para o acesso e seguimento nos demais níveis de atenção, e a continuidade do acompanhamento ao longo da vida. A cobertura da ESF em Florianópolis tenta atingir o padrão estabelecido pela Portaria 648/MS de março de 2006, onde recomenda que o número de habitantes para cada equipe multiprofissional seja de 3.000 a 4.000 habitantes por equipe. Ao todo Florianópolis conta com 50 unidades de saúde divididas em 05 regionais de saúde; 01 CAPS; 01 CAPSi; 01 CAPSad; 01 Farmácia Escola conveniada com a UFSC; 04 Policlínicas; 01 Laboratório; 01 Centro de Controle do Zoonoses; e 02 Unidades de Pronto Atendimento (informações retiradas do site da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis).

Em relação às equipes de Saúde da Família cada uma deverá, necessariamente, conter em sua composição multiprofissional no mínimo 01 médico (preferencialmente de Família e Comunidade), 01 enfermeiro, 02 auxiliares ou técnicos de enfermagem e de 05 a 12 agentes comunitários de saúde – ACS. As Equipes de Saúde Bucal – ESB, deverão ter composição básica de 01 cirurgião dentista e 01 auxiliar de consultório dentário – ACD e integrada a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF as quais está vinculada (idem).

Já as equipes de Apoio as ESF, serão organizadas em cada Regional de Saúde de Saúde, compostas pelas Especialidades de Pediatria, Ginecologia, Geriatria, Saúde Mental (Psiquiatria e Psicologia), Assistência Farmacêutica, e outras de interesse da SMS, através de ações de matriciamento que segundo Campos e Domiti (2007) o apoio matricial e a equipe de referência seriam arranjos organizacionais dentro de uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões,

43 Demais informações sobre os programas ver Portaria que aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde em Florianópolis que estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família no município de Florianópolis, no link <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/portarias/2007/portaria_283_esf_municipal_final.doc>.

procurando coincidir a unidade de gestão que compõe as organizações de saúde com a unidade de produção interdisciplinar. Este funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência pressupõe a construção de um espaço coletivo que discutiria casos clínicos, sanitários ou de gestão, participando da vida da organização na UBS, obedecendo a ESF, especialmente quanto à co-responsabilização sobre um território definido, servindo tanto como retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às Equipes .

A Coordenação das ações de Atenção a Saúde é de responsabilidade do Coordenador Local, nas Unidades de Saúde; do Coordenador Regional, nas Regionais de Saúde; e do Departamento de Saúde Pública – Grupo Gestor/SMS, cujas competências se encontram regulamentadas no Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (BRASIL, 2007b).

Além da atenção básica encontramos em Florianópolis as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar definidas como:

“A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade de assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (...) A alta complexidade é um conjunto de procedimento que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar a população acesso a serviços qualificados integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e média complexidade)” (BRASIL, 2007c. p. 17-18)

O conhecimento da situação de saúde e as ofertas de serviços de saúde já existentes são vitais para a elaboração de novas propostas de intervenção, reorientação, modificação, ampliação ou criação de novos serviços ou programas a serem desenvolvidos em cada região/município com o objetivo de melhorar os níveis de saúde da população. Para integrar as novas áreas de atenção à saúde em coerência com o processo global de planejamento, necessitamos também da análise de situação de saúde e estimativas de necessidades da população, para definir as propriedades de políticas de saúde municipais. As

diretrizes para a programação pactuada e integrada a assistência da saúde (BRASIL, 2006b) tenta implantar a equidade de acesso à população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.

No município de Florianópolis percebe-se que os serviços de saúde têm demonstrado uma significativa melhoria, mas que ainda há muito que se fazer. Salientamos que as informações descritas neste capítulo foram retiradas das portarias municipais que descrevem o que deveria ser e não como realmente se encontra o funcionamento do sistema. Aspectos negativos assim como aspectos positivos serão discutidos no capítulo 4 embasados nas falas dos profissionais de saúde entrevistados.

Seguindo as portarias e diretrizes do SUS a rede de Saúde de Florianópolis conta hoje com o modelo de atenção básica a saúde, o Programa de Saúde da Família, além dos níveis de média e alta complexidade em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina e a Secretaria de Estado da Saúde.

Abaixo apresentamos o Mapa referente da Atenção em Saúde no Município de Florianópolis onde podemos observar a localização das unidades de saúde, centros de referências, policlínicas e CAPS. Já na ilustração 07 será apresentado o organograma estrutural da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Legenda:





























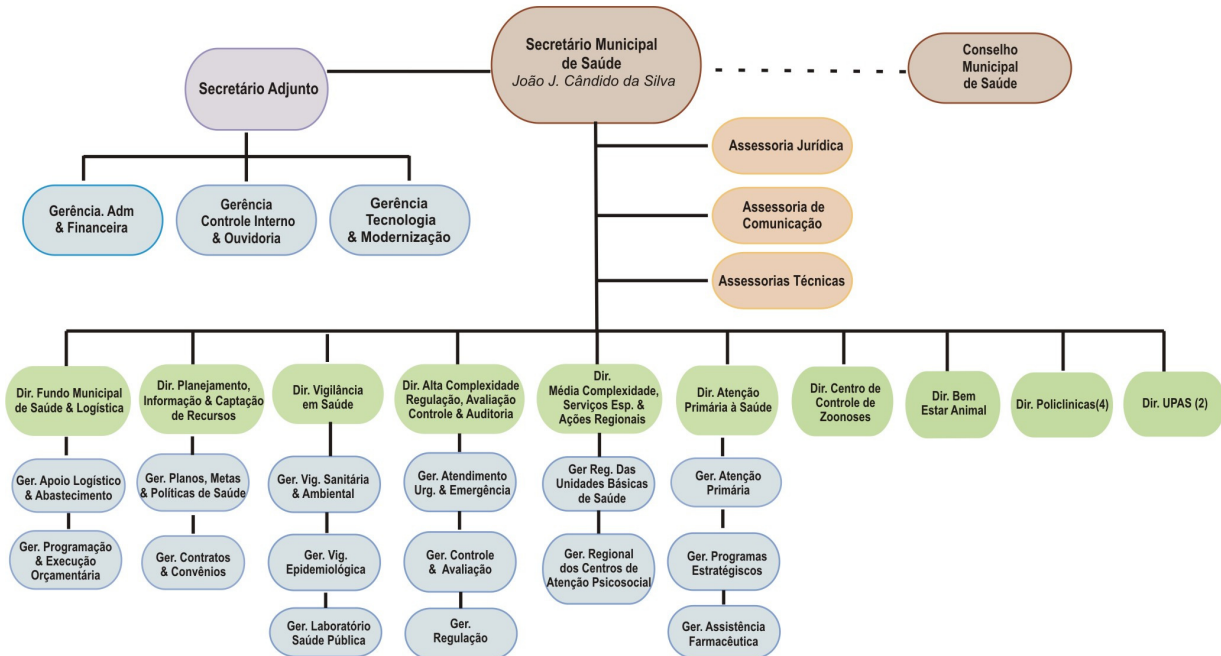
-  Regional de Saúde Centro
-  04 Centros de Saúde
 -  01 CS Agrônômica - Horário estendido até às 22h.
 -  01 Policlínica Municipal Centro
 -  01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS
 -  01 Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes - CAPS i
 -  01 Farmácia Escola UFSC/PMF
 -  01 Administração Central - Sede
 -  01 Administração Central e Vigilância em Saúde
- Unidades de Saúde - Total = 11
-  Regional de Saúde Continente
-  10 Centros de Saúde
 -  01 CS Estreito - Horário estendido até às 22h.
 -  01 Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas - CAPS ad
 -  01 Laboratório Municipal Araci Vaz Callado
- Unidades de Saúde - Total = 13
-  Regional de Saúde Leste
-  07 Centros de Saúde
 -  02 CS Lagoa da Conceição e CS Saco Grande Horário estendido até às 22h.
 -  01 Centro de Controle de Zoonoses
- Unidades de Saúde - Total = 10
-  Regional de Saúde Norte
-  09 Centros de Saúde
 -  01 CS Ingleses - Horário estendido até às 22h.
 -  01 Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)
 -  01 Policlínica Municipal Norte
- Unidades de Saúde - Total = 12
-  Regional de Saúde Sul
-  12 Centros de Saúde
 -  01 CS Fazenda do Rio Tavares Horário estendido até às 22h.
 -  01 Policlínica Municipal Sul
 -  01 Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)
- Unidades de Saúde - Total = 15
- Unidades de Saúde - Total Geral = 61

Ilustração 7: Estrutura Organizacional da SMS de Florianópolis

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS 2009



Fonte: SMS de Florianópolis

3.4. Ambulatório de Transtornos Alimentares HU/SES⁴⁴

Em fevereiro de 2005 foi implantado o Ambulatório de Transtorno Alimentar no Centro de Atendimento Psico-Social – CAPES/SES como campo de ensino para os residentes médicos em psiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, e até o presente momento é o único recurso da rede pública de Santa Catarina na assistência ambulatorial dos transtornos alimentares atendendo pacientes de todo o estado.

Em 2006 o ambulatório passou a funcionar nas instalações do Hospital Universitária, formando um convênio SES/HU. A equipe é constituída por um psiquiatra lotado pelo IPQ e outras duas psicólogas lotadas pelo CAPS, além de uma nutricionista e uma psicóloga voluntária e dois residentes médicos em psiquiatria.

O modelo assistencial adotado pela equipe se fundamenta na teoria cognitivo comportamental, psicanalítica, implementado pela abordagem de grupos operativos e dos processos reflexivos, e da utilização de recursos farmacoterapêuticos e psicoeducacionais, além de trabalho interdisciplinar. A prioridade do modelo de atendimento é em grupo, exceto nos primeiros atendimentos onde as consultas são individuais para verificar qual será o melhor grupo de atendimento para a paciente.

O funcionamento do ambulatório se dá todas as segundas-feiras a tarde nas dependências do Hospital Universitário, atendendo clientela do SUS com sintomatologia ou diagnóstico de anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica. As triagens são realizadas pelos residentes através de agendamento prévio da demanda espontânea com ou sem encaminhamento. Os casos são discutidos em reuniões de equipe interdisciplinar semanalmente para a definição dos encaminhamentos apropriados para cada caso.

As atividades individuais com as pacientes se concentram nas triagens e consultas, sendo que a primeira consulta ambulatorial de cada paciente dura em torno de 30 a 45 minutos e a demais consultas de retorno aproximadamente 20 minutos.

44 Todas as informações foram retiradas Relatório de Implantação e Assistência no Ambulatório de Transtornos Alimentares da Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da SES. Florianópolis, 2007, acrescidas de informações das entrevistas com os profissionais do ATA.

De maneira geral o atendimento individualizado no consultório apresenta cinco partes distintas: acolhida do paciente, identificação do transtorno alimentar e estado nutricional, identificação do comportamento alimentar, prescrição dietética e orientação nutricional.

Em relação aos grupos estes são divididos em três grupos bem delimitados: a) grupo de manutenção; b) grupo de familiares; c) atendimento de famílias. No primeiro grupo o atendimento se restringe somente para as pacientes, no segundo é convidado a participar todos os familiares das pacientes que possam estar presentes naquele dia, e no atendimento de família é um atendimento específico para uma única família.

O Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES está incluído dentro do Sistema de Média Complexidade, não está ligado diretamente ao sistema de saúde municipal visto que o seu objetivo é servir de campo de estágio para os residentes em medicina psiquiátrica, também não possui um encaminhamento formal ou mesmo sistema de referência e contra-referência.

3.5. Apoio matricial, referência e contra-referência

A atenção integral à saúde dos usuários tem sido um dos principais objetivos das políticas públicas e das estratégias de assistência à saúde, para tanto acreditamos que seja necessário a construção de múltiplas entradas e múltiplos fluxos às necessidades demandadas. A busca constante de novos modelos organizacionais baseia-se na procura de alternativas que se não possam dar conta dos objetivos propostos acima, pelo menos auxiliem na diminuição da demanda reprimida e nos encaminhamentos aos demais níveis de atenção.

Para o Ministério da Saúde esses novos arranjos organizacionais devem ser transversais *“no sentido de produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde”* (BRASIL, 2004. p. 6). Nessa perspectiva criaram-se as Equipes de Referência e as Equipes de Matriciamento.

As equipes de referências (que seriam os profissionais das UBS que compõem as equipes de PSF e de ESB representam uma proposta para minimizar a falta de definição de responsabilidades, vínculos terapêuticos e de integralidade na

atenção à saúde, já as equipes de matriciamento (também chamadas de apoio matricial) se tornariam um complemento às equipes de referência: ao invés de encaminhar o paciente para as especialidades, as equipes matriciais participariam junto com as equipes de referência no atendimento de casos específicos (idem).

Em Florianópolis as equipes de matriciamento são responsáveis por determinadas equipes de saúde da família, sendo que no início de cada mês são previamente agendadas as reuniões de matriciamento onde os profissionais da atenção básica que estejam em dúvidas ou necessitando de orientação de algum caso clínico mais complexo trazem o caso para discussão durante a reunião. A interconsulta propõe então a integração entre a equipe de referência e os profissionais do matriciamento na expectativa de diminuir o número de encaminhamentos dos pacientes aos outros níveis de complexidade, tentando atingir um maior grau de resolubilidade dentro da atenção básica. Somente a partir do momento em que o caso clínico foge dessa área de abrangência que o mesmo passa a ser encaminhado a outro nível de complexidade em saúde, sejam as policlínicas ou aos hospitais.

Ilustração 8: Que caminho seguir



Fonte: http://jorgesa.files.wordpress.com/2008/04/istock_000003464737xsmall.jpg

Capítulo 4: Percorso Metodológico e Análise dos Dados

4. Percurso Metodológico e Análise dos Dados

A Ciência permite identificar respostas (embora provisórias) para os problemas que nos são colocados desde que seja de forma objetiva e com linguagem precisa, fundamentada em conceitos, métodos e técnicas. O campo científico, apesar de toda sua normatividade, é permeado por conflitos e contradições, assim, torna-se importante pensar a cientificidade do discurso como uma idéia reguladora que norteia as questões de investigação e não como um simples sinônimo de modelos, normas e regras a serem seguidas como forma de 'engessamento' metodológico.

Podemos pensar a cientificidade como uma idéia reguladora de alta abstração, pois se percebe que a história da ciência revela o que foi produzido em determinado momento histórico, com toda a relatividade do processo de conhecimento considerando as condições concretas existentes como as teorias, técnicas e tecnologias produzidas até aquele momento. Se pensarmos no objetivo das Ciências Sociais concluiremos que ele é histórico devido ao fato das sociedades humanas existirem num determinado espaço e cuja formação social e configuração serem específicas (MINAYO, 2004). Além disso, o fato social é um fato do qual não se pode excluir a relação do observador com o observado, pois esta também é uma relação social.

“Quando entrevistamos pessoas, quando pedimos a elas que respondam às perguntas do nosso questionário, quando observamos os seus comportamentos concretos em relação aos seus corpos e aos alheios, esforçamo-nos por adotar uma postura 'objetiva'. Todavia os dados assim recolhidos, não deixaram de ser matizados pelo corpo teórico da ciência que nos guiou ao elaborarmos os questionários, as entrevistas e observações (...) o que vale também para a seleção do tema” (RODRIGUES, 1983. p. 4).

Desta maneira parece não haver uma atitude totalmente neutra e objetiva, mas sim um esforço do pesquisador em tentar se aproximar de uma postura de neutralidade e objetividade. No entanto, o produto desta atividade ao ser absorvido socialmente não será neutro, pois, na prática social teria o caráter de legitimação ou de denúncia do tema em questão. Uma vez conhecida e assumida essa condição da pesquisa, utilizando-se

de instrumental teórico e metodológico adequados é possível manter a crítica e a compreensão, tanto do objeto como do próprio pesquisador. (MINAYO, 1999).

A escolha do tema anorexia nervosa como pesquisa para esta dissertação de mestrado iniciou com a problemática das comunidades Pró Ana e Pró Mia encontradas na internet em sites de relacionamento, como por exemplo, web site orkut. A inquietude em tentar compreender o que motivava pessoas no mundo inteiro, principalmente adolescentes do sexo feminino, a encontrar maneiras de não sentir fome, de trocar experiências de como fazer para não comer ou relatar práticas de indução de vômito na tentativa de não engordar e mesmo chegar a um profundo emagrecimento voluntário e comprometedor das necessidades vitais do organismo, propiciou várias inquietações, campo e material para a pesquisa.

Com o aprofundamento teórico do conteúdo e a constatação da inexistência de reflexões sobre a prática e a representação dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro sobre a anorexia nervosa, desde o seu diagnóstico a sua terapêutica foi ressaltada a importância e necessidade de tal estudo. A seguir apresentaremos o processo metodológico escolhido para a nossa investigação científica, bem como a análise e discussão dos dados coletados.

4.1. Delineamento da Pesquisa

A presente pesquisa é de caráter qualitativo de cunho exploratório e analítico e adotou como princípio de delineamento o estudo de caso. A coleta de dados foi obtida por meio de entrevistas semi-estruturadas individuais aplicadas e transcritas pela própria pesquisadora, sendo que o tratamento analítico dos dados baseou-se na teoria da análise de discurso. Para esta pesquisa as falas dos profissionais de saúde tiveram um importante papel, pois possibilitaram revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas, símbolos e características específicas de cada área profissional na tentativa de identificar qual a representação dos sujeitos selecionados em relação à problemática proposta.

Em outras palavras, a partir das representações dos profissionais do SUS se buscou em suas rotinas de atendimento, diagnóstico, encaminhamento, tratamento, trabalho em equipe e

estruturação das redes de cuidados à saúde e níveis de complexidade em saúde, a representação da anorexia nervosa para se (re)conhecer as prováveis implicações que tais práticas podem resultar no fechamento do diagnóstico e no tratamento a pacientes com tal transtorno alimentar.

4.1.2. Aspectos Éticos Da Pesquisa

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa a mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer consubstanciado de número 347/07 (anexo 4) e também aprovado pela Comissão de Ética de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. Todos os participantes foram informados da intenção da pesquisa pelo Termo de Consentimento Livre Esclarecido (anexo 5) e informados de que não eram coagidos a participar da pesquisa e poderiam desistir a qualquer momento. Para garantir o sigilo dos informantes todos tiveram seus nomes trocados por codinomes, mantendo-se apenas a sua categoria profissional. Também foram omitidos os nomes das Unidades Básicas de Saúde.

4.1.3. Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada de outubro de 2008 a fevereiro de 2009 e dividiu-se em três momentos: a) entrevistas com os profissionais que trabalhavam nas UBSs selecionadas; b) localizar e entrevistar os antigos profissionais de saúde que trabalharam nas UBSs selecionadas; e c) entrevistas com os profissionais do ATA HU/SES.

Antes do início das entrevistas foi marcada uma reunião com o Coordenador de cada Unidade de Saúde para apresentar o projeto, discutir sobre a situação de sua unidade de saúde e definir os sujeitos que seriam pesquisados. O critério de escolha foi por maior tempo de serviço do profissional naquela unidade de saúde. Em seguida os profissionais selecionados foram contatados e consultados sobre o seu interesse em participar da pesquisa e a disponibilidade de horários para a entrevista. Todos os profissionais aceitaram o convite não ocorrendo nenhuma resposta negativa.

Devido ao processo de trabalho e de atendimento do Ambulatório de Transtornos Alimentares ser diferente do atendimento da atenção básica e por possuir apenas três profissionais com vínculo empregatício, optou-se por entrevistar estes três profissionais e em não entrevistar os residentes estagiários de psiquiatria e os profissionais voluntários, tendo em vista que um dos critérios de escolha seriam profissionais pertencentes ao Sistema Único de Saúde em exercício no município de Florianópolis. Devido a uma das Unidades servir de campo de estágio para os residentes em Saúde da Família achamos importante entrevistá-los, já que os mesmos atuam na UBS e interferem diretamente na rotina da mesma.

Com exceção dos médicos que trabalharam em períodos anteriores e uma psicóloga do ATA, que tinha pouca disponibilidade de horários para fazer a entrevista durante o seu horário de atendimento no ambulatório, todas as demais entrevistas aconteceram nos locais de pesquisa, ou seja, no próprio local de serviço já que o intuito da pesquisa era analisar a percepção dos sujeitos no desenvolvimento de seus papéis profissionais.

As entrevistas realizadas no espaço de funcionamento da atenção básica eram aplicadas dentro do próprio consultório do profissional, isso quando este possuía consultório. Em certos casos ocorreram trocas do local, quando algum outro funcionário estava precisando ocupar aquele espaço para outro atendimento. Dificilmente as entrevistas ocorriam sem interrupções: a todo instante alguém entrava para perguntar alguma informação, orientação ou mesmo pegar algum material que estava no consultório. Alguns entrevistados chegavam a demonstrar certa irritabilidade inclusive ressaltando que essa interrupção constante também acontecia durante as consultas e atendimentos de seus pacientes.

As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos entrevistados. O roteiro estrutural das perguntas encontra-se no Anexo 6 sendo que foi aplicado roteiros diferenciados para os profissionais de saúde atuais nas UBSs, os médicos que anteriormente trabalharam nas UBSs e para os profissionais especializados em transtornos alimentares. Apenas uma enfermeira solicitou que após a transcrição da entrevista esta fosse enviada para seu correio eletrônico para, se necessário, acrescentar correções. Os outros entrevistados disseram que

não era necessário tal procedimento, pois estavam “confiando na pesquisadora”.

Uma das entrevistas no Ambulatório foi realizada concomitantemente ao atendimento de supervisão dos residentes, sendo que estes trechos por conterem informações sigilosas (dos casos em atendimento, discussão de prontuários e nomes de pacientes) não foram transcritos. Também foi autorizada à pesquisadora sua participação nas reuniões de equipe do ATA, momento este que antecedia as atividades do ambulatório e contava com a presença de todos os profissionais e residentes, onde eram analisados e discutidos alguns casos e procedimentos terapêuticos, informes gerais, planejamento das atividades que ocorreriam durante à tarde, esclarecimento de eventuais dúvidas entre outros assuntos. Este momento não foi gravado, mas percebe-se a necessidade de deixá-lo registrado em virtude da riqueza de aprendizado para a pesquisadora e também como forma de agradecimento à equipe por propiciar esta abertura e acolhida.

4.2. Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados a luz da Teoria da Análise de Discurso. Uma das possíveis leituras para esta teoria diz respeito que o discurso seria uma prática social de produção de textos, ou seja, que todo discurso seria uma construção social e não individual só podendo ser analisado se considerarmos seu contexto histórico e social, a sociedade em que seus sujeitos estão inseridos, pois esse discurso passaria a refletir uma determinada visão de mundo *“é uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou escrever o mundo, e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social.”* (GILL, 2007. p.244).

Na literatura é possível encontrarmos algumas características-chaves da AD:

“1) A postura crítica com respeito ao conhecimento dado, aceito sem discussão e um ceticismo com respeito à visão de que nossas observações do mundo nos revelam, sem problemas, sua natureza autêntica.

2) O reconhecimento de que as maneiras como nós normalmente compreendemos o mundo são históricas e culturalmente específicas e relativas.

3) A convicção de que o conhecimento é socialmente construído, isto é, que nossas maneiras atuais de compreender o mundo são determinadas não pela natureza do mundo em si mesmo, mas pelos processos sociais.

4) O compromisso de explorar as maneiras com os conhecimentos – a construção social de pessoas, fenômenos ou problemas – estão ligados a ações/práticas.” (BURR apud GILL, 2007. p. 245)

O discurso não é somente a língua e nem tão somente a fala, mas seria uma exterioridade à sua existência material realizada através da materialidade lingüística, firmada em um ou vários sistemas estruturalmente elaborados. Portanto, o estudo discursivo considera em suas análises não apenas o que é dito, mas as relações que esse dito estabelece com o que já foi dito antes e também com o não-dito, refletindo sobre a posição social e histórica dos sujeitos que ao produzir o seu discurso não o fazem livre de interferências, mas sim como resultado de conjuntos discursivos anteriores que lhes foram introduzidos e a partir do qual constituem suas representações sobre o mundo (FERNANDES, 2007).

Por entendermos que esta é uma teoria que trabalha com as relações entre os ditos e não ditos e os sujeitos de forma diferenciada e não estanque, optamos pela utilização deste referencial de análise para os dados, tendo em vista que estes discursos produzidos são determinados pelos discursos anteriores, mas que também determinarão os discursos que virão postumamente a ele, percebendo inclusive a maneira como os participantes responderam não só as perguntas, mas as suas auto-reflexões e as novas dúvidas e questionamentos que surgiram no decorrer das entrevistas e posteriormente.

Para o procedimento de análise as falas foram “divididas” nas seguintes categorias gerais:

- Erro;
- Rotina profissional;
- Facilidades no processo de trabalho (ou pontos positivos);
- Dificuldades no processo de trabalho (ou pontos negativos);
- O que é a anorexia nervosa;

- O que ocasiona a anorexia nervosa;
- Quem faz o diagnóstico;
- Tratamento mais adequado;
- Casos de anorexia nervosa;
- Complexidade relacionada a anorexia nervosa;
- Profissionais mais adequados para trabalharem em casos de Anorexia Nervosa;
- Inclusão de sociólogos e outros profissionais nas equipes de transtornos alimentares;
- Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES;
- Como a área de especialidade (profissionais do ATA) percebe a anorexia nervosa em SC e na atenção básica.

As subcategorias que surgiram da análise das categorias gerais serão apresentadas, exploradas e analisadas no decorrer desse capítulo. Não pretendemos com a análise destes dados construir ou mesmo identificar categorias universais, mas dentro das limitações da pesquisa propiciar interpretações particulares dentro de nosso contexto específico – a representação da anorexia nervosa entre os profissionais do SUS do município de Florianópolis – fundamentada na argumentação do material coletado.

4.2.1. Identificação e Localização dos Sujeitos da Pesquisa

A proposta inicial para a escolha do número de sujeitos a serem entrevistados era de 01 profissional de cada categoria da área da saúde (médica, psiquiátrica, nutricional, psicológica e enfermagem) de três unidades básicas de saúde da rede municipal de saúde de Florianópolis, além de um residente das respectivas áreas visto que uma das unidades escolhidas funcionava como campo de estágio para os residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família do Departamento de Saúde Pública/UFSC, que pudessem ter atuação direta no diagnóstico ou tratamento de casos de anorexia nervosa, e três funcionários do Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES. A escolha das unidades de saúde foi estabelecida através do critério de maior número de casos de

anorexia nervosa diagnosticados entre janeiro de 2003 a julho de 2008⁴⁵.

A priori a escolha das UBS deu-se através da contagem de casos de anorexia nervosa diagnosticados e devidamente preenchidos no sistema RAAI-RAAC – CID 10 de atendimentos no município de janeiro de 2003 a julho de 2008. O levantamento do número de casos surpreendeu a pesquisadora e demais orientadores envolvidos pela quantidade de diagnósticos, visto que uma das hipóteses principais era o de subdiagnóstico da doença. Os números registrados de casos foram contados conforme o que se segue:

- 2003 total de casos 743;
- 2004 total de casos 628;
- 2005 total de casos 516;
- 2006 total de casos 393;
- 2007 total de casos 407
- Janeiro a julho de 2008 total de casos 138.

Como a maioria dos profissionais entrevistados não sabia o porquê de números tão elevados, seja porque não tinha atendido casos ou porque não trabalhava na unidade anteriormente foi necessário, portanto, entrevistar os médicos que trabalhavam nas UBSs nos anos anteriores visto que é grande a rotatividade dos profissionais entre as UBSs do município e entre os próprios cargos de coordenação e administração. A partir desta nova problemática ao todo foram entrevistados 22 profissionais sendo eles: 03 psicólogas; 02 psiquiatras; 08 médicos; 04 enfermeiras; 02 nutricionistas todos pertencentes à atenção básica. Além de 02 psicólogas e 01 psiquiatra pertencente ao Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES.

4.2.2. Categorias Analisadas

De maneira geral os sujeitos entrevistados variam de 26 a 61 anos sendo que a faixa etária predominante é dos 30 aos 35 anos. 14 sujeitos são do sexo feminino e 8 do sexo masculino. O que há mais tempo está formado é um médico com 36 anos de formado e com menor tempo de formação temos um médico, uma enfermeira e uma psicóloga com 2 anos; sendo que a

45 Esses dados foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

maioria encontra-se formado há pelo menos 6 anos. As Instituições de Ensino Superior citadas como instituições onde se formaram foram: Universidade Federal de Curitiba, Unisul, Universidade Federal de Santa Catarina, Fundação Federal de Ciências Médicas (POA), Escola Paulista de Medicina, Uruguai/Montevidéu, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de São Carlos, sendo que a UFSC é onde a maioria dos profissionais fez a sua graduação.

Exceto um médico e uma enfermeira todos os outros possuem algum tipo de pós graduação (Especialização em Saúde Pública, Especialização em Psicologia Hospitalar, Especialização em Atendimento Primário, Psicologia Clínica, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Psiquiatria, Pediatria, Acupuntura, Mestrado incompleto em Psicobiologia, Especialização em Saúde da Família, Especialização incompleta em Medicina do Trabalho, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Mestrado em Epidemiologia, Doutorado incompleto em Epidemiologia, Clínica Geral, Especialização em Obstetrícia e Saúde da Mulher, Nutrição e Direitos Humanos, Especialização em Transtornos Alimentares, Especialização em Grupoterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional). Todos os entrevistados já atuaram em outras UBSs ou em outro nível de complexidade em Saúde e alguns já trabalharam em outros estados.

Após um panorama geral dos sujeitos pesquisados iniciaremos a discussão das categorias específicas de análise, sendo que optamos por iniciar pela categoria “Erro” por acharmos metodologicamente importante e estratégica.

4.2.2.1. O Erro

Tendo em vista o alto número de diagnósticos de anorexia nervosa se iniciou uma verdadeira “investigação” para descobrir quem havia diagnosticado tantos casos ou o que havia acontecido para se ter encontrado um número tão grande de diagnósticos, pois os profissionais que atendiam naquele momento nas UBSs não tinham recordações de tantos casos, não sabiam explicar o porquê daquele número e nem mesmo sabiam o número atual de casos:

“É porque na verdade você está falando e eu fiquei lá pouco tempo, fiquei dois meses e meio, três meses, então

foi um período curto e de lá eu vim pra cá já. Mas eu não recebi casos assim, não tinha muito não, mas como te disse estive lá num espaço muito curto, então quando você falou esse número eu até fiquei pensando.” (Psicóloga 01)

“É né? É de se estranhar porque é uma comunidade que tem muita desnutrição para se ter muita anorexia.” (Enfermeira 03)

“Eu não sei o que aconteceu de 2002 a 2005 para ter tantos casos porque hoje não tem tantos casos assim, não sei. Agora assim tu vai fazer essas entrevistas com os médicos de como é feito o fechamento dos relatórios de atendimento individual, porque na hora que você vai colocar o CID, lá como é feito isso também não sei te dizer porque pode ser dado lá, acho que essa percepção do que é anorexia acho que é bem importante trabalhar, isso aí gente teria que ver. Mas é interessante, eu vou inclusive atrás pra ver quanto tem esse ano porque eu não to sabendo (risos).” (Nutricionista 01)

“Não, aqui tem algum erro, que tipo de erro eu não sei. Não é isso aí, com certeza não é. Ou é erro de diagnóstico ou erro de... não sei... alguma coisa. As vezes tenham agrupado tipo todas as consultas relacionadas com alimentação como transtorno alimentar e aí trocaram, só pode ser.” (Psiquiatra 3)

“Porque uma coisa é dizer que não tinha nenhuma, bom quando não tem nenhuma por muito tempo a gente pode pensar que de certo o profissional está dessensibilizado porque pode ter passado por mim e eu não ter nem percebido, aí é uma coisa. Um pingadinho aqui, um pingadinho ali ele sabe que existe, agora 70, 70 é uma epidemia. (...) E será que foi colocado de errado? Foi tirado de errado? Foi consolidado de errado? Porque a gente trabalha com dados aqui e a gente sabe que cada ponto é um ponto sujeito a erros. Eu fiquei bem curiosa queria saber de onde tiraram tantos casos de lá” (Médica 4)

“Então você também não sabe o que está acontecendo?”
(Psicóloga 03)

Apesar do resgate histórico e da ampliação do número de profissionais a serem entrevistados não estavam ocorrendo progressos na pesquisa para tentar compreender o que ocasionou tais dados:

“Eu duvido que você vai encontrar algum médico que tenha visto mais de 5 casos num mês, eu vi dois casos no ano inteiro (...) Mas se fossem tantos casos, mesmo que fosse dispersado entre os 5 médicos imagina a gente seria alertado porque ‘Meu Deus está com uma epidemia de anorexia aqui!’” (Médica 4)

“Eu não atendi nenhum caso até porque lá é uma área de risco, o que mais tinha era diagnósticos de doenças infecciosas, talvez teria que entrevistar as psicólogas.”
(Médico 5)

“Não atendi nenhum caso inclusive lá é área de risco por causa do tráfico de drogas, o que eu mais atendia eram doenças infecciosas.” (Médica 6)

“Lembro de ter atendido alguns casos de bulimia, o ideal seria que se verificassem os prontuários de alguns pacientes para poder fazer algumas eliminações.” (Médica 7)

O achado de tal inusitado dado propiciou a reflexão dos profissionais mediante a confiabilidade dos dados e do próprio sistema de informatização utilizado pela SMS, visto que ainda encontramos algumas UBSs que não têm acesso a esse sistema informatizado dos dados ou mesmo da alimentação *on line* dos prontuários dos pacientes, que devido ao sistema de referência e contra-referência gera a necessidade do usuário sair de sua unidade de origem e ter que consultar com outros profissionais em outras unidades ou mesmo nos níveis secundário ou terciário de atenção à saúde. Essa foi a maior queixa, principalmente dos profissionais das equipes de matriciamento, onde a falta de computadores em várias unidades dificultava o acompanhamento dos casos de seus pacientes por causa do prontuário que, ao invés de ficar disponível *on line*, era

ainda em forma de pastas que ficam arquivadas na unidade de origem do paciente. Analisemos as falas a seguir:

“Tem as dificuldades que fazem parte da Prefeitura de um modo geral como não ter computador em todos os postos de saúde, então eu vou fazer um matriciamento no posto ‘X’, por exemplo, onde não tem prontuário eletrônico ai eu atendo a pessoa lá uma vez, se é caso grave eu vou mandar para atendimento no local ‘Y’, só que chega lá e eu já não lembro o que era e a pessoa não lembra o nome do remédio. Então isso é meio complicado não ter o computador em todos os postos de saúde, a maioria dos postos não tem computador isso eu acho uma grande dificuldade, pra mim tem que ser prioridade informatizar todos os postos.” (Psiquiatra 02)

“Não, não, não é nem erro é a falta de uniformização, por exemplo, eu atendo (sei lá) 60% dos meus pacientes são hipertensos só que eles têm hipertensão e mais um mundo de coisas que eu não tenho muito tempo para ficar colocando todas as CIDs, eu só coloco uma CID, qual? Hipertensão, que é o problema número 1 do paciente. Ai vai todo mundo como hipertensão.” (Médica 01)

“O problema deve estar relacionado ao programa da Prefeitura que tem uma limitação muito grande referente as CIDs. Acho que o possível erro para esses números seria referente a sintomas e não diagnósticos.” (Médica 7)

O mais curioso é que vários médicos relataram que muitas vezes ao alimentar o sistema eles não colocavam o Código CID do diagnóstico, mas colocavam o Código CID referente ao sintoma que o paciente apresentava e mostravam-se conscientes de que os números eram passíveis de erro pela própria maneira como os códigos eram inseridos.

Após incessante busca o erro foi localizado. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 – que é utilizado pelo sistema de informatização da SMS de Florianópolis, a Anorexia Nervosa apresenta-se com o código “F 50.0” e está relacionada ao Capítulo V referente aos Transtornos Mentais e Comportamentais sendo descrita da seguinte maneira:

“F50.0 Anorexia nervosa: Anorexia nervosa é um transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente. O transtorno ocorre comumente numa mulher adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer num homem adolescente ou jovem, como numa criança próxima à puberdade ou numa mulher de mais idade até na menopausa. A doença está associada a uma psicopatologia específica, compreendendo um medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, intrusão persistente de uma idéia supervalorizada. Os pacientes se impõem a si mesmos um baixo peso. Existe comumente desnutrição de grau variável que se acompanha de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas. Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos. **Exclui:** perda de apetite (R63.0); psicogênica (F50.8)

F50.1 Anorexia nervosa atípica: Transtornos que apresentam algumas das características da anorexia nervosa mas cujo quadro clínico global não justifica tal diagnóstico. Por exemplo, um dos sintomas-chave, tal como um temor acentuado de ser gordo ou a amenorréia, pode estar ausente na presença de uma acentuada perda de peso e de um comportamento para emagrecer. Este diagnóstico não deve ser feito na presença de transtornos físicos conhecidos associados à perda de peso.” (CID 10, 2008).

Mais adiante no Manual encontramos no Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99) a seguinte descrição:

“R63 Sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e líquidos. **Exclui:** bulimia SOE (F50.2), desnutrição (E40-E46), transtornos da alimentação de origem não-orgânica (F50.-),

R63.0 Anorexia: Perda do apetite **Exclui:** anorexia nervosa (F50.0), perda do apetite de origem não-orgânica (F50.8)” (CID 10).

O relato abaixo exemplifica como funciona o processo de diagnóstico:

“Outras pacientes chegam no consultório ‘há doutor porque eu vim me consultar, porque eu estou nervosa eu não consigo dormir, eu não consigo comer, eu não me alimento, eu estou me sentindo fraca porque eu não consigo paz’, então é aquela paciente que está admitindo, ela está anoréxica, ela não está comendo direito, mas você não vê desnutrição. É como você dizer para mim ‘doutor eu estou há três dias sem comer’ eu até acredito, mas eu olho para você ‘mas como? Ta tudo bem não vai morrer’. Mais ou menos é isso que a gente tem no dia a dia, a gente não tem aquele desespero ‘o doutor será que o senhor poderia examinar a minha filha que faz um mês que ela não come?’” (Médico 8)

Encontramos então a chave do problema: os casos que achávamos ser de diagnósticos de anorexia nervosa (F. 50.0) na verdade eram de anorexia (R 63.0) cuja sintomatologia se restringe apenas à perda de apetite, excluindo anorexia nervosa, podendo estar relacionada a qualquer outra patologia. Alguns dos profissionais sugeriram tal possibilidade:

“No mínimo era um monte de dados de criança inclusive. (...) É, mas geralmente quando ela coloca anorexia vai como sintoma para criança ou idoso” (Nutricionista 2)

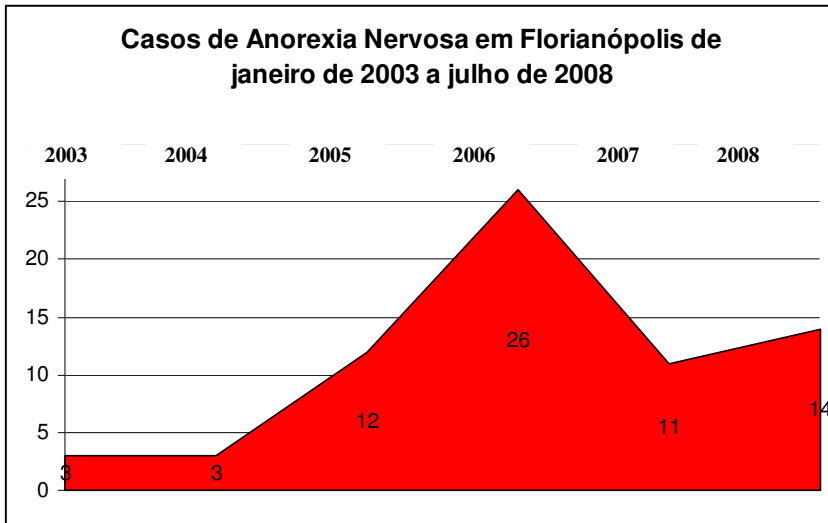
“Pode ser também... que seja também, eu falei no início, anorexia como sintoma, falta de apetite, porque anorexia é isso é falta de apetite, a paciente que não come, até quando a gente tem apendicite a gente diz ‘há tem anorexia também’ porque a pessoa perde a vontade de comer porque está lá com muita dor, então talvez considerando paciente idoso, que entra numa síndrome que perde a vontade de comer, não sei, estou aqui pensando em distorções do diagnósticos” (Médica 01)

“Dentro de um quadro psiquiátrico é a anorexia nervosa a outra anorexia não é, é um sintoma de um monte de coisas. Ele até pode, mas ele tem que ser investigado para ver se ele se caracteriza dentro de um quadro de anorexia nervosa, é que as vezes não é suficientemente investigado.” (Psicóloga 5)

Este erro pode ter ocorrido por uma desatenção da pesquisadora ou pelo fato da complexidade de promover um estudo interdisciplinar considerando as dificuldades de linguagem e das técnicas metodológicas que se tornam desafios para qualquer pesquisador. Porém, o fato mais curioso ocorreu que os profissionais ao serem questionados sobre a existência de tantos casos de anorexia nervosa relatavam que teriam atendido 1, 2 ou até mesmo uns 3 casos durante o ano, mas ao se fazer uma nova tabulação e excluir os casos de Anorexia (R. 63.0), os casos de anorexia nervosa (F. 50.0) relatados pelos profissionais “desapareceram”, ou seja, após nova análise dos relatórios oficiais as unidades pesquisadas não tiveram mais nenhum caso durante todo o período analisado, ressaltando a hipótese do subdiagnóstico do transtorno.

“Exatamente, mas como assim não come? Por que será que não come? Faz duas ou três perguntinhas a mais que você já descarta ou inclui, não é difícil é a coisa mais fácil. E quer ver? Fecha mais um pouquinho, pega meninas, pega mulheres e dentro de uma faixa etária, ai sim, ai cabe mais ainda a investigação. Você pegaria as meninas de 12 em diante até... apesar que não tem limite de idade, mas no mínimo na faixa da adolescência e mulheres, meninas, ainda não são mulheres, ai que ta mais que você ainda tem que investigar o quadro de inapetência. Desconfia. Você fala em restrição alimentar ou já de falta de apetite? Desconfia porque se investigar acha.” (Psicóloga 5)

Tabela 01: Casos de F. 50.0 Anorexia Nervosa em Florianópolis de janeiro de 2003 a julho de 2008, após exclusão dos casos de R. 63.0 Anorexia.



Percebe-se que após a correção dos casos de anorexia nervosa os números caíram consideravelmente de uma análise para outra, ficando inclusive abaixo dos números mais ou menos apontados pelos profissionais que se utilizaram do critério de recordação para falarem sobre os diagnósticos de anorexia nervosa que tinham feito.

4.2.2.2. Rotina Profissional

Após a coleta de informações específicas sobre os sujeitos a segunda parte da entrevista foi elaborada na perspectiva de conhecer e compreender o profissional em seu ambiente de trabalho, considerando sua rotina, facilidades e dificuldades encontradas na sua profissão e em seu local de trabalho. Consideramos que esta etapa da entrevista além de propiciar um contato mais direto com o entrevistado serviu como uma espécie de “quebra gelo”, pois ao passo que o profissional relatava suas atividades de rotina e refletia sobre questões do seu dia a dia era perceptível em seus gestos corporais e em sua fala sinais de

“relaxamento” e até mesmo a presença do gravador foi se tornando mais familiar.

Tão importante quanto o cuidado ao elaborar as perguntas e a preocupação no que se quer saber dos sujeitos, é criar um clima agradável para a entrevista. Familiarizar o sujeito com a nova situação em que ele está presenciando, tentar construir um ambiente de confiança, liberdade, estímulo e incentivo para que a pessoa se sinta amparada e realmente ouvida em suas falas, em suas reflexões, explicitar o quanto é importante para você os comentários, opiniões e até mesmo as dúvidas e ansiedades que ele tem.

De uma maneira geral pode-se perceber que as rotinas dos profissionais variavam em relação às peculiaridades e características da unidade de saúde e da comunidade que assistiam e a sua categoria profissional, entretanto, seguiam as normativas de atendimento do SUS, contando com atividades de promoção, prevenção e reabilitação, caracterizando respectivamente: grupos/visitas domiciliares, agenda/ambulatório, acolhimento/urgências.

“Eu tenho uma agenda mais ou menos pré-estabelecida com horários, tenho dias de ambulatório, dias de grupo, dias de visita, enfim, mas isso nem sempre acontece desse jeito.” (Psicóloga 3)

“Eu trabalho com uma agenda que já é pré-agendado, os pacientes já são pré-agendados numa consulta de 20 minutos, como a maioria aqui na prefeitura. Atendo uns 10 pacientes agendados por turno mais umas duas urgências mais ou menos, atualmente não estou participando de nenhum grupo. A gente está nesse momento discutindo assim para implementar, mas ainda não tem acolhimento, acolhimento como entendido de acolhimento, humanizaSUS e tal. Claro que de certa forma a gente sempre faz.” (Médica 1)

“Meu dia a dia? Aqui agora, até o final desse mês de novembro eu fico 20h, então tem um período de grupo, um período de visita domiciliar, um período que é de reunião de área que eu sou do grupo, outro período eu fico no acolhimento metade nele e a outra metade tem para os residentes, e tem um período de ambulatório. Eu atendo nas quartas-feiras que é o acolhimento, mas acolhimento aqui é

uma questão de urgência da demanda espontânea para ser resolvido muito rápido.” (Enfermeira 1)

“Clínica geral, mas a gente sempre está fazendo meio de tudo. Aqui no posto faz clínica geral, mas volta e meia chega uma gestante, chega alguma criança, chega algum cortado que cai pela rua. Não faz PSF, mas acaba fazendo PSF de qualquer maneira. Eu chego aqui as 4h daí eu tenho pacientes agendado das 4 as 6, depois das 6 horas eu faço tipo um pronto atendimento até as 10 horas da noite.” (Médico 8)

Outra subcategoria que surgiu está relacionada com o fato de que a descrição de rotina feita pelas enfermeiras aponta para uma sobrecarga maior de atividades em relação aos outros profissionais da equipe básica, além das atividades de grupo, acolhimento, visitas domiciliares e pequenos procedimentos elas são responsáveis também por atividades de organização da estrutura física e administrativa, conforme os relatos abaixo:

“Eu pedalo o dia inteiro. Assim, a gente tem agenda, tem a estrutura física da unidade de saúde, eu tenho que fazer escalas com a outra enfermeira no consultório e com os médicos também. Então eu tenho períodos que eu tenho agenda fixa e períodos que eu tenho de acolhimento, de programas de atividades de educação em saúde. Também trabalho com grupos. Toda segunda, quarta e sexta tem grupos de caminhada, de atenção à saúde do idoso, então tem os outros programas também, programa do leite, programa do bolsa família que daí é dividida entre eu e os enfermeiros, visitas domiciliares e reuniões semanais com os agentes comunitários. Aqui tá assim: precisa de sutura, tem que colocar um DIU, precisa fazer aquilo, não é tão básico não pra gente, a gente é básico mas assim que oferece bastante atividades assim, diferentes de muitas unidades.” (Enfermeira 4).

“Olha é bem dinâmico que apesar de fazer consulta a gente não fica só fazendo consulta, a enfermeira tem também esse papel de ser o quebra galho digamos resolver, surge um problema chama o enfermeiro da equipe. Então quando eu não estou aqui no consultório atendendo, fazendo consulta estou sempre circulando na unidade, dando apoio pras técnica. Trabalhos, em grupos, visitas (...). Supervisão

acadêmica que tem alunos da 6ª, da 7ª e as vezes da 8ª fase de enfermagem. Eu faço consulta de pré-natal, puerpério, saúde da mulher, coleta de preventivo, consulta de hipertensos e diabéticos, fazemos grupos de diabéticos, promoção de saúde que a gente chamou, de gestantes, faço consulta individual de planejamento familiar, visita domiciliar, reunião com os agentes, acho que é isso.” (Enfermeira 2)

“Então de segunda a sexta tem consultas, crianças, puericultura, pré-natal, as vezes faço acompanhamento de hipertenso e diabéticos, preventivo, visita domiciliar, reunião de equipe, planejamento mais as atividades que eu faço toda a parte administrativa: eu cuido da medicalização da tuberculose, das notificações, todo o pedido do material da enfermagem eu que cuido. Essa parte de administração do posto um pouco ta comigo.” (Enfermeira 3)

A rotina dos residentes e de seus supervisores apresenta atividades diferenciadas dos demais profissionais que fazem parte da rede⁴⁶. Nas categorias que analisaremos a seguir (facilidades e dificuldades do processo de trabalho) a “residência” aparece em ambas, ora como ponto positivo, ora como ponto negativo. Percebe-se pelos relatos dos sujeitos que os residentes, digamos assim, orbitam entre a prática assistencial e a prática acadêmica não pertencendo completamente a uma ou outra categoria, mas problematizando as teorias na prática assistencial e analisando a prática assistencial com o auxílio das teorias.⁴⁷

“Meu dia a dia aqui na unidade? A gente tem um trabalho, mas nada envolvido na residência que é diferente da rede o da rede é outra coisa, o nosso a gente faz tudo bem como manda o figurino. É um dia só com atendimento com agenda, outro dia com visita nos domicílios, outro dia reunião com os residentes e tutores, outro dia a gente faz a reunião da área e a gente está no segundo ano apenas com um turno e não dois turnos, o segundo turno a gente está fora. O resto, como hoje em dia a gente está com 20 horas só, ou a gente está

46 Esse termo é muito utilizado dentro da Unidade em que a Residência atua. Os profissionais fazem a diferenciação entre “quem é da rede” e “quem é da residência”.

47 Não nos aprofundaremos de forma significativa na discussão sobre a Residência, visto que somente este tema seria assunto para outra tese.

em VD, reunião de equipe e grupo, igual nos outros turnos.”
(Médico 2)

“É... (pausa) tem uma diferenciação agora por eu estar no segundo ano da Residência. Então no período da tarde eu não fico mais na unidade, eu estou nos meus estágios, então agora eu só fico no período da manhã aqui na unidade. Então o que eu faço aqui? Atendimento ambulatorial específico da nutrição, visita domiciliar também, tem uma reunião da equipe complementar que também acontece uma vez por semana que são os profissionais que não são da atenção básica, tem uma reunião dos residentes que acontece uma vez por semana, tem o trabalho de desenvolvimento de grupos e, além disso, eu faço acolhimento junto com os outros profissionais da unidade atendendo a demanda espontânea para dar os encaminhamentos aqui dentro da unidade. O agendamento é feito direto na recepção, então a pessoa tem vontade de se consultar com um nutricionista ela vai direto na recepção e agenda, ou é encaminhada por outros profissionais.”(Nutricionista 1)

“Basicamente desde que a residência veio pra cá, vai fazer mais ou menos um meio ano, minha função é de tutor dos residentes e então eu faço meio que uma tutoria em uns momentos, em outros momentos eu meio que atendo porque a nossa unidade ta com poucos médicos. (...). Então fora as atividades dos residentes que é um pouquinho de tudo que a gente orienta, as atividades que eu mais tenho feito é o acolhimento, aquele atendimento da demanda espontânea que chega na unidade.” (Médico 3)

Outra diferenciação em termos de rotina diz respeito aos profissionais das equipes de matriciamento. Conforme discutido no capítulo 3 os profissionais da equipe de matriciamento não estão fixos em uma unidade, eles dividem suas atividades e atendimentos entre várias unidades, normalmente pertencentes à mesma Regional de Saúde. Até mesmo as consultas individuais, quando necessárias, são agendadas de maneira diferente, o procedimento de consulta é muito mais voltado para auxiliar o clínico em dúvidas específicas ou para o atendimento coletivo, sendo marcada consulta individual somente quando existir necessidade relacionada a complexidade de algum caso:

“Então tem os períodos de matriciamento, tem as reuniões de equipe de planejamento, tem atendimento em grupo, tem atendimento individual, então basicamente essas quatro coisas. Os atendimentos individuais a princípio eles são definidos através do grupo que seria a porta de entrada da saúde mental, então em cada unidade, em cada referência, você tem um grupo de apoio que é um grupo aberto, totalmente aberto onde as pessoas vão chegar no grupo como porta de entrada mesmo, a partir daí havendo necessidade de atendimento individual esse atendimento é feito ou então através do matriciamento, dos casos que são discutidos em matriciamento, do que a equipe traz de atendimentos conjuntos, aí se detecta a necessidade de atendimento individual.” (Psicóloga 1)

“Então, minha rotina é assim, eu tenho atendimentos que sou eu que faço, então são os casos mais graves que a gente discute no matriciamento e tem aqueles que acha que seriam os mais difíceis para o médico de família cuidar. Então ele que marca as consultas lá para mim, então esses casos eu atendo até o momento que eles estão estáveis eu devolvo como contra-referência para as unidas básicas.” (Psiquiatra 2)

“É um dia, vamos dizer assim, quando eu era o único psiquiatra assim de 11 postos de saúde era puxadíssimo sabe, era puxado. Agora tá mais calmo e com essa introdução do matriciamento que é uma coisa recente também, vamos dizer assim, está mais equilibrado assim para a gente atender e fazer o acompanhamento.” (Psiquiatra 1)

“É assim eu trabalho com matriciamento, mas não é exatamente como o matriciamento da psiquiatria, por exemplo, a gente trabalha na lógica da atuação junto com as equipes de saúde da família, nós nutricionistas. Eu participo das reuniões de equipe uma vez por mês e nessas reuniões a gente define o acompanhamento dos casos, se vai ter casos que vai ser visita domiciliar, casos de atendimento, casos de pessoas que podem ser encaminhadas para um grupo que está precisando. Então o trabalho é centrado na equipe de saúde da família e a partir da equipe junto com os agentes comunitários de saúde. Além dessas discussões com a equipe eu participo de grupos com as equipes, por exemplo, o grupo das gestantes que vai ser reativado agora e

daí uma vez no grupo vai se falar sobre alimentação, aí o grupo de controle de peso que não começou ainda (...)."
(Nutricionista 2).

Devida a própria especificidade dos profissionais que trabalham no Ambulatório HU/SES não foi possível enquadrar seus depoimentos juntamente com as falas dos demais profissionais. Como o Ambulatório funciona apenas nas tardes de segundas-feiras percebe-se que a rotina de atividades entre os três profissionais é basicamente a mesma, pois as atividades em grupo e multiprofissional têm primazia diante das outras:

"Eu começo a uma e meia com uma reunião, a gente faz uma reunião de equipe, uma reunião rápida porque o nosso período aqui é muito curto só tem até as seis. Temos que fazer dois grupos por tarde, então a gente tem que fazer uma reunião de equipe rápida e depois já começa o atendimento com os residentes no ambulatório que são as consultas, triagens e reconsultas. Então depois da reunião a gente organiza a agenda, vê quem está agendado, eles começam a atender e trazer os casos para discussão, aí fica fazendo isso até a hora do grupo. Aí tem os grupos. É bem corrido."
(Psiquiatra 3)

"Lá no ambulatório ele só funciona na segunda-feira então nós damos o enfoque para o atendimento em grupo lá, o eixo do atendimento lá é o grupal e também porque é um ambulatório de residência médica que nós entendemos que esse jeito de atender favorecia para que também as pessoas pudessem aprender olhando, sem comprometer, sem estar sozinho, diretamente fazendo a abordagem sem conhecer. Nós chegamos lá e primeiro tem... (pausa) é tudo muito em grupo lá, a reunião da equipe para a gente discutir, os atendimentos de família, os grupos de família. O atendimento de família é uma família específica sendo atendida, o atendimento para os familiares é um grupo onde tem todos os familiares que querem comparecer e o grupo com as meninas, a gente acaba chamando de meninas porque acaba sendo uma maioria de mulheres e jovens né, mas na verdade é um grupo de manutenção e esse ano, no começo do ano, a gente precisa juntar as pessoas que estão chegando no ambulatório da triagem para fazer um grupo novo, porque ali tem um grupo inicial e o grupo de manutenção. Então fica em 10, dependendo do grupo, de como o grupo progride de fazer

10 sessões, 16 sessões, 20 sessões com aquele grupo, com aquelas meninas, 8, 9, 10. Depois dessas sessões elas passam para o grupo de manutenção que é esse grupo que eu chamei de meninas.” (Psicóloga 4)

“Bom em termos de rotina a gente faz uma reunião de equipe, sempre multiprofissional, com os residentes e o preceptor da residência. Nessas reuniões a gente está sempre discutindo casos, encaminhamentos, depois nós temos um momento de ou de grupo de manutenção que é um grupo com as pacientes que é um grupo de uma hora, não minto, antes disso nós temos um horário reservado para atendimentos de famílias que é diferente do grupo de famílias, o atendimento de família é um atendimento específico de uma família especial (...). Depois desse horário nós temos um atendimento das pacientes que é um grupo de manutenção quinzenal, e na outra quinzena a gente intercala com o grupo de familiares.” (Psicóloga 5)

4.2.2.3. Facilidades no Processo de Trabalho (ou pontos positivos)

Em relação ao aspecto facilidade ou pontos positivos no processo de trabalho o que mais foi mencionado, em pelo menos todas as falas, foi a questão do interesse dos profissionais e das equipes em resolver os problemas, porém, também podemos avaliar esse interesse em resolver a maioria dos problemas e do próprio comprometimento dos profissionais com a comunidade como uma sobrecarga de atividades e no excesso da demanda, como podemos perceber na fala a seguir:

“A estrutura, o pessoal é bom, é bom de trabalhar. Apesar da demanda o restante é assim bom, o local é bom também, bastante natureza, bastante verde, a equipe tem bastante interesse em resolver os problemas da comunidade, daquela coisa que aparece aqui sabe. Então não é um ranço, aqui a equipe não tem um ranço de funcionário antigo que não está nem ai para a pessoa, para o paciente, eles tem bastante interesse, as vezes até demais, as vezes assim ‘chega não tem mais consulta de encaixe, de urgência não tem mais nada’ ai eles continuam ‘mas gente não dá mais’ daí a gente acaba sempre a mais. Então assim tem bastante interesse da comunidade, dos profissionais aqui” (Enfermeira 4)

Percebe-se que para a maioria dos profissionais a relação interpessoal e interprofissional se apresentam como uma facilidade para o trabalho, e que a presença dos médicos como profissionais dispostos a trabalhar multiprofissionalmente auxilia o trabalho dos demais membros da equipe:

“Com algumas pessoas sim, de muita parceria, de você poder dividir os casos, de você não se sentir totalmente responsável por um caso muito difícil. Tem alguém que tá junto com você ali para dividir, apesar das pessoas terem, principalmente a gente que é de outra área, ter um pré-conceito com os médicos a imensa maioria dos médicos que trabalha aqui eu consigo ter uma parceria muito.” (Psicóloga 3)

“De modo geral, é difícil encontrar pessoas com que se tenha dificuldade de relacionamento ou não queira colaborar, pelo menos na minha regional tem sido assim.” (Psiquiatra 2)

“De manter uma relação fora daqui de fazer janta do posto, de reunir os profissionais do posto, manter uma convivência de amizade, eu acho que facilita assim, saber que tem os amigos aqui.” (Médico 3)

As falas a seguir são de profissionais que fazem parte de uma mesma UBS e em suas falas percebemos que além da boa relação que eles mantêm entre si, a organização da unidade e o papel da Coordenadora são apontados como pontos positivos no processo de trabalho:

“Ponto positivo de se trabalhar aqui? Nunca houve atrito, me dou super bem com a minha coordenadora que é a nossa colega ai, mas eu acho que o ponto principal é que eu me dou muito bem com os funcionários e eles me respeitam muito e a comunidade também me respeita muito como profissional, eles valorizam muito o meu trabalho aqui. Quando eu saio de férias ou quando tive algum motivo de saúde, fiz uma cirurgia no ombro e fiquei três meses fora, quando a gente retorna a gente vê o próprio cliente aqui no consultório dizendo da falta que ele sentiu, aquela coisa toda e é isso que me liga muito na comunidade. Então o ponto positivo que eu acho é a integração com os funcionários e com a comunidade aqui.” (Médico 8)

Assim a gente tem uma boa... como é que se diz? Não é facilidades... a gente tem uma boa chefia, uma boa coordenadora, a gente tem uma boa coordenadora também de regional, são bem acessíveis, não são intransigentes, o que a gente precisa, as vezes precisa de tal coisa, precisa disso, precisa daquilo, elas fazem bem e tentam nos auxiliar ao máximo.” (Enfermeira 4)

“Bom acho que a maior facilidade é essa organização também, porque é uma das poucas unidades que eu estou trabalhando que divide por equipe, divide por área, tem bem definido a sua área de abrangência, então essa organização da estratégia da saúde da família mesmo, acho que isso facilita também como meu trabalho é focado nas equipes de saúde da família facilita ter uma estratégia de saúde da família mais estruturada.” (Nutricionista 2)

Como apresentado nos dados gerais, exceto um médico e uma enfermeira, todos os outros profissionais possuem algum tipo de especialização e isso reflete de forma positiva no trabalho. A questão da contratação por concurso público também demonstrou importância no quesito facilidades visto que desta maneira os profissionais se sentem mais seguros e motivados a planejar atividades em longo prazo:

“Hum.... uma ótima formação dos profissionais, dos profissionais da equipe que eu digo do médico, enfermeiro, odontólogo e tal então, excelente a formação.” (Médica 1)

“Todas as pessoas que trabalham aqui tem potencial e dá para cada um no seu espaço acrescentar e eu vejo isso como uma facilidade. Está chegando gente nova e de concurso, então saiu contratados eu acho que agora todo mundo que está aqui é concursado, tinha muita rotatividade, e até o fato de você ser contratado não tinha aquela questão do compromisso, nem só do compromisso, mas sabia que depois ia sair. Então agora está todo mundo na expectativa de poder se construir um trabalho para dar continuidade.” (Enfermeira 2)

As próximas duas falas fazem referência à comunidade em que é assistida pela sua área de abrangência, no entanto, estas duas falas iriam em direção contrária as falas dos demais

colegas de unidade que apresentam na categoria “dificuldades” a comunidade como sendo algo de negativo em seu trabalho. Vale aqui fazer um adendo que esta unidade pesquisada se localiza numa área de risco de Florianópolis, e como analisaremos no próximo subitem a dificuldade que os profissionais relatam está vinculada à violência e não relacionada com as pessoas da comunidade.

“E eu acho que a comunidade tem uma coisa de se auto gerir, eu gosto de trabalhar tanto aqui, eles facilitam o trabalho da gente pra caramba. As pessoas reclamam, elas apontam os caminhos que elas querem seguir. Acho que se você parar para prestar um pouquinho de atenção no que elas estão reclamando você não precisa quebrar tanto cabeça na hora de você propor um trabalho.” (Psicóloga 3)

“E a comunidade é boa, a comunidade é muito boa apesar de ter esse histórico de violência, fora aquilo que a gente vive em qualquer posto que é umas discussões uma vez que outra a gente não sente assim. Na unidade as pessoas tem nos respeitado, os agentes de saúde são parceiros, é uma comunidade boa de trabalhar.” (Médico 3)

Os profissionais que fazem parte da equipe de matriciamento de saúde mental apontaram que o matriciamento e a equipe de saúde mental ajudam não só na busca de uma terapêutica mais eficaz como na redução da demanda reprimida. Um dos psiquiatras aponta o tempo da consulta em psiquiatria como algo facilitador no seu processo de trabalho:

“Eu acho, por exemplo, o tempo que a gente tem para cada consulta é bom é 45 minutos, embora a gente acabe tendo que fazer um monte de outras coisas, então acaba não dando para usar os 45 minutos da consulta (...). Suprir a demanda? Então com esse esquema de matriciamento a gente acha que a demanda tem sido suprida todos os casos de saúde mental, teoricamente pelo menos, chega a meu conhecimento. Então nas reuniões os médicos contam que estão atendendo assim, assim, ‘ta então nesse caso aumenta tal remédio, diminui tal, vamos encaminhar para o psicólogo’ e como eu te falei aqueles casos mais graves acabam passando em consulta comigo pessoalmente, mas teoricamente todos os casos de saúde mental eu tenho

conhecimento, talvez algum caso meio banal que o clínico ta bem tranqüilo só passando fluoxetina que então ele nem me conta. Então quer dizer, teoricamente a demanda está sendo suprida.” (Psiquiatra 2)

“A interação entre a equipe, poder trabalhar em conjunto com o médico, com psiquiatra então tu faz um atendimento integral do paciente.” (Psicóloga 2)

“O pessoal da saúde mental que tem uma idéia bem legal de grupos, de estímulos, de vínculo com a comunidade isso ai tudo ajuda no tratamento, acho que é isso.” (Psiquiatra 2)

A discussão sobre a inserção de acadêmicos da área da saúde dentro das unidades básicas de saúde é promotora de longos debates e geradora de polêmicas, mas tem importante papel dentro da formulação de políticas públicas em saúde, de possíveis avanços para o Sistema Único de Saúde e na estruturação dos novos currículos. Percebemos que é essencial que os acadêmicos estejam inseridos desde o início de sua formação na dinâmica do SUS para melhor compreendê-lo e também, levando em consideração as mudanças de mercado de trabalho, é ele quem tem absorvido a maioria dos profissionais que se formam nessas áreas. Porém nos deparamos com falta de infra-estrutura e recursos humanos tanto da rede de saúde quanto do corpo docente das universidades para a construção de espaços de campo de estágio e tutoria.

Além disso, a residência ainda apresenta em sua estrutura a peculiaridade de que os seus alunos estejam atuando como profissionais de saúde dentro da Estratégia de Saúde da Família e assumindo responsabilidades com a comunidade e com o sistema, mas que também tenham garantidos espaços para orientação, reuniões e discussões teóricas. Isso acaba gerando impasses entre o sistema de funcionamento da rede que é diferente do sistema de funcionamento da residência.

Não queremos aqui, e nem é o nosso objetivo, analisar esses impasses, mas não poderíamos deixar de refletir sobre essa questão visto que a mesma surgiu como subcategorias de análise. Também vale ressaltar que as falas abaixo exprimem a auto-reflexão das pessoas que fazem parte da residência na

relação de seu processo de trabalho e não seriam capazes de nos fornecer material suficiente para uma análise mais profunda:

“Eu acho que o fato de ser da residência facilita muito, tem discussões aqui dentro que são muito boas, não só discussões técnicas, mas políticas. Acho que a gente apesar de ter dificuldades tem muitos avanços na questão da interdisciplinaridade aqui, então isso é um ganho também que facilita também o trabalho em alguns momentos. Agora, por exemplo, tem uma área que não tem residência, essa área a gente tem muita dificuldade de fazer essas discussões, não porque a área, eu acho que tem aí um preconceito de ambas as partes, tanto da área com a residência como da residência com a área tem uma dificuldade bem grande de relação.” (Nutricionista 1)

“Facilidades? Olha a residência porque eu sou da residência e a maioria dos profissionais aqui são da residência, quase todos.” (Enfermeira 1)

“Facilidade a gente estar trabalhando pela residência. A gente pode correr para o nosso supervisor que é um apoio, vamos dizer assim, quando a coisa complica a gente vai lá e tem um apoio, tem apoio da equipe complementar que nesse dia a dia ajuda muito, nesse apoio ainda mais com urgência psicológica, psiquiátrica. Eles dão um apoio bem legal.” (Médico 2)

“A farmácia que a Prefeitura mantém e é muito bom, eu conheço o trabalho de outras farmácias em outros municípios e é muito ruim, a nossa está muito boa só que a equipe complementar é trabalho da residência, eu não creio que seja assim quando a gente for trabalhar na rede.” (Médico 2)

4.2.2.4. Dificuldades no processo de trabalho (ou pontos negativos)

A maior queixa apontada pelos profissionais é a questão da demanda, independente da área de atuação ou da unidade. A questão da demanda é sempre algo preocupante em qualquer unidade e apontada como uma das maiores dificuldades de resolução e funcionamento do SUS:

“Minha maior dificuldade é a demanda. Tu tens que atender tantos, mas você sempre está trabalhando a mais, eles te pressionam muito. O excesso de pessoas que tu tem para atendimento. É complicado assim, porque as vezes a gente se sente insegura.” (Enfermeira 4)

“Bom a gente pela questão do matriciamento que eu tenho que estar um dia em cada unidade, vai gerando uma lista de espera e esse é um dos maiores problemas. A gente resolve um pouco isso através dos grupos, que se fosse esperar todo mundo para um atendimento individual aí não dava, não tinha jeito mesmo.” (Psicóloga 2)

“Semana passada eu atendi uma mulher que estava numa crise assim, tinha saído de uma internação no IPQ e com idéias recorrentes de matar a filhinha, num sofrimento absurdo porque ela não quer fazer isso, mas isso invade ela. Aí você encaminha para o CAPS e hoje ela não tem condições de ir sozinha. Com o atendimento da unidade talvez seria uma pessoa que precisasse de atendimento umas, duas vezes por semana ou diária nesse primeiro momento e eu não tenho como fazer esse atendimento, eu posso atender uma vez por semana, duas no máximo .” (Psicóloga 1)

Já na fala dos profissionais integrantes das equipes de saúde mental percebemos que o sentido da palavra demanda é outro. Para eles a demanda está relacionada à maneira como os médicos relacionam os diagnósticos das posturas comportamentais de seus pacientes e como as próprias pessoas percebem a questão do comportamento normal ou patológico para procurarem ajuda médica:

“Eu não sei, eu acho que ainda é a demanda (...) eu recebia encaminhamentos ‘há o paciente chorou na consulta – ao psiquiatra’ eu recebia coisas assim. Então é uma dificuldade que tu atendia pessoas que podiam ser atendidos por uma escuta melhor, não precisa de um psiquiatra, então eu tinha uma fila de espera de 200 porque era todo mundo. Então isso era a maior dificuldade, eu me sentia muito sozinho.” (Psiquiatra 2)

“É então eu acho que essa é a grande dificuldade, porque se às vezes você atende, muitas vezes até, eu acho que

acontece com adulto, mas eu acho que acontece até mais em casos com atendimento a criança onde não tem uma demanda, não é um caso de um tratamento psicoterapêutico, mas daí isso exige um trabalho para se mostrar isso. Não é o caso de você chegar para as pessoas e dizer 'olha você não tem nada' ou dizer para o pai, para a escola que encaminhou. Tudo isso exige conversar, ir à escola quando tem muito encaminhamento da escola, questões de comportamento, de aprendizagem, criança hiperativa, não param na escola. Tem muito dessas coisas, então encaminha para a escola, e aí para você desmontar essa demanda você tem que ter esse tempo de ir aos locais, de conversar com as pessoas uma, duas, três vezes, de estar conversando com os pais." (Psicóloga 1)

Para os profissionais de uma das unidades uma das maiores dificuldades, superando inclusive a questão da demanda, é o problema relacionado à pobreza, a violência e a criminalidade da comunidade que trabalham, visto que fazem parte de uma área de risco do município:

"Eu li isso ontem e achei tão legal que as pessoas aqui têm emergências de outras coisas, emergências de não ter o que comer, a água ta caindo dentro da casa dela, então isso também pode se tornar uma dificuldade dessa comunicação com o meu mundo e o outro mundo, mas ao mesmo tempo que é uma dificuldade eu estou aprendendo." (Enfermeira 1)

"Olha que um pouco assim a parte da pobreza, a população influi muito, muita violência no bairro, a gente faz as visitas domiciliares e a gente se depara com uma realidade que é horrível, horrível, horrível! É pior que a gente pode ver na vida, casas cheias de rato... a mim me machuca muito." (Médico 2)

"Que tem um fator limitante da atenção aqui no cuidado que é do medo da violência, mas em determinados momentos a gente é impedido de fazer visita, a gente é impedido de fazer os grupos na comunidade, de sair na rua em função desse receio de que pode acontecer alguma coisa. E isso interfere muito no cuidado que a gente tem aqui na comunidade com a população, a gente fica muito restrito ao Centro de Saúde." (Nutricionista 1)

“Querendo ou não ela é uma área de risco, é uma área que dependendo do dia tu nunca vai saber o dia de amanhã, como tem área de tráfico tu marca visita domiciliar, mas nem sempre tu podes fazer VD porque naquele dia aconteceu um tiroteio. A gente fica proibida de sair, às vezes acontece um conflito maior e a gente fica dias sem poder sair pra visita domiciliar.” (Enfermeira 3)

Em relação às estruturas físicas e de recursos surgem vários elementos como a falta de consultórios, ambulatórios, medicamentos, equipamentos, informatização de todas as unidades de saúde, demora nos encaminhamentos de exames para dar continuidade ao tratamento e até mesmo da organização dos modelos e serviços de atendimento:

“É isso de não ter um consultório. Agora eu to aqui, mas assim esse consultório não é meu outra pessoa tem que me ceder para eu poder usar.” (Enfermeira 4)

“Questão de organização, uma das coisas enquanto relação de trabalho, é a organização de serviço e das coisas mais simples, desde o esteto que não tem na sala, a organização das salas e organização mesmo do que é estratégia de saúde da família, organização de fluxos, de informação, de clareza.” (Enfermeira 1)

“Precisaria, eu acho também, mais medicamentos uma variedade maior, só três tipos de antidepressivo é muito pouco, precisava de uma variedade maior de medicações. E também a questão de que maioria dos postos não tem computador.” (Psiquiatra 2)

“(assoprando, pensando) atender minhas necessidades enquanto profissional? Eu acho que tem algumas coisas aí, desde estrutura, de equipamentos, instrumentos, se tem uma dificuldade mesmo de estrutura, de salas, de ambulatórios, quer dizer, a gente não tem disponibilidade pelo número de profissionais que tem aqui dentro.” (Nutricionista 1)

“A demora quando a gente pede um exame de sangue, por exemplo, aí demora uns 2, 3 meses as vezes. Aí quebra tudo.” (Médico 2)

“Até esse mês passado a gente estava com excesso de profissionais especialistas, então a gente fazia pouco PSF. A gente tinha profissionais de outras especialidades aqui e acaba misturando um pouco atenção básica com outras especialidades, então estava um pouco complicado.” (Médica 1)

Como já exploramos na categoria anterior a complexidade do sistema de funcionamento da unidade onde se tem a presença dos residentes, nos limitaremos apenas em apontar uma das falas sobre como a residência também pode ser considerado um fator de dificuldade no processo de trabalho:

O fato de estar na residência e na equipe não é muito fácil porque é um ritmo diferente. Eles têm uma cobrança diferente do que a gente tem, eles têm a deles e nós temos as nossas, e quando isso entra de frente é meio complicado assim. Às vezes eles querem coisas que a gente não pode dar e as vezes a gente exige posturas que eles também não podem nos dar e isso acaba dificultando (Psicóloga 3)

Em relação às principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais do ATA percebemos três como sendo as mais urgentes: pouco tempo de atendimento, falta de recursos humanos e a necessidade de ampliação de sua atuação para o nível de alta complexidade:

“As maiores dificuldades para trabalhar aqui? Olha tempo e pessoal, eu acho realmente muito pouco tempo uma tarde apenas por semana precisaria de pelo menos umas duas tardes por semana, mas isso seria difícil, mas a médio prazo a gente vai ter que pensar porque a gente vai começar a ter problemas, a nossa reunião já está ficando muito reduzida, antes a gente fazia reunião de uma hora e agora é meia hora de reunião. Do pessoal dois membros da equipe são voluntários então a gente tem que se adequar ao horário delas, uma só pode chegar as três horas então ela já perde a reunião de equipe e isso é ruim. A questão de pessoal então é uma coisa complicado porque a gente não tem uma equipe realmente. As duas psicólogas que trabalham mais efetivamente comigo desde o começo também são cedidas pelo Estado, agora estão cedidas pela prefeitura e a prefeitura continua nos cedendo elas. Então isso é uma complicação.” (Psiquiatra 3)

“E com relação ao transtorno, a questão do transtorno tem uma dificuldade importante que é a referência e a contra-referência sabe? Tá mal para onde que nós vamos internar? Fica complicado, o único que a gente tem negociado alguns leitos para a internação clínica é o HU, então assim um hospital que dê conta de uma internação clínica especializada em transtorno alimentar que não tem. Mesmo ali no HU é com muito cuidado e quem cuida é endócrino, mas as questões específicas do transtorno alimentar que precisa de muito cuidado para introduzir a alimentação, não é simplesmente dar uma bifão para a pessoa comer que vai resolver pode até matar. Então a maior dificuldade é ter mais tempo para ampliar, recursos humanos e mais emergente ali no ambulatório é a referência para a internação.” (Psicóloga 4)

“Olha é uma coisa bem de... comigo as pessoas tem feito contato direto, ligam direto para o meu telefone porque me conhecem, sabem que eu trabalho lá e eu acabo indo na reunião e agendando. Ali tem muita precariedade, tu me perguntasses qual era a dificuldade do ambulatório né? Também a questão administrativa ali do recebimento também é um problema que o ambulatório vive assim, telefone dificilmente funciona e a gente não pode nem fazer resgate porque nós não temos telefone para ligar. E também de uma pessoa mais preparada para atender esses telefonemas, saber quem está falando, agendar, isso ainda não funciona bem. Então como eu vejo que isso não funciona bem e eu vejo que a pessoa acaba se perdendo eu tenho feito muito pessoalmente.” (Psicóloga 5)

4.2.2.5. O que é a anorexia nervosa

Iniciaremos agora a análise das categorias principais do trabalho que tem como objetivo principal: *“analisar, através de pesquisa empírica, como os profissionais de saúde da rede municipal de saúde de Florianópolis, juntamente com os profissionais que trabalham no Ambulatório de Transtornos Alimentares do HU/UFSC interpretam e tratam a anorexia nervosa e como encaminham a terapêutica de seus pacientes.”*

A primeira pergunta feita a eles foi: “para você o que é anorexia nervosa?” As respostas foram bem variadas e não foi

possível perceber alguma variação de conceituação ou algum tipo de categoria emergente que fosse diferente e/ou se destacasse na fala dos profissionais masculinos ou na fala das profissionais femininas. O que se pode perceber foi uma variação entre as diferentes categorias profissionais e entre os profissionais da atenção secundária e básica.

Em relação às categorias profissionais se observou que entre os médicos as respostas foram muito semelhantes inclusive as características citadas. Para as enfermeiras a anorexia nervosa surgiu como um distúrbio ligado à alimentação; os nutricionistas trazem a questão da relação que a pessoa tem com o alimento e o não alimentar-se associados à distorção da imagem corporal; as psicólogas procuram relacionar a subjetividade do sujeito com vários determinantes que podem propiciar um quadro de anorexia. Já os psiquiatras a percebem como uma patologia psiquiátrica relacionada a expectativas sociais.

Os três especialistas em transtornos alimentares trouxeram vários elementos na definição, principalmente que a anorexia nervosa é um transtorno multidimensionado onde é possível encontrar vários fatores determinantes da doença.

Percebeu-se também que muitos profissionais ao serem questionados sobre o que é anorexia nervosa remetiam sua resposta ou complementavam-na com os possíveis fatores que ocasionam o transtorno, transparecendo uma relativa dificuldade em explicar o que é a anorexia nervosa, da mesma maneira que encontramos essa dificuldade na literatura especializada, visto que alguns autores a definem como doença, outros como patologia e os que a definem como um transtorno.

Para as enfermeiras a anorexia nervosa está muito ligada ao fato da pessoa não comer, não sentir fome, não comer para emagrecer ou para não engordar, sendo que a pessoa está magra e não se enxerga gorda, é um distúrbio nervosa que tem relação com a alimentação:

“É uma doença que acho que nervosa porque tem uma relação com o sistema nervoso ligada com a alimentação, mas junto com a imagem da pessoa, como essa pessoa se vê. Anorexia vem uma imagem para mim, pessoas e muito mais mulheres magras, normalmente são mulheres muito magra. Anorexia que até deixa de comer.” (Enfermeira 1)

“Pra mim é a pessoa deixar de comer, não ter fome e renegar comida, digamos assim, ligado há algum problema emocional, de alto-imagem. Pra mim é isso.” (Enfermeira 2)

Olha pelo que a gente já leu anorexia nervosa ela não, como é que eu posso transmitir isso pra você? Ela não consegue se alimentar por algum distúrbio do sistema nervoso ela não consegue se alimentar e acaba gerando anorexia nervosa, é isso que eu sei mais ou menos.” (Enfermeira 3)

“É aquela pessoa que não quer comer para emagrecer e também para não engordar, mas que tem uma visão deturpada da sua auto-imagem. A pessoa está emagrecida, ta já numa magreza e se vê sempre gorda, com obesidade, que precisa emagrecer cada vez mais, e mais e mais, porque a tendência da pessoa é comer menos, menos vontade de comer e cada vez vai emagrecendo, mas não consegue se ver nunca magra.” (Enfermeira 4)

Nas repostas das psicólogas podemos observar que elas diferenciam a anorexia nervosa sob aspectos sociais (padrões corporais), psicológicos (disfunção da imagem corporal, vontade de não crescer, sintomatologias de maneira geral), culturais (normalmente ligados à imagem de mulheres magras na mídia como padrão de beleza) e biológicos (perda excessiva de peso, não comer). Iniciam a explicação sob um ângulo mais geral e vão conduzindo as suas repostas para fatores mais subjetivos relacionado ao que pode influenciar um indivíduo a desenvolver anorexia nervosa, sendo que não são somente situações diversas que podem ocasionar o seu desenvolvimento é necessário que o indivíduo possua um núcleo psicopatológico. As psicólogas nos apontam para a questão de uma psicopatologia complexa e multifatorial, de difícil tratamento,

“(risadas e suspiro) Porque a gente tem toda uma classificação na DSM, mas eu tento um pouco a pensar individualmente em cada caso, você tem lógico umas sintomatologias ou alguma coisa que caracteriza de repente uma perda excessiva de peso num espaço curto, uma deformação da imagem corporal, a questão às vezes de ficar provocando vômito e diarreia e tal, então eu acho que estes

sintomas dão uma certa base para um diagnóstico.”
(Psicóloga 1)

Bom hoje há controvérsias porque o que a gente percebe é que houve um aumento nos últimos anos em geral, um pouco por essa questão de ser magro que a mídia coloca e a gente vê cada vez mais jovens as meninas se preocupando com isso e muitas vezes leva há uma anorexia.” (Psicóloga 2)

Pra mim o que é a anorexia sempre me vem em mente a anorexia seria aquela imagem daquelas mulheres extremamente magras que saem na mídia até que elas são muito magras, enfim, e tem essa coisa de ligada a beleza, esse olhar mais geralzão assim. Mas assim o pouco que eu li sobre o tema, as características psicológicas a pessoa querer ficar um corpo mais fragilizado, é uma vontade de não crescer, porque quando você está muito magra você não tem peito, você não tem bunda, então é um corpo mais infantil mesmo.” (Psicóloga 3)

Anorexia nervosa é um transtorno que atinge a pessoa de uma maneira muito dimensional, atinge o psicológico, atinge o biológico, atinge o social, atinge o familiar e é uma situação muito grave e enigmática, porque é muito difícil tratar. É um desafio tratar e tem a problemática da cultura que o modo de entendimento de hoje sobre a forma e o corpo, a beleza, a magreza, esse culto ele complica um pouco, ele favorece, mas nunca vai definir fazer uma pessoa ter anorexia por isso, é mais um fator que compromete. Eu penso que é uma psicopatologia que precisa ter algum núcleo psicopatológico primário para que isso em algum momento da vida tenha desenvolvimento. Não adianta cultura, não adianta o contexto familiar disfuncional, não adianta uma perda importante, são várias coisas que se somam que pode fazer com que uma pessoa desenvolva ou não anorexia, mas sem um núcleo psicopatológico eu acho que não desenvolve a doença.”
(Psicóloga 4)

A maioria dos médicos definiu anorexia nervosa como uma doença de cunho psicológico ou psiquiátrico associado à perda de peso e não aceitação do corpo, mais característico a mulheres na faixa etária da adolescência, que sentem a necessidade de emagrecer mais e mais visando a busca de um corpo perfeito num quadro de desnutrição e perda calórica

significativa. De maneira geral as falas dos médicos sobre a definição da anorexia nervosa foram bem próximas e semelhantes umas das outras.

“Eu entendo anorexia como um transtorno alimentar. Acho que é caracterizado pela perda de peso, pela dificuldade de aceitação do seu corpo, numa faixa etária bem definida, bem na adolescência mesmo, bem característica de mulheres. Mas em geral existe a concepção de que você não está dentro dos padrões que gostaria de estar, em geral com uma idealização do corpo perfeito que nem sempre consegue sobrepor essa imagem do que você imagina com o que você está vendo no seu próprio corpo. Muitas vezes as meninas estão muito mais magras do que elas gostariam de estar, mas elas ainda acham que estão gordas.” (Médica 1)

“Anorexia nervosa é uma doença do psicológico, uma doença psiquiátrica nada orgânico, físico, assim sabe. É uma doença que eu acho que é muito mais freqüente em mulheres, até nem sei de casos de homens, então afeta muito mais mulheres, acredito eu que seja faixa etária dos 15 aos 30, acho que não são as de mais idade e nem na infância, jovens. É nessa faixa etária dos 15 anos acredito eu. É uma doença onde as pacientes se vêem gordas no espelho, sente que a dieta que ele faz que não baixa o peso delas e sente sempre vontade e necessidade de emagrecer mais. Isso de anorexia até que chega ao ponto em que a pessoa entra em desnutrição, começa a ficar fraco, anemia, daí vem as conseqüências da anorexia.” (Médico 2)

Do ponto de vista dos dois nutricionistas a anorexia nervosa é um transtorno psicológico que desencadeia um processo de negação do alimento e do ato de se alimentar, caracterizado pela distorção da imagem corporal:

“Um quadro de anorexia nervosa a gente entende como um transtorno que é um transtorno psicológico que desencadeia um processo de negação do alimento, então a pessoa não come ou se come, come muito pouco, ela nega o alimento por um distúrbio que ela tem sobre o próprio corpo. São relações e na parte da nutrição a gente percebe nesses quadros que são pessoas que tem uma relação muito ruim com o hábito de se alimentar e aí não é só com o alimento, todo o hábito desde sentar na mesa, em falar em comida, ver

comida. Mas a definição é essa: um transtorno que se caracteriza por uma distorção da imagem corporal, a pessoa ta se vendo acima do peso que ela desejaria ter e isso faz com que ela negue a alimentação para poder emagrecer.”
(Nutricionista 1)

Para os psiquiatras que atuam na rede básica a anorexia nervosa é percebida principalmente como uma patologia psiquiátrica na tentativa de corresponder a expectativas sociais relacionadas há um padrão corporal. Já para o psiquiatra da atenção secundária ela seria uma patologia psíquica com desencadeantes não muito claros e multideterminada, relacionando fatores individuais, genéticos e sociais:

“Anorexia nervosa é uma doença que se caracteriza por um emagrecimento importante no qual a pessoa tem uma preocupação excessiva com a imagem corporal, quer ficar magra geralmente para corresponder a expectativas sociais, então mesmo estando muito magra ela acha que está gorda e para obter isso, para obter esse baixo peso elas usam de vários recursos como não comer, vomitar, laxantes e outros remédios que possam ajudar a emagrecer, atividade física exagerada.” (Psiquiatra 2)

“Para mim é uma patologia psíquica, um problema psíquico que tem uma origem, uns desencadeantes não muito claros é multideterminada, não tem um determinante só. O que a gente, percebe claramente é que existem fatores individuais bem marcantes, existe um componente genético nisso, não é uma doença genética, mas a predisposição Tem uma pressão cultural, social importante, inegável em cima da criança não só no sentido do ideal de beleza, mas em outras coisas como o cuidado da criança, o convívio com os pais, a pressão da mídia é enorme por causa do padrão de beleza.”
(Psiquiatra 3)

4.2.2.6. O que ocasiona a anorexia nervosa

Acreditamos que ficou evidente diante da falas dos profissionais que a anorexia nervosa é um transtorno alimentar que possui várias facetas e vários determinantes que vão desde o biológico, psicológico ao social.

No que diz respeito ao que ocasiona esse transtorno alimentar apareceu na fala de quase todos os profissionais que as características sociais e culturais como, por exemplo, a moda, a mídia, os padrões corporais podem ser considerados como um dos principais fatores precipitantes do quadro anoréxico, que as pessoas, principalmente as mulheres, são induzidas a este comportamento devido a positividade de ser magra:

“Eu acho que a moda, acho que o cotidiano está ditando isso, porque o bonito é ser magro, o bonito... as roupas ficam melhores numa pessoa mais magra. Tudo é feito para uma pessoa magra, a catraca de ônibus é para uma pessoa magra uma pessoa mais gordinha passa trabalho, muitas portas são muito finas para pessoas mais gordas. Até a comida é a quilo então se você come menos tu vai sair ganhando, não paga tanto. Então isso começa a desencadear anorexia, tu entrar naquele biquíni, porque esses biquinhos comuns com cinturinha baixa, você não pode ter nenhuma gordurinha, se tem uma “pochetezinha” não vai ficar bom. Então faz o que? Vamos queimar essas calorias. Outra coisa que eu acho é as roupas, as roupas elas são assim mais que colam assim, quem quer parecer mais magra tem que colocar uma roupa mais neutra, e quem é magro tem que usar roupa colorida porque o pessoal gordo não pode usar roupa colorida porque vai aparentar ser mais gordo.” (Enfermeira 4)

“Os casos que eu vi tem haver com essa crença do ideal de beleza.” (Psicóloga 2)

“Tem a questão da aceitação do que representa ser gordo que é ser feio, é ruim, é colocado de lado. É a questão do estigma, mas tem essa história, eu não sei exatamente o que fez mudar o padrão porque na verdade isso foi construído, só que cada vez está mais forte.” (Nutricionista 2)

“O que eu acho que origina a anorexia nervosa? Eu acho que tudo está ligado a educação, com o modismo, com a televisão, com as revistas, todo mundo quer se a Gisele Bündchen, 80 milhões de dólares por ano então todo mundo quer ser igual a ela Eu penso que isso deve ter sido uma das coisas que levou, que leva a anorexia nervosa, eu acho que é aquela coisa de ver modelo desfilar, de tudo mundo querer ser elegante porque nesse momento é a mulher magra. (...)

No nosso tempo a gente nunca ia dar bola para uma magrela, nunca! No nosso tempo não tinha essa coisa das mulheres ficarem preocupadas com essa coisa de anorexia porque as gordinhas todas casavam na sociedade, todas casavam. Então eu acho que o maior problema na anorexia nervosa é a cultura e os nossos meios, é a imagem da televisão, das revistas.” (Médico 8)

Então hoje está muito claro que a anorexia nervosa é uma produção social e tem haver muito como a maneira que a sociedade encara a questão do corpo, principalmente o corpo feminino e isso faz com que as pessoas acabem desenvolvendo esse tipo de patologia.” (Nutricionista 1)

Apesar de os profissionais concordarem em suas falas com as questões culturais eles também as questionam e se questionam, pensando em outras possíveis causas como traumas, junção de outras síndromes e a relação que criança teve com o alimento e a construção da imagem dos pais para aquela criança:

“Ocasiona? Olha eu acho que é uma série de problemas, muitas vezes a anorexia nervosa é uma síndrome de coisas que às vezes são muito diferentes, às vezes a pessoa tem uma base histórica, tem uma base psicótica, então eu acho que é uma síndrome que acontece com uma série de patologias de base. E acho que a pressão social para ter um corpo magrinho, esse ideal de beleza que é difundido pela mídia de modo geral.” (Psiquiatra 2)

“Acho que pode ser vários fatores como essa questão do alimentar teve relação na vida da pessoa, as vezes pode ser até da infância os pais estimulando, ou a pessoa que teve problema de peso ou que comia pouco. Eu até estava pensando que tem alguns casos que acontece aqui de ter muito essa coisa da alimentação, de fazer a criança comer e como se trabalha até essa questão patológica dos pais. Talvez isso pode no futuro trazer algum problema para a pessoa, essa relação com a comida que deveria ser uma coisa natural.” (Enfermeira 2)

“Pois é, eu não sei te dizer exatamente assim, mas assim é dinamicamente eu acho que tem uma relação com a estrutura familiar, alimentar sabe, a questão daqueles

vínculos com a mãe e filho, filha geralmente são mulheres, tem alguma coisa mãe e alimentação sabe? E eu acho que é uma, deve ter alguma, vamos dizer assim, ponte quebrada entre essa questão corporal, o eu e o corpo. É como se houvesse uma relação com o corpo que tem que ser deturpado normalmente como se o corpo tivesse, há, não fosse um corpo pertencente aquela mente, então tem que haver uma moldagem e a pessoa cria isso com o corpo.” (Psiquiatra 1)

Assim como na categoria anterior as falas das psicólogas direcionam que a anorexia nervosa necessita, primeiramente, de uma pré disposição do sujeito, as causas são individuais estruturadas pela personalidade, pelo psicológico. Nessa mesma direção temos a fala de uma médica que para ela apesar de todas as pessoas estarem expostas a padrões sociais e culturais, algumas desenvolvem anorexia nervosa e outras não, o que designaria a avaliações psicológicas e individuais:

“Então eu sou uma psicóloga pra mim está muito relacionado à questões psicológicas. Agora o que eu acho que causa, qual é, o que desencadeia? Então eu não sei o que causa, eu não saberia, mas eu acho que se a gente procurar na história de cada pessoa talvez a gente vá procurar aquilo que é pra ela.” (Psicóloga 3)

“Existem várias coisas que dão em determinado momento, que se juntam de tal forma que a pessoa começa a ter os sintomas, mas o núcleo é a estrutura do sujeito, é como a pessoa se faz sujeito no mundo é ai que ela fica com a marca que pode um dia interagir com todos esses fatores em um determinado momento da vida da pessoa e se transformar, ter esse jeito e transtorno alimentar, onde pode ser uma defesa contra afetos intoleráveis, coisas difícil de lidar, de se resolver no subjetivo, é que se transforma nesse jeito de renegar a comida. Mas eu penso, como psicanalista, que os primeiros 4 anos de vida são fundamentais para estruturar a personalidade e a função materno e paterno, a função materno e paterno ela vai estruturar o sujeito e os mecanismos de defesa que ele vai utilizar, se são saudáveis ou não.” (Psicóloga 4)

“Bom a gente acredita, existe uma questão que essa pressão social de auto-imagem e tal pode ser uma das coisas que

está agravando isso, você tem essa coisa da supervalorização da aparência da magreza, enfim, a ditadura da moda que o pessoal fala, tanto que entre as modelos se tem idéia de que a anorexia nervosa seja mais freqüente do que na população geral. E como essas figuras são muitas vezes modelo mesmo, modelo de figura, modelo de comportamento, modelo de estilo de vida e tudo o mais pode estar influenciando a cópia do modelo, principalmente entre meninas adolescentes que é quem mais sofre disso. Mas assim o que faz com que algumas meninas acabem caindo nessa e outras não, o que mais está dentro disso, que problemas de auto-imagem, de auto-estima que possam estar relacionadas ou quanto o que cada uma dessas coisas contribuem eu não tenho muita clareza. Mas algum desequilíbrio tem pra descolá, pois a maioria das pessoas mesmo vendo essas outras pessoas não tem, não imitam esse tipo de comportamento” (Médica 4)

4.2.2.7. Quem faz o diagnóstico

Ao serem questionados sobre qual profissional seria o mais capacitado para determinar o diagnóstico de um caso de anorexia o mais citado foi o médico clínico aparecendo em 17 falas. Em segundo lugar aparecem o psicólogo e o nutricionista sendo citados por 7 profissionais, logo em seguida o psiquiatra com 6 referências e o enfermeiro com 5. Ainda foram mencionados o endocrinologista, o pediatra e o analista.

Percebe-se que é muito forte ainda a presença do médico como o profissional responsável pelos diagnósticos, independente de se trabalhar dentro de uma lógica interdisciplinar e em equipe ou de compreender a saúde sob outros aspectos que não só o biologicista. Os demais profissionais ainda são percebidos como secundários, seja entre eles mesmos ou pela população.

“Quem faz o diagnóstico da doença é em geral o profissional médico, tem muitos profissionais da área da saúde que suspeitam e encaminham os casos, mas quem tem condições de avaliar é um clínico.” (Psiquiatra 3)

Das 22 respostas referentes ao diagnóstico em apenas três delas encontramos a equipe como responsável pelo diagnóstico

da anorexia nervosa. Se refletirmos sobre as respostas às perguntas “o que é anorexia nervosa?” e “o que ocasiona a anorexia nervosa?” percebemos que a maioria dos profissionais não tem bem definido o que seja a doença ou o que a provoca relacionando-a a uma multifatorialidade de elementos, e a presença de outros olhares para estudos desse transtorno, mas poucos citaram a importância do diagnóstico ser efetivamente realizado em equipe:

“Ai Aninha... eu acho complicado porque eu acho que não tem um profissional capacitado para isso, eu acho que é esse olhar interdisciplinar. Porque o psiquiatra vai olhar com essa questão do psiquiatra, o psicólogo também tem um olhar muito importante, mas eu acho que não consegue fechar um diagnóstico porque não consegue fazer uma boa avaliação antropométrica, a nutrição consegue fazer isso, consegue fazer uma boa avaliação alimentar coisa também que esses outros profissionais não conseguem, mas também não tem esse outro olhar que essas profissões têm, e a medicina também não consegue fazer tudo isso sozinha.” (Nutricionista 2)

Uma das médicas chamou a atenção para a ambivalência do papel da mãe onde ao mesmo tempo pode ser a primeira a perceber os sintomas ou a última pessoa a perceber esse comportamento, fato que também é encontrado na literatura:

A mãe. “A mãe é assim, na verdade a mãe nem sempre, às vezes a mãe é a última a fazer o diagnóstico, pensando bem.” (Médica 1)

O psiquiatra especialista nos chama a atenção que a dificuldade em diagnosticar a anorexia nervosa pode estar relacionada com a baixa frequência de diagnósticos, talvez pelo fato dos profissionais terem pouca experiência no diagnóstico, acompanhamento e tratamento de pacientes com AN ou pelo fato de não possuírem um olhar treinado para tal:

“Claro para quem nunca viu e não trabalha com isso talvez atrapalha mesmo, mas um clínico que tem um bom senso logo vai ver que tem alguma coisa errada lá porque as pacientes são muito... a gente percebe, bom eu tenho experiência com isso, se eu pegasse uma anoréxica só na

vida... talvez não seja tão fácil assim esse diagnóstico. É o problema de ser uma coisa pouco freqüente faz com que as pessoas não estejam habituadas para diagnosticar, que custem mais para diagnosticar” (Psiquiatra 3)

Essa hipótese se reforça na fala abaixo onde a psicóloga relata que uma das grandes complexidades da atenção básica seria que no nível primário de atendimento os profissionais disponibilizam de poucos recursos tecnológicos para os atendimentos e a complexidade se encontra na anamnese visto que o paciente ao procurá-lo pode estar com “qualquer doença”, enquanto na atenção terciária a complexidade está exatamente na utilização de alta tecnologia para os procedimentos e, talvez, inexistência da elaboração de uma anamnese mais abrangente já que os casos chegam até este nível de complexidade com diagnóstico e exames realizados. Também percebemos nessa fala que, de maneira geral, as doenças negligenciadas (e o termo fala por si só) ou as com menos incidências também são pouco estudadas e conhecidas pelos profissionais:

“É realmente pelo fato da gente não estudar mais afundo na atenção básica como é porta de entrada de tudo e você tem problemas. Doenças que tem uma incidência muito maior você acaba se debruçando muito mais em estudar, em saber diagnosticar, tratar e conduzir, como os casos de hipertensão e diabetes, por dores, artrites, são coisas que chegam aqui. Sempre acabam chegando muitas outras coisas assim, então talvez a gente esteja subdiagnosticando muito assim, e não só anorexia, mas outras coisas que têm uma incidência muito menor e que acaba mesclando uma séria de incidência. Como você está muito mais acostumada a ver crises de ansiedade, pânico, depressão, bipolar, psicose, teu olhar fica mais direcionado para algumas coisas disso, talvez a gente esteja subdiagnosticando mesmo e precisava acho que estudar mais e talvez se capacitar melhor para isso. Na faculdade eu não tive nada, absolutamente nada. O pequeno conhecimento a gente tem que é não comer, alteração na auto-imagem, amnorréia, aquela coisa assim, mas associar isso tudo quando a pessoa está na tua frente e pensar em anorexia, você pensa em 200 outras coisas antes.” (Psicóloga 3)

4.2.2.8. Tratamento mais adequado

No que diz respeito ao tratamento mais adequado, ao contrário das respostas relacionadas à “quem é o profissional mais capacitado para fazer o diagnóstico”, em praticamente todas as falas encontramos o tratamento interdisciplinar ou pelo menos o multiprofissional. Sob certo prisma podemos refletir que o conceito e o enfoque em ações e equipe interdisciplinar têm apresentado alguns resultados concretos e positivos, mas em contrapartida o olhar médico-cêntrico ainda prevalece no que tange a legitimação de seu papel de detentor de diagnósticos, tanto do ponto de vista dos profissionais como do ponto de vista dos pacientes.

A argumentação exposta pode ser percebida durante a pesquisa *in loco*: numa das visitas de campo aconteceu que, por diversos motivos, nenhum dos médicos de uma das Unidades havia comparecido ao seu local de trabalho, o que ocasionou no “esvaziamento” da unidade pela população. As demais categorias profissionais que estavam no posto (como dentistas, assistentes sociais, farmacêuticos e até mesmo as enfermeiras), salvo algumas exceções, ficaram sem pacientes para os atendimentos ou para o acolhimento. Afinal para que serve uma unidade de saúde sem médico?

Observamos a existência de uma barreira quanto a essa construção simbólica do saber médico que ainda necessita ser desmistificada considerando que saúde não é tão somente “*a vida no silêncio dos órgãos*” (pág. 32), embora não pretendemos fazer uma apologia de exclusividade das práticas interdisciplinares. O objetivo é apontar a existência de discursos predominantes e ambivalentes percebidos nas práticas diárias através das representações dos profissionais da área da saúde e a observação de seus cotidianos.

“Mas anorexia pra mim está muito ligado ao que a gente vai investigando, o que a equipe tem para oferecer, o que a pessoa aceita de tratamento. É você ir negociando com ela e vendo o que é importante. É uma equipe que possa estar avaliando e conduzindo o tratamento dessa pessoa.”
(Psicóloga 3)

“O mais eficiente é o tratamento multidisciplinar um tratamento realmente psicológico, psiquiátrico, nutricional, clínico, familiar. É uma abordagem realmente complexa, difícil de fazer, tem que ser feita por uma equipe, tem que ser uma equipe para tratar esse tipo de caso. Anorexia é uma doença muito complexa porque é um tratamento que o paciente quer, mas tem medo, ele tem medo de se tratar, ele tem medo do remédio, então não toma remédio, não faz tratamento.... é um passo pra frente e dois pra traz.”
(Psiquiatra 3)

Para outra parcela dos profissionais o melhor atendimento seria o individualizado, focado nas necessidades específicas de cada paciente, mas com predominância de atendimentos psicológico e nutricional:

“Pois ai é que pega aquela outra questão que eu estava conversando contigo, eu acho que tem que fazer acompanhamento com psicólogo, tem que tentar entender o que está distorcido nessa situação para trabalhar auto-estima de novo. Às vezes a gente precisa de outras coisas no meio como suporte nutricional, porque às vezes pode acabar acontecendo no sujeito que a pessoa tenha vários outras complicações de saúde pela privação mesmo, infecções, anemias, enfim, e eu acho que precisa disso: precisa do psicólogo, o psiquiatra nessas situações se não está associado com uma outra coisa.” (Médica 4)

“Eu acho que precisa ser acompanhada de perto, precisa de atendimento ambulatorial, do olhar individual para essas pessoas, isso eu tenho bem claro. Acho que a psicologia tem um papel fundamental no acompanhamento e a nutrição ela desempenha um papel bem importante de começar a resgatar as relações que a pessoa tem com o alimento, como se construiu essas relações para que ela negasse o alimento enquanto algo que daria prazer para algo que tira esses outros prazeres dessa pessoa. Então a nutrição trabalha muito nesse sentido, para depois, num segundo momento começar a trabalhar a questão de planejar de novo a alimentação dessa pessoa. Mas a psicologia faz um trabalho muito importante, acho que casar essas duas visões é bem legal, pra gente deu bastante resultado.” (Nutricionista 1)

Os dois psiquiatras que trabalham no atendimento básico referem-se à necessidade tanto de um tratamento em equipe multiprofissional quanto de uma equipe especializada no assunto apontando para a deficiência de sua formação nessa patologia. Um deles relata a dificuldade que encontraria caso se deparasse com um diagnóstico clínico de anorexia nervosa grave já que ele não possui referência de um centro especializado (pelo que se sub-entende aqui na região) para encaminhar esse tipo de paciente:

“Trabalhar em equipe multiprofissional é importantíssimo e se possível pessoas que tenham experiência com o assunto, porque é uma coisa que na minha residência médica foi extremamente superficial, o que eu sei foi de leituras que eu fiz e do que apareceu para eu atender. Não tinha uma parte específica na minha formação nessa parte específica da patologia, mas eu acho que isso seria interessante ter um setor que fosse especializado nisso ao menos para os casos mais graves, eu poder encaminhar para eles e receber de volta quando ficar melhor.” (JAIME)

“Sinto falta porque você não tem, por exemplo, se eu pegar um dia aqui de transtornos alimentares grave assim, eu vou comer o pão que o diabo amassou pra uma internação. Claro o paciente com anorexia fica mais fácil internar porque é um caso clínico, tu pode internar em qualquer hospital. Eu acho que não vou ter problema de internar uma paciente assim, mas a maior coisa é ficar sozinho. (...) O paciente assim, nega e ele já te vê como um inimigo então você precisa da assistência familiar e às vezes quantos pacientes a gente tinha que internar a força? Tinha altas brigas com pacientes, são pacientes difícilimas.” (SERGIO)

4.2.2.9. Casos de anorexia nervosa

Assim como descrito na literatura, fazer o diagnóstico e encaminhar uma terapêutica para casos clínicos de anorexia nervosa é algo complexo. Devido a sua etiologia multifatorial cada caso necessita de investigação profunda e detalhada na tentativa de localizar quais foram as causas desencadeantes para, então, buscar o tratamento mais adequado. Na fala dos profissionais ficou bem característica a diversidade dos casos,

dos diagnósticos e dos tratamentos e terapêuticas. Não foi possível estabelecer critérios comuns entre as experiências, seja por categoria profissional ou por procedimento organizativo da unidade e/ou sistema de saúde, no entanto, selecionamos alguns relatos que ou nos chamaram a atenção pela sua narrativa ou pela peculiaridade contida neles.

O primeiro relato selecionado é de uma enfermeira que conta a experiência com uma paciente com bulimia nervosa e que ao encaminhar para o médico – inclusive por intercorrências provocadas pela bulimia – apontou que este procedeu de maneira inadequada na abordagem do transtorno:

“Ai outro dia uma menina veio falar comigo que ela tava com bulimia, ela comia e vomitava, mas ela fazia por querer, porque ela queria emagrecer, e ela era gordinha até, não era magra. Ai ta, eu falei com o médico porque ela estava com problema de dor de estômago de tanto ficar provocando o vômito, ai ele olhou assim pra ela ‘há é até que para quem faz bulimia você está muito gordinha’, ai eu assim ‘ai meu deus do céu... eu aqui quase uma hora conversando com ela, agora sim que ela vai vomitar até a alma, vai vomitar até o intestino se ela puder.” (Enfermeira 4)

Uma das psicólogas da atenção básica apontou o caso de uma menina que veio ao posto, não propriamente por estar com anorexia nervosa, mas por outro problema e que foi identificado que talvez pudesse estar relacionado à anorexia. Percebemos nesse exemplo aquilo que acreditamos ser mais rotineiro nesses casos: as pacientes procuram a unidade de saúde não por estarem com anorexia nervosa, mas por desenvolverem algum outro tipo de complicação clínica ou sintoma decorrente do transtorno e que a grande parte dos profissionais, seja pelo transtorno não estar ainda visível, pela complexidade do diagnóstico ou pela dificuldade de não ser destinado um tempo maior de consulta para se fazer uma anamnese mais apurada, acabam por não perceberem o problema real. No caso abaixo explorado nota-se que devido à magreza já preponderante foi possível uma abordagem mais adequada de anamnese para um possível diagnóstico, no entanto não houve a possibilidade de tratamento pois a paciente mudou de cidade e o vínculo foi rompido:

“A gente chegou a ter dúvidas daqui de uma menina que eu estava atendendo, ela não estava conseguindo se alimentar, estava muito magra, tinha perdido muito peso nos últimos tempos, tava com problema respiratório bem importante, ela foi encaminhada pra mim A gente começou a desconfiar da anorexia, o que se desconfiava era da magreza ai eu dei uma folha e pedi pra ela me trazer na próxima consulta, pra ela se desenhar e ela não conseguiu. Ela não conseguiu ai eu pedi fotos dela, pedi pra ela escolher fotos pra me trazer e tinha alguma coisa da auto-imagem ali que ela não... muito distorcida. Não necessariamente uma magreza, mas como ela estava se vendo. Mas ela acabou indo morar em São Paulo. Perdeu o vínculo com a gente. Acabou não tendo oportunidade de encaminhar mais coisas.” (Psicóloga 3)

Já uma médica lembra-se de ter atendido cinco casos e referiu que fez o diagnóstico seguindo o DSM-4, e que apesar de alguns sintomas não estarem bem definidos ela não sentiu dificuldades em fazer o diagnóstico e encaminhamento à equipe de matriciamento de saúde mental:

“Bom, eu segui os critérios do DSM, o manual de psiquiatria, mas nem sempre todos os fatores estão bem clássicos no paciente, mas pelo que eu me lembre esses cinco casos que eu peguei eram bem característicos. A gente encaminhou para o matriciamento de psiquiatria.” (Médica 1)

A fala da nutricionista nos chama a atenção em relação ao “perfil alimentar” que os pacientes costumam relatar, principalmente, nas consultas de nutrição. Segundo ela os sujeitos que são obesos relatam comer pouco e os anoréxicos relatam comer muito; o que não justificaria para uns estarem acima do peso e para outros estarem abaixo do peso:

“Mas nesse caso foi uma menina que ela foi para a consulta com a enfermeira por um outro motivo, chegou no acolhimento e ai a enfermeira percebeu que ela estava bem emagrecida e geralmente é isso, quando começa a falar de comida você vai perceber um jeito diferente de falar de comida. (...) E nos relatos dela pelo que ela comia, ela não deveria estar tão emagrecida e ai a gente começou a

investigar, investigar no sentido de formar vínculo, porque na verdade é isso pra mim, porque a consulta de nutrição como um todo, seja para anorexia ou não, a pessoa quer mostrar que come com um jeito certo então se a pessoa é gorda ela fala que come pouco, se a pessoa é magra ela fala que ela come muito se caso ela quer continuar a ser magra, principalmente. (...). E aí a gente ficou trabalhando dessa forma, com a equipe multiprofissional, ela começou aparecer a questão do vomitar, mas o diagnóstico era de anorexia pelas características, que tem uma diferenciação entre anorexia e bulimia, até a questão do peso de um e de outro, a forma de lidar com a questão da alimentação todas essas coisas, mas elas podem estar associadas. E aí a menina começou a ter problema na mão, no esôfago quando começou a forçar vômito e tal, aí a gente começou a ir trabalhando em equipe multiprofissional o médico, o enfermeiro, eu e o psicólogo trabalhando cada questão pontual dela.” (Nutricionista 2)

Outra experiência que nos chamou a atenção foi de um caso atendido em outro Estado, São Paulo, onde funciona o AMBULIM (Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas), considerado o maior centro especializado de transtornos alimentares do Brasil e da América Latina⁴⁸, sendo que a produção científica dos profissionais que trabalham nesse centro, em grande maioria, constitui o referencial teórico deste trabalho. O psiquiatra nos relata como funcionou o tratamento interdisciplinar no caso a seguir:

“Então, era uma menina de 14 anos que veio encaminhada pelo pediatra porque estava emagrecendo muito e não queria engordar, ela achava que estava bem daquele jeito e não queria engordar. Eu encaminhei ela para uma psicóloga que já tinha feito mestrado nessa área e para uma nutricionista que também era especialista nessa área. Essa nutricionista ela era bem especialista nisso, ela era do grupo do AMBULIM não sei se tu conhece a Marli Alvarenga. Então ela deu a dica assim, que um dos três precisava ser o mal da história, o mal era o seguinte, era eu que tinha que falar ‘olha se você continuar não comendo eu

48 Para maiores informações consultar <http://www.ambulim.org.br/>.

vou ter que internar você, nós vamos amarrar você na cama e enfiar um tubo no seu nariz pra você comer' e a psicóloga e a nutricionista eram mais esportivas, davam as dicas. Então assim você forma um time e vai cercando de todos os lados.” (Psiquiatra 2)

Um dos médicos também apresentou a vivência que teve fora de Florianópolis, na verdade, fora do Brasil. Sua formação em Medicina foi na Universidade Livre de Montevideo e foi justamente durante a graduação que ele acompanhou um caso de anorexia nervosa e explica que no Uruguai existe a Sociedade da Anorexia (assim como a Associação Progeles; Seu Abrigo entre outras) que é mantida pelo governo e auxilia no tratamento dessas pacientes:

“Só acompanhei na faculdade lá no Uruguai. Lá tem a Sociedade da Anorexia, ou seja, tem uma equipe multidisciplinar. É multidisciplinar porque tem 4 profissionais, a medicina, a enfermagem, a psicologia e a nutrição. Atendimento multiprofissional, é um tratamento demorado de as vezes até um ano, é muito reincidido. É tipo que a gente tem aqui o AA, é uma organização pública, é o governo mesmo que paga. É uma casa onde tem tipo uma clínica, mas é tudo público onde tem uma equipe de referência, então quando a gente chega lá no postinho encaminha para esse psiquiatra dessa clínica, é um centro de referência só para anorexia. É divulgado com campanhas na televisão, rádio, em folders.” (Médico 2)

Na literatura e mesmo nas falas dos profissionais especializados encontramos que uma das grandes dificuldades para o diagnóstico e tratamento da anorexia nervosa é a recusa da paciente em aceitar que está doente e em fazer o tratamento. No entanto, nos foi apontado pelo nutricionista de uma das UBSS que, na maioria dos casos de anorexia nervosa que ele atendeu, as pacientes chegaram à consulta alegando possuírem o transtorno e que necessitavam de tratamento. Será que poderíamos assumir a hipótese de mais uma mudança no quadro sintomático da doença como referido no capítulo 1? Ou quem sabe poderíamos apontar como uma mudança comportamental referente à pressão social de se ter um corpo magro? Ou ainda de que os princípios da atenção básica (promoção, prevenção,

recuperação) estão modificando o comportamento dos usuários ao procurar o atendimento? Para responder a estas hipóteses acreditamos não possuir material suficiente, mas constatamos a necessidade de mais estudos investigativos na tentativa de corroborar ou não tais hipóteses:

“A maioria dos casos a pessoa chegou dizendo que tinha: ‘eu tenho anorexia e preciso de ajuda’. Ai quando a gente perguntava o porquê que ela tinha anorexia ai ela dizia esse quadro: ‘eu não gosto do meu corpo, eu queria emagrecer, eu não to comendo, eu não consigo comer, eu sou muito ansiosa, não gosto de falar de comida, se eu pudesse eu não comia mais’, nesse sentido. Ai teve um caso que a pessoa não veio já falando o que tinha, mas veio com essa preocupação de que ela não estava mais querendo comer e tava preocupada com isso. Ai a gente começou a trabalhar um pouco dessas relações daí tinha uma distorção de imagem mesmo, tinha algumas coisas que estavam ai envolvidas e daí a gente começou a suspeitar que tinha anorexia e isso fechou num quadro de anorexia também. Porque o que acontece a gente tem muitos casos que a gente não tem acesso, a pessoa fica negando e se ela nega ela não vem para o Centro de Saúde, ela vai vir aqui, talvez, porque ela teve conseqüências dessa anorexia e isso nunca aconteceu e eu não sei se as pessoas chegam pro centro de saúde quando elas tem conseqüência de anorexia, que acho que elas vão provavelmente para uma atenção terciária, ou porque elas desnutriram demais, sei lá, elas vão direto para o hospital, como a nossa rede ela é muito frágil nessa questão da referência e contra-referência do hospital ela não volta pra cá, a gente não tem acesso. Então como no centro de saúde a gente atende as pessoas que vem buscar ajuda, então ela já passou desse processo de negação, ela já ta querendo que alguém auxilie nesse cuidado.” (Nutricionista 1)

Quando perguntamos ao psiquiatra especializado em Transtornos Alimentares se ele se recordava de como havia diagnosticado algum caso de anorexia nervosa a resposta surpreendeu-nos, pois devido ao fato de trabalhar dentro de uma especialidade e no nível secundário de atenção ele nunca realizou um diagnóstico já que as pacientes chegavam com o diagnóstico realizado:

“A minha experiência é uma experiência um pouco diferente porque quando os pacientes vêm para mim eles já vem, à grande maioria, já vem diagnosticada. Os colegas sabem que eu trato isso então elas já vêm com suspeita pelo menos. Quando vem já está diagnosticada, ela já vem com o problema de que não está comendo, tem uma suspeita. Às vezes eu já tive paciente de vir com o diagnóstico de uma anorexia e ser uma ortorexia, mas aí são detalhes, uma variante digamos assim, coisa que o colega não se deu conta que ela estava escolhendo comida, não comia isso, não comia aquilo. Então não me ocorre coisas assim de algum paciente que eu tenha feito o diagnóstico primário, até porque eu não faço clínica médica em geral, as queixas que levam a paciente a consulta sempre são queixas clínicas, dificilmente alguém vem sem ter passado por um clínico antes.” (Psiquiatra 3)

4.2.2.10. Complexidade relacionada à Anorexia Nervosa

Os trechos das falas abaixo não se constituíram de uma pergunta específica, mas emergiram durante as entrevistas e devido a sua peculiaridade resultou em uma categoria da pesquisa. Nessa categoria referente à complexidade da anorexia nervosa percebemos os seguintes agrupamentos: a dificuldade relacionada às pacientes, ao diagnóstico e aos sintomas do transtorno; o estigma gerado entre gordo X magro; a capacidade iatrogênica⁴⁹ da medicina e o fato da medicalização dos comportamentos humanos; a dificuldade do profissional compreender a AN; falha na formação profissional; dificuldade no atendimento na rede de saúde.

Em relação à dificuldade quanto à aderência das pacientes no tratamento as dificuldades apontadas são a ausência da família durante as consultas e o fato das anoréxicas utilizarem-se de subterfúgios na tentativa de tentarem lograrem o tratamento, o responsável pelo mesmo e não admitirem que não comem ou que estão doentes:

⁴⁹ Alteração patológica provocada no paciente por um procedimento médico errôneo ou inadvertido.

“O problema é que nem sempre a coisa é assim o paciente vai e não vai nenhum familiar junto, aí ela mente, você pergunta ‘não eu como direitinho, só que eu não sei eu me sinto mal’ e aí fica tem que ficar pedindo exames, custa para chegar. Às vezes a menina esconde muito, muito, e a mãe leva um susto quando recebe o diagnóstico porque elas escondem a comida, elas aprendem a enrolar na hora de comer, fazem um prato alto de salada e vão empurrando as coisas para baixo da salada, esmaga a comida para diminuir o volume, às vezes joga num guardanapo e bota no bolso e depois jogam fora. Então elas fazem mil e uma coisas para não se alimentar, para enganar a família, começam a comer em horários diferentes, se atrasa para comer ou comem antes ‘há não eu já comi’. Então elas são especialistas em esconder, começam a usar roupas de manga comprida, calça comprida e a mãe não vai vendo o emagrecimento, ela custa para ver. Então as vezes o que chega para um clínico já é um estado mais avançado e aí eles começam a se perguntar se não é AIDS, se não é uma doença oncológica. Até eliminar todas essas coisas porque a paciente informa ‘eu como, eu almoço, eu janto’ e é mentira” (Psiquiatra 3).

“A doença psiquiátrica, a doença emocional, eu acho que a anorexia nervosa a gente não consegue como clínico, como médico a gente não consegue manipular uma anorexia nervosa legítima porque é uma coisa extraordinariamente difícil de se resolver.(...) Não come e não se ajuda e está se olhando no espelho se achando gorda e quer emagrecer.” (Médico 8)

Outra dificuldade ainda com relação ao tratamento é quando a paciente possui “apenas” anorexia nervosa sem outro transtorno associado, como relata a psicóloga especialista em transtorno alimentar:

“Já é difícil você encontrar uma pessoa com anorexia nervosa que não tem transtorno associado, quando não tem é difícil tratar, muito difícil acessar também, mas a gente tem uma possibilidade. Essa menina que eu vou atender hoje, para mim é a única que ainda não dá para dizer assim ‘tem transtorno associado’ as outras todas que eu já atendi tem, transtorno de humor, depressão. E assim elas cansam muito, consomem muito porque é muito

complicado acessar quando ela não tem transtorno, parece que é mais gostoso de atender porque é menos cansativo.”
(Psicóloga 4)

Observamos que as sociedades estabelecem um modelo ideal e “normal” de categorias na tentativa de direcionar as pessoas há um determinado padrão, Goffman (1982) trata disso em seu livro “Estigma”, apontando-o como uma relação entre um atributo e um estereótipo, onde a pessoa se encontra inabilitada para a aceitação social plena. A nutricionista não nos fala diretamente de um estigma em relação à obesidade, mas em sua fala percebemos essa existência no tratamento e até mesmo na abordagem dirigida à pacientes com transtorno alimentar da obesidade. Percebemos que de certa maneira o profissional não encontra tanta dificuldade em fazer um diagnóstico de obesidade e “informar” isso para o paciente, mas que na anorexia nervosa “existe” uma sensação ruim de dizer para a pessoa que ela está magra e que não é por falta de comida. Isso talvez possa estar relacionado ao fato de que a obesidade está diretamente ligada à doença, a pessoa não estar cuidando de si, enquanto que a magreza é associada a boa forma, a saúde, a estar bem:

“Mas é bem interessante e eu vou te dizer que eu acho que tem outra coisa, eu acho que essa coisa que tu falou antes que de estar do lado de alguém que tem anorexia é uma coisa ruim, você tem a impressão de que a pessoa vai quebrar, você não tem como falar com a pessoa porque ela quer que você fale que ela está linda assim magra e ela não está. Tem várias coisas que influenciam que dá essa sensação ruim e isso eu acho que passa também para os profissionais, eu acho que os profissionais tem uma dificuldade muito grande de lidar com esse tipo de transtorno, mais do que sobrepeso ou a obesidade, é bem mais. Eu acho que tem uma dificuldade muito maior de se falar sobre o assunto com a pessoa e isso eu acho que é com todos, pelo menos o que eu percebo com as equipes. Então é muito doído porque eu acho que até hoje em dia você abordar assim ‘há você tá gordo e você vai estar com obesidade e tal e vai fazer tal dieta para emagrecer’ é fácil, é relativamente fácil. Já na anorexia você tem essa questão de não conseguir falar do assunto, de não conseguir olhar para a pessoa e dizer assim ‘ho você esta com diagnóstico de magreza, de desnutrição e não é porque você não tem

comida em casa, é por outros motivos que você não quer comer' e começa a trabalhar com isso é difícil para todo mundo.” (Nutricionista 2).

Uma das médicas chamou a atenção para a facilidade com que as pessoas e a medicina têm em medicalizar ou transformar em doença qualquer comportamento humano que possa estar se “desviando da norma”. Assim como a reflexão já realizada no capítulo 1 em relação ao que é normal e do relativismo existente sobre as percepções de saúde doença, para ela existe uma forte tendência de estarmos criando doenças novas:

“Mas a lógica do funcionamento é muito diferente, perpassa um pouco isso, e acho que a nossa capacidade de estar criando doenças está aumentando cada vez mais, cada um que se desvie do que a gente chama de padrão normal do comportamento. E isso a gente tem que ficar ligado, tem coisas que estão claramente trazendo transtorno para a vida daquela pessoa, claramente estão danificando a saúde, tendo impacto na vida social, enfim, isso aí realmente a gente tem que olhar porque está trazendo prejuízo para a vida da pessoa que não pode ser uma coisa saudável, mas a gente também tem uma capacidade de criar doença incrível. Daqui a pouco a gente tem a mania que as pessoas têm de pintar o cabelo (...). É mais a própria medicina tem essa capacidade maravilhosa e a gente também é iatrogênico também, então é uma das questões que a gente tem que aprender a trabalhar com a gente mesmo.” (Médica 4)

Entender o que leva uma pessoa a não querer comer, a não gostar de comer foi o questionamento de um médico apontando como uma de suas dificuldades enquanto profissional para compreender o que acontece com alguém que sofra de anorexia nervosa, visto que para ele o hábito de se alimentar é um hábito prazeroso e que de certa maneira a gula (referindo-se a bulimia nervosa) poderia ser “perdoada” e que inversamente não aconteceria com a AN:

“Então é um problema esse negócio de peso, mas isso que eu não entendo é muito difícil, eu até entendo a bulimia sabe assim, a pessoa ser mais guloso, mas agora não

querer comer, porque a pessoa que é gordinha e come, come, come tem um tipo de bulimia ela está exagerando, mas ela tá fazendo uma coisa prazerosa.” (Médico 8)

Em outras falas, inclusive já apreciadas no decorrer das análises, foi apontado um certo desconhecimento ou pouco conhecimento do que seria anorexia nervosa por parte dos profissionais da atenção básica, além da característica freqüentemente relatada por estes profissionais que a maioria se dedica a estudar doenças mais freqüentes, que tenham uma incidência maior na comunidade onde atuam. A grande maioria não se lembra de ter estudado este conteúdo em sua formação específica e se o teve foi de maneira superficial inclusive relacionam a junção destes fatores com a possibilidade de subdiagnósticos do transtorno:

“Eu acho que tem uma falha minha e talvez de alguns colegas quando a gente ficou inseguro nas questões de transtornos alimentares, tem pouco estudo em relação a isso ainda, apesar de em alguns momentos aparecer muito na mídia eu nunca me debrucei sobre a literatura, justamente assim, porque o que eu mais vou estudar é o que eu tenho aqui, no caso depressão leve, moderada, são crises de ansiedade, é pânico, crise ao luto, essas coisas assim. Então é uma falha nossa porque talvez estejam passando pessoas que talvez a gente não esteja se dando conta justamente por isso, por não conhecer e muitas vezes conhecer só um pouquinho.” (Psicóloga 3)

Assim como nas dificuldades descritas pelos profissionais do Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES e da vasta discussão teórica e de gestão pertinente aos encaminhamentos entre os diferentes níveis de atenção em saúde e no sistema de referência e contra-referência independentemente do tipo de doença, os profissionais que atendem na atenção básica apontam esses fatores como mais um agravador do tratamento da anorexia nervosa em Florianópolis:

“A partir do momento que a gente entende, ou que a gente entender, ou que a gente vir a entender que a anorexia ela é uma situação importante dentro do contexto do território aqui na atenção básica, dentro do contexto de território que

a gente trabalha, se a gente pensar em protocolos para fazer esse acompanhamento eu acho que facilita bastante, como isso não existe então são tentativas específicas. Aqui em função da residência a gente consegue integrar pela proximidade que a gente tem dessas profissões, na rede não sei como trabalharia isso porque não existe psicologia, nutrição e farmácia na rede, estão dissolvidos nas policlínicas, secundários, matriciando. Então teria que pensar numa estratégia para isso.” (Nutricionista 1)

Percebemos que as dificuldades e a complexidade da anorexia nervosa já foram amplamente apresentadas e problematizadas ao longo deste trabalho, no entanto, não poderíamos deixar de apresentar a resposta de uma das psicólogas especialista em anorexia nervosa ao ser questionada do porquê ou o quê a levou a escolher tal especialidade, e a própria questão de desgaste emocional em atender vários casos simultaneamente:

“Mas assim, eu não consigo pensar em nada muito especial, a não ser que sempre me chamou muito a atenção essa questão de não comer, não comer, não comer até morrer. Como alguém pode levar isso tão longe? Acho que pessoalmente é mais um interesse de entender e eu tenho um jeito de sempre buscar as coisas difíceis de entender, então acho que por isso, sempre me pareceu muito complicado esse jeito delas não comerem, eu acho que eu queria entender. (...) E aí agora falando contigo eu fico pensando na tua primeira pergunta ‘por que é que eu busquei uma área tão difícil?’ é por isso, porque eu sempre busquei as coisas mais difíceis para entender mesmo, então achei a coisa certa, em psicologia foi a melhor de todas. Todas as outras, mas a anorexia assim, quando eu tenho 3, 4 pacientes no consultório eu fico assim quase sem energia, o ideal, se eu fosse fazer um ideal, aqui no consultório onde a gente atende individualmente, buscar família, tem todo esse processo de muito envolvimento, eu penso assim ‘ai que bom só duas anoréxicas o resto misturar’, porque tu não agüenta mais que aquilo naquele momento, 4,5 pessoas com anorexia num consultório ao mesmo tempo não dá para agüentar. É uma carga, porque tu lida com a morte o tempo inteiro e com essa impotência.” (Psicóloga 4)

4.2.2.11. Profissionais mais adequados para trabalharem em casos de Anorexia Nervosa

A grande maioria dos entrevistados apontou que os profissionais mais adequados para trabalharem em casos de anorexia nervosa seriam: médico, psicólogo, nutricionista e psiquiatra desde que trabalhando em equipes minimamente de forma interdisciplinar visto e evolução rápida do caso clínico, mas que o médico ainda assumiria um papel de destaque no atendimento, relacionado com a imagem e a legitimidade que as pessoas associam a sua figura:

“Elas vêem o médico de uma maneira bem especial que é ‘o cara que vai me curar’ que muitas vezes isso não está comigo e não está com o nutricionista, então as expectativas que aquela pessoa coloca nele é muito importante para a gente conseguir avaliar a o tratamento. Que tem informações que ele tem que elas conseguem falar ‘que eu preciso contar para o médico por ele vai me curar’. Às vezes eu acho que o médico tem essa de como as pessoas vêem ele, isso ajuda a equipe como um todo, eu vejo que às vezes os outros têm informação que levam muito tempo para falar para mim e falam na primeira consulta com o médico e depois. ‘há porque eu tenho que contar tudo para o doutor porque ele tem que saber de tudo direitinho para ele me curar’. Sabe?” (Psicóloga 3)

“Acho que todos têm importância fundamental. Fundamental, não consigo nem imaginar não trabalhar em conjunto assim, e na verdade tem que ser realmente integrado, as informações tem que fluir entre todos e quando você começa a ver uma piora do caso você tem que agir e internar rapidamente o paciente. Em geral as mortes são bastante inesperadas assim, o paciente entra em um transtorno, um desequilíbrio rápido assim.” (Médica 1)

“Eu acho que na verdade qualquer profissional da saúde que se disponha a estar escutando, ter esse perfil de poder ter essa escuta um pouco diferenciada que eu acho que não é uma coisa de um ou de outro profissional.” (Psicóloga 1)

Algumas áreas profissionais foram citadas de maneira bem pontual e com um papel específico como a odontologia, a enfermagem e o educador físico conforme o que se segue:

“A odonto. Sim, ela faz parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família. Às vezes a pessoa vem para uma avaliação de dente, vem para uma limpeza, vem para uma restauração dá também na parte alimentar, geralmente o dentista ‘o que tu come, o que tu não come, tem hábito de comer doçura? Escova os dentes depois da comida?’ e nisso pode puxar o gancho também da anorexia, detectar alguma coisa.” (Enfermeira 4)

“Enfermagem porque as enfermeiras têm uma visão bem ampla de tudo assim. Eu acho bem legal com gestantes conversar com as enfermeiras para ver o que é, porque as meninas têm uma visão diferente, elas aprendem coisas que médicos não aprendem. Eu acho bem legal conversar sempre com a enfermeira.” (Médico 2)

“Quando chega ao ponto da pessoa querer não ter mais anorexia e trabalhar mais no sentido de promoção da saúde dessa pessoa. Eu acho importante ter, por exemplo, uma vinculação com profissional que trabalha com atividade física para que a pessoa vá se tratando. Porque a pessoa não quer ficar gorda, não quer ficar feia e isso é muito claro então tem que ter esse tipo de rede.” (Nutricionista 2)

4.2.2.12. Inclusão de sociólogos e outros profissionais nas equipes de transtornos alimentares

As ciências sociais em saúde, especialmente a sociologia da saúde ainda possui pouca visibilidade no Brasil e sua maior expansão ocorreu devido às mudanças nos currículos da Medicina e com as políticas de Pós-Graduação e de ciência e tecnologia pertinentes à saúde pública/Medicina Social/Medicina Preventiva principalmente a partir da década de 1970 (CANESQUI, 2007). Segundo a mesma autora ainda não dispomos do completo registro dos cientistas sociais dedicados atualmente ao campo da saúde no Brasil, sendo que a maioria desses profissionais encontra-se no âmbito da docência e pesquisa.

Aos perguntarmos aos profissionais de saúde como eles perceberiam a inserção de sociólogos nas equipes de saúde, especificamente em equipes especializadas em transtornos alimentares observamos três vieses possíveis: o desconhecimento da figura do sociólogo e uma certa confusão com objeto do serviço social; a imagem do sociólogo apenas em âmbito acadêmico e; a possibilidade de inserção do sociólogo nas equipes de saúde.

Poderíamos assim dizer, que 1/3 dos profissionais não conseguiu definir o papel do sociólogo atuando nas equipes ou mesmo conseguiu definir o objeto de estudo da sociologia, confundindo muitas vezes com o assistente social. Percebemos também que a figura do sociólogo é uma figura desconhecida para a maioria dos profissionais de saúde:

“Olha é porque eu nunca tive a experiência, eu acho que a gente pode tentar, a gente pode ver. É que quando a gente desconhece esses profissionais, porque eu nunca trabalhei com sociólogo, eu imaginaria uma assistente social que é uma coisa que a gente já sabe qual é o papel da assistente social, agora do sociólogo eu não sei assim, não consigo imaginar, não consigo imaginar...” (Enfermeira 4)

“O trabalho do sociólogo eu não sei exatamente como seria numa rede de saúde, eu não sei, eu desconheço porque eu nunca trabalhei e não sei, porque o que eu vejo da sociologia é muito de trabalho, de fazer, de estudar, de apresentar os dados e tal, e tem essa confusão da sociologia com o serviço social assim, e do serviço social eu conheço o trabalho prático que é importante, que é essa questão de conhecer a rede social da pessoa, da família e outros fatores que influenciam nesse estudo social mesmo.” (Nutricionista 2)

“Eu não saberia te dizer, eu ficaria com vontade de perguntar para esses profissionais em que medida eles poderiam estar contribuindo, eu nunca pensei sobre isso, não saberia te dizer.” (Psicóloga 5)

Para outros a imagem do sociólogo existe apenas no campo acadêmico, mas que para um trabalho prático eles não conseguiram visualizar a aplicabilidade dessa área na assistência, talvez se aproximando mais para um orientador da

equipe, complementando as ações para promoção da saúde ou prevenção de doença, auxiliando no entendimento do processo saúde doença:

“Eu diria que... não está muito claro pra mim. A gente tem tão pouca interação fora do mundo acadêmico que eu tenho um pouquinho mais de dificuldade de enxergar a aplicabilidade assim, as trocas de experiências no mundo acadêmico me são muito ricas até fiquei curiosa de como seria essa interação na assistência, interessante. Acho que é bom pra ajudar a gente há entender como aquela coisa, como é que essa doença, esse distúrbio foi se desencadeando na sociedade, mas falando isso da equipe que está tratando do indivíduo aí é uma coisa um pouquinho mais confusa pra mim, acho que é falta de convivência com os profissionais mesmo. (...) Com essa coisa da discussão mais macro para ajudar no entendimento e discussões eu acho sim, acho que é uma discussão antropológica, sociológica. É ali eu acho que faltaria convivência. Como é que tu enxergas o sociólogo no atendimento individual? Agora eu vou fazer a pergunta (risadas) é que eu fiquei curiosa com isso.” (Médica 4)

“O sociólogo eu acho que justamente seria interessante pela orientação desses movimentos sociais e culturais relacionados a história da anorexia, não digo fazendo um acompanhamento, mas talvez um atendimento, um atendimento, uma orientação, uma atividade em grupo. Acho que seria muito interessante ter a participação do sociólogo.” (Médica 1)

“Eu acho que de auxiliar as equipes no tratamento e de entender, de buscar compreender que mecanismos que fazem as pessoas entrar num quadro desses, eu acho muito importante nesse sentido porque eu acho que a partir do momento que você começa a compreender, por vários aspectos, o que leva uma pessoa a desenvolver um quadro de anorexia tu começa a trabalhar mais na raiz do problema que é onde a gente vai começar a resolver essa situação. Então eu acho que eles dariam um suporte bem importante nessa questão de trabalhar muito a compreensão do quadro, não só com os profissionais que estão atendendo, mas com o próprio usuário para que ele possa se co-responsabilizar pela situação e entender

porque ele ta naquela quadro ali. Então eu acho que complementando mesmo.” (Nutricionista 1)

“Eu acharia, mas mais numa questão de pensando na prevenção e no entendimento da doença, pro tratamento eu acho que não. Não teria necessidade, mas para entender os fatores culturais que estão envolvidos na anorexia eu acho.” (Médico 3)

Na categoria dos profissionais que acham que seria importante a inclusão dos sociólogos, tivemos dois tipos de respostas: aqueles que num primeiro instante apontaram positivamente para a sua inclusão e descreveram algumas possibilidades de trabalho e aqueles que num primeiro momento não conseguiam definir. Para o segundo grupo os instigamos a refletir sobre a resposta que emitiram ao apontar o que ocasionava a anorexia nervosa, visto que muitos a associaram com os modelos de corpos magros e com questões culturais. Após serem “provocados” responderam:

“Sim, porque eu não pensei nisso, mas isso é bem pertinente a gente vê que é um problema de uma sociedade, isso é um estudo como você está fazendo, um olhar maior sobre isso. É uma doença que atinge o individuo, mas é uma doença social sim, seria uma questão de relações de uma sociedade que esta muito... tem coisas ali que desenvolvem isso, que estimulam isso, até você estava dando esse exemplo, né, nessa propaganda desse filme que eu vi, não era propaganda, era filme, a anorexia no filme mostra assim de como a sociedade cria necessidades que a gente não tem, cria desejos em nós, entende? Então se a gente tiver e quem que dá esse olhar? É um sociólogo, é um antropólogo que pode nos passar essa informação de um olhar mais crítico sobre essas informações.” (Psiquiatra 2)

“Eu diria que seria muito bom porque traria uma discussão que a gente não tem. Vocês estudam toda a sociedade, de como se criou a sociedade, de como foi essa evolução das pessoas, do coletivo e a gente não tem fica mais na medicina, fica mais no biológico mesmo e vocês podem estar resgatando todas essas questões da cultura, como as transformações estão se dando, e muitas vezes a gente não dá conta que as coisas estão acontecendo em nível

macro, mundial até ou nível de país Brasil, e às vezes a gente fica por fora. Eu não sei bem a sociologia, o que a sociologia estuda, qual é a função do sociólogo, mas acredito que o resgate das transformações da sociedade é bem importante para estar atualizando a própria equipe de saúde mesmo.” (Médico 2)

Para o restante dos profissionais o sociólogo se apresentou como podendo ser mais um integrante da equipe de saúde. Chamou-nos a atenção a fala de um dos médicos que colocou a figura do sociólogo mais importante do que a sua própria figura em relação à anorexia nervosa.

“Eu gostaria. Acho que é mais importante que o médico nessas alturas, porque assim anorexia nervosa eu confesso pra ti que se eu tivesse um caso de anorexia nervosa no meu consultório eu seria uma pessoa impotente para resolver isso aí, cabe a mim como clínico, não ser um babaca e não pensar em uma anorexia. Então eu tenho que pensar, tenho que fazer os exames básicos, por isso que eu acho que hoje a saúde no país o médico esta... você faz a parte médica, mas a gente depende muito de outras áreas, a gente precisa de muita coisa.” (Médico 8)

A fala dos demais profissionais se apresenta numa perspectiva interdisciplinar visando para a compressão do conceito ampliado de saúde e da complexidade da doença que necessita minimamente da multidisciplinaridade:

“O que eu acho? Eu acho ótimo, eu acho que como todos os profissionais que já têm aqui, quanto mais a gente puder abrir isso para outros campos do saber, outras áreas, eu acho que isso tende a ficar melhor tanto para a gente enquanto profissionais, quanto para as pessoas que procuram serviço. Então se a gente reunir todos os profissionais que existe a gente vai conseguir ter tudo, reunir todo esse olhar de uma coisa única, de uma totalidade, eu acho que a gente sempre vai ter furos no saber. Mas eu acho que tem um lugar que se a gente pensa o sujeito como uma coisa complexa, como uma coisa com várias dimensões a gente pensa na questão da saúde, da doença também, dessa forma, quer dizer a gente está falando de vida e de todas as áreas.” (Psicóloga 1)

“Olha não vejo que seja impossível a inclusão, espaço tem porque é uma patologia que engloba diversas áreas, eu acho que uma equipe quanto mais rica mais vertentes de outros olhares que só enriquece. Acho utópico conseguir incluir numa equipe dessas, mas acho que seria interessante. Eu vejo nessas disciplinas podendo ser bastante interessantes como um serviço de prevenção para evitar que a coisa chegue a ponto de já termos uma anorexia instalada, então estudar métodos para enfrentar essa onda de pró Mia e pró Ana isso é uma coisa sociológica, não é só um problema de saúde, ela passa pela cultura, pelo grupo. Eu acho que espaço tem para todo mundo trabalhar.” (Psiquiatra 3)

“Eu gosto muito da antropologia eu tenho um namoro com a antropologia, então eu acho que a antropologia pode ajudar, eu acho que essas visões que a antropologia dá são bem interessantes porque a gente é acostumada a ver os fenômenos no indivíduo e talvez quando se consegue ampliar isso para o social, para a percepção de outros lugares, de outras culturas, de como as pessoas lidam com isso, acho que te ajuda a pensar muito mais. E com o sociólogo a mesma coisa, a gente precisa deles o tempo todo. Os educadores também eles podem ajudar muito, talvez eles sejam as primeiras pessoas que possam estar percebendo quando isso acontece na adolescência.” (Psicóloga 3)

4.2.2.13. Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES

Nessa categoria analisaremos especificadamente o serviço de atendimento do Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES. Como já explorado no capítulo 3 o ATA funcionada nas dependências do Hospital Universitário conveniado com a Secretaria de Estado da Saúde de SC para servir de campo de estágio dos residentes em psiquiatria. Os atendimentos acontecem todas as segundas-feiras à tarde e conta com três profissionais contratados (1 psiquiatra e 2 psicólogas); 2 profissionais voluntárias (1 nutricionista e 1 psicóloga), além de 2 residentes estagiários em psiquiatria. Esse é o único Ambulatório de Transtorno Alimentar que dispõem o estado de SC servindo como referência estadual.

Conforme apontado item 4.2.4. referente às maiores dificuldades apontadas pelos profissionais do ATA se refere ao pouco tempo para atendimento dos casos de anorexia nervosa (apenas uma tarde); falta de recursos humanos (apenas 3 profissionais são responsáveis por todo o atendimento) e a necessidade de ampliação do serviço para atendimentos de alta complexidade (espaço para internação dos casos mais graves). Não iremos repetir as falas dos profissionais sobre estas dificuldades visto que já trabalhamos anteriormente, no entanto estas dificuldades se refletem nitidamente na atuação do ATA como serviço de referência. Praticamente todos os profissionais da atenção básica que foram entrevistados não sabiam da existência do ambulatório ou mesmo como se daria um encaminhamento; 03 já tinham ouvido falar e 03 tentaram entrar em contato para encaminhar pacientes, mas não conseguiram.

Uma enfermeira ao ser questionada se ela conhecia algum serviço especializado em transtornos alimentares para encaminhar as pacientes, a mesma descreveu a dificuldade existente na atenção básica para encaminhamentos de casos à assistência em outros níveis de complexidade em saúde como se segue:

“Não porque a gente tenta tratar aqui. Na realidade está muito difícil agendar consulta para o HU. Tá muito difícil porque assim, eles abrem vaga para SC inteira e Florianópolis é muito grande, tem muita gente para tratar aqui, então imagina abrir vaga para 50 postos de saúde, fora o que tem dos outros lugares, então é bem difícil abrir vaga, a gente tem uma dificuldade muito grande.”
(Enfermeira 4)

Durante a entrevista com o responsável pelo Ambulatório ele complementa a dificuldade apontada acima (esse trecho aparece durante a sua fala, não havida sido colocado essa dificuldade de encaminhamento para o psiquiatra) e explica:

“O serviço não foi montado para resolver o problema de atendimento do SUS ele foi montado para ensinar, ele é um ambulatório de ensino e que como único é também o de atendimento, a gente presta o atendimento, mas não está voltado para ser um ambulatório do SUS. A gente atende clientes do SUS e como todo ambulatório vai acabar em

lista de espera porque todo ambulatório especializado acaba assim. Por enquanto não padece dessa mazela, mas vai cair nisso porque como é o único público no estado todo, mas atendemos já gente de Xanxerê, Joaçaba e Joaçaba é longe para vir aqui uma vez por semana, tem paciente que vem. Vem a ambulância todo dia, ela vinha, mas é claro chegou uma hora lá que não tinha ambulância, tinha ambulância mas não tinha motorista e aquelas coisas, então não liberaram porque acharam não sei o que... tem um monte de mazelas né, não é racional isso tinha que ter alguém lá que tratasse isso também agora que tem os residentes que estão passando, alguns vão se interessar por transtornos alimentares e talvez volte para a sua cidade e talvez monte algum serviço, e também como é uma patologia rara não é de se esperar que toda cidade vai ter um serviço especializado nisso.” (Psiquiatra 3).

A maior parcela dos profissionais não soube dizer se existiria algum tipo de serviço especializado para o tratamento de pacientes com AN, alguns afirmaram que isto se devia ao fato de nunca terem atendido paciente que necessitasse desse encaminhamento, mas que quando isso ocorresse, eles se informariam para saber quais seriam os encaminhamentos. Alguns ainda “deduziram” que se existisse algum atendimento especializado este estaria no HU como ocorre na maioria das especialidades:

“Pelo fato de nunca chegar alguém assim eu nunca fui investigar sobre isso, não sei se tem. Quando chegar pra mim eu vou tentar buscar, que as vezes tu não sabe, mas se buscar tu acha, mas pelo fato de nunca ter passado por mim eu não sei.” (Enfermeira 3)

“Acredito que o encaminhamento que é feito, eu acredito que é com a psiquiatria. Acredito que seja esse encaminhamento, mas não tenho conhecimento qual é a rede, se chega uma pessoa aqui ai vai encaminha para o psiquiatra e daí?” (Enfermeira 1)

“Pois é isso que eu te digo não tem.” (Psiquiatra 2)

“Bom, geralmente quando tem algum serviço específico é no HU, então seria onde eu procuraria se eu estivesse com um caso. Se não tem no HU eu não saberia onde procurar.

(...) É, eu tenho um viés um pouco para estas questões de referência porque como eu não sou de Florianópolis eu só vim pra cá em 2004 que foi quando eu passei no concurso, então eu também não conhecia não sabia onde ficava a Esteves Junior, não sabia que hospital tinha na cidade, então foram coisas que eu tive que ir garimpando porque eu não sabia onde mandar quando tinha demanda, "bom agora onde é que a gente vai encaminhar." (Médica 4)

"Han (pensativa)... eu não sei se o HU não tem um ambulatório de transtorno alimentar, mas eu acho que no momento funcionando não tem então eu desconheço. É não sei se o CAPS também não tem um ambulatório, também não tenho certeza (...) Há tá, legal. Então outro problema da rede é a falta de comunicação? Descobre aí pra mim pra gente saber como é esse encaminhamento aí." (Médica 1)

Quanto aos profissionais que tentaram procurar algum setor especializado para o tratamento de pacientes com anorexia eles relatam que conseguiram descobrir sobre a existência do ATA, mas não obtiveram êxito para encaminhar os casos que não estavam conseguindo atender pela atenção básica:

"Então, quando a gente começou a trabalhar com os casos de anorexia a gente começou a ir um pouco atrás disso. A gente sabia que no HU tinha um trabalho sendo desenvolvido, mas teve muita dificuldade de acesso, a gente não conseguiu entender como se daria um encaminhamento caso fosse necessário pra lá. A gente sabe que o infantil tem um trabalho muito bom lá para crianças e adolescentes, eu acho que é isso que a gente acabou levantando, eu não sei se tem. Agora assim, uma rede de assistência para anorexia não existe aqui no município ou então a gente não sabe, não existe nada que seja organizado na rede para atendimentos no caso de anorexia." (Nutricionista 1)

"Eu sei que tem o ambulatório do HU que eu fui descobrir isso, olha, com muita, muita dificuldade. Por causa desses casos de bulimia chegou um tempo que simplesmente uma delas começou a complicar muito, teve várias complicações clínicas e não tava tendo, ela tava tendo muitos efeitos colaterais com a medicação e a gente como equipe

começou a ficar inseguro e a gente 'será que não existe nada que possa nos ajudar?' A gente correu atrás por muito tempo aí teve uma palestra uma vez que foi no Colégio Catarinense até que foi de transtornos alimentares e não sei o quê, uma coisa assim. E eu fui lá e daí eu descobri.” (Psicóloga 3)

“Então quando eu estava tentando trabalhar com a referência e a contra-referência na atenção básica eu não consegui. Eu conheci o pessoal do HU, do ambulatório lá, e eu não sei não se é o mesmo ambulatório que estava no CAPS lá no centro e aí estava essa confusão de sair de lá e ir para o HU, nunca consegui entrar em contato com eles, assim, até tentava o contato, mas realmente efetivar essas informações sobre as pessoas que às vezes está em acompanhamento em um local ou outro, e mesmo querendo encaminhar eu não consegui. (...) eu sei que se eu tiver atendendo de novo um caso que eu sinto a necessidade de além dos profissionais que estão comigo aqui na atenção básica, tiver que encaminhar para outro lugar num nível de atenção mais especializada, eu não sei até que ponto que se consegue, porque com essa relação com esse Ambulatório de Transtornos Alimentares que é o único local que eu conheço não foi possível ter essa relação. Lógico que no caso eu tentaria de novo, mas eu não sei até que ponto é possível assim, não sei até que ponto eles estão com as portas abertas. Eu não sei, eu não conheço.” (Nutricionista 2)

Em relação há um trabalho integrado com a rede de atenção básica através de encaminhamentos e referência os profissionais que trabalham no Ambulatório assumem esse entrave intrinsecamente relacionado com o processo de trabalho do próprio ATA e apontam que os encaminhamentos acontecem de forma pessoal, por contato direto de quem conhece o trabalho que eles realizam:

“A relação é muito precária é uma coisa muito mais... você encaminha porque necessita de atendimento especializado, encaminha para o serviço especializado e não existe realmente uma troca de referência ou contra-referência isso já é uma coisa muito insipiente, tem alguns casos que a gente, até a nossa nutricionista trabalha na secretaria de saúde de São José eu não sei se num posto ou numa

policlínica lá, então ela acaba servindo de elo lá, ela conversa com os profissionais de lá e conosco aqui. As duas psicólogas que fazem esse serviço também acabam levando e trazendo, hoje mesmo uma marcou consulta para duas pacientes de posto, mas é uma coisa muito... ainda é uma coisa muito personalizada né, porque não existe um fluxograma, ainda não é uma coisa assim.” (Psiquiatra 3)

“O que nós sentimos ali no ambulatório é que devia funcionar todos os dias, mas daí não tem pessoas para estarem ali todos os dias, é o que dá para fazer com a segunda-feira a gente faz, mas assim, o ideal seria que funcionasse a semana inteira, que tivesse mais atendimentos individuais em psicologia, se eu for atender individualmente todo mundo que chega ali para psicoterapia, as vezes eu fico tentada mas se eu fizer isso eu coloco 4 horários e daí fechou a tarde, então a idéia é com os grupos para poder atender mais. (...) É muito difícil, então a gente tem até medo. Se fosse divulgar mesmo o que a gente ia fazer? Um ambulatório que só funciona na segunda-feira e do jeito que está.” (Psicóloga 4)

“Olha é uma coisa bem de... comigo as pessoas tem feito contato direto, ligam direto para o meu telefone porque me conhecem, sabem que eu trabalho lá e eu acabo indo na reunião e agendando.” (Psicóloga 5)

“Não existe referência ou contra-referência, não existe atualmente não, ainda, tem que ser pensado. É como eu to te falando não existe na prática, teoricamente está sendo colocado no protocolo de saúde mental, de que esse ambulatório existe, de que esse ambulatório está aberto para esse contato com a rede, essa recepção de pacientes da rede. Mas isso é teórico, ele está escrito em algum lugar que ainda não ta aparecendo porque os encaminhamentos são muito pequenos. (...) Então é isso que eu estou te falando, a rede municipal ela estaria articulada a partir do momento em que esse ambulatório apareça num protocolo de parceria com a rede municipal, ele existe, ele está escrito falta ser publicado e aí a medida que isso apareça nos postos aí sim, essa articulação é um pouco mais perto de acontecer, entende?” (Psicóloga 1)

O sistema de contra-referência foi apontado como inexistente não por negligência do setor especializado, mas porque nenhum dos casos que estão em atendimento no Ambulatório de Transtorno Alimentar conseguiu chegar nesta parte do tratamento onde o paciente é “devolvido” para a equipe responsável pela área de abrangência territorial:

“O que acontece Ana é que é um caso tão complicado de ficar bem, que leva anos e anos e que ainda não deu para devolver ninguém para a atenção básica, mas assim, as pessoas tem ficado muito tempo. O que a gente viu ontem no grupo de família um ano, dois anos para a pessoa ter uma melhora mínima, mas é uma melhora pequenininha, mas se não teve uma piora a gente já fica até feliz. ‘Não, não piorou fica até feliz, ela ta mantendo o baixo peso, mas ela não perdeu’ então são casos que demora muito para melhorar, então claro que a intenção é devolver para a atenção básica, mas ainda de maneira efetiva não acontece muito bem ainda e nem também a referência para nós ainda de uma maneira muito... passa para mim ou passa para os outros profissionais que trabalham aqui e a gente agenda o primeiro atendimento e daí vê se tem o critério para os grupos.” (Psicóloga 4)

4.2.2.14. Como a área de especialidade (profissionais do ATA) percebe a anorexia nervosa em SC e na atenção básica

Assim como a última pergunta feita aos profissionais especializados em transtornos alimentares também aconteceu de ser a última categoria analisada, mas não menos importante. De maneira geral as psicólogas acreditam que os profissionais da atenção básica possuem capacidade para diagnosticarem os casos, mas que necessitam de uma capacitação maior e apontam para a necessidade de encaminhamento aos setores específicos que tratem de transtornos alimentares devidos às especificidades desse tratamento.

“Eu acho assim ainda muito difícil de abordar num primeiro momento, inclusive de ter uma escuta que favoreça entender qual é a queixa, qual é a problemática, até chegar, o que é que essa pessoa tem. ‘O que ela ta fazendo aqui?’ Eu acho que tem isso primeiro de preparar

mais os profissionais para a escuta e para a abordagem... primeiro do vínculo, de uma tentativa de alguma contenção na rede básica mesmo, porque tem jeitos de tentar dar uma contenção, mas precisa de um encaminhamento para um ambulatório especializado.” (Psicóloga 5)

“Olha eu percebo, eu faço trabalho nos posto hoje em dia, eu e a outra psicóloga fazemos um trabalho de supervisão de equipes da atenção básica e o que a gente percebe na fala do pessoal da atenção básica é que esses casos são muitas vezes muito claro para eles e eles não tem rede para atender esses casos e nem condições de atender. Então eu percebo que dentro até da, como é que eu vou te dizer, do protocolo de encaminhamentos dentro da saúde mental, que inclusive fizemos parte na elaboração no que diz respeito aos transtornos alimentares, nós pontuamos muito a questão de que os transtornos alimentares eles exigem sim, um tratamento muito específico e que nem sempre conseguem ficar na atenção básica e que se o profissional da atenção básica ele as vezes insiste em ficar com um paciente desses sozinho ele também não vai estar coerente com a proposta multidisciplinar do atendimento que se preconiza aos transtornos alimentares. Então não adianta, não dá as vezes para ficar na atenção básica com um paciente porque o profissional não dá conta, tem uma necessidade tão grande, tão grande que ou ele encaminha, ou ele vai se frustrar muito.” (psicóloga 4)

O psiquiatra não se posicionou, explicando que não tinha contato com profissionais da atenção básica para avaliar a anorexia nervosa neste nível de atendimento em saúde:

“Não tenho informações a respeito disso, eu realmente não tenho contato com o pessoal da rede básica, até por eu ser da área de psiquiatria que é uma área muito separada das outras. Até aqui no HU o nosso ambulatório é num prédio separado do resto do hospital.” (Psiquiatra 3)

Uma das psicólogas destacou em sua análise a relação das condições urbanas e dos mecanismos sociais específicos de Florianópolis, ressaltando que por esta cidade ser praiana a visibilidade que é destinada ao corpo

pode ser considerado como um agravo à saúde em se tratando dos transtornos alimentares:

“Avalio no sentido de pouco atendimento, muitos casos. Floripa é uma cidade de praia o corpo aqui é muito valorizado como tudo o que se refere a ter e não ser. Florianópolis é uma cidade específica, como a maioria das cidades do mundo, mas aqui eu sinto muito isso. A aparência, o status, a forma que tem estar bonita para o verão, eu acho que é uma cidade que no contexto favorece, que se focalize na forma e no corpo e no vazio subjetivo e na coisa muito do ver. Então a gente tem uns complicadores aqui na nossa terra.” (Psicóloga 4)

Outro fator que aflorou na entrevista foi a questão de como se dá o processo de trabalho em SC, que segundo a opinião da psicóloga que já experienciou o processo de trabalho em saúde em outro município percebe que em SC os profissionais ainda não possuem a consciência de trabalho em grupo, conforme o que se segue:

“Que eu conheço assim é SP, a nossa cidade está muito despreparada eu acho que demora muito as coisas para chegarem aqui como devem, tanto na anorexia como na obesidade, o jeito que os cirurgiões trabalham aqui com a obesidade de uma maneira não tão responsável. Trabalhar em equipe em Florianópolis é muito difícil, tu vai para SP é só equipe, é muito trabalho na equipe, Florianópolis é cada um no seu consultório, até nos próprios ambulatórios é difícil você puxar para uma reunião de equipe, as pessoas trabalham muito sozinhas aqui, não encaminham é muito difícil e eu vejo o que eu conheço em SP que é centros, grandes centros trabalhando com obesos, trabalhando com anoréxicos numa equipe multidisciplinar, numa visão mais adequada. Aqui não, aqui é muito cada um por si e se bobear ainda tem medo que roubem o paciente que se encaminha, ainda tem que cuidar. Tem essas coisas.” (Psicóloga 4)

Já para a outra psicóloga especialista ela relata que não possui dados para se posicionar reafirmando que o ATA/HU é o único serviço especializado em Transtorno Alimentar de SC, mas avalia como positivo a criação de novos CAPS e que

possivelmente esta seja uma boa estratégia para ampliação do atendimento e tratamento desses casos:

“Não tenho dados para te responder essa pergunta, o que eu vejo é assim que a gente discute nas nossas reuniões, hoje o HU é o único serviço de referência gratuito de transtornos alimentares que atende a anorexia nervosa, vem gente de todo o lugar. O que a gente ouviu falar é que não existe essa especialidade em lugar nenhum.(...) Olha SC é que de uns anos para cá, o Estado ele ganhou muitos CAPS e dentro dos CAPS a gente tem alguma possibilidade ainda de encontrar um atendimento que seja um pouco mais especializado e com alguma chance de encontrar alguém que se interesse em trabalhar com a questão dos transtornos alimentares, então na medida em que o número de CAPS no estado eu acho que tem uma chance dos transtornos alimentares serem contemplados no estado, no decorrer do estado e tudo mais, coisa que em outros estados você tem com muito mais, você tem em várias cidades grandes que tem, Campinas e Ribeirão Preto são cidades que não são capitais e têm atendimento em transtorno alimentares e outras, outros hospitais escolas, mas eu acho que a única chance é estar investindo nos CAPS.” (Psicóloga 5)

Ilustração 9: Considerando



Fonte: http://4.bp.blogspot.com/_GsmhGjOSJQk/RwArZ-VmBUI/AAAAAAAAAM4/zNivia30r-4/s400/pensativo.jpg

Considerações Finais

Considerações Finais

“Mesmo que haja informação em grande quantidade, não há tempo de assimilá-la: a informação acaba simplesmente sendo acumulada. E, se os sinais que não são decodificados não se tornam informação, tem-se unicamente barulho. Ou, então, como lembra Guillaume, ‘a acumulação sem assimilação produz apenas quase-saberes estreitamente especializados’, desprovidos de questionamento criativo.”

Denise Bernuzzi de Sant’Anna

No decorrer deste trabalho analisamos a construção social da anorexia nervosa desmistificando o seu caráter de doença da modernidade e, brevemente, apontamos as discussões sobre os “novos padrões” de beleza, as diferentes configurações sofridas historicamente pelo corpo, bem como a influência desse processo em relação à medicalização do corpo feminino. Posteriormente investigamos a representação social entre os profissionais do Sistema Único de Saúde de Florianópolis em relação à anorexia nervosa.

A análise aqui apresentada teve a intenção de mostrar como o entendimento de cada profissional sobre o que é ou o que ocasiona a anorexia nervosa pode interferir no momento da anamnese, diagnóstico, tratamento e encaminhamento da mesma dentro do sistema de saúde e entre seus níveis de complexidade. Essa análise nos possibilitou verificar a fragilidade no atendimento da anorexia nervosa no município de Florianópolis, e perceber que o serviço especializado para o tratamento de pacientes com esse transtorno necessita de maiores estudos investigativos.

Não podemos afirmar que os resultados alcançados por esta pesquisa possam ser generalizados e ampliados para todos os profissionais de saúde ou para todo o Sistema Único de Saúde brasileiro, sugerindo assim, estudos semelhantes em outras capitais e em outros estados que analisem a representação daqueles profissionais em outro contexto específico, articulando a atenção básica com os serviços de atendimento secundário e terciário.

Consideramos para este estudo, de maneira geral, que as representações sociais dos profissionais de saúde em relação à anorexia nervosa interferem em como será a sua escuta e olhar para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos. Ter realizado as entrevistas no local de trabalho dos sujeitos entrevistados favoreceu para uma compreensão melhor do seu processo de trabalho, bem como propiciou observações das relações existentes no mesmo. Contar com o apoio e colaboração da coordenação de cada Unidade Local de Saúde também favoreceu e beneficiou a inserção e permanência da pesquisadora *in loco*.

Ter percebido e assumido o que poderia ser considerado um “erro” de pesquisa oportunizou maior riqueza de dados e estimulou outras reflexões que não haviam sido planejadas, no entanto, um fator ambivalente para esta situação foi o procedimento de apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. O mesmo é de relevância para que se legitime e garanta os procedimentos éticos, mas também se torna um “engessador da pesquisa”, já que qualquer alteração nos locais a serem pesquisados implica numa nova apreciação do projeto ao CEP e ao Comitê de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (mesmo que os procedimentos metodológicos de coleta de dados não sofram alterações), trazendo morosidade e desestimulando o pesquisador de seu caráter investigativo.

Notamos que a maneira como é introduzido o Código CID no sistema de notificação das doenças perpassa por uma outra lógica e estrutura funcional no dia a dia dos profissionais daquela em que se é pensada pelos gestores, pesquisadores e epidemiologistas, já que a maioria aponta que decide por tal código muito mais no sentido de um sintoma percebido do que propriamente o fechamento em si do diagnóstico de uma doença, alterando o significado de leitura e compreensão desses dados para leitores externos.

Trabalhar numa perspectiva interdisciplinar exige do pesquisador um trabalho dobrado, afinal, imprime a obrigação de construção de redes de apoio e o despimento de construções *a priori* de sentido para os significados conceituais distintos das outras áreas, além do devir com a especificidade de sua área original de formação.

Em relação ao cotidiano dos profissionais de saúde, conforme a Unidade de Saúde em que estavam alocados e a sua categoria profissional surgiram variações em relação às atividades, mas que, no entanto, seguiam as orientações gerais da Política Nacional da Atenção Básica e das portarias municipais. Os residentes em Saúde da Família e os seus supervisores mantinham uma rotina diferenciada devido suas obrigações acadêmicas, assim como os profissionais das equipes de matriciamento.

Quanto aos quesitos facilidades e dificuldades no processo de trabalho, em relação ao primeiro, questões como interesse e comprometimento profissional; relação interpessoal e interprofissional; papel pró-ativo da Coordenadora local; estabilidade no emprego (concurso público); e matriciamento foram apontados como pontos positivos. Como aspectos negativos foram mencionados à demanda, estrutura física e a carência de recursos humanos e financeiros. A residência e o papel da comunidade surgiram de maneira ambivalente sendo considerados tanto como aspecto positivo como negativo.

Os profissionais especialistas em transtornos alimentares apresentaram rotina específica em detrimento da própria diferenciação no tipo de atendimento do Ambulatório e do nível de complexidade em que trabalham. Nos aspectos positivos apontaram a forma de trabalhar em equipe e as relações interpessoais; já os aspectos negativos estão voltados à escassez de recursos físicos e humanos do ATA.

Quanto à definição do que é anorexia nervosa percebeu-se uma variação conceitual relacionada às categorias profissionais e aos níveis de complexidade em que os profissionais estão inseridos; quanto aos fatores que ocasionam a anorexia nervosa ficou evidente que se trata de um transtorno alimentar multifatorial considerando que características sociais e culturais como, por exemplo, a moda, a mídia, e os padrões corporais podem ser analisados como um dos principais fatores precipitantes do quadro anoréxico, e que as pessoas, principalmente as mulheres, são induzidas a este comportamento devido a positividade da imagem de ser magra.

O profissional mais citado como o responsável por um diagnóstico de anorexia nervosa foi o médico clínico, sendo que das 22 respostas apenas 3 evidenciaram o papel da equipe como responsável pelo diagnóstico. Em vários depoimentos

emergiu a questão da complexidade de se fazer esse diagnóstico.

No que diz respeito ao tratamento mais adequado, em praticamente todos os depoimentos, encontramos o tratamento interdisciplinar ou pelo menos o multiprofissional. Em relação às experiências de diagnóstico, atendimento, acompanhamento e terapêutica de casos de anorexia nervosa, a diversidade nos relatos de casos sobre como foram feitos os diagnósticos e tratamentos reafirma o que encontramos na literatura em relação às peculiaridades desse transtorno, tanto condicionado à prática do profissional quanto das características do sujeito com AN.

Apesar de não terem sido interrogados com uma pergunta específica sobre as complexidades e dificuldades relacionadas ao transtorno percebemos que os profissionais as trouxeram espontaneamente, principalmente no que diz respeito às dificuldades relacionada às pacientes, ao diagnóstico e aos sintomas do transtorno; o estigma gerado entre gordo X magro; a capacidade iatrogênica da medicina e o fato da medicalização dos comportamentos humanos; a dificuldade do profissional compreender qual o significado da anorexia nervosa para o paciente; falha na formação profissional nessa área específica; e dificuldade no atendimento dentro da rede de serviços de saúde.

Segundo as entrevistas os profissionais mais adequados para trabalharem em casos de anorexia nervosa seriam: médico, psicólogo, nutricionista e psiquiatra desde que trabalhando em equipes minimamente multiprofissionais e mantendo comunicação dinâmica entre si de cada caso.

A inclusão do sociólogo nas equipes de saúde, especificamente em equipes especializadas em transtornos alimentares, gerou três vieses distintos: o desconhecimento da figura do sociólogo e uma certa confusão com o seu objeto e o objeto do assistente social (sendo que o papel deste último e a sua inserção dentro das equipes é mais claro aos profissionais); a imagem do sociólogo como alguém presente apenas no âmbito acadêmico; e a possibilidade efetiva de sua inserção.

O Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES é desconhecido pela maioria dos profissionais e mesmo os que já tentaram buscar contato com este ou encaminhar pacientes que necessitavam de um atendimento especializado devido a complicações da AN não tiveram sucesso. Isso é explicado pelos profissionais do Ambulatório tendo em vista que seu

funcionamento dá-se durante apenas um período semanal e também devido ao seu objetivo principal que é servir de campo de estágio para os residentes de Psiquiatria.

De maneira geral percebe-se que no Estado de SC a assistência à saúde aos pacientes com problemas de transtornos alimentares ainda não conta com um serviço regulamentado e adaptado a atender estas necessidades; não existe um trabalho integrado da rede de atenção básica através de encaminhamentos e referência aos profissionais que trabalham no Ambulatório, além da inexistência de um sistema de contra-referência não somente pelas dificuldades apontadas, mas principalmente porque nenhum dos casos, até o presente momento, conseguiu atingir melhoras significativas e estabilidade para ser contra-referenciado a atenção básica.

A atenção básica possui profissionais com capacidade para diagnosticarem os casos, mas que necessitam de uma capacitação voltada para os Transtornos Alimentares e sensibilização para estarem com os olhares e escutas atentos, sendo amparados pela rede para encaminharem os pacientes há serviços especializados devido às especificidades desse tratamento.

Após a análise dos dados compreendemos que o Ambulatório de Transtorno Alimentar HU/SES atende poucos casos de anorexia nervosa devido, principalmente, a precariedade de estrutura e do esquema de atendimento do próprio Ambulatório e que, se talvez existisse maior divulgação do mesmo, maior interação entre atenção básica e ATA e ampliação dos recursos humanos e financeiros deste provavelmente o número de pacientes para tratamento aumentaria.

Existem inúmeras dificuldades para os profissionais da atenção básica realizarem o diagnóstico de pacientes com anorexia nervosa relacionados com a complexidade do transtorno, com o pouco tempo que eles podem dispensar para cada consulta, deficiência nos currículos de formação quanto ao conteúdo dos transtornos alimentares e também pelo fato da anorexia nervosa ser uma doença negligenciada, imaginada como uma doença com baixa incidência e prevalência, desconsiderando a inexistência de estudos epidemiológicos no Brasil.

No caso específico de Florianópolis e do Estado de SC a rede especializada em transtornos alimentares (tanto o atendimento de média quanto alta complexidade) é insuficiente e ainda não consegue propiciar um trabalho integral e universal, interdisciplinar e de referência e contra-referência entre os níveis de atenção à saúde se comparados a outros estados e a outros centros de referência no Brasil. Além disso, a anorexia nervosa tem sido pensada e estudada apenas como uma doença psiquiátrica, sendo desconsiderados os agentes sociais e culturais como fatores precipitantes do transtorno, além do mito existente de ser uma doença moderna não considerando seu processo histórico.

Para finalizar esperamos que essas e outras inquietações despertadas por meio da reflexão da anorexia nervosa como uma doença socialmente construída e a análise de caso da representação social entre profissionais de saúde sobre a mesma, possam auxiliar em futuras pesquisas e no melhoramento dos serviços de atendimento à saúde de Florianópolis dando a devida importância e fomentando olhares mais atentos para o diagnóstico de anorexia nervosa.

Referências Bibliográficas

A NOTÍCIA 2007. Um projeto para barrar Gisele: top internacional não poderá subir nas passarelas de SC se deputados aprovarem proposta de peso mínimo para modelos. Disponível em: <<http://www.an.com.br/2007/jul/22/0pot.jsp>>. Acessado em 23/05/2008.

ALVES, E. **Sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes femininas do município de Florianópolis/SC**. 2006, 123 f. (Mestrado em Nutrição) – Pós-Graduação em Nutrição - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2006.

AMBULATÓRIO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES. **Relatório de Implantação e Assistência no Ambulatório de Transtornos Alimentares da Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da SES**. Florianópolis, 2007. Relatório.

ASSUMPÇÃO, L. M.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 24. Suplemento III, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13968.pdf> . Consultado em 15/12/2008. p. 29-33.

BARATA, D. O corpo e a expressão videográfica: a vídeo instalação como estratégia de uma narrativa corporal. In: COUTO, E. S.; GOELLNER, S. V. (orgs) **Corpos Mutantes**: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 105-122.

BARROS, J. A. C. Antigas e novas questões: enfrentando uma conjuntura desfavorável. In: BARROS, J. A. C (et al). **Os fármacos na atualidade**: antigos e novos desafios. Brasília: ANVISA, 2008. p. 13-78.

BEGER, P; LUCHMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópoles: Vozes, 1985. p. 247.

BRASIL, 1986. 8ª Conferência Nacional da Saúde. Brasília, 1986.

Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatoriolconferencia_nacionaldesaudebnucal.doc. Acessado em 20/10/2008.

BRASIL, 1988. Constituição Federal de 1988. Disponível em:
<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/> Acessado em
 02/06/2008.

BRASIL, 1990. Lei 8080/90
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>

BRASIL, 2004a. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17

BRASIL, 2006a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 60.

BRASIL, 2006b. **Pactos pela Vida e de Gestão**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006. p. 143.

BRASIL, 2007a. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1265
 Acessado em: 28/03/2008

BRASIL, 2007b. Secretaria Municipal de Saúde da Florianópolis/SC. Política Nacional de Atenção à Saúde. Disponível em:
http://www.pmf.sc.gov.br/saude/portarias/2007/portaria_283_esf_municipal_final.doc. Acessado em 05/06/2008.

BRASIL, 2007c. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em:
http://www.scribd.com/word/full/2876201?access_key=key-wrj8tm3j57mpy8eaptd. Acessado em 06/06/2008.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Editora Hicitec, 2006.p. 220.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>> Acessado em 28/03/2008.

CANESQUI, A. M. **Ciências Sociais e Saúde no Brasil**. Editora Hucite: São Paulo, 2007. p. 122.

CANGULHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 293.

CASTRO, A. L. **Culto ao corpo e sociedade**: mídias, estilos de vida e cultura de consumo. São Paulo: Annablume, 2007.

CID 10. **CID 10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acessado em 09/03/2009.

CLAUDINO, A. M.; BORGE, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Suplemento III. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13964.pdf> >, consultado em 01/02/2008. p. 7-12

CLAUDINO, A. M; ZANELLA, M. T. **Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. p. 313.

COELHO, F. R. J.; SEVERIANO, M. F. V. História dos usos, desusos e usura dos corpos no capitalismo. *Revista do Departamento de Psicologia*. V. 19, n. 1. Jan./Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v19n1/07.pdf>. Acessado em 15/04/2009.

CORDÁS, T. A. Quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia e bulimia. In: CORDÁS, T. A. (organizador). **Fome de cão**: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade. São Paulo: Malteses, 1993. p. 18-27.

CORDAS, T. A. SALAZANO, F. T. RIOS, S. R. Os transtornos

alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. **Transtornos Alimentares**: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, 2004. p. 39-59.

CORDAS, T. K.; QUEIROZ, G. K. O.; FIGUEIREDO, M.; DYDONE, N. Transtornos alimentares: epidemiologia, etiologia e classificação. 2009. Disponível em: www.racine.com.br/download.asp?idarquivobanco=3040. Acessado em 25/02/2009.

CORTEZ, R. F. P. S. Globalização e proteção social nos países desenvolvidos: uma análise da literatura. *Revista de Sociologia e Política*. vol.16, no.31. Curitiba: Nov.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782008000200012&scri>. Acessado em 05 de julho de 2009.

COUTO, E. S. Uma estética para corpos mutantes. In: COUTO, E. S.; GOELLNER, S. V. (orgs) **Corpos Mutantes**: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 41-54.

COUTO, E. Z.; GOELLNER, S. (orgs) **Corpos mutantes**: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 183.

CUNHA, E. M.. **Regra e realidade na constituição do SUS municipal**: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias. 2001. 114f. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro. Disponível em: http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00005402&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 03/04/2009.

DA ROS, M. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. IN: **A Saúde em Debate na Educação Física**. (ORG) BAGRICHEVSKI, M; PALMA, A; ESTEVÃO, A; DA ROS, M. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 47 a 66

EL CUERPO: objeto e sujeito de las ciencias humanas y sociales. 2009, Espanha. Congreso: el cuerpo: objeto e sujeto de las ciencias humanas y sociales. Anais. P. 103.

ELIAS, P. E. Uma visão do SUS. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. Editora Raiz: São Paulo, 2000. V. 1. p. 8-19.

FERNANDES, C. A. **Análise do discurso**: reflexões introdutórias. São Carlos: Claraluz, 2007

FERREIRA, F. R. **Os sentidos do corpo**: cirurgias estéticas, discurso médico e Saúde Pública. 2006, 227 f. Tese. Doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ.

FILHO, E. P.; CASCONCELOS E. Foucault: da microfísica ao biopoder. *Revista aulas Dossiê Foucault*. Nº 3, dezembro/2006 a março/2007. Disponível em: <http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/09.pdf>. Consultado em 06/03/2009.

FOLHA ONLINE 2008. França quer prender donos de site pró-anorexia. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/informatica/ult124u392362.shtml>. Acessado em 16/04/2008.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. 2001. Rio de Janeiro: Graal. p. 232.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1997

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002. p.233.

GILL, R. Análise de Discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (editors). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 244-270.

GIORDANI, R. C. F. **A experiência corporal na anorexia nervosa**: uma abordagem sociológica. 2004. 100f. (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

GLOBO NOTÍCIAS 2006. Desfile em Londres deve banir modelo muito magra, diz ministra. Globo Notícia, setembro de 2006. Disponível em <http://g1.globo.com/Noticias/PopArte/0,,AA1275622-7084,00.html>. Acessado em 23/05/2008.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1982. p. 158.

GOMES, I. M. A. M. Saúde, gênero e revistas. *UNirevista*. Vol. 3, nº 1: Julho, 2006. Disponível em: http://www.projedoradix.com.br/arq_artigo/alaic/alaic2006_07.pdf. Acessado em 15/04/2009.

GOMES, J. J. SUS e descentralização. 2009. Disponível em <http://www.prmg.mpf.gov.br/producao/artigos/DrJJairo/SUS-Descentralizacao.PDF>. Acessado em 08/08/2009.

GORGATI, S. B.; AMIGO, V. L. Anorexia Nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico. IN: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. p. 39-48.

GRISOTTI, M. A construção dos fatos científicos e a existência dos vetores de doenças. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 23. nº 66. fevereiro de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v23n66/06.pdf>. Acessado em 10/06/2009.

GRISOTTI, M. Representações sociais em saúde: Soma de propriedades individuais ou propriedades emergentes? *Cadernos CERU (USP)*, São Paulo, v. 15. 2004. p. 232-247.

GRISOTTI, M. **Saúde e Meio Ambiente**: a construção médica e popular de uma doença infecciosa emergente. 2003. Tese. 252f. (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

GRISOTTI, M; PATRÍCIO, Z. M. **A saúde coletiva entre discursos e práticas**: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde. Florianópolis: Ed. UFSC, 2006. p. 159.

HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Suplemento III. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13965.pdf>. Acessado em 10/12/2008.

KUTSCKA, H. J. O Consumo do belo (ou beleza não põe na mesa?). In: CORDÁS, T. A. (organizador). **Fome de cão**: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade. São Paulo: Malteses, 1993. p. 103-110.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. In: Conferência 30 Anos Xingu. Escola Paulista de Medicina: São Paulo, 1983. p. 1-28.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Revista Etnográfica*. Vol (V). n° 2. 2001. Disponível em http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_241-260.pdf. Acessado em 12/06/2009.

LE BRETON, D. A Síndrome de Frankenstein. IN: **Políticas do Corpo**: elementos para uma história das práticas corporais. SANT'ANNA, D. B. (org). São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 49-68.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 101.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. São Paulo: Papirus, 2003. p. 240.

Matriciamento em Saúde Mental na Rede Básica da rede. SUS/Campinas: Disponível em: www.geocities.com/xvi.comau/anais/trabalhos/galasso.pdf. Acessado: 30/08/2009

MENDES, C. L. O corpo em Foucault: superfície de disciplinamento e governo. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, EDUFSC, n. 39, p. 167-181, Abril de 2006. Disponível em: http://www.cfh.ufsc.br/~revista/rch39/RCH39_artigo_9.pdf. Consultado em 06/03/2009.

MENDES, E. V. O dilema do SUS. *Revista Radis*. N° 25, setembro de 2004. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_25.pdf. Acessado em 15/02/ 2009.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p. 300.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S.. et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

MOCELLIM, A. D. **Internet e Identidade**: um estudo sobre o website Orkut. 2007. 102f. Monografia. Graduação em Ciências Sociais – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,SC

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Suplemento III. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700005&lng=pt&nrm=iso, consultado em 01/02/2008.

MUSSON, M. T. **A “Cultura da Manequim”, anorexia nervosa e bulimia**: uma reflexão antropológica sobre cultura e doença. 1998, 119f. (Mestrado em Antropologia Social) – Pós-Graduação em Antropologia Social – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 1998.

NETO, P. P. **A Medicalização da Beleza**. 2006, 68f. (Mestrado em Saúde Pública) – Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2006

ORGANIZAÇÃO SEU ABRIGO. Disponível em: <http://www.alemdaimagem.com/br01c.php>>. Acessado em 31/06/2007.

ORKUT. 2006. Disponível em <www.orkut.com>, consultado em 17/10/ 2007.

PAIVA, L. L. Corpos amputados e protetizados: “naturalizando” novas formas de habitar o corpo na contemporaneidade. In: COUTO, E. S.; GOELLNER, S. V. (orgs) **Corpos Mutantes**: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 143-163.

PERROT, M. De Mariane a Lulu: as imagens da mulher. In: CORDÁS, T. A. (organizador). **Fome de cão**: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade. São Paulo: Malteses, 1993. p. 18-27

PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. **Transtornos Alimentares**: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, 2004. p.226.

PINHO, V. P. Sistema de Informações para a gestão local de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*. V. 4, n° 1: São Paulo. 1995

PIRES, M. R. G. M., Demo, P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde e Sociedade*. v.15, n.2. São Paulo: maio/ago de 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200007&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 05/07/2009.

REISS, R. W. Beleza: usos e abusos. In: CORDÁS, T. A. (organizador). **Fome de cão**: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade. São Paulo: Malteses, 1993. p. 111-119.

ROBELL, S. **A mulher escondida**: a anorexia nervosa em nossa cultura. São Paulo: Summus, 1997. p. 143.

RODRIGUES, JU. C. **Tabu do Corpo**. Rio de Janeiro: Achimé, 1983. p. 173.

SÁ JUNIOR, L. S. M. Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. Julho/agosto/setembro de 2004. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dis/pg/Def-Saude.pdf>. Consultado em 20/01/2009.

SANT'ANNA, D. B. **Corpos de Passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001. p. 127.

SANT'ANNA, D. B. de. Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. IN: **Políticas do Corpo**: elementos para uma história das práticas corporais. SANT'ANNA, D. B. (org). São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 121-140.

SANTOS, G. X. Na sala de espelhos, a mídia reflete as doenças da beleza: análise de discursos nas revistas “Veja” e “Época” sobre os transtornos alimentares anorexia e bulimia. 2006. Retirado do site: http://redecomsaude.zip.net/arch2006-10-01_2006-10-31.html, consultado em 08/02/2008.

SANTOS, J. B. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. *Revista Médica Brasileira*. Associação Médica de Brasília. V. 36, nº 3. 1999. p. 90-95.

SAURÍ, J. J. **O que é diagnosticar em psiquiatria**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 118.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social**. São Paulo, LPM, 1987.

SEGRE, M., FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31. 1997. p. 538-542.

SILVA, D. F. A. Antropologia no ambulatório: refletindo sobre implicações e aplicações do exercício da antropologia em uma unidade de tratamento de transtornos alimentares. In: *XXXII Encontro Anual da Anpocs Caxambu*, MG – 2008. GT – 07: Corpo, biotecnologia e subjetividade

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 84.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T. A.; MUNOZ, P. A. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? *Revista de Psiquiatria do Rio Grande. Sul*. vol.27, no.1. Porto Alegre: Jan./Abr.2005. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082005000100006&script=sci_arttext. Consultado em 20/09/2008.

WEINBERG, C; CORDAS, T. A. **Do altar às passarelas**: da anorexia santa à anorexia nervosa. São Paulo: Annablume, 2006. p. 110.

WOLF, N. **O Mito da Beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992. p. 439.

YOUTUBE. 2008. Disponível em: <http://br.youtube.com>. Acessado em 25/03/2008.

Anexo 1: Revista altera foto de Kelly Clarkson, que se diz feliz com peso

(<http://www1.folha.uol.com.br/folha/ilustrada/ult90u609065.shtml>)

da **Reuters**, em Los Angeles

A cantora Kelly Clarkson diz estar perfeitamente feliz com seu peso flutuante. Então por que a revista "Self", à qual ela fez essa declaração, retocou sua foto de capa, para que a vencedora do programa "American Idol" parecesse muito mais magra do que na vida real?

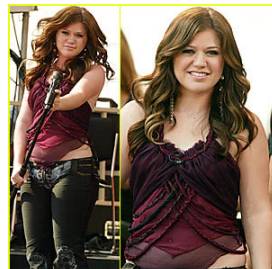
"Só para fazer ela parecer do melhor jeito que é", disse nesta semana num blog da revista a editora Lucy Danziger.

No texto, a editora ainda afirmou que esse tipo de retoque é uma prática corriqueira entre as revistas de celebridades.

O caso fica ainda mais sintomático porque a cantora fala do seu peso na edição de setembro da "Self", batizada de "edição da confiança total no corpo" --embora com uma foto radicalmente alterada na capa.

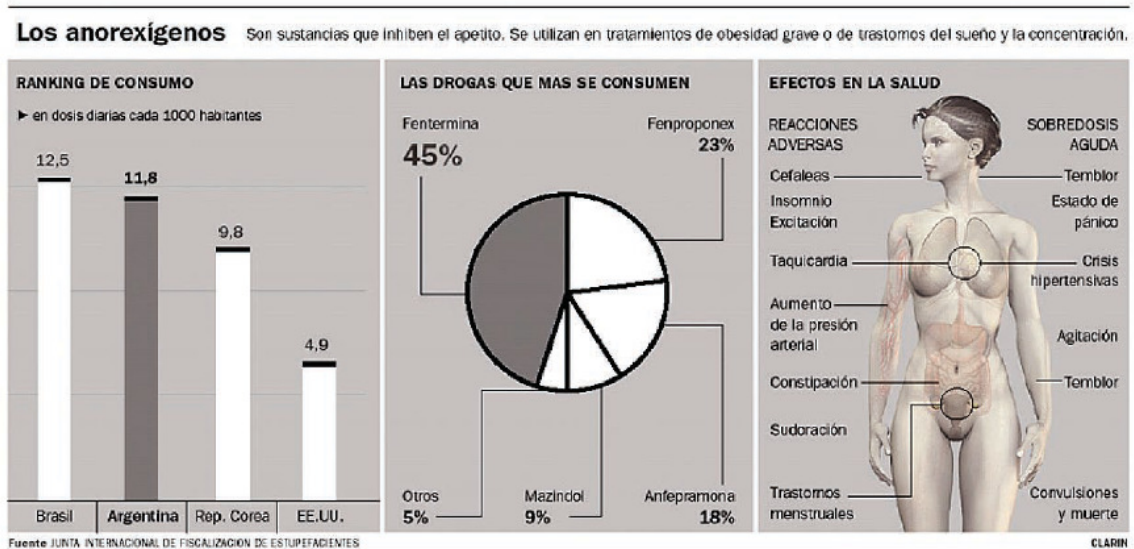
"Meu peso muda. Às vezes como mais, às vezes toco mais. Terei diferentes tamanhos o tempo todo. Quando as pessoas falam do meu peso, digo: 'Parece que vocês têm um problema com isso; eu não tenho. Eu estou ótima!'"

"Nunca me senti desconfortável no tapete vermelho ou algo assim", disse Clarkson, 27, à "Self".



Anexo 2: Consumo de Anorexígenos no Brasil

Figura 1. Campeões de consumo, fármacos mais utilizados e efeitos adversos dos anorexígenos



Fonte: Barros, 2007. p. 34

ANEXO 3: Controvérsias das Ciências

CIÊNCIA

A CIÊNCIA DE provar QUALQUER COISA

Ovo frito faz bem?
Ovo frito faz mal? Entenda
por que é tão fácil confirmar
cientificamente teorias
opostas – e por que
a maioria dos resultados
tem mais chance de ser falsa
do que de ser verdadeira.

— TEXTO SALVADOR NOGUEIRA DESIGN JORGE OLIVEIRA

Em 2003, um grupo de cientistas italianos (de onde mais?) constatou que comer pizza poderia prevenir alguns tipos de câncer do sistema digestivo. Para chegar a essa conclusão, examinaram 3 315 pessoas com a doença e as contrastaram com outros 5 mil indivíduos que não tinham câncer. Entre os saudáveis havia muito mais pessoas que comiam pizza do que no grupo dos doentes. De posse de dados tão conclusivos, publicaram os resultados no *International Journal of Cancer*. Quatro anos depois, um novo estudo, feito por cientistas chineses, constatou que uma dieta rica em proteína animal (que inclui a boa e velha mussarela das pizzas) aumenta em até 50% o risco de câncer no sistema digestivo. Para chegar a essa conclusão, pegaram 1 204 mulheres com o tumor e as compararam com 1 212 outras saudáveis. As saudáveis comiam menos proteína animal (ou seja, queijo) do que as doentes. Adivinhe o que fizeram então os chineses? De

posse de dados tão conclusivos, publicaram os resultados no *International Journal of Cancer*. Mas e aí, aquela pizzada evita ou estimula o câncer? O que esses estudos nos dizem sobre o hábito de comer pizza?

Na realidade, os estudos não nos ensinam nada sobre pizza – mas muito sobre ciência. Quem acompanha com frequência o noticiário já percebeu que nem sempre dá para botar fé nos resultados científicos que pululam na mídia. Um dia, comer ovo protege o coração; no dia seguinte, aumenta o risco de infarto. Aspirina uma hora ajuda a mitigar o mal de Alzheimer; na outra, não faz efeito. A ciência parece ter a inexplicável característica de conseguir provar qualquer coisa. Mas como isso pode acontecer?

Números e números

Apesar de tantos resultados contraditórios, é difícil calcular uma proporção de erros para pesquisas científicas. Uma das únicas tentativas feitas até hoje é um estudo da ►



1

OVO CAUSA
PROBLEMA
CARDÍACO?

2

OVO NÃO CAUSA
PROBLEMA
CARDÍACO?

3

OVO CAUSA
DIABETES?

Anexo 4: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS -CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 347/07

I – Identificação:

- **Título do Projeto:** A REPRESENTAÇÃO DA ANOREXIA NERVOSA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: UM ESTUDO DE CASO
- **Pesquisador Responsável:** Márcia Grisotti
- **Pesquisador Principal:** Ana Paula Saccol
- **Data Coleta dados:** 02/08 a 08/08
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** HU- UFSC
Unidades Locais de Saúde Florianópolis

II - Objetivos:

Objetivo Geral: Analisar, através de pesquisa empírica, como os profissionais de saúde da rede municipal de saúde de Florianópolis juntamente com os profissionais de saúde que trabalham no ambulatório de Distúrbios Alimentares do HU/UFSC interpretam a anorexia nervosa e como encaminham o tratamento de suas pacientes.

Objetivos Específicos:

- Analisar os diversos discursos científicos que envolvem a explicação dos distúrbios alimentares, em especial a anorexia nervosa;
- Analisar as conexões entre os termos “ambivalência” e “medicalização do corpo” e as práticas dos profissionais de saúde;
- Analisar de que forma o sociólogo pode estar contribuindo e se inserindo junto a equipe de profissionais que trabalham com os distúrbios alimentares.

III - Sumário do Projeto

Pesquisa do Programa Pós-Graduação em Sociologia Política que terá como sujeitos profissionais de saúde da rede básica de saúde de Florianópolis de 4 unidades Locais de Saúde (ULS) e dos profissionais que trabalham no ambulatório de Distúrbio Alimentar do HU/UFSC (25 sujeitos).

A pesquisa será observacional e com a realização de um questionário que buscam informações para o cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Espera-se com a pesquisa apresentar de forma clara e objetiva o trabalho dos profissionais de saúde de Florianópolis no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento de pacientes com anorexia nervosa. Visando desta maneira, contribuir de forma significativa, no apontamento de potencialidades e fragilidades em suas práticas profissionais, buscando retratar, a partir dos discursos destes sujeitos, as atuais práticas profissionais e a representação entre os profissionais de saúde de Florianópolis.

IV - Comentário

A pesquisa apresenta tema atual e relevante, o projeto está bem redigido e fundamentado, os pesquisadores envolvidos estão capacitados ao seu desenvolvimento,



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 347/07

os locais da amostra são relevantes para o resultado esperado e o protocolo contém todos os documentos necessários para a análise.

O TCLE está adequado e aplicado no momento correto da pesquisa.

A confidencialidade das informações está garantida e a estrutura contempla todas as necessidade para a aprovação de um projeto nesse conselho.

V – Parecer CEP:

- aprovado
- aprovado ad-referendum
- reprovado
- com pendência
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade ou maioria, em reunião deste Comitê na data de 17 de dezembro de 2007.

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador em Exercício do Comitê
de Ética em Pesquisa - PRPE/UFSC.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

ANEXO 5: TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Paula Saccol, estou desenvolvendo o Trabalho de Dissertação de Mestrado para o Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina intitulado: "A Representação da Anorexia Nervosa entre profissionais de Saúde do Sistema Único de Saúde Município de Florianópolis/SC: um estudo de caso", com o intuito de analisar como os profissionais de saúde da rede municipal de saúde de Florianópolis juntamente com os profissionais que trabalham no Ambulatório de Distúrbios Alimentares do HU/SES interpretam a anorexia nervosa e como encaminham o tratamento de suas pacientes.

Este projeto pretende contribuir para melhoria das práticas dos profissionais de saúde de Florianópolis referente à reflexão da anorexia nervosa e o tratamento da mesma, analisando os diversos discursos científicos que envolvem a explicação deste distúrbio alimentar.

O levantamento será feito através de entrevistas semi-estruturadas. Utilizarei recursos audiovisuais como gravação de voz e imagens. A pesquisa não traz riscos ou desconfortos. Será garantido que seu nome e qualquer outro dado que o(a) identifique ficará mantido em sigilo. Terá liberdade para desistir a qualquer momento, mesmo depois de ter assinado este consentimento, não interferindo na assistência prestada.

Se você tiver alguma dúvida com relação ao estudo, ou não quiser fazer mais parte do mesmo, poderá entrar em contato comigo nos telefones: (048) 99586551 (celular) e (048) 37215079 (UFSC)

Se você estiver de acordo em participar, garanto que as informações fornecidas serão confidenciais.

Eu, _____
_____ fui esclarecido(a) sobre a pesquisa " A Representação da Anorexia Nervosa entre profissionais de Saúde Do Sistema Único de Saúde do Município de Florianópolis/SC: um estudo de caso". Declaro que estou ciente de seus objetivos e métodos, bem como de meus direitos de anonimato, sigilo dos dados e desistência a qualquer momento.

Assinatura: _____

Data: _____/_____/_____.

ANEXO 6: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DA UBS

Caracterização do sujeito

- Nome
- Idade
- Sexo
- Qual sua área de formação? Quanto tempo está formado e onde se formou?
- Data da entrada na UBS: Quanto tempo está na UBS?
- Já trabalhou em outras UBSs? Quais?
- Por que escolheu e/ou está trabalhando aqui na UBS _____?
- Como é o seu dia a dia aqui na UBS?
- Quais as maiores dificuldades de se trabalhar aqui? E facilidades?
- Como é a sua rotina de atendimento?

Caracterização dos casos de Anorexia Nervosa

- Para você o que é a AN?
- O que você acha que ocasiona a AN?
- Quem faz este diagnóstico?
- Você já atendeu ou diagnosticou algum caso de AN? Em caso afirmativo, como foi o diagnóstico e o que te levou a este diagnóstico? E qual foi o encaminhamento adotado?
- Enquanto profissional de saúde qual tratamento você acha que é ou seria mais eficiente nos casos de AN?
- Você sabe se existe algum tratamento ou encaminhamento específico na Rede de Saúde de Floripa em relação a AN?
- (caso ele não mencione o Ambulatório) Você conhece algum ambulatório específico para tratamento de TA aqui em Florianópolis? Caso afirmativo, como ficou sabendo de sua existência?
- Você sabe como funciona o ATA?
- Quais profissionais você acha que são os mais adequados para trabalharem numa equipe que cuida de pacientes com AN? Como você percebe a questão da interdisciplinaridade nesse tratamento? Seria possível um trabalho integrado? De que maneira?
- O que você acha da inclusão de outros profissionais como sociólogos, antropólogos, educadores (citar outros profissionais que não tenham sido citados na pergunta anterior), integrando as equipes que trabalham com AN? Por que você acha isso?
- Qual deveria ser o papel a ser desempenhado por eles?

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DO ATA

Caracterização do Sujeito

- Nome
- Idade
- Sexo
- Qual sua área de formação?
- Quanto tempo está formado e onde se formou?
- Desde quando trabalha aqui no ATA?
- Já trabalhou em outros ambulatórios como este? Quais?
- Conhece outros ambulatórios de Transtornos Alimentares? Poderia citá-los?
- Por que escolheu e/ou está trabalhando com esta especialidade?
- Como é o seu dia a dia aqui no ATA?
- Quais as maiores dificuldades de se trabalhar aqui? E facilidades?
- Como é a sua rotina de atendimento?
-

Caracterização do Ambulatório – parte destinada somente para o responsável do ATA

- O que é o Ambulatório de Transtornos alimentares?
- Como ele foi criado?
- Quais são as suas parcerias?
- Como ele funciona?
- Como chegam as pacientes aqui no ATA?
- Como é feito a divulgação deste serviço para a comunidade? E para outros setores de saúde do município?
- Existe alguma atividade ou mesmo um contato ou programa que é mantido entre os ambulatórios de transtornos alimentares, ou mesmo entre o ATA e algum outro ambulatório? Quais seriam? Poderia me descrever como funciona?
- Qual a relação entre o ATA e outros setores da saúde pública ou do SUS

Caracterização dos casos de Anorexia Nervosa

- Para você o que é a AN?
- O que você acha que ocasiona a AN?
- Quem faz este diagnóstico?
- Como são feitos os diagnósticos de anorexia nervosa por você quais são os encaminhamentos adotados aqui no ATA?
- Enquanto profissional de saúde qual tratamento você acha que é ou seria mais eficiente nos casos de AN?
- Quais profissionais você acha que são os mais adequados para trabalharem numa equipe que cuida de pacientes com AN? Como

você percebe a questão da interdisciplinaridade nesse tratamento? Seria possível um trabalho integrado? De que maneira?

- O que você acha da inclusão de outros profissionais como sociólogos, antropólogos, educadores (citar outros profissionais que não tenham sido citados na pergunta anterior), integrando as equipes que trabalham com AN? Por que você acha isso?
- Qual deveria ser o papel a ser desempenhado por eles?

Caracterização da “relação” Ata – Atenção Básica

- Como são feitos os encaminhamentos de pacientes?
- Têm chegado pacientes com anorexia nervosa encaminhadas pela atenção básica aqui? Como as pacientes são encaminhadas pela rede de atenção básica?
- E como é o retorno do ambulatório para os profissionais de onde o paciente foi encaminhado? Quais as dificuldades neste processo?
- Como é a relação do ATA (serviço de alta complexidade em saúde) com a rede básica de saúde de Florianópolis?
- Existe algum vínculo com rede municipal de saúde? Como ele é?
- Como você percebe a atuação dos profissionais de saúde da atenção básica em relação ao diagnosticar anorexia nervosa?
- O senhor sabe como estes mesmo profissionais agem ao confirmar um diagnóstico de anorexia nervosa?
- Como o senhor (a) avalia a questão da anorexia nervosa em SC? E comparado a outros estados?

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AUTIS PROFISSIONAIS DA UBS

- Nome
- Idade
- Sexo
- Qual sua área de formação?
- Qual foi o período em que esteve trabalhando na UBS ?
- Quanto tempo trabalhou na UBS?
- Você se recorda de casos de anorexia nervosa na UBS enquanto trabalhou lá?
- Você fez algum diagnóstico de anorexia nervosa nesse período?
- O que você acha que explicaria os dados apresentados visto que o senhor não concorda com eles e não se recorda de ter tantos diagnósticos?