



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Brenda Caroline Cardoso Reis
Renata Grazielle Mendes Gonçalves da Rocha

**TRANSTORNOS ALIMENTARES: estudos de casos na Terapia Ocupacional
em saúde mental.**

BELÉM/ PA

2017

Brenda Caroline Cardoso Reis
Renata Grazielle Mendes Gonçalves da Rocha

**TRANSTORNOS ALIMENTARES: estudos de casos na Terapia Ocupacional
em saúde mental.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção de nota parcial do Curso de Terapia Ocupacional. Sob orientação da Professora Ma. Laiana Soeiro Ferreira e co-orientação da Professora Manuela Lima Carvalho da Rocha.

BELÉM/ PA

2017

Brenda Caroline Cardoso Reis
Renata Grazielle Mendes Gonçalves da Rocha

**TRANSTORNOS ALIMENTARES: estudos de casos na Terapia Ocupacional
em saúde mental.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção de nota parcial do Curso de Terapia Ocupacional. Sob orientação da Professora Ma. Laiana Soeiro Ferreira e co-orientação da Professora Manuela Lima Carvalho da Rocha.

Professora, Ma Laiana Soeiro Ferreira – UFPA (Orientadora)

Professora Manuela Lima Carvalho da Rocha – UFPA (Co-orientadora)

Professora Roberta Guzzo Souza – UFPA (Banca Examinadora)

Professor, Me Elson Ferreira Costa – UFPA (Banca Examinadora)

Apresentado em: ____ / ____ / ____

*Dedicamos a todos aqueles que sofrem de transtornos mentais,
os quais ainda enfrentam diversos tipos
de preconceito e/ou exclusão.
Vocês foram nosso maior incentivo!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que tem sido meu sustento diário, não só nesses 5 anos de faculdade, mas durante toda a minha vida. Por ter me dado saúde e força para superar cada dificuldade e me ajudar a vencer cada uma. Durante esses 5 anos, passei por diversas situações na faculdade que, sem Deus, eu não teria conseguido superar. Ele é e sempre será o centro de tudo na minha vida. Não foi um caminho fácil de percorrer, mas como diz na Bíblia, no livro de Samuel 7:12 “Até aqui o Senhor nos ajudou”.

Ao meu pai, Roberto, por ser o maior exemplo de servo de Deus que eu poderia ter. Um servo que faz a obra e prega a palavra sem esperar nada em troca, que se dedica a falar de Jesus com o maior amor que alguém poderia ter. E não bastando, ainda é meu exemplo de homem trabalhador, que sempre fez de tudo para prover o melhor para a nossa família, e até hoje, quando eu sou a única filha que ainda mora com ele, acorda 4h da manhã pra ir trabalhar em outra cidade, chegando muitas vezes depois das 23h ou então nem voltando pra casa, passando noites e noites trabalhando em prol da nossa família. Jamais vou ter como lhe agradecer por tudo, pai, mas fica aqui minha singela homenagem. Eu lhe amo pra sempre!

À minha mãe, Joana, sempre presente na minha vida acadêmica desde o maternal, que sempre ia às reuniões da escola, me dava puxões de orelha quando eu ficava em recuperação, que me ajudava no dever de casa, e que nunca botou pressão para eu ou meus irmãos passarmos em uma universidade pública. E olha só agora, mãe! Estou me formando na maior universidade do norte do país! O seu amor, o seu carinho e a sua dedicação foram essenciais em tudo na minha vida, e nesse momento não poderia ser diferente. Quantas vezes não compartilhei situações de aflição com você? Não foi fácil, mas abaixo de Deus você sempre me sustentou, me acalmava e dizia que no final daria tudo certo. E deu! Obrigada minha mãe, meu amor... amo você eternamente!

À minha irmã, Thábata, por ser minha melhor amiga e por todo o apoio de sempre. Que mesmo morando no Japão, vibrou pela webcam comigo no dia que eu passei no vestibular. Que a cada listão que saía ficava mais nervosa que eu, e quando viu minha aprovação comemorou como se fosse a dela. A ideia era abrimos um escritório de advocacia né, mana? Mas Deus como sempre nos surpreendeu e mudou o rumo de tudo! Obrigada por ter me dado as sobrinhas mais lindas do mundo, Alissa e Anabela, e por ser meu segundo exemplo de como ser mãe. Aproveito pra agradecer ao meu cunhado, Gemilson, que sempre com toda a paciência se prestou a me ajudar na construção desse trabalho, me dando dicas de

como fazer um TCC e assistir séries, rs. Meu agradecimento à vocês é enorme! Muito obrigada.

Ao meu irmão, Beto, meu companheiro de tantas coisas. Aquele que eu sempre tive orgulho em dizer que é o inteligente da família. Que sempre tentou me ensinar matemática na época da escola, que me defendia e me protegia. Sem ele eu não teria internet boa para fazer essa pesquisa, rs. Por ser meu motorista nas horas vagas e me divertir sempre! Apesar da distância, sei que torce por mim igual eu torço por ele. Agradeço ainda a minha cunhada Tainá, por ser essa pessoa maravilhosa, doce, especial, que sempre nos alegra com uma palavra amiga. A vocês, o meu muito obrigada!

Ao meu noivo Tarcísio, que além disso é meu grande parceiro, companheiro de vida, melhor amigo e confidente. Meu amor, palavra alguma será capaz de descrever o quanto eu agradeço a Deus por ter você em minha vida. Uma pessoa que chegou pra me completar em todos os sentidos, que se importa verdadeiramente comigo, que eu sempre posso contar. Você acompanhou quatro dos cinco anos de faculdade, e sempre me deu o maior apoio em tudo que eu me prontificava a fazer. Sempre preocupado, me levava e buscava pra faculdade e pros estágios sempre que podia, me dava dicas de apresentação de seminários, de como me portar diante dos meus pacientes, coisas que foram essenciais pra mim. Essa vitória é apenas uma das muitas que nós ainda vamos compartilhar juntos! Eu te amo pra sempre, minha vida!

Aproveito para agradecer também aos meus sogros, Tânia e Lindoval, por me receberem de braços abertos em sua família e me tratarem como uma verdadeira filha. Vocês também fazem parte desse momento, sempre me apoiando, e me trazendo uma palavra amiga. Agradeço a minha cunhada Bruna por ser divertida e fazer qualquer situação se tornar mais leve. Meu agradecimento à você é enorme! Muito obrigada.

Ao meu cachorrinho, Thor, que é muito mais que um bichinho de estimação, é meu filhinho que sempre esteve comigo, que ficava madrugadas acordado enquanto eu fazia trabalho. Que não pode me ver chorando que já vem correndo lamber minhas lágrimas. Jamais o deixaria de fora desse momento.

Aos meus amigos Matheus e Michelle, por cada seminário, PBL, APA ou estágio que fizemos juntos. Obrigada pelo convívio diário durante esses anos, por cada riso e cada momento divertido que vocês me proporcionaram. Amo muito vocês!

Aos meus amigos Ramon, Jéssica, Stefannie e Samarah, que desde o início estiveram comigo. Sei que tudo que passamos serviu para o amadurecimento de cada um e amadurecimento da nossa amizade em um todo. Hoje sei que posso contar com vocês a qualquer hora, seja pra falar besteira, comer sushi, malhar juntos, ou simplesmente nos

reunirmos pra não fazer nada. Até isso é divertido com vocês. Que a nossa amizade possa ultrapassar os muros da faculdade e que possamos dividir muitos outros momentos juntos. Amo vocês!

À minha dupla de TCC, Renata, que mais que do que isso se tornou minha melhor amiga durante essa caminhada, fazendo com que a construção desse trabalho se tornasse mais leve e tranquila. Obrigada por todos os momentos que nós dividimos amiga, dos bons aos ruins. Esse sem dúvida é o mais especial de todos!

E principalmente, às minhas orientadoras, professoras Laiana e professora Manuella, por toda dedicação, paciência, empenho e carinho com que nos trataram durante essa pesquisa. Sem vocês nós não conseguiríamos chegar aonde chegamos. Muito obrigada!

Brenda Reis

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por iluminar meu caminho, me dando saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, Cláudio Renato Rocha e Maria do Socorro Rocha, por toda a dedicação e esforço ao cuidarem de mim. Pela educação, formal e informal, e principalmente, por acreditarem e depositarem toda sua confiança. Por vocês me esforço cada dia mais. Obrigada por tudo pai e mãe, amo muito vocês!

Aos meus irmãos Manoel Cláudio, Ricardo Emanuel, e Juan Pablo, por serem meus ajudantes, meus parceiros e confidentes. Apesar das nossas brigas de irmãos (normais), tenho certeza que esses laços permanecerão unidos.

Aos meus avós Antonia Mendes, Raimundo Mendes e Dina Rocha, por serem meus primeiros professores e meus maiores exemplos de sabedoria.

Ao meu namorado, Alexandre Melo, por todo carinho e dedicação. És meu namorado, companheiro e meu melhor amigo. Te amo!

Aos meus familiares, em especial as minhas tias Maria de Nazaré, Maria das Graças e Elaine Neirão, aos meus tios Mariano Ricardo, Rodolfo Emanuel, Ronald Carvalho e Raimundo Mendes, e todos os meus primos que sempre me apoiaram, me aconselharam e comemoram todas as minhas vitórias.

Aos meus amigos que o Instituto de Ciência e Tecnologia Federal (IFPA) me deu, em especial Maria, Paula, Ranah, Karen, Junior, Raphaelle e Leonanda. Ao amigo e irmão que a vida me presenteou Raphael Pereira. E aos meus amigos que a Universidade Federal do Pará me deu, Matheus, Michelle, Ramon, Jéssica, Samarah, Stefannie e Brenda, por cada risada e conselho e por todas as trocas de conhecimento e experiência. Vocês tornaram minha vida e caminhada mais alegres.

A minha dupla de TCC, Brenda Reis, por ser minha melhor amiga, melhor confidente e conselheira, foi a melhor escolha de dupla. Obrigada amiga!

E, principalmente, as minhas orientadoras Laiana Soeiro e Manuela Rocha, por toda a paciência e dedicação durante a elaboração desta pesquisa. Serei grata eternamente a vocês.

Renata Rocha

*Mas pra quem tem pensamento forte,
O impossível é só questão de opinião*

*E disso os loucos sabem...
Só os loucos sabem.*

(CHARLIE BROWN JR.)

RESUMO

Transtornos alimentares, dentre estes anorexia, bulimia e transtorno de pica, são caracterizados por uma perturbação na alimentação e/ou no comportamento relacionado à mesma, que resulta na alteração do consumo de alimentos, comprometendo a saúde física ou o funcionamento psicossocial. Sendo assim, pessoas com transtorno mental, dentre estas, pessoas com transtorno alimentar podem ter seu engajamento nas ocupações afetado e conseqüentemente, passam a enfrentar preconceitos e falta de oportunidades, inibindo ainda mais a sua participação em ocupações. Nessa perspectiva, o terapeuta ocupacional como um dos profissionais que atua na saúde mental, visa a autonomia e reinserção desse usuário na família e na comunidade, podendo contribuir de forma significativa no tratamento de pessoas com transtorno alimentar. Com base nesses aspectos, esta pesquisa objetiva compreender aspectos da saúde mental de pessoas com transtorno alimentar sob a ótica terapêutica ocupacional. Trata-se de dois estudos de casos de caráter quantitativo e qualitativo descritivo. Os sujeitos da pesquisa foram duas pessoas, com os codinomes Rosa e Margarida, com diagnóstico ou impressões diagnósticas de Transtorno Alimentar; adultos jovens na faixa etária entre 22 e 26 anos de idade; do sexo feminino; que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os instrumentos de pesquisa aplicados foram: Ficha de Avaliação do Estado Mental, Questionário EAT-26 (apenas com Rosa) e Plano de Intervenção Terapêutico Ocupacional, de forma individual, aplicados na Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (FFTO), da Universidade Federal do Pará (UFPA). Pôde-se notar, que as entrevistadas apresentam comprometimentos nos aspectos: juízo crítico e conduta, pois, para ambas, a busca por tratamento é irrelevante, e os possíveis tratamentos para transtornos alimentares não são eficazes. Além disso, acreditam que as conseqüências dos TA não são agravantes. Quando questionadas a respeito de comunicar aos familiares e amigos sobre o TA, as entrevistadas afirmaram a omissão, sendo explicado no caso Rosa, por medo de repressões das pessoas mais próximas e no caso Margarida, por ser um assunto desnecessário a ser discutido ou comunicado. Nos dois casos de transtornos alimentares, notou-se que a insatisfação com a imagem corporal está associada a faixa etária, e, conseqüentemente aos riscos de desenvolvimento dos TA. As pesquisadoras conseguiram alcançar os objetivos e compreenderam os aspectos da saúde mental de pessoas com transtornos alimentares sob a ótica terapêutica ocupacional. Além disso, identificaram os aspectos prejudicados e elaboraram um Plano de Intervenção Terapêutico Ocupacional para minimizar as alterações em tais aspectos. Conclui-se que as intervenções terapêuticas ocupacionais em transtornos alimentares, especialmente os referentes a este estudo (anorexia, bulimia e transtorno de pica), podem proporcionar a conscientização sobre os comprometimentos causados pelos transtornos e trabalhar, principalmente, aspectos como o juízo crítico, a conduta e a imagem corporal, visando melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: Transtorno Alimentar; Terapia Ocupacional e Saúde Mental.

ABSTRACT

Eating disorders, such as anorexia, bulimia and pica disorder, are characterized by a disruption in food and / or behavior related to it, resulting in altered food consumption, compromising physical health or psychosocial functioning. Thus, people with mental disorders, among them, people with eating disorders may have their engagement in the affected occupations and consequently, they start to face prejudices and lack of opportunities, further inhibiting their participation in occupations. In this perspective, the occupational therapist as one of the professionals who work in mental health aims at the autonomy and reinsertion of this user in the family and in the community, and can contribute in a significant way in the treatment of people with eating disorder. Based on these aspects, this research aims to understand aspects of the mental health of people with eating disorders under the occupational therapy optics. These are two case studies of quantitative and qualitative descriptive character. The subjects of the research were two people, codenames Rosa and Margarida, with diagnosis or diagnostic impressions of Eating Disorder; Young adults between 22 and 26 years of age; female; Who agreed to participate in the research, signing the Term of Free and Informed Consent - TCLE. The research instruments applied were: Mental State Assessment Form, EAT-26 Questionnaire (Rosa only) and Occupational Therapeutic Intervention Plan, individually, applied at the Faculty of Physical Therapy and Occupational Therapy (FFTO), Federal University of Pará (UFPA). It could be noted that the interviewees present compromises in the aspects: critical judgment and conduct, because for both, the search for treatment is irrelevant, and the possible treatments for eating disorders are not effective. In addition, they believe that the consequences of TA are not aggravating. When questioned about communicating to their families and friends about the TA, the interviewees affirmed the omission, being explained in the Rosa case, for fear of repression by the closest people and in the case Margarida, because it is an unnecessary subject to be discussed or communicated. In both cases of eating disorders, it was noted that dissatisfaction with body image is associated with age, and, consequently, the risk of developing BP. The researchers were able to achieve the objectives and understood the mental health aspects of people with eating disorders from the occupational therapy perspective. In addition, they identified the impaired aspects and developed an Occupational Therapeutic Intervention Plan to minimize changes in such aspects. It is concluded that occupational therapeutical interventions in eating disorders, especially those related to this study (anorexia, bulimia and pica disorder), can provide awareness of the disorders caused by the disorders and work mainly on aspects such as critical judgment, Conduct and body image, aiming to improve the quality of life.

Keywords: Eating Disorder; Occupational Therapy and Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Critérios Diagnósticos para Anorexia e Bulimia	22
FIGURA 2: Relação entre jovens adolescentes do sexo feminino, distorção/insatisfação de imagem corporal e os transtornos alimentares	49

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 01 - Gravidade dos Transtornos Alimentares (AN e BN)	23
TABELA 01 - Resultado do Questionário EAT-26, caso Rosa	45

LISTA DE SIGLAS

AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AN	Anorexia Nervosa
AOTA	American Occupational Therapy Association
AVD	Atividade de Vida Diária
BN	Bulimia Nervosa
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5. Ed
FFTO	Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
TA	Transtornos Alimentares
TAER	Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo
TCAP	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
UFPA	Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 TRANSTORNOS ALIMENTARES	19
3 TERAPIA OCUPACIONAL E SAÚDE MENTAL	26
4 RACIOCÍNIO PROFISSIONAL DA TERAPIA OCUPACIONAL	29
5 METODOLOGIA	31
5.1 Tipo de pesquisa	31
5.2 Participantes da pesquisa	32
5.3 Critérios de inclusão	32
5.4 Critérios de exclusão	32
5.5 Local da Pesquisa	32
5.6 Etapas da pesquisa	32
5.7 Instrumentos para coleta de dados	33
5.7.1 <i>Ficha de avaliação do estado mental</i>	33
5.7.2 <i>Questionário Eat-26</i>	37
5.7.3 <i>Plano de intervenção terapêutico ocupacional</i>	38
5.8 Preceitos éticos	40
5.9 Riscos e benefícios da pesquisa	40
6 CRONOGRAMA	42
7 RESULTADOS	43
7.1 Estudo de caso 01: Rosa	43
7.1.1 <i>Ficha de avaliação do estado mental do caso Rosa</i>	43
7.1.2 <i>Questionário EAT-26 do caso Rosa</i>	44
7.2 Estudo de caso 02: Margarida	47
7.2.1 <i>Ficha de avaliação do estado mental do caso Margarida</i>	47
7.3 Plano de intervenção terapêutico ocupacional direcionado aos estudos de casos ... 48	
8 DISCUSSÃO	50
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	59
ANEXO A - TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)	61
ANEXO B – PLANO DE INTERVENÇÃO TERPÊUTICO OCUPACIONAL	62
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ	66

1 INTRODUÇÃO

Transtornos Alimentares (TA) são transtornos mentais, caracterizados por aspectos biológicos, genéticos, psicológicos, nutricionais e socioculturais, que tem como consequências graves complicações clínicas. Essas complicações estão relacionadas principalmente a debilidade do quadro nutricional e às práticas compensatórias, inadequadas para o controle e a perda de peso. Tais complicações são diversas e graves, incluindo alterações endócrinas, cardíacas, pulmonares, renais e dentárias (SCAGLIUSI, 2014).

De acordo com Claudino e Borges (2005), por suas causas não serem totalmente esclarecidas, os transtornos alimentares são definidos como síndromes comportamentais, reconhecidos como transtornos e não como doenças, que segundo os critérios de classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), em sua versão mais atualizada, os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação na alimentação e/ou no comportamento relacionado à mesma, que resulta na alteração do consumo de alimentos, comprometendo a saúde física ou o funcionamento psicossocial (APA, 2014).

Dentre os transtornos alimentares classificados no DSM-V como transtornos psiquiátricos estão os diagnósticos de Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno de Pica, de Ruminação, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), Transtorno alimentar restritivo/evitativo e o Transtorno Alimentar Não Especificado (APA, 2014). Neste estudo, as pesquisadoras se aprofundaram nos diagnósticos de AN, BN e Transtorno de Pica, em decorrência dos estudos de casos.

Quando citado os principais comprometimentos dos transtornos alimentares nota-se a tendência à segregação e ao isolamento social, prejudicando dessa forma sua qualidade de vida nas relações sociais, além de humor depressivo, invasão de afetos, que desorganizam o funcionamento intelectual, com prejuízos marcantes na adaptação individual e depreciação da qualidade de vida (OLIVEIRA; SANTOS, 2006; MORAES et al, 2017).

Dessa forma, o funcionamento afetivo-emocional de pessoas com TA encontra-se debilitado nos quadros psicopatológicos, caracterizados por uma grande perturbação do comportamento alimentar. O principal comprometimento em relação aos aspectos emocionais associa-se ao fato das pessoas com TA despertarem sentimentos intensos à alimentação, como medo, culpa e ansiedade (CABRERA, 2006; MORAES et al, 2017).

Sendo assim, pessoas com transtorno mental, dentre estas, pessoas com transtorno alimentar podem ter seu engajamento nas ocupações afetado e conseqüentemente, passam a

enfrentar preconceitos e falta de oportunidades, inibindo ainda mais a sua participação em ocupações (SALLES; MATSUKURA, 2015).

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional, que se constituiu como profissão em 1917 nos Estados Unidos, caracteriza-se pela discussão sobre o uso da ocupação como cuidado às pessoas com transtornos mentais, permitindo que o uso da mesma tornasse a base da formação desse profissional (TEDESCO, 2011).

Junto às demais profissões que atuam na saúde mental, a Terapia Ocupacional reavaliou sua forma de intervir após a reforma psiquiátrica, baseando-se, principalmente no conceito de reabilitação psicossocial¹. Foi no final da década de 1970, por meio do processo de redemocratização e constituição dos direitos sociais do país, que a reforma psiquiátrica iniciou-se no Brasil. Considerada um processo histórico, a reforma psiquiátrica teve apoio e ajuda para ser mantida no Brasil por meio do antigo Movimento da Luta Antimanicomial, atualmente conhecido como Política Nacional de Saúde Mental (COSTA et al, 2015).

As primeiras mudanças na história da Terapia Ocupacional e da Psiquiatria surgiram através das trajetórias de Pinel, na França e de Tuke, na Inglaterra, quando foi proposto o primeiro modelo de intervenção terapêutica, que ficou conhecido como tratamento moral e serviu como pontapé da reforma psiquiátrica (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Com tal reforma, o modelo asilar foi substituído pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual objetivou abrir e ampliar os espaços de socialização, reintegrar a pessoa com transtorno mental do espaço doméstico para o espaço da cidade, construindo assim um campo de possibilidades relacionais e ampliando ações cotidianas dos usuários da saúde mental (COSTA et al, 2015). Nesse sentido, notou-se a necessidade da criação de uma rede composta especialmente pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs), Hospital Dia, centros de convivência, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, serviços residenciais terapêuticos, equipes de saúde mental na atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (DA SILVA; DE ARAÚJO, 2013).

Nessa perspectiva, nota-se que o terapeuta ocupacional é um dos profissionais que atua na saúde mental visando a autonomia e reinserção desse usuário na família e na

¹A reabilitação psicossocial tornou-se conhecida no processo da reforma psiquiátrica, pois objetiva a reinserção social e a autonomia de pessoas em sofrimento psiquiátrico, permitindo novos espaços e novos sentidos para a cidadania dessas pessoas (PINTO; FERREIRA, 2010).

comunidade, podendo contribuir de forma significativa no tratamento de pessoas com transtorno mental, dentre estas, pessoas com transtorno alimentar.

As pesquisadoras após práticas curriculares, teóricas e vivenciais, manifestaram forte afinidade com a saúde mental. Posteriormente, debruçaram-se sobre uma pesquisa bibliográfica acerca dos transtornos alimentares e a atuação do terapeuta ocupacional no contexto da saúde mental com tal público, na qual notou-se escassez de publicações. Com base nesses aspectos, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: quais são as alterações no aspecto da saúde mental de pessoas com transtorno alimentar sob a ótica terapêutica ocupacional? Despertando assim, o interesse em realizar uma pesquisa que objetiva compreender aspectos da saúde mental de pessoas com transtorno alimentar sob a ótica terapêutica ocupacional.

Referente ao levantamento bibliográfico sobre os TA notou-se que existem publicações de diferentes áreas de atuação como a Medicina, Nutrição, Enfermagem e Psicologia. Porém, quando a equipe multidisciplinar é citada nesses estudos, apesar do terapeuta ocupacional ser mencionado como membro, suas intervenções não são descritas minuciosamente (KUBOTA et al, 2013).

Dessa maneira, as pesquisadoras adotaram como objetivos específicos avaliar os aspectos sócio-demográficos, pessoal e da saúde mental de pessoas com transtorno alimentar; identificar as alterações nas funções mentais (consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória, inteligência, afetividade e humor, pensamento, juízo crítico, conduta e linguagem) de pessoas com transtorno alimentar; e por fim, elaborar um plano de intervenção terapêutico ocupacional a partir dos estudos de casos da pesquisa. Esta pesquisa poderá contribuir para o enriquecimento da literatura, assim como, para a construção do campo profissional na atuação da saúde mental, servindo como suporte para profissionais que atuam nesta rede. Além disso, há necessidade de abordar esse tema a fim de que sejam desenvolvidas mais estratégias terapêuticas ocupacionais que possam minimizar os efeitos negativos dos TA, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade de vida dessa clientela.

Segundo Quiles-Cestari e Ribeiro (2012) o terapeuta ocupacional, por meio das intervenções, pode contribuir no tratamento dos transtornos alimentares frente aos prejuízos psicossociais causados, provavelmente pelo impacto na vida cotidiana. Além disso, este profissional pode ajudar os clientes na construção de espaços mais saudáveis, em que o fazer cria possibilidades de resgate dos papéis ocupacionais, independência e autonomia, em busca de novas paixões, além do alimento.

Este estudo é composto por 08 capítulos, além da 1. Introdução, que busca apresentar de maneira sucinta os eixos teóricos principais desta pesquisa, apontando a racional do estudo, seus objetivos, a pergunta norteadora do estudo, os fatores que despertaram nas pesquisadoras o interesse pela temática e ainda a relevância da pesquisa para comunidade científica e para população de transtorno alimentar, justificando a importância de tal estudo; tem-se: 2. Transtornos Alimentares, neste capítulo serão explanados os transtornos alimentares e tipos de transtornos, suas definições, características e tratamento; 3. Terapia Ocupacional e Saúde Mental, o qual irá descrever o histórico da Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental e a atuação do terapeuta ocupacional em pessoas com transtorno mental; 4. Raciocínio Profissional da Terapia Ocupacional, no qual serão abordadas questões relacionadas ao raciocínio profissional, visto que durante este processo o terapeuta realiza inicialmente a avaliação, seguido da elaboração do plano terapêutico ocupacional e a partir deste inicia-se o tratamento através da aplicação das intervenções; 5. Metodologia, neste capítulo será destacada a metodologia e procedimentos necessários para elaboração desta pesquisa; 6. Resultados, este capítulo expõe os resultados encontrados neste estudo, com base nas avaliações do estado mental de cada estudo de caso, e na aplicação do questionário EAT-26, seguidos da elaboração do plano terapêutico ocupacional; 7. Discussão, onde serão discutidos os resultados desta pesquisa com embasamento teórico e por fim, o capítulo 8. Considerações finais, acerca das conclusões emergentes dos resultados e discussão da pesquisa.

2 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Pretende-se abordar neste capítulo os transtornos alimentares e os diversos tipos, com enfoque na Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Pica, mostrando suas definições, características e possíveis tratamentos.

Os transtornos alimentares são síndromes psiquiátricas complexas e ainda relativamente pouco compreendidas, mostrando-se cada vez mais importantes no cenário da psiquiatria moderna. A associação de alterações psicopatológicas, nutricionais e somáticas situa os transtornos alimentares em um campo multidisciplinar por excelência, onde o trabalho de equipe multiprofissional de saúde cumpre papel fundamental. Diversos estudos sugerem que a incidência de TA vem aumentando nas últimas décadas, mesmo em culturas onde esse diagnóstico é considerado menos frequente (TAVARES; NETO, 2003; ALVARENGA et al, 2011; GUIMARÃES et al, 2014; DOS SANTOS et al, 2015).

Dentre os transtornos alimentares que são classificados pelo DSM-V como transtornos psiquiátricos, estão os diagnósticos de Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), de Pica, que serão abordados detalhadamente no decorrer desta pesquisa. Existem ainda os Transtornos de Ruminação, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), Transtorno alimentar restritivo/evitativo e o Transtorno Alimentar Não Especificado (APA, 2014).

Na Europa Medieval, a anorexia nervosa foi explicada como asceticismo² espiritual, e posteriormente, pessoas acometidas por esse transtorno, foram consideradas pessoas excêntricas que desafiavam as leis da ciência. Isso culminou num incidente lamentável ocorrido no século XIX, quando Sarah Jacob, a “menina galesa que jejuava”, foi objeto de investigação de céticos cientistas. A alegação de que ela não precisava se alimentar foi posta à prova, levando à sua rápida morte (TREASURE; MURPHY, 2007; WEINBERG, 2010; HERNÁNDEZ, 2015).

Quando citada a AN, destacam-se como principais características a perda de peso intensa, ocasionada por dietas extremamente severas na maioria dos casos, busca desenfreada pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. (CORDÁS et al,

² O ascetismo designa o que está ligado à virtude, em detrimento do corpo; uma forma de autodisciplina e autopunição com um ideal de completa independência das necessidades físicas, alcançado por meio de jejuns, abstinência sexual, privação de sono, autoflagelação e muitas outras formas de tortura (WEINBERG, 2010).

2004; APA, 2014). O diagnóstico da AN é feito através de uma avaliação do comportamento da pessoa, relacionado ao que ela ingere e ao seu peso corporal, e da determinação do seu Índice de Massa Corpórea (IMC). O risco de morte nessa doença é iminente devido a perda de peso exagerada, que conseqüentemente acarreta graves problemas de saúde (DIAS; FREY, 2011; ALCKMIN-CARVALHO et al, 2016).

As causas para AN são consideradas multidimensionais, por incluir fatores genéticos, biológicos, vulnerabilidade psicossocial, condições familiares e contexto sociocultural. A incidência da AN, principalmente em países ocidentais, é de sete novos casos procurando por tratamento por 100.000 indivíduos. A duração média do transtorno é de seis anos. A prevalência em mulheres jovens varia de 0,1 a 1% (TREASURE; MURPHY, 2007; LIBIO; ZACHARIAS, 2016).

Os sintomas da AN começam quando a pessoa passa a sentir-se insatisfeita com seu corpo e aparência, e a partir disso institui um padrão de restrição alimentar progressivo com o objetivo de emagrecer. No início, apenas carboidratos e comidas gordurosas são abandonados por serem considerados os responsáveis pelo ganho de peso. Porém, com o tempo, refeições inteiras são deixadas de lado ou restritas a pequenas quantidades, reduzindo drasticamente a ingestão calórica total (TAVARES; NETO, 2003; OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2012).

Dentre os principais comprometimentos de pessoas com AN estão: a baixa autoestima, elevada ansiedade, perfeccionismo extremo, pensamento dicotômico³, e incapacidade de encontrar formas adequadas de satisfação (ABREU; CANGELLI, 2004; OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2014).

São vários os objetivos do tratamento de pacientes com anorexia nervosa, uma vez que se trata de uma patologia multifacetada e de etiologia ainda desconhecida. O tratamento da AN em ambulatório é o mais comum, de maneira que as terapias familiares podem ser tratamentos de escolha da pessoa com TA, assim como intervenções psicoterapêuticas individuais. Apenas quando há uma situação de risco de complicações médicas e/ou psiquiátricas a admissão hospitalar é uma opção, e dessa forma, implica em uma cuidadosa abordagem multidisciplinar e integrada, tendo em conta os aspectos nutricionais, médicos e psicológicos do paciente. É fundamental traçar um plano terapêutico individualizado,

³ Pensamento dicotômico é quando o indivíduo pensa em extremos com relação à sua aparência ou é muito crítico em relação à ela, e acredita que os outros pensam como ele em relação à mesma (SAIKALI et al, 2004).

definindo prioridades de ação de acordo com as particularidades de cada caso (TAVARES; NETO, 2003; RODRIGUES et al, 2016).

Já o termo bulimia nervosa deriva do grego *bous*, que significa boi, e *limos*, que significa fome, sugerindo uma fome de tal intensidade que a pessoa tem a capacidade de comer um boi inteiro, indicando um estado patológico do apetite. Nos séculos XVIII e XIX, o vômito auto induzido era descrito como uma curiosidade médica ou um sintoma de outras doenças. O diagnóstico de BN foi introduzido pelo professor Gerald Russell, em 1979. A etiologia da BN tende a ser dividida em três domínios: vulnerabilidade pessoal, adversidade ambiental e fatores de risco de dieta para perder peso (TREASURE; MURPHY, 2007; FARAH; MATE, 2015).

Sobre a principal característica da BN encontramos os chamados episódios bulímicos, conhecidos pela ingestão de uma grande quantidade de alimento de forma rápida com sensação de perda de controle. Esses episódios são seguidos de métodos compensatórios, como vômitos auto induzidos, uso de medicamentos, dietas e exercícios físicos, com o objetivo de evitar o ganho de peso (CORDÁS et al, 2004; OLIVEIRA; HUTZ, 2010; FARAH; MATE, 2015).

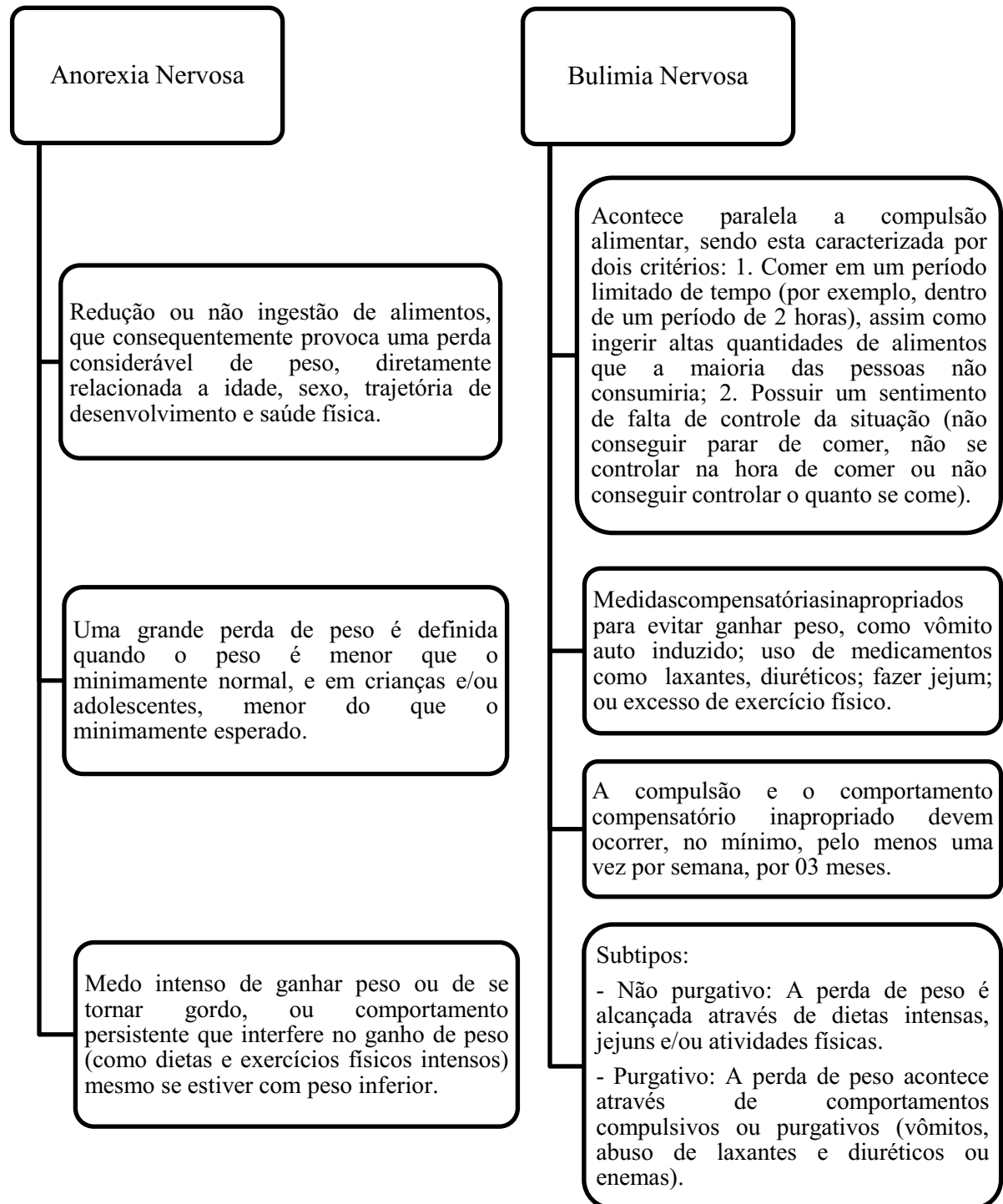
No DSM-V é feita uma associação da bulimia nervosa com sintomas depressivos e outros tipos de transtorno, como o de humor, o obsessivo-compulsivo, e o de ansiedade, assim também como abuso ou dependência de álcool e drogas. Quando o transtorno alimentar ocorre de maneira conjunta com outros tipos de distúrbios como os citados acima, o quadro é denominado como comorbidade psiquiátrica. A possibilidade dessa comorbidade psiquiátrica se desenvolver, torna o prognóstico da bulimia nervosa ainda mais crítico, representando um enorme desafio para os profissionais da saúde mental na prática clínica (ROSA; SANTOS, 2011).

É comum a bulimia ser associada à anorexia, no entanto sua principal característica são os chamados episódios bulímicos e pode ser classificada em dois tipos: purgativa e não purgativa. A primeira é caracterizada por indução de vômitos, e uso de medicamentos como diuréticos e laxantes. Já a segunda é caracterizada por dietas e atividades físicas exageradas (CORAS; ARAÚJO, 2011; FARAH; MATE, 2015). A incidência da bulimia é maior que a da anorexia, acometendo entre 1% e 3% de adolescente e/ou adultos jovens, onde 90% das pessoas afetadas são do sexo feminino. Enquanto a anorexia é geralmente desenvolvida dos 13 aos 17 anos, a bulimia nervosa abrange um público de maior faixa etária, entre 17 e 23 anos em mulheres, e em homens entre 20 e 25 anos (CORDÁS; SALZANO, 2011; MOREIRA et al, 2015).

Dentre os possíveis tratamentos da bulimia, assim como na anorexia, está o regime ambulatorial, que dependendo da severidade e cronicidade de componentes clínicos e comportamentais da pessoa com TA, pode ser feita uma internação completa ou parcial (SCAGLIUSI, 2014). Existe também o tratamento voltado para a terapia cognitiva comportamental, caracterizada por ser uma técnica psicoterápica que proporciona a melhora da auto estima. Especificamente com a bulimia, quando os resultados da psicoterapia não são satisfatórios, é recomendado o uso de medicamentos antidepressivos inibidores seletivos de recaptura da serotonina, como a fluoxetina. Esse medicamento reduz a frequência de episódios compulsivos e vômitos auto induzidos, assim como episódios de ansiedade e depressão (CORDÁS; SALZANO, 2011; MOREIRA et al, 2015).

A AN e BN possuem, atualmente, seus critérios diagnósticos definidos pela Associação Psiquiátrica Americana, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), como mostra a FIGURA 1, e a gravidade de cada transtorno alimentar, com base no IMC e/ou na frequência em que os episódios de comportamentos compensatórios ocorrem, como mostra o QUADRO 1.

FIGURA 01: Critérios Diagnósticos para Anorexia e Bulimia



Fonte: Elaborado pelas autoras com base no Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5, 2014.

QUADRO 1: Gravidade dos Transtornos Alimentares (AN e BN)

Gravidade	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa
Leve	IMC \geq 17 kg/m ²	Média de 01 a 03 episódios de comportamentos compensatórios por semana.
Moderada	IMC 16 a 16,99 kg/m ²	Média de 04 a 07 episódios de comportamentos compensatórios por semana.
Grave	IMC 15 a 15,00 kg/m ²	Média de 08 a 13 episódios de comportamentos compensatórios por semana.
Extrema	IMC < 15 kg/m ²	Média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios por semana.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Editora: Artmed, 2014.

Outro transtorno alimentar, porém pouco conhecido e raramente citado na literatura, é o Transtorno de Pica, também conhecido como Alotrofagia (do grego *allótrios*: estranho, *phagos*: comer). Tal transtorno é um tipo de compulsão alimentar que ocorre através da ingestão persistente de substâncias não nutritivas, substâncias essas que podem ser terra, barro, cabelo, alimentos crus e até fezes de animais. Essa ingestão persistente de substâncias não nutritivas são inadequadas para o desenvolvimento infantil e não fazem parte de uma prática aceita culturalmente. Dentre as possíveis condições associadas à pica estão atrasos no desenvolvimento, retardo mental e história familiar. Conseqüentemente a essa ingestão indevida e dependendo do agente ingerido, várias complicações clínicas podem ocorrer, principalmente relacionadas com o sistema digestivo e com intoxicações ocasionais (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000; DOS SANTOS et al, 2013).

Os poucos trabalhos encontrados que abordam o tema do transtorno de pica, ou são revisões bibliográficas ou são estudos de casos, de maneira que não há estudos o suficiente que possibilitem a elaboração de um protocolo de diagnóstico e/ou tratamento para pessoas que sofrem desse tipo de TA (KACHANI; CÓRDAS, 2009).

No capítulo seguinte, para uma melhor compreensão das possíveis intervenções terapêuticas ocupacionais, as pesquisadoras abordarão o histórico da Terapia Ocupacional na saúde mental e a atuação do terapeuta em pessoas com transtorno mental, mais especificamente em pessoas com diagnóstico de transtorno alimentar.

3 TERAPIA OCUPACIONAL E SAÚDE MENTAL

A história da saúde mental, no Brasil e no mundo, foi marcada intensamente pela violência e exclusão social. A chamada Reforma Psiquiátrica, movimento este que ficou conhecido em todo o mundo, surgiu através de questionamentos sobre os modelos de cuidado e paradigmas que sustentavam a prática. Já no Brasil, esse movimento de questionamento a assistência psiquiátrica ganhou força a partir da década de 1970, onde surgiu um novo olhar no tratamento da pessoa com transtorno psiquiátrico, com objetivos de inserir o sujeito na sociedade, através da participação do Estado, da família e da comunidade (ARAÚJO, 2014).

Para entender a Terapia Ocupacional em saúde mental, Mângia e Nicácio (2001) afirmam que é preciso levar em consideração as estratégias que constituíram o pensamento psiquiátrico, reconhecer as mudanças das instituições asilares e a criação das redes de atenção em saúde mental.

No período da Europa dos séculos XVII e XVIII, com uma grave crise social presente por todo o continente, a população rural, expulsa de suas terras, começou a migrar para as grandes cidades, e para combater esse processo social, muitos estados europeus adotaram como medida o confinamento dessa população em instituições que tinham como objetivo combater a pobreza e a ociosidade através da chamada “ética do trabalho”. Porém, em meados do século XVIII essas instituições foram consideradas como um erro econômico e posteriormente esvaziadas, devido a população passar a ter um valor no mercado de trabalho. No entanto, durante esse processo de fechamento das instituições, algumas populações como os doentes e os loucos, passaram a necessitar de outros tipos de medidas. Foi nesse contexto que iniciou-se a criação de um “hospital moderno” e dos asilos destinados ao internamento dos loucos (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Essa nova forma de lidar com a loucura, no entanto, possuía características de punições e exclusão, com a ideia de que o doente mental representava um perigo não só para si, mas também para a sociedade. Com isso, as primeiras mudanças na história da Terapia Ocupacional e da Psiquiatria surgiram através das trajetórias de Pinel, na França, e de Tuke, na Inglaterra, quando foi proposto o primeiro modelo de intervenção terapêutica, que ficou conhecido como tratamento moral e serviu como pontapé da reforma psiquiátrica, visto que pregava a ideia de que a pessoa com transtorno mental não deveria ser excluída ou sofrer punições como forma de tratamento. Nesse contexto de transformações que a Terapia Ocupacional desenvolveu referenciais como a socioterapia e a psicodinâmica (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Durante muito tempo a pessoa com transtorno mental foi tratada apenas em sua doença, e não como alguém com potencial para superar sua condição através de um tratamento terapêutico adequado (ALVAREZ; MARTINS, 2012). Foi depois das mudanças nos modelos de atenção à saúde mental, que as oficinas terapêuticas passaram a ter um novo enfoque e uma grande importância no tratamento de pessoas com transtornos mentais, visto que deixaram de ser apenas uma forma de ocupação ou passatempo, e se tornaram uma forma de reinserção, inclusão social e familiar, promovendo independência e autonomia para essas pessoas. Dessa forma, o papel da Terapia Ocupacional passou a ser relevante devido ao conhecimento e às atividades desenvolvidas por profissionais da área (AMARANTE, 2000).

O terapeuta ocupacional utiliza de diversas atividades durante a oficina terapêutica, sempre analisando o indivíduo subjetivamente para poder realizar a atividade, e desenvolvendo relações grupais, convivência e a comunicação com o outro (COSTA, 2004). Possibilitando melhora na qualidade de vida do indivíduo, visto que um dos principais motivos para o adoecimento ou agravamento de qualquer tipo de patologia é a falta de realização de atividades cotidianas (AOTA, 2015).

Nessa perspectiva a Terapia Ocupacional acredita que o engajamento em ocupações favorece a promoção a saúde, ao bem-estar e a participação social. Segundo a *American Occupational Therapy Association* - AOTA (2015) as ocupações são atividades nas quais as pessoas se envolvem, podendo executá-las de diversas maneiras até a sua finalização. Um dos principais desafios, tanto para o modelo de atenção a saúde mental, como para os profissionais de Terapia Ocupacional, é o de não restringir quaisquer tipos de comportamentos das pessoas com algum tipo de sofrimento mental a aspectos individuais, sejam estes psíquicos ou biológicos, mas, sobretudo, compreende-lo e associá-lo às diversas dimensões sociais (ALMEIDA et al 2015).

Dessa forma, o terapeuta ocupacional passa de apenas uma prática (práxis) para novas possibilidades que procuram mobilizar e produzir a saúde, utilizando diferentes tipos de atividades, respeitando a subjetividade de cada indivíduo, assim como o seu entorno e as atividades que para ele são significativas. O terapeuta ocupacional possui ainda o desafio de criar práticas contrárias as da institucionalização, de maneira que favoreçam a autonomia, e consequentemente a inclusão do indivíduo que a muito foi estigmatizado pela doença mental na sociedade (ALVAREZ; MARTINS, 2012).

Nesse sentido, o principal objetivo da reforma psiquiátrica passou a ser a reinserção social, criando um ambiente favorável para que pessoas em sofrimento mental tivessem um suporte necessário e fossem reinseridos socialmente, construindo assim uma rede para

substituir os antigos hospitais psiquiátricos e ao modelo tradicional, denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir da criação de serviços de atenção à saúde mental (IASI, 2013). Como citado anteriormente, essa rede é composta especialmente, pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs), Hospital Dia, Centros de Convivência, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos, equipes de saúde mental na atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (DA SILVA; DE ARAÚJO; 2013).

Para uma melhor compreensão, assuntos como o raciocínio clínico da Terapia Ocupacional, forma de avaliação e intervenções terapêuticas ocupacionais, serão abordados na próxima sessão.

4 RACIOCÍNIO PROFISSIONAL DA TERAPIA OCUPACIONAL

Neste capítulo serão abordadas questões relacionadas ao raciocínio profissional, visto que durante este processo o terapeuta realiza inicialmente a avaliação, seguido da elaboração do plano terapêutico ocupacional e a partir deste inicia-se o tratamento através da aplicação das intervenções.

O raciocínio profissional consiste no processo que os profissionais utilizam para planejar, direcionar, aplicar e refletir quanto ao tratamento do cliente. No passado, muitos autores referiam-se a ele como raciocínio clínico, porém termos como raciocínio profissional ou raciocínio terapêutico foram idealizados na tentativa de encontrar uma palavra que não estivesse tão rigorosamente vinculada à medicina, uma vez que as práticas da Terapia Ocupacional não ocorrem apenas em ambientes médicos, mas também em ambientes educacionais e comunitários (SCHELL, 2011).

Ainda segundo Schell (2011), o raciocínio profissional é multifacetado e capacita os profissionais a compreenderem os problemas do cliente, as incapacidades e os contextos de desempenho, bem como predizer o impacto destes sobre o desempenho ocupacional. O processo de raciocínio profissional envolve uma negociação entre as perspectivas pessoal e profissional do terapeuta, as perspectivas do cliente e as demandas do contexto de atuação.

Segundo Rocha e Brunello (2011) o processo de avaliação da Terapia Ocupacional está vinculado às formas de entender e determinar os objetivos dessa ação. Ou seja, os motivos para se realizar uma avaliação relacionam-se a: coletar os dados; medir progressos; acompanhar e aperfeiçoar a intervenção; verificar a eficácia da ação; obter um retorno; trocar experiências; melhorar o planejamento, entre outros.

O processo de avaliação é o ponto de partida de todas as etapas de uma intervenção terapêutica, e a investigação das necessidades e anseios do cliente é essencial para aprimorar a seleção dos objetivos e dos métodos de tratamento. Assim, o terapeuta poderá identificar as habilidades e as limitações do indivíduo em sua função ocupacional e propor um atendimento voltado para a maximização do desempenho ocupacional de acordo com os seus interesses, valores, auto conceito e funções (DORNELAS; GALVÃO, 2011).

A partir da avaliação, e posteriormente nos próximos encontros, o terapeuta deve alertar-se para aspectos como: a corporeidade, os sentidos, as percepções, as formas de expressão, a organização da escuta, os cuidados com os tempos e os espaços, as observações, as proposições teóricas e práticas, as experiências culturais e sua história de vida, conferindo uma melhor qualidade na relação terapeuta-paciente (DE CASTRO, 2011).

Após o processo de avaliação, o terapeuta elabora o plano de intervenção com o objetivo de direcionar o tratamento através da descrição das abordagens terapêuticas ocupacionais e dos tipos de intervenções que poderão ser utilizados para o alcance de resultados. A construção do plano de intervenção ocorre juntamente com o cliente e/ou seus cuidadores, através da formulação de objetivos, por meio de valores, crenças e necessidades ocupacionais do cliente. Ao final, o plano é posto em prática (AOTA, 2015).

Para Pedral e Bastos (2008) a atenção que o TO dedica ao tipo de atendimento ou abordagem utilizados, é essencial para assegurar a qualidade ao tratamento. Os atendimentos terapêuticos ocupacionais podem acontecer de forma individual ou grupal, baseando-se em abordagens psicodinâmicas, comportamental, cognitiva entre outras, por meio de técnicas expressivas, sendo estas manuais ou corporais, de acordo com os objetivos propostos. Os atendimentos individuais ocorrem frequentemente em consultórios, instituições asilares e/ou de internação quando em leito ou indicado. Já o grupo é atendido pelo TO dependendo dos requisitos preestabelecidos pela instituição e pelo o número de participantes. É importante frisar que a Terapia Ocupacional não é uma técnica, pois não existe um material de instrução para a aplicação e desenvolvimento de uma atividade, e muito menos deve ser aplicada à qualquer indivíduo.

Nessa perspectiva, a assistência da Terapia Ocupacional tem como objetivo auxiliar no desempenho ocupacional de pessoas que, por motivos físicos, mentais ou sociais, apresentam dificuldade na realização das atividades que sustentam a vida ocupacional. É uma área do saber que pode contribuir no tratamento dos transtornos alimentares. Frente aos prejuízos psicossociais causados, provavelmente pelo impacto dos TA na vida cotidiana, o profissional pode ajudar os pacientes na construção de espaços mais saudáveis, em que o fazer cria possibilidades de resgate dos papéis ocupacionais, independência e autonomia, em busca de novas paixões, além do alimento (QUILES-CESTARI; RIBEIRO, 2012).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa trata-se de estudos de casos de caráter quantitativo e qualitativo descritivo, onde o estudo de caso refere-se a um profundo levantamento de determinado caso ou grupo humano sob todos os seus aspectos (MARCONI; LAKATOS, 2011; YIN, 2015).

A pesquisa descritiva tem o objetivo de caracterizar algo, sem possuir hipóteses. A pesquisa descritiva é importante para a ciência, pois a descrição é geralmente o primeiro e essencial passo em direção à compreensão do fenômeno (VOLPATO, 2015). As autoras desse estudo, inicialmente, por meio de revisão da literatura, descreveram os transtornos alimentares, suas características, comprometimentos e possíveis tratamentos, visando uma melhor compreensão dos casos estudados.

A pesquisa quantitativa é referida como sendo a mais apropriada para apurar atitudes e responsabilidades dos entrevistados, uma vez que emprega questionários, com o objetivo de medir e permitir o teste de hipóteses (MARCONI; LAKATOS, 2011; RAMOS, 2013; STAKE, 2016).

Já a pesquisa qualitativa é utilizada para estabelecer relação entre teoria e prática, a qual completa a pesquisa bibliográfica dando um aprofundamento mais rico e com elaboração mais consistente às informações. O estudo de caso qualitativo reúne o maior número de informações detalhadas, utilizando de diferentes técnicas de pesquisa, com o objetivo de apreender uma determinada situação e descrever a complexidade de um fato, porém o mesmo não pode ser generalizado (MARCONI; LAKATOS, 2011; STAKE, 2016).

Nesse estudo, as pesquisadoras analisaram os casos por meio da aplicação do Questionário EAT-26, proporcionando um caráter quantitativo e basearam-se nos escores estipulados pelo próprio questionário, para gerar hipóteses. Além da perspectiva quantitativa, as autoras basearam no estudo de caso qualitativo, uma vez que houve análise e interpretação dos dados coletados através de observações diretas e entrevista individual com os sujeitos de pesquisa, utilizando como instrumentos a Ficha de Avaliação do Estado Mental (APÊNDICE A).

5.2 Participantes da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa são pessoas com diagnóstico ou impressões diagnósticas de Transtorno Alimentar; adultos na faixa etária entre 18 e 59 anos de idade; de ambos os sexos; e que aceitassem participar da pesquisa – assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXOC).

5.3 Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão, as pesquisadoras consideraram adultos na faixa etária entre 18 e 59 anos de idade, de ambos os sexos; com diagnóstico ou impressões diagnósticas de TA; e que aceitassem participar da pesquisa – assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.4 Critérios de exclusão

Para os critérios de exclusão da pesquisa foram considerados: pessoas com idade inferior a 18 anos e superior a 59 anos; que não apresentassem diagnósticos ou impressões diagnósticas de TA; que não aceitassem participar da pesquisa e/ou recusassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

5.5 Local da Pesquisa

A pesquisa bibliográfica foi realizada em computadores particulares, bem como a utilização da biblioteca da faculdade. Para a coleta dos estudos de casos, as entrevistas foram realizadas na Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará (FFTO-UFPA) em horários predeterminados pelos participantes. O local da pesquisa era bem iluminado, arejado, sem estímulos auditivos e não houve a participação de outras pessoas, visando privacidade e sigilo das informações.

5.6 Etapas da pesquisa

Após a revisão da literatura pertinente aos temas do estudo, as pesquisadoras elaboraram o projeto para o Trabalho de Conclusão de Curso, o qual foi submetido à qualificação em Março de 2016, sendo aprovado pela banca avaliadora. Em Agosto do mesmo ano, o projeto então foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará para aprovação. Após aprovação pelo CEP, houve a busca ativa dos sujeitos, por meio de divulgação via internet, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão.

Duas participantes, do sexo feminino, foram selecionadas para a pesquisa, e em seguida foram comunicadas sobre os procedimentos, objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Para isto foram realizadas entrevistas na FFTO-UFPA. Vale ressaltar que para preservar as identidades das participantes, foram utilizados codinomes relacionados a flores, Rosa e Margarida.

A pesquisa de campo foi desenvolvida no período de Janeiro de 2017 a Fevereiro do mesmo ano, no município de Belém. Para isto, foram aplicados: a Ficha de Avaliação do Estado Mental (APÊNDICE A), Questionário EAT-26 (ANEXO A) e Plano Terapêutico Ocupacional (ANEXO B), de forma individual.

A avaliação do estado mental e o EAT-26 foram aplicados a fim de compreender aspectos da saúde mental de pessoas com transtorno alimentar sob a ótica terapêutica ocupacional e nortear o Plano de Intervenções Terapêutico Ocupacional. Apenas com a participante Rosa foi aplicado o questionário EAT-26, visto que este só é utilizado em casos de anorexia e bulimia.

Por fim os dados coletados foram sistematizados e analisados em duas categorias: qualitativa e quantitativa. Para a categoria qualitativa, as pesquisadoras descreveram as avaliações do estado mental, em formato de relatório, seguindo os tópicos propostos na ficha de avaliação. Já para a categoria quantitativa, as pesquisadoras elaboraram uma tabela sintetizando as respostas do questionário, baseando-se nos escores estabelecidos pelo mesmo.

5.7 Instrumentos para coleta de dados

As informações foram coletadas por meio da ficha de avaliação do estado mental, em ambos os casos, e aplicação do Questionário EAT-26, apenas com a participante Rosa. Os quais serão detalhados nos próximos tópicos.

5.7.1 Ficha de avaliação do estado mental

A Ficha de Avaliação do Estado Mental, utilizada para coletar os dados gerais sobre a saúde mental, foi construída pelas pesquisadoras, inteiramente, a partir da literatura disponível na Rotina de Avaliação do Estado Mental baseada em Cordioli et al (2012).

A Ficha de Avaliação do Estado Mental busca entrevistar e avaliar a pessoa com Transtorno Alimentar nos seguintes pontos: Identificação, que visa coletar os dados sociodemográficos; História da doença atual, que busca investigar o início e o desenvolvimento do comprometimento, destacando-se quais os tratamentos realizados; História familiar, que visa identificar possíveis casos de doenças relacionadas no âmbito

familiar; História pessoal; que distingue diferentes etapas do desenvolvimento, como infância, adolescência e vida adulta; História ocupacional, que investiga quais as ocupações o cuidador está envolvido, como estudar, brincar e trabalhar.

A entrevista constitui-se ainda do Inventário de Interesses, que visa coletar quais os interesses mais importantes do cliente e quais alterações este gostaria de realizar no seu cotidiano pós intervenção. Os aspectos do usuário na avaliação (aparência, comunicação e atividades psicomotoras, além de quais os sentimentos que o entrevistado despertou no entrevistador) também são investigados de forma observacional durante a entrevista.

Ao avaliar a aparência Cordioli et al (2004) afirmam que deve-se atentar aos modos do paciente durante a entrevista, como exemplo: o seu andar, suas roupas, adornos, higiene pessoal, cabelos arrumados ou não, sua atitude perante o entrevistador (amigável ou hostil), humor, expressões faciais e contato visual. É importante fazer uma descrição detalhada nessa etapa de maneira que o leitor possa visualizar a aparência física do entrevistado no momento do exame.

Ao avaliar a comunicação do entrevistado, é importante descrever o modo como esse paciente fala, levando em consideração quantidade, velocidade e qualidade da produção de palavras. A partir dessa avaliação inicial poderá ser feita a classificação do tipo de comunicação reproduzido por esse paciente: normalmente responsivo, loquaz, taciturno, prolixo, volúvel, não espontâneo. A verbalização pode ser rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, forte, sussurrada, indistinta. Também podem ser incluídos aqui defeitos da fala, como gagueira e tiques vocais, como ecolalia.

Ao avaliar atividade psicomotora, objetiva-se investigar se a atividade física do paciente está relacionando-se com seu funcionamento psicológico. A atividade psicomotora pode ser normal, retardada ou acelerada. Por exemplo, um paciente com agitação psicomotora não consegue ficar quieto, costuma balançar, cruzar e descruzar as pernas, roer unhas, etc. Já um paciente com retardo psicomotor caracteriza-se por ter uma fala lentificada, raciocínio demorado, e humor deprimido.

Ainda segundo o mesmo autor, os sentimentos despertados são avaliados de maneira que o entrevistador deve relatar a impressão emocional transmitida pelo entrevistado. Sentimentos esses que podem ser de tristeza, pena, irritação, desejo de ajudar.

5.7.1.1 Funções mentais

Durante a entrevista é realizada também a avaliação das funções mentais (consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória, inteligência, afetividade, humor, juízo crítico, conduta e linguagem).

- **Consciência**

A consciência é o estado de lucidez/alerta em que o entrevistado se encontra. É o reconhecimento que o indivíduo faz de sua realidade ou de uma realidade externa e a capacidade de responder a determinados estímulos. Para avaliar a consciência é necessário observar se o entrevistado possui reações rápidas ou lentas frente à estímulos do ambiente. As alterações na consciência podem ser: sonolência, confusão, estupor, coma e hiperalerta.

- **Atenção**

Ao avaliar a atenção, o entrevistador avalia uma parte da consciência, visto que a atenção caracteriza-se pela capacidade em manter foco em alguma atividade. Dentro da atenção podem ser avaliados a vigilância, a tenacidade e a concentração e as principais alterações estão relacionadas a desatenção e distração. Ao avaliar a sensopercepção do entrevistado, avalia-se sua capacidade em perceber e interpretar estímulos relacionados aos órgãos dos sentidos, ou seja, os estímulos podem ser auditivos, visuais, olfativos, táteis e gustativos.

- **Orientação**

Ao avaliar a orientação do entrevistado, avalia-se a capacidade do indivíduo em situar-se no tempo, espaço ou situação, e até mesmo a capacidade deste reconhecer a si mesmo. A avaliação é feita através de perguntas relacionadas a semana, mês, ano, se o entrevistado sabe dizer que local se encontra, se responde corretamente a dados relacionados a si mesmo ou pessoas próximas (familiares e amigos). Sendo dessa forma a desorientação a principal alteração dessa função mental.

- **Memória**

Ao avaliar a memória, avalia-se a capacidade do entrevistado em registrar, fixar ou reter informações, reconhecer objetos, pessoas e experiências passadas ou estímulos sensoriais. É importante frisar que para fins avaliativos, subdivide-se a memória em:

sensorial, que recebe a informação dos órgãos dos sentidos e a retém por breve período de tempo (0,5 segundos); imediata, responsável pelo registro de informações ouvidas nos últimos 15 a 20 segundos; recente, que se divide em de curto prazo (5-10min) e de longo prazo (mais de 30 min); e remota, que é a responsável pela retenção permanente de informação selecionada.

- **Inteligência**

A inteligência baseia-se em assimilar conhecimentos e integrá-los aos conhecimentos já adquiridos anteriormente, assim como saber solucionar problemas rapidamente e raciocinar logicamente através da manipulação de números, palavras e conceitos. A avaliação baseia-se em coletar informações referentes ao desenvolvimento escolar do entrevistado: idade em que ingressou na escola, se repetiu algum ano, se tinha dificuldades em alguma matéria específica ou até mesmo dificuldade de leitura e escrita, se parou os estudos e por qual motivo (se por dificuldade em acompanhar), etc.

- **Afetividade e Humor**

Afetividade e Humor são dois itens avaliados de maneira conjunta. O afeto caracteriza-se como emoção subjetiva e imediata, ou seja, pode ser representado por manifestações objetivas: alegria, tristeza, etc. Já o humor é um sentimento predominante e constante, que pode influenciar a percepção de si mesmo, e do mundo ao seu redor. A avaliação dessas duas funções mentais acontece através da observação de expressões faciais do entrevistado, assim como sua postura e o sentimento predominante durante seu relato (tristeza, euforia, irritabilidade, etc). O sentimento que transmite e que desperta no entrevistador também é de suma importância para a avaliação.

- **Juízo Crítico**

O juízo crítico refere-se à possibilidade do entrevistado auto avaliar-se e ter uma visão realista sobre si mesmo, suas dificuldades e suas qualidades. Visto que a tomada de decisões diárias se baseia na capacidade de julgamento do indivíduo, se este consegue ou não estabelecer prioridades e prever consequências. Dessa forma, durante a entrevista tem-se uma ideia a respeito da capacidade de julgamento do indivíduo, porém se houver necessidade de esclarecimentos, são feitas perguntas objetivas, como o que o paciente faria se encontrasse uma carta endereçada e selada na rua, sendo a resposta adequada a de colocar em uma caixa de correio.

- **Conduta**

A conduta caracteriza-se por comportamentos observáveis do indivíduo: comportamento motor, atitudes, atos, gestos, tiques, impulsos, verbalizações, etc. A partir da observação do paciente durante a entrevista, de perguntas objetivas ou de entrevistas com os familiares, pesquisa-se dados sobre os hábitos do paciente, como o que costuma fazer todos os dias e em situações especiais (maneira como se diverte, trabalha, convive socialmente); procura-se observar a movimentação do paciente (lento ou agitado), a forma como se expressa através da anamnese; e procura-se alterações, indagando sobre o uso de drogas, roubos, tentativa de suicídio, hostilidade, compulsões, impulsos, comportamentos agressivos, rituais, vida sexual, relacionamentos interpessoais, etc.

- **Linguagem**

É a maneira como a pessoa se comunica, verbal ou não verbalmente, envolvendo gestos, olhar, expressão facial ou por escrito. Costuma-se dar mais ênfase à fala, avaliando-se a quantidade (loquaz, prolixo, taciturno, não-espontâneo ou normal), velocidade ou fluxo (verbalização rápida, lenta, hesitante, monótona) e qualidade (gagueira, ecolalia). Também é interessante se observar o volume (alto ou baixo), a gramática e sintaxe, e o vocabulário ou escolha de palavras, o que possibilita a realização de inferências sobre a organização do pensamento e cognição.

A ficha termina com a avaliação da personalidade, que é expressa pelo entrevistado durante a avaliação e observações complementares, que constituem as observações avulsas do entrevistador em relação à avaliação.

5.7.2 *Questionário Eat-26*

O Eating Attitudes Test (EAT) ou Teste de Atitudes Alimentares foi desenvolvido em 1979 por Garner e Garfinkel e traduzido e validado para o português em 2003 por Biguetti, para ser utilizado com adolescentes brasileiras. Tem como objetivo identificar possíveis sintomas de Anorexia ou Bulimia de maneira rápida e fácil, promovendo o diagnóstico precoce e o início do tratamento, evitando a evolução do transtorno. É um teste que possui opções de resposta que pontuam de 0 a 3, onde a maior pontuação indica uma resposta positiva para o diagnóstico de transtornos alimentares. O ponto de corte estabelecido pelo questionário é 21, e sua pontuação final varia de 0 a 78 pontos. Sendo assim, pessoas que

alcançam ou ultrapassam o ponto de corte possuem maior risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (MARTINS; PETROSKI, 2015).

A versão original do EAT era composta por 40 questões (EAT- 40) onde a soma dos valores atribuídos às questões gerava o resultado do teste. O ponto de corte estabelecido para essa versão era de 30 pontos como sendo indicador positivo da possibilidade de existência do transtorno alimentar. Posteriormente, em 1982 os autores criaram a versão abreviada do teste, que possuía 26 questões, de maneira que o ponto de corte estabelecido para identificar os transtornos alimentares foi de 21 pontos (BIGUETTI, 2003).

Nessa pesquisa, será utilizada a versão com 26 questões, que estão divididas em três escalas: Escala da Dieta (D) – itens nº 1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,25: reflete uma recusa patológica a comida de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física; Escala de Bulimia e Preocupação com os Alimentos (B) – itens nº 3,4,8,18,21,26: refere-se a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos, seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar o ganho peso; Escala do Controle Oral (CO) – itens nº 2,5,8,13,15,19,20: demonstra o auto controle em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar (BIGUETTI, 2003).

Cada questão, apresenta 6 opções de respostas, conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha (sempre = 3 pontos; muitas vezes = 2 pontos; as vezes = 1 ponto; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0 ponto), como mostra o quadro 1. A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25, sendo que para respostas mais sintomáticas, como o sempre, muitas vezes e às vezes, não são dados pontos, e para as alternativas poucas vezes, às vezes, e nunca, são conferidos 1, 2 e 3 pontos respectivamente (GARNER; GARFINKEL, 1979; GARNER, OLMSTED, POLIVY; 1983).

5.7.3 Plano de intervenção terapêutico ocupacional

O Plano de Intervenção Terapêutico Ocupacional, segundo a *American Occupational Therapy Association* (2015) contém os principais problemas identificados na avaliação, além do objetivo geral das intervenções, objetivos a curto e longo prazos, materiais a serem utilizados, metodologia dos atendimentos e modelos teóricos empregados nas intervenções.

Ao ter como base a ciência da ocupação humana, o terapeuta ocupacional permite através de abordagens, que a pessoa que sofre de TA seja contemplada por meio de atividades, visto que esse processo terapêutico passa pela organização do indivíduo em ação, inseparável de sua trajetória de vida. Sendo assim, o terapeuta ocupacional cria possibilidades

a serem experimentadas, onde esse processo deve ser guiado e orientado de acordo com a escolha do modelo ou técnica de referência do profissional (KUBOTA, 2013).

O terapeuta ocupacional, em Saúde Mental, se respalda na Reabilitação Psicossocial para consolidar sua ação e inserção nos novos serviços substitutivos. As mudanças de paradigma referente aos conceitos de saúde mental no âmbito da Terapia Ocupacional, a ressignificação das atividades e a ampliação do ambiente terapêutico, desenvolvem ações no próprio espaço de vida das pessoas com transtornos mentais (OLIVEIRA; DELEATI, 2015).

Costa et al (2015) afirma que por ser considerada um elo facilitador entre a relação indivíduo/grupo/terapeuta, a atividade favorece a criação de conteúdos externos e internos visando o processo de transformação pessoal, com objetivo de cura ou estabilização do quadro psíquico do indivíduo.

Nesse sentido, é importante abandonar o modelo de atenção centrado na doença e focar na promoção da saúde, cidadania e participação social do indivíduo, assim como sua subjetividade, sua história, sua cultura, seu cotidiano, permitindo dessa forma o exercício da autonomia e funções na comunidade (OLIVEIRA; DELEATI, 2015).

Enquanto estratégia de atuação, o terapeuta ocupacional realiza atendimentos grupais, assim como oficinas terapêuticas, onde a atividade é vista como uma forma de promover a autonomia e a participação social. Por meio dessa proposta, o terapeuta ocupacional divide espaços comicineiros, artistas e outros profissionais da saúde de forma pouco diferenciada. As atividades artísticas são pontes para alcançar os objetivos, tanto de expressão e comunicação, quanto de inclusão social. Possibilitando não só a criação, mas, a partir da manipulação de uma matéria de expressão, pensar as relações entre a criação e a produção de saúde, solidão, isolamento, e enfrentamento da doença (CANÍGLIA, 2005). Nesse sentido, podem ser utilizadas para atender a esse público a Prática Centrada no Cliente e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

A Prática Centrada no Cliente é um dos referenciais que podem ser utilizados pelo terapeuta ocupacional em sua atuação na saúde mental, visto que esta permite o desenvolvimento de ações em parceria com o indivíduo, auxiliando-os a identificar suas necessidades e na superação das barreiras relacionadas à sua participação social e desempenho satisfatório em suas atividades cotidianas (OLIVEIRA; DELEATI, 2015).

Já a Terapia Cognitivo-Comportamental é caracterizada por dois princípios, onde o primeiro é relacionado às cognições, de maneira que as influências dominam a emoção e o comportamento humano. E o segundo relaciona-se a forma como atitudes e/ou comportamentos afetam positiva ou negativamente a forma do sujeito pensar e sentir (MIRA;

MARQUES, 2016). Segundo Wilhelm et al (2015), a Terapia Cognitivo-Comportamental foi apontada, em vários estudos, como um tratamento viável e eficiente para transtornos alimentares, principalmente bulimia e anorexia.

Nessa perspectiva, nota-se que a elaboração do Plano Terapêutico Ocupacional foi necessária, pois através deste instrumento, as pesquisadoras nortearam as propostas de intervenção, levando em consideração a subjetividade de cada participante.

5.8 Preceitos éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1987) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO D). Esta pesquisa incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. E assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica aos sujeitos da pesquisa (BRASIL, 1987).

São garantidas as exigências éticas e científicas fundamentais de uma pesquisa envolvendo seres humanos que são: contar com o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo, ponderação entre riscos e benefícios por parte das acadêmicas sendo que as mesmas se comprometem com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos. É garantida a não utilização das informações em prejuízo dos participantes através do sigilo dos dados pessoais dos participantes (BRASIL, 1987).

5.9 Riscos e benefícios da pesquisa

Esta pesquisa é de suma importância para comunidade científica, em especial para os terapeutas ocupacionais, pretendendo contribuir para a construção de seu campo profissional no que diz respeito à atuação desta profissão em relação às pessoas que sofrem de transtornos alimentares. Apesar dessa temática ser bastante discutida atualmente, ainda há escassez de literatura científica sobre a atuação do terapeuta ocupacional com esse público. Em função disto, a realização dessa pesquisa poderá vir a estimular estudos científicos relacionados ao tema.

Os benefícios para o público alvo do estudo estão no fato de que estes terão à sua disposição os resultados deste estudo, podendo verificar as propostas de intervenção

terapêutica ocupacional, verificando se estas realmente contribuem no tratamento de pessoas com transtornos alimentares.

Os benefícios para as pessoas pesquisadas estão relacionados oportunidade de um novo tratamento que possibilite a melhoria na sua qualidade de vida. Através da conclusão do presente estudo, novas propostas de intervenções com os usuários poderão surgir, trazendo desta forma melhoria na qualidade de vida do público estudado. As pesquisadoras comprometeram-se com a veracidade dos fatos que foram publicados neste estudo. Além disso, comprometeram-se em disponibilizar os resultados do estudo ao final de todo o processo de pesquisa.

Não houve divulgação dos dados pessoais dos participantes, que poderiam comprometer sua integridade moral, social e/ou profissional, pois as acadêmicas comprometeram-se com o sigilo absoluto das informações, identificando os clientes através de pseudônimos, divulgando apenas os dados pertinentes à pesquisa, de modo a preservar em todos os momentos a identidade e privacidade dos sujeitos.

Não houve desistências ou até mesmo a não aceitação da aplicação dos questionários. Mais esclarecimentos acerca dos riscos e benefícios da pesquisa foram fornecidos aos participantes por escrito, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Apenas participaram da pesquisa as pessoas que concordaram em assinar o TCLE.

7 RESULTADOS

7.1 Estudo de caso 01: Rosa

7.1.1 Ficha de avaliação do estado mental do caso Rosa

Por meio da Ficha de Avaliação do Estado Mental foram coletados os dados pessoais da participante. A avaliação foi realizada no dia 16 de dezembro de 2016, com duração de aproximadamente duas horas.

Rosa, 22 anos, nascida em 11 de Março de 1994, sexo feminino, solteira, com escolaridade nível superior incompleto, natural de Belém do Pará, estudante, possui histórico de Anorexia Nervosa desenvolvido aos 13 anos de idade diagnosticado na Clínica Pediátrica do Pará e atualmente possui impressões diagnósticas de Bulimia Nervosa.

Sobre a história da doença atual, Rosa realiza todas as suas refeições, porém a maioria delas são seguidas de regurgitação (almoço e jantar), no intuito de “esvaziar o estômago” e evitar o ganho peso. Relatou que durante três semanas regurgitou frequentemente e acredita estar acima do peso, mesmo com seu peso atual de 54 kg para 1m e 59cm de altura, apresentando um IMC: 21 Kg/m², considerado normal dentro dos padrões do IMC⁴. Até hoje, Rosa não comunicou sobre seu possível TA a nenhum familiar ou pessoas próximas, pois teme às críticas e possíveis condenações.

Referente à história familiar, Rosa afirmou não ter conhecimento de nenhum parente diagnosticado com qualquer tipo de TA, no entanto suspeita que seu pai tenha desenvolvido BN, pois o mesmo regurgita diariamente no período noturno. Já sobre a história pessoal (infância, adolescência e vida adulta) Rosa relatou que lactou até os 2 meses de idade, chegou a tomar remédios para estimular o apetite e aos 13 anos desenvolveu Anorexia Nervosa em decorrência das exigências do professor de balé, seguindo um padrão de “beleza corporal”, o qual baseava-se no corpo magro, sem excesso de gordura ou sobrepeso.

Após tais exigências, Rosa relatou que diminuiu rigorosamente sua alimentação, no intuito de emagrecer rapidamente, eliminando principalmente os carboidratos (pão e arroz) e alimentando-se diariamente apenas de iogurte e leite, o que acarretou o desenvolvimento de Gastrite Crônica. Após frequente quadro de síncope, constante sensação de fraqueza e seu histórico alimentar, foi diagnosticada com AN na Clínica Pediátrica do Pará.

⁴ O Índice de Massa Corporal (IMC) é utilizado com indicador do estado nutricional por sua correlação entre massa corporal e estatura, expresso pela fórmula $IMC = \frac{kg}{m^2}$ (DOS SANTOS; SICHIERI, 2005).

Após alguns anos, Rosa conseguiu tratar a Anorexia Nervosa com ajuda de Psicólogos e outros profissionais, porém desenvolveu transtorno de ansiedade na época em que prestou vestibular, diagnosticado na clínica Unineuro, chegando a tomar remédios controlados durante três meses (Julho/Agosto/Outubro de 2016), período em que também começou a ter sintomas de Bulimia Nervosa, que podem ser comprovadas por meio da avaliação do estado mental e da aplicação do Questionário EAT-26.

Referente a sua história ocupacional, Rosa relatou ser estudante de Biomedicina do último período, e dentre seus principais interesses estão: concluir a graduação, e seguir carreira acadêmica e pesquisa.

Durante a avaliação, pode-se observar aspectos da participante relacionados a aparência, atividade psicomotora e comportamento, comunicação e sentimentos despertados. Rosa estava bem vestida, gesticulando normalmente durante toda a avaliação, comunicou-se de maneira satisfatória e demonstrou sentimentos de expectativas positivas em participar da pesquisa.

Em relação a avaliação das funções mentais (consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória, inteligência, afetividade e humor, pensamento, juízo crítico, conduta e linguagem), as pesquisadoras perceberam durante a entrevista que Rosa apresenta uma alteração em seu juízo crítico, visto que para ela o fato de já ter tido AN e possuir sintomas de BN é irrelevante, pois para a mesma não importa os prejuízos causados, desde que ela continue magra.

Sobre sua personalidade, Rosa mostrou-se bastante comunicativa e sem dificuldade em relatar sua história.

7.1.2 Questionário EAT-26 do caso Rosa

Para uma melhor compreensão dos dados coletados por meio do EAT-26, as pesquisadoras elaboraram a TABELA 1 agrupando as respostas da entrevistada conforme as opções: sempre; muitas vezes; poucas vezes; às vezes; quase nunca e nunca. Dividas nas três escalas: Escala da Dieta, Escala da Bulimia e Escala do Auto controle. Ao término, as pesquisadoras somaram a pontuação das três escalas e compararam com o escore estipulado pelo questionário.

- Escala da Dieta: diz respeito à recusa patológica a alimentos com alto teor calórico e preocupação com a aparência física. Dos 13 itens correspondentes a essa escala, Rosa alcançou 32 pontos.
- Escala da Bulimia e preocupação com os alimentos: refere-se a episódios de compulsão alimentar, seguidos por comportamentos purgativos para perda/controle de peso corporal. De acordo com tal escala, a entrevistada alcançou 15 pontos.
- Escala do Autocontrole oral: reflete o autocontrole em relação à comida e avalia forças ambientais e sociais estimulantes à ingestão alimentar. De acordo com tal escala, a entrevistada alcançou 08 pontos.
- As três escalas totalizaram 55 pontos, que segundo o Teste de Atitudes, quando alcançado um resultado maior que 21 pontos indica um teste positivo e o entrevistado poderá ser incluído em grupo de risco passando por entrevista clínica para averiguar se os critérios diagnósticos são preenchidos.

TABELA 01: Resultado do Questionário EAT-26, caso Rosa

RESPOSTAS	ESCALA DA DIETA	ESCALA DA BULIMIA	ESCALA DO CONTROLE ORAL
SEMPRE (03 PONTOS)	<p>1 - Fico apavorada com a ideia de estar engordando.</p> <p>6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.</p> <p>10 - Sinto-me extremamente culpada depois de comer.</p> <p>11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.</p> <p>12 - Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.</p> <p>14 - Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.</p> <p>23 - Faço regimes para emagrecer.</p> <p>24 - Gosto de sentir meu estômago vazio.</p>	<p>3 - Sinto-me preocupada com os alimentos.</p> <p>18 - Sinto que os alimentos controlam minha vida</p> <p>21 - Passo muito tempo pensando em comer</p> <p>26 - Sinto vontade de vomitar após as refeições.</p>	<p>9 - Vomito depois de comer.</p> <p>15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.</p>
MUITAS VEZES (02 PONTOS)	<p>16 - Evito comer alimentos que contenham açúcar.</p> <p>22 - Sinto desconforto após comer doces.</p>	<p>4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.</p>	<p>20 - Sinto que os outros me pressionam para comer.</p>
POUCAS VEZES (01 PONTO)	<p>17 - Costumo comer alimentos dietéticos.</p>	<p>8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.</p>	<p>---</p>
ÀS VEZES (NÃO PONTUA)	<p>----</p>	<p>----</p>	<p>2 - Evito comer quando estou com fome.</p> <p>13 - As pessoas me acham muito magra.</p>
QUASE NUNCA (NÃO PONTUA)	<p>7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)</p>	<p>----</p>	<p>---</p>
NUNCA (NÃO PONTUA)	<p>25 - Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias (03 pontos) *</p>	<p>----</p>	<p>5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.</p>

			19 - Demonstro autocontrole diante dos alimentos.
TOTAL	32	15	08

7.2 Estudo de caso 02: Margarida

7.2.1 Ficha de avaliação do estado mental do caso Margarida

Por meio da Ficha de Avaliação do Estado Mental foram coletados os dados pessoais da participante. A avaliação foi realizada no dia 20 de Dezembro de 2016, com duração de aproximadamente 10 min.

Margarida, 26 anos, sexo feminino, nascida em 19 de setembro de 1990, solteira, nível superior incompleto, natural de Belém do Pará, estudante, com impressão diagnóstica de Transtorno de Pica. Sobre a história atual da doença, Margarida relatou ingerir papel e saco plástico com frequência, afirmando comer até mesmo papel que lhe entregam na rua. Margarida desconhece ter histórico familiar do transtorno e afirmou que nunca comentou sobre o transtorno com nenhum familiar ou pessoas próximas.

Referente à história pessoal (infância, adolescência e vida adulta), Margarida relatou comer papel e plástico desde a infância e durante toda a adolescência por achar “um máximo”. Atualmente costuma ingerir esses objetos diariamente, porém afirmou não sentir abstinência, caso fique sem comer. A participante relatou que costuma evacuar toda a manhã às 6h, e caso ultrapasse tal horário, não consegue mais ir ao banheiro. A mesma não associa isso ao fato de ingerir papel e plástico e nunca procurou saber se tem relação. Seu peso atual de 51 kg para 1m e 53 cm de altura, apresentando IMC: 21,79 Kg/m², considerado saudável.

Sobre a sua história ocupacional, Margarida relatou que interrompeu a faculdade de Ciências Contábeis no quinto semestre por não ter tido mais condições financeiras para pagá-la, porém pretende retomar no ano de 2017. Não foram coletados dados a respeito de atividades que Margarida considera importante.

Durante a avaliação, pôde-se observar aspectos da participante relacionados a aparência, atividade psicomotora e comportamento, comunicação e sentimentos despertados. Margarida estava vestida de acordo com o ambiente da entrevista (sua casa), gesticulando

normalmente durante toda a avaliação, comunicou-se de maneira satisfatória e demonstrou sentimentos de incerteza quanto ao seu quadro e curiosidade em relação à pesquisa.

Em relação à avaliação das funções mentais (consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória, inteligência, afetividade e humor, pensamento, juízo crítico, conduta e linguagem), as pesquisadoras perceberam durante a entrevista que Margarida apresenta uma alteração em seu juízo crítico, visto que para ela o fato de ter, possivelmente, algum transtorno alimentar é insignificante, pois para a mesma não importa os prejuízos causados, desde que não sejam em grandes proporções.

Sobre sua personalidade, Margarida mostrou-se bastante comunicativa, porém muito breve e objetiva em seus relatos.

7.3 Plano de intervenção terapêutico ocupacional direcionado aos estudos de casos

Visando propor intervenções da Terapia Ocupacional, para ambos os casos, as acadêmicas elaboraram o Plano de Intervenção Terapêutico Ocupacional, onde inicialmente foram identificados os seguintes problemas: Rosa e Margarida apresentam alterações em seu juízo crítico e conduta, visto que para ambas o fato de ter, possivelmente, algum transtorno alimentar é insignificante, ao ponto de não se importarem com os prejuízos causados, desde que não sejam em grandes proporções. E ambas possuem dificuldade de aceitação da imagem corporal, se considerando acima do peso.

Como objetivos gerais, foram traçados os seguintes: listar os prejuízos causados pelos transtornos alimentares, mais especificamente Bulimia Nervosa e de Pica, no intuito de conscientizar as entrevistadas sobre os principais riscos e complicações dos TA. Trabalhar questões relacionadas a autoimagem. E proporcionar melhor qualidade de vida das entrevistadas. Como objetivo a curto prazo as pesquisadoras buscam conscientizar ambas participantes sobre os principais riscos e complicações do transtorno alimentar. E como objetivos a longo prazo estão: trabalhar questões relacionadas a autoimagem corporal e proporcionar melhor qualidade de vida das participantes. Os modelos utilizados para embasar as intervenções foram a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Prática Centrada no Cliente.

Para os transtornos alimentares, em especial a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, as principais técnicas baseiam-se, então, na redução da ansiedade, no auto manejo do comportamento e nas modificações das cognições, tais como autoimagem corporal distorcida (Oliveira; Deiro, 2013).

Nessa perspectiva, os materiais que podem ser utilizados como recursos, são: cartilhas ilustrativas e textos reflexivos, a fim de conscientizar as participantes sobre os prejuízos causados pelos TA. Bem como, atividades lúdicas, corporais e expressivas, utilizando como materiais: músicas e espelhos, visando ressignificar a autoimagem, e conseqüentemente proporcionar melhora na qualidade de vida das participantes.

8 DISCUSSÃO

A pesquisa teve como objetivo principal compreender aspectos da saúde mental de pessoas com transtorno alimentar sob a ótica terapêutica ocupacional. Na análise dos fragmentos das entrevistas, pôde-se notar que as participantes apresentam um prejuízo nos aspectos: juízo crítico e conduta, pois, para ambas, a busca por tratamento é irrelevante, e os possíveis tratamentos para transtorno alimentar não são eficazes. Além disso, acreditam que as consequências dos TA não são agravantes.

Willhelm et al (2015), mostram em seu estudo que a Terapia Cognitivo-Comportamental é eficaz no tratamento dos transtornos alimentares, principalmente quando se trata de AN e BN, além de novos tratamentos relacionados a questões atuais, como a tecnologia, que possuem um excelente custo-benefício.

Quando questionadas a respeito do motivo de não contar aos familiares e amigos sobre o TA, as participantes afirmaram a omissão, sendo explicado pela participante Rosa, por medo de repressões das pessoas mais próximas e pela participante Margarida, por ser um assunto desnecessário a ser discutido ou comunicado aos familiares.

Em seus estudos sobre a Bulimia, Leonidas et al (2013), realizaram uma investigação acerca do modo como se configuram as relações sociais, através das possíveis relações entre os aspectos emocionais de uma paciente de 27 anos com bulimia. O autor aponta ainda a importância da participação da família no tratamento. Em seu estudo, a participante relatou que o relacionamento afetivo com seu pai era distante, porém, como a equipe de profissionais exigiu a participação da família no tratamento, surgiu uma oportunidade de aproximação com o pai, de maneira que pudesse dividir com ele questões relacionadas aos sofrimentos causados pelo transtorno, e assim conseguir obter o seu apoio.

Além disso, notou-se que as participantes, possuem a mesma faixa etária (de 22 a 26 anos), confirmando o que Alves et al (2010) apontam em seu estudo, que devido a elevada cobrança da sociedade e da mídia pela busca do corpo perfeito, conseqüentemente a ocorrência dos transtornos alimentares é maior em adultos jovens do sexo feminino.

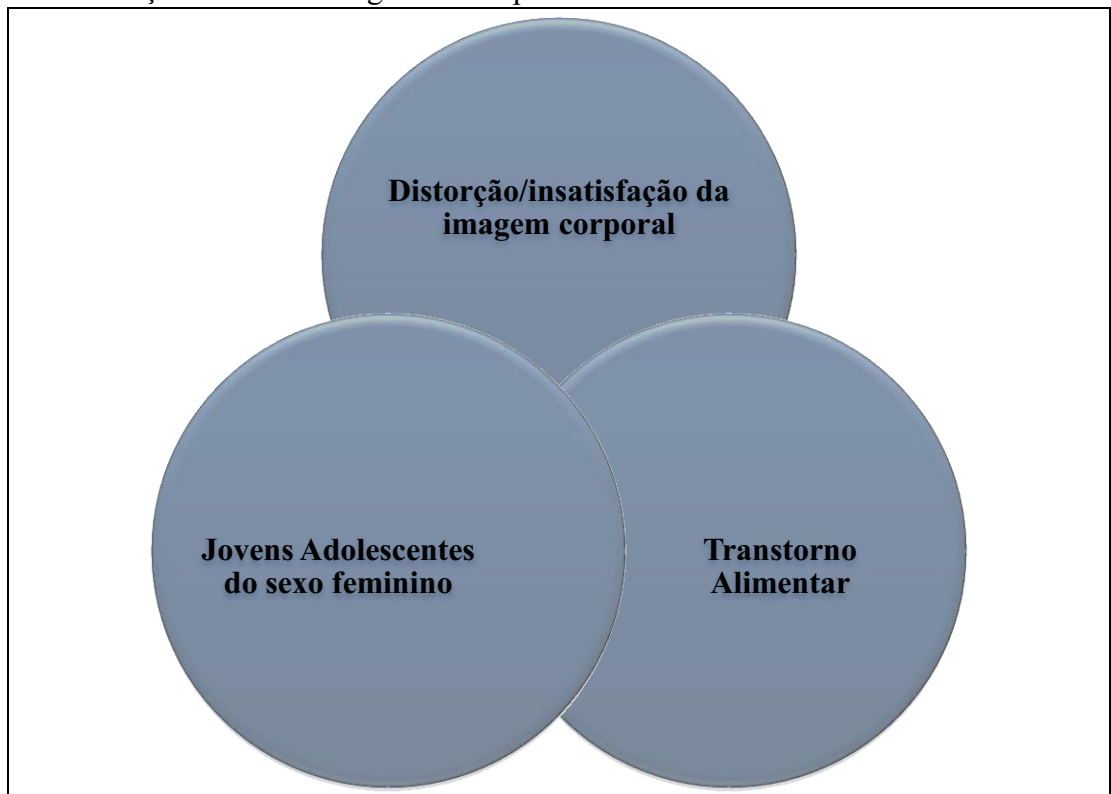
Nos dois casos de transtornos alimentares, notou-se que a faixa etária está associada a insatisfação com a imagem corporal, visto que ambas apresentaram seus primeiros sintomas de TA na adolescência, e segundo os estudos de Martins e Petroski (2015), essa insatisfação é alta, de maneira que aproximadamente uma em cada quatro adolescentes apresenta este desfecho.

As pesquisadoras, por meio das avaliações e da aplicação do questionário, notaram que a insatisfação com a imagem corporal está presente em ambos os casos de maneira

marcante, e ainda segundo os estudos de Martins e Petroski (2015), essa insatisfação é maior em adolescentes, pois devido às pressões da sociedade em exigir um corpo magro, acabam apresentando um maior risco ao desenvolvimento de transtornos alimentares. Em seus estudos, Wildes e Marcus (2012), sugerem a terapia cognitivo-comportamental como uma das soluções nas distorções da imagem corporal, visto que esse tratamento possui como objetivo principal normalizar o peso e o comportamento alimentar.

Esta associação, entre distorção da imagem corporal e transtornos alimentares pode ser confirmada nos estudos de Cubrelati et al (2014), no qual foi encontrada uma associação significativa entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares. Tais associações podem ser esclarecidas na Figura 2.

FIGURA 2: Relação entre jovens adolescentes do sexo feminino, distorção/insatisfação de imagem corporal e os transtornos alimentares.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

A Figura 2 mostra a associação entre jovens adolescentes do sexo feminino com os transtornos alimentares, segundo os estudos de Alves et al (2010); a relação com a faixa etária e a distorção da imagem corporal, segundo os estudos de Martins e Petroski (2015) e, a relação entre a distorção e insatisfação da imagem corporal em pessoas com transtorno

alimentar, exposto nos estudos de Martins e Petroski (2015) e Cubrelati et al (2014). Ao centro a relação entre os três pontos, exposto como resultado dessa pesquisa.

Nessa perspectiva, Do Carmo et al (2014) confirmam em seus estudos que a gama de aspectos envolvidos na etiologia dos TA é extensa, de maneira que os transtornos alimentares provocam várias complicações clínicas que interferem na qualidade de vida do sujeito de tal maneira que podem culminar na sua morte. Aspectos esse que precisam ser estudados e divulgados como uma forma de alerta para a comunidade em geral, e especialmente pais, educadores e profissionais da área da saúde para que estes sejam capazes de identificar pessoas que possam ter pré-disposição para o desenvolvimento de transtornos alimentares, e assim trata-las precocemente, aumentando suas chances de cura.

Durante a pesquisa notou-se a importância da conscientização das participantes em relação à busca por tratamento, corroborando com o estudo de Coras e Araújo (2011), onde estes afirmam a necessidade dos profissionais da saúde em realizarem palestras informativas em postos de saúde e hospitais que sejam abertas aos funcionários, pacientes e a comunidade em geral, durante o tratamento e a prevenção desses transtornos.

Observa-se que o tema ainda é pouco discutido e uma grande parte da população desconhece a gravidade desses transtornos. Coras e Araújo (2011) afirmam o quanto ainda é escasso o número de publicações com transtornos alimentares no Brasil, e as principais razões para isso são a dificuldade de formação da equipe; o custo do tratamento; interação entre pesquisadores; formação de orientadores; ausência de terapeutas comportamentais e falta de investimentos.

A prevenção desses transtornos pode ocorrer através da mídia, assim como da família, dos profissionais da saúde e dos educadores, de maneiras que estes estejam sempre atentos a seus filhos, alunos ou pacientes, mantendo sempre um diálogo aberto, demonstrando cuidado, e compartilhando informações no que se refere aos comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa bibliográfica, apesar de existirem diversos estudos sobre transtornos alimentares, não há achados referentes à eficácia da atuação do terapeuta ocupacional, o que mostra a necessidade de novas publicações desses profissionais sobre suas práticas clínicas nessa área.

As pesquisadoras conseguiram alcançar os objetivos e compreenderam os aspectos da saúde mental de pessoas com transtornos alimentares sob a ótica terapêutica ocupacional. Além disso, avaliaram os aspectos sócio-demográficos, pessoal e da saúde mental de pessoas com transtorno alimentar, identificaram as alterações nas funções mentais de pessoas com transtorno alimentar e elaboraram um plano de intervenção terapêutico ocupacional a partir dos estudos de casos da pesquisa.

O plano terapêutico ocupacional para pessoas com transtornos alimentares possui diferentes significados a partir de histórias pessoais. A importância de considerar a subjetividade e as necessidades de cada sujeito possibilita à Terapia Ocupacional criar espaços na rotina dessas pessoas, permitindo que o indivíduo necessitado crie novamente uma relação com seu fazer e com aquilo que precisa ou quer realizar em seu cotidiano.

Baseado nisso, a imagem corporal e o apoio familiar podem direcionar diversas atividades pensadas para esse público, fazendo com que o atendimento da Terapia Ocupacional seja um momento acolhedor e possibilite a ampliação das relações sociais.

Conclui-se que as intervenções terapêuticas ocupacionais em transtornos alimentares, especialmente os referentes a este estudo (anorexia, bulimia e transtorno de pica), podem proporcionar a conscientização sobre os comprometimentos causados pelos transtornos e trabalhar, principalmente, aspectos como o juízo crítico, a conduta e a imagem corporal, visando melhora na qualidade de vida.

Por último, espera-se que a presente pesquisa possa contribuir para o aperfeiçoamento teórico-prático de terapeutas ocupacionais que realizam intervenções junto a pessoas com transtornos alimentares.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C.N.; CANGELLI, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitiva-construtivista de psicoterapia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2004. v. 31, n. 4, págs. 177-183.
- ALCKMIN-CARVALHO, F. et al. Análise da evolução dos critérios diagnósticos da anorexia nervosa. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 15, n. 2, p. 265-274, ago. 2016.
- ALVARENGA, M.D.S. et al. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2011, v. 38, n.1, págs. 3-7.
- ALVAREZ, C.R.S.; MARTINS, M.B. A terapia ocupacional e suas possíveis contribuições na saúde mental coletiva. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 63-68, 2015.
- ALVES T.C. et al. **Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador, Bahia**. 2010. 147f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição, 2010.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**. 2.ed. Rio de Janeiro: Panorama, ENSP, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Editora: Artmed, 2014.
- APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2000, v. 22, n.2, págs. 28-31.
- ARAÚJO, A. G. D. **Reforma psiquiátrica e política nacional de saúde mental: uma análise da concepção dos profissionais do CAPS II de Campina Grande/PB**. 2014. 30p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL: Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo. 3º ed. **Rev Ter Ocup. Univ de São Paulo**, 2015.
- BIGUETTI, F. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP**. 2003. 2003. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. CNS, Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Resolução 196/96. Disponível em: <www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>. Acesso em: 10 fev. 2016.
- CABRERA, C.C. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Medicina. Ribeirão Preto**, 2006. v.9, n.3, págs. 375-380.

CANIGLIA, M. **Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar**. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2005.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Classificação e diagnósticos. In: CLAUDINO, A.M.; ZANELLA, M.T. (Orgs.) **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP, Manole, 2005, pág. 25.

CORAS, P.M.; DE ARAÚJO, A.P.S. O Papel da Enfermagem no Tratamento dos Transtornos Alimentares do Tipo Anorexia e Bulimia Nervosas. **Journal of Health Sciences**, 2011.

CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. Psiq. Clín.** v.31, n.4, p. 154-157, 2004.

CORDÁS, T.A.; SALZANO, F.T.; RIOS, S.R. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: PHILIPPI, S.T.; ALVARENGA, M. (Orgs.) **Transtornos alimentares uma visão nutricional**. Barueri, SP, Manole, 2011, pág. 39.

CORDIOLI, Aristides Volpato; ZIMMERMANN, Heloisa Helena; KESSLER, Félix. Rotina de avaliação do estado mental. **Consultado em**, v. 4, 2012.

COSTA, A. L.; et al. Reflexões epistêmicas sobre a Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 1, 2015.

CUBRELATI, B.S., et al. Relação entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes. **Conexões**, v. 12, n. 1, p. 1-15, 2014.

DA SILVA, M.C.; DE ARAÚJO, M.K.V. TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL: EVIDÊNCIAS BASEDAS NAS PORTARIAS DO SUS. **Revista Baiana de Terapia Ocupacional**, v. 2, n. 1, 2013.

DELEVATI, D.M.; DE OLIVEIRA, K.S. Abordagens da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 3, n. 3, p. 79-94, 2015.

DIAS, S.C.F.; FREY, T. Trinta e dois quilos, de Ivonne Thein - Um olhar crítico para anorexia nervosa. **Cuidarte enfermagem**. 2011, v.5, n.21; págs. 114-121

DO CARMO, C.; PEREIRA, P.; CÂNDIDO, A.P. Transtornos Alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas. **HU rev**, v. 40, n. 3/4, p. 173-181, 2014.

DORNELAS, A. GALVÃO, C. Avaliação das habilidades psicossociais e componentes psicológicos. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Orgs.) **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011, pág. 103.

DOS SANTOS, A.M. et al. **Transtorno alimentar e picacismo na gestação**: revisão de literatura. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 2, p. 42-59, 2013.

FARAH, M.H.S.; MATE, C.H. Uma discussão sobre as práticas de anorexia e bulimia como estéticas de existência. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 883-898, 2015.

Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. The Eating Attitudes Test: an index of the symbols of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, 9, 273-279. 1979.

Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. and Garfinkel, P.E. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine**, 12, 871-878. 1983.

GUIMARAES, A. D.; MACHADO, S. P.; FRANCA, A. K. T.C.; CALADO, I.L. Transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal em bailarinos. **Revista Bras Med Esporte**. 2014, vol.20, n.4, págs. 267-271.

HERNÁNDEZ, A. M. Historia de la anorexia nerviosa. **MoleQla**, vol. 20, pág.15-17. 2015.

IASI, T.C.P. **A atividade física na saúde mental: uma revisão de literatura**. 2013.

KACHANI, A.T. et al. Da ópera-bufo ao caos nosológico: pica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 4, p. 162-169, 2009.

KUBOTA, A.M. et al. Terapia ocupacional na abordagem de pessoas em tratamento por anorexia nervosa. **Revista de Saúde**, Santa Maria, v.39, n.2, p.2334, 2013.

LEONIDAS, C.; CREPALDI, M.A.; DOS SANTOS, M.A. Bulimia nervosa: uma articulação entre aspectos emocionais e rede de apoio social. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 62-75, ago. 2013 .

LIBIO, L.; ZACHARIAS, D.G. A família no espelho: reflexos do contexto familiar nos transtornos alimentares. **Anais do Salão de Ensino e de Extensão**, p. 21, 2016.

MÂNGIA, E.F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. **IN.: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. (Orgs.) Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas** . São Paulo. Plexus Editora, 2001. Págs 63-80.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Como delinear um estudo de caso. **IN.: MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. (Orgs.) Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo; Atlas, 2011.Págs. 281 a 290.

MARTINS, C. R.; PETROSKI, E. L. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. **Motricidade**, v. 11, n. 2, p. 94-106, 2015.

MIRA, C.S.; MARQUES, E.L.L. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: implicações, importância e contribuições. **Revista Digital FAPAM**, v. 7, n. 7, p. 310-332, 2016.

MORAES, J.M.M. et al. Fatores associados à insatisfação corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares entre estudantes de nutrição. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 17, n. 2, 2017.

MOREIRA, L.M.Q.; LOPES, L.T.P.; TEIXEIRA, M.G.R. **Relação entre insatisfação, distorção corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes da cidade de Uberlândia-MG**. 2015.

OLIVEIRA, E.A.; SANTOS, M.A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. **Medicina. Ribeirão Preto**. V. 39, n. 3, págs. 353-360, 2006.

OLIVEIRA, L.L.; HUTZ, C.S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 3, p. 575-582, 2010.

OLIVEIRA-CARDOSO, E.A.; SANTOS, M.A. Psicodinâmica dos transtornos alimentares: indicadores do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. **Psico-USF**, Itatiba, v. 19, n. 2, p. 209-220. 2014.

PEDRAL, C.; BASTOS, P. **Terapia ocupacional: metodologia e prática**. Rio de Janeiro. Editora Rubio. 2008. Pág. 76.

PINTO, A.T.M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010.

QUILES-CESTARI L.M.; RIBEIRO R.P.P. Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. mar.-abr. 2012 [acesso em: 08/12/2015];20(2):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_04.pdf

RAMOS, M.P. Métodos quantitativos e pesquisa em ciências sociais: lógica e utilidade do uso da quantificação nas explicações dos fenômenos sociais. **Revista de Ciências Sociais**, v. 18, n. 1, p. 55-65, 2013.

ROCHA, E.F.; BRUNELLO, M.I.B. Avaliação qualitativa em Terapia Ocupacional: princípios, métodos e técnicas de coleta de dados. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Orgs.) **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011, pág. 44.

RODRIGUES, R. et al. Anorexia nervosa e risco de vida. In: **Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente**. 2016. p. 59-61.

ROSA, B.P.; SANTOS, M.A. Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: implicações para o tratamento. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam**. 2011, vol.14, n.2, págs. 268-282.

SAIKALI, C.J. et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, págs. 164-166, 2004.

SALLES, M.M.; MATSUKURA, T.S. Do individual ao coletivo: perfil ocupacional de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 1, p. 58-65, 2015.

SCAGLIUSI, F.B. Transtornos Alimentares. In: CUPPARI, Lilian (Org.) **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da EPM-UNIFESP**. Barueri, SP, 2014.

SCHELL, B.A.B. Raciocínio profissional na prática. In: WILLARD & SPACKMAN (Orgs) **Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, Págs. 318 – 330.

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Penso Editora, 2016.

TAVARES, V.C.; NETO, F.T. Transtornos Alimentares. In: NETO; F.T. **Nutrição Clínica**; Guanabara, Rio de Janeiro, 2003. Pag. 431-440.

TEDESCO, S.A. Diálogos da Terapia Ocupacional e a Psicanálise: Terapia Ocupacional Psicodinâmica. In: CAVALCANTI, A. GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional**: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Pág. 156.

TREASURE, J.; MURPHY, T. Transtornos alimentares. In: MICHEL, J. et al (Orgs.) **Nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. págs.78-90.

VOLPATO, G.L. O método lógico para redação científica. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 9, n. 1, 2015.

WEINBERG, C. Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da Anorexia Nervosa. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. 2010, vol. 13, n.2, págs. 224-237

Wildes, J. E.; Marcus, M. D. Weight suppression as a predictor of weight gain and response to intensive behavioral treatment in patients with anorexia nervosa. **Behav Res Ther.**, 50(4), 266-74. 2012.

WILLHELM, A.R.; FORTES, P.M.; PERGHER, G.K. Perspectivas atuais da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento dos transtornos alimentares: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 17, n. 2, 2015.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. Bookman editora, 2015.

APÊNDICE A – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

PROJETO DE PESQUISA: TRANSTORNOS ALIMENTARES: estudos de casos na Terapia Ocupacional em saúde mental.

PESQUISADORAS: Brenda Reis e Renata Rocha

ORIENTADORA: Laiana Soeiro Ferreira

CO-ORIENTADORA: Manuela Lima Carvalho da Rocha.

NOME: _____ **IDADE:** _____
DATA DE NASCIMENTO: __/__/__ **Nº DE MATRICULA:** ____ **SEXO:** ()M ()F
ESTADO CIVIL: _____ **RELIGIÃO:** _____
ESCOLARIDADE: _____ **NATURALIDADE:** _____
PROFISSÃO ATUAL: _____
PROCEDÊNCIA: _____
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____
DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____

II – História da doença atual:

III – História familiar:

IV – História Pessoal:

4.1 – Infância:

4.2 – Adolescência:

4.3 – Idade Adulta:

V – História Ocupacional (Brincar, Estudar, Trabalhar):

VI – Que atividades você considera interessante? (cinema, academia, teatro, música, TV, internet, artesanato, estudo de línguas)

VII – Aspectos do usuário na avaliação (aparência, atividade psicomotora e comportamento, comunicação, sentimentos despertados, personalidade):

VIII – Avaliação das funções mentais (consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória, inteligência, afetividade e humor, pensamento, juízo crítico, conduta e linguagem):

IX – OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Assinatura das Pesquisadoras Responsáveis

ANEXO A - TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura _____

Por favor, responda as seguintes questões marcando: Sempre, Muitas vezes, Às vezes, Poucas vezes, Quase nunca ou Nunca.

- 1 - Fico apavorada com a ideia de estar engordando.
- 2 - Evito comer quando estou com fome.
- 3 - Sinto-me preocupada com os alimentos.
- 4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.
- 5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.
- 6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.
- 7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)
- 8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.
- 9 - Vomito depois de comer.
- 10 - Sinto-me extremamente culpada depois de comer.
- 11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.
- 12- Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.
- 13 – As pessoas me acham muito magra.
- 14 - Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.
- 15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.
- 16 – Evito comer alimentos que contenham açúcar.
- 17 - Costumo comer alimentos dietéticos
- 18 – Sinto que os alimentos controlam minha vida
- 19 - Demostro autocontrole diante dos alimentos.
- 20 – Sinto que os outros me pressionam para comer
- 21 - Passo muito tempo pensando em comer
- 22 – Sinto desconforto após comer doces
- 23 - Faço regimes para emagrecer.
- 24 – Gosto de sentir meu estômago vazio.
- 25 – Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias
- 26 – Sinto vontade de vomitar após as refeições.

EAT (R) David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)

ANEXO B – PLANO DE INTERVENÇÃO TERPÊUTICO OCUPACIONAL

Principais problemas identificados:

Objetivo geral das intervenções:

Objetivo a curto prazo:

Objetivo a longo prazo:

Materiais:

Metodologia de atendimento:

Modelo teórico metodológico das intervenções:

Brenda Caroline Cardoso Reis

Renata Grazielle M.G. da Rocha

Discentes Responsáveis pela Pesquisa

Laiana Soeiro Ferreira

Manuela Lima Carvalho da Rocha

Docentes Responsáveis pela pesquisa

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da Pesquisa **“TRANSTORNOS ALIMENTARES: estudos de casos na Terapia Ocupacional em saúde mental.”** sob a responsabilidade das pesquisadoras Brenda Caroline Cardoso Reis e Renata Grazielle M. G. da Rocha, que objetivam compreender aspectos da saúde mental de pessoas com transtorno alimentar sob a ótica terapêutica ocupacional.

Sua participação é voluntária e as informações serão coletadas por meio da ficha de avaliação do estado mental, e aplicação do Questionário EAT-26. Se você participar estará contribuindo para o conhecimento da comunidade acadêmica e de profissionais interessados por esta temática abordada.

Se depois de consentir em sua participação, você queira desistir da pesquisa, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Afirma-se que esta pesquisa será de suma importância para comunidade científica, em especial para os terapeutas ocupacionais, pretendendo contribuir para a construção de seu campo profissional no que diz respeito à atuação desta profissão em relação às pessoas que sofrem de transtornos alimentares. Os benefícios para o público alvo do estudo estão no fato de que estes terão à sua disposição os resultados dos estudos de casos, podendo verificar a contribuição da Terapia Ocupacional no tratamento de pessoas com TA. Os benefícios para as pessoas pesquisadas estão relacionados ao resultado das avaliações e do questionário, e as contribuições do plano de intervenção terapêutico ocupacional, garantindo assim melhorias na sua qualidade de vida. Através da conclusão do presente estudo, novas propostas de intervenções com os usuários poderão surgir, trazendo desta forma melhoria na qualidade de vida do público estudado.

Dentre os principais riscos para a comunidade científica, salienta-se a possibilidade de não se alcançar os objetivos, ou ocorrer a publicação de falsos dados sobre o estudo, o que como consequência, não haveria contribuições nesta área para o campo da Terapia Ocupacional. Caso isso aconteça, os objetivos serão reformulados pelas acadêmicas, orientadora e co-orientadora, de maneira que a finalidade do estudo seja alcançada. As acadêmicas comprometem-se com a veracidade dos fatos que serão publicados neste estudo.

Os riscos para o público alvo estão relacionados a não disposição dos resultados do estudo, uma vez que inviabilizaria a verificação pela comunidade dos benefícios gerados a ela e estarão privados de obter informações acerca da intervenção terapêutica ocupacional com a

clientela abordada no estudo. O principal risco para os participantes da pesquisa diz respeito a divulgação de seus dados pessoais, que poderiam comprometer sua integridade moral, social e/ou profissional. Entretanto as acadêmicas se comprometem com disposição dos resultados à comunidade e com o sigilo absoluto das participantes, identificando-as através de codinomes, divulgando apenas os dados pertinentes à pesquisa, de modo a preservar em todos os momentos a identidade e privacidade das entrevistadas. Ressalta-se, ainda, que sua participação na pesquisa não resultará em riscos para sua saúde. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Se houver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Você ficará com uma cópia deste Termo e qualquer informação adicional ou esclarecimentos acerca desta pesquisa poderão ser obtidos com as pesquisadoras pelo telefone (91) 98301-8302 (Discente, Brenda Caroline Cardoso Reis) ou (91) 99801-0904 (Discente, Renata Grazielle M. G. da Rocha).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP - ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ ICS – Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax. 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br

Consentimento Pós-Informação

Declaro que fui informado sobre o que as pesquisadoras pretendem fazer e porque precisam da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelas pesquisadoras e orientadora, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Laiana Soeiro Ferreira
Docente Responsável pela pesquisa
(91) 8129-6152

Brenda Caroline Cardoso Reis
Acadêmica de Terapia Ocupacional
(91) 98301-8302

Renata Grazielle M. G. da Rocha
Acadêmica de Terapia Ocupacional
(91) 99801-0904

**ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**

The screenshot shows the 'Plataforma Brasil' interface. At the top, there is a navigation bar with a home icon labeled 'principal' and a logout icon labeled 'sair'. Below this, a secondary navigation bar contains buttons for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The user's name 'Brenda Caroline Cardoso Reis - Pesquisador' and the version 'V3.0' are displayed on the right. A 'Cadastros' link is on the left, and a session expiration notice 'Sua sessão expira em: 39min 36' is on the right.

The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA'. A sub-section is labeled '- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA'. The project details are as follows:

- Título da Pesquisa:** TRANSTORNOS ALIMENTARES E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS OCUPACIONAIS EM SAÚDE MENTAL
- Pesquisador Responsável:** Laiana Soeiro Ferreira
- Área Temática:**
- Versão:** 2
- CAAE:** 62771316.2.0000.0018
- Submetido em:** 29/01/2017
- Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/UFPA
- Situação da Versão do Projeto:** Aprovado
- Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

At the bottom right, there is a 'Comprovante de Recepção' section with a document icon and the text 'PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_761902'. A circular stamp from the 'COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA' of 'UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ' is also visible, with a diagonal banner across it that reads 'COORDENADOR'.