

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: PAPEL DO PSICÓLOGO NA
ÁREA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

MULTIPROFESSIONAL HEALTH RESIDENCE: THE PSYCHOLOGIST'S ROLE
IN THE CLINICAL NUTRITION AREA

RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD: PAPEL DEL PSICÓLOGO EN
NUTRICIÓN CLÍNICA

ANDRESSA CARDOSO GUIMARÃES¹

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia

MÁRCIA DE OLIVEIRA PRATA

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia

¹ Endereço: Rua Rio Grande do Norte, 3051, cs 04, Umuarama, Uberlândia-MG, CEP: 38.405-321

E-mail: andressacardoso@live.com; andressacpsico@gmail.com

Telefone: 34 991875919/34 991345021

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: PAPEL DO PSICÓLOGO NA
ÁREA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

MULTIPROFESSIONAL HEALTH RESIDENCE: THE PSYCHOLOGIST'S ROLE
IN THE CLINICAL NUTRITION AREA

RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD: PAPEL DEL PSICÓLOGO EN
NUTRICIÓN CLÍNICA

RESIDÊNCIA EM NUTRIÇÃO CLÍNICA: PAPEL DO PSICÓLOGO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: O PAPEL DO PSICÓLOGO NA ÁREA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

MULTIPROFESSIONAL HEALTH RESIDENCE: THE PSYCHOLOGIST'S ROLE IN THE CLINICAL NUTRITION AREA

RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD: PAPEL DEL PSICÓLOGO EN NUTRICIÓN CLÍNICA

RESUMO

A residência em área profissional da saúde é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* criada pelo Ministério da Saúde, a fim de capacitar os profissionais através do ensino e de atividades práticas na área da saúde. O presente trabalho tem como objetivo apresentar a especificidade da atuação e inserção do psicólogo em uma equipe de Nutrição Clínica de um programa de residência multiprofissional em saúde. Este relato apresenta as atividades desempenhadas pela residente nos dois anos que configuram a residência. A especialização em Nutrição Clínica, através de residência em saúde é recente, as possibilidades de inserção nestes programas são limitadas, assim como a literatura sobre o tema. Faz-se necessário então consolidar este campo com as práticas vivenciadas pelos profissionais envolvidos neste processo de construção, assim como subsidiar como fonte de informação para outros profissionais que desconhecem esta modalidade de especialização.

Palavras-chave: Residência hospitalar; Psicologia em Saúde; Nutrição em Saúde Pública.

ABSTRACT

The residency in the health professional area is a modality of *lato sensu* post-graduation created by the Ministry of Health in order to train professionals through teaching and practical activities in the health field. This work aims to discuss the specificity of the psychologist's role and its insertion in a Clinical Nutrition team of a multiprofessional residency program in health. This report presents the activities performed by a resident in the two years program. The specialization in Clinical Nutrition in health residency is recent and the possibilities of insertion in those programs are limited as well as the literature on the subject. It is necessary to consolidate this field through the practices of professionals involved in the construction of the process, and furthermore, as source contributors of information for other professionals who do not know this kind of specialization.

Keywords: Hospital residency; Health psychology, Nutrition in public health.

RESUMEN

La residencia en el área profesional de salud es una modalidad de postgrado *lato sensu* creada por el Ministerio de Salud, a fin de capacitar los profesionales a través de enseñanza y actividades prácticas en el área de salud. El presente trabajo tiene como objetivo presentar la especificidad de la actuación e inserción del psicólogo en un equipo de Nutrición Clínica de un programa de residencia multiprofesional en salud. Este relato presenta actividades desempeñadas por una residente en los dos años que configuran la residencia. La especialización en Nutrición Clínica a través de residencia en salud es reciente y las posibilidades de inserción en estos programas son limitadas, así como la literatura sobre el tema. Es necesario entonces consolidar este campo con las prácticas experimentadas por los profesionales involucrados en este proceso de construcción, así como servir de fuente de información para otros profesionales que desconocen esta modalidad de especialización.

Palabras clave: Residencia hospitalaria; Psicología en Salud; Nutrición en Salud Pública.

Introdução

A Residência em Área Profissional da Saúde (multiprofissional e uniprofissional) foi regulamentada pelo Ministério da Saúde em 2005, através da Lei nº 11.129, entre os Ministros de Estado da Educação e da Saúde (Brasil, 2005). Sendo considerada uma pós-graduação *lato sensu*, constituída de carga horária mínima de 5.760 (cinco mil setecentas e sessenta) horas, destas 80% de atividades práticas (4.600 horas) e 20% de formação teórica (1.160 horas), com dedicação exclusiva do profissional de saúde, sendo oferecida bolsa-trabalho pelo Ministério da Educação (Brasil, 2006).

O programa de residência da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) é vinculado à Faculdade de Medicina (FAMED), e foi instituído em 2010. Das profissões que compõem este programa, têm-se enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e assistência social (Programa de Residência Multiprofissional em Área de Saúde, 2015). Já a inserção do psicólogo na equipe de nutrição clínica é recente, somente a partir de 2013.

Sendo possível verificar a escassez de profissionais da Psicologia envolvidos nesta área, pois, a partir de pesquisa realizada dentre os editais de residência disponíveis com ênfase em Nutrição Clínica (NC), detectou-se que os únicos programas nacionais que contam com vagas em Psicologia são os programas da UFU e do processo seletivo unificado que acontece no estado da Bahia.

Destaca-se também que ao fazer levantamento em base de dados, foi detectado uma escassez de literatura relacionada a Psicologia e a NC, como visto nas plataformas de pesquisa, como *PubMed*, *SciELO*, *Pepsic*, *Bireme*, dentre outras. As produções acadêmicas estavam, em sua maioria, focadas em aspectos psicológicos muito específico, normalmente ligados à alguma patologia, por exemplo, transtornos

alimentares, obesidade, doenças crônicas, etc. Assim, faz-se importante uma discussão mais ampla sobre o tema proposto.

O objetivo deste relato de experiência é apresentar a especificidade da atuação e inserção do psicólogo em uma equipe de nutrição clínica de um programa de residência multiprofissional em saúde.

A alimentação: uma compreensão ampliada

Hoje o direito à alimentação é internacionalmente reconhecido na Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), artigo 25, inciso 1, que tem instituído “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação”. Assim como na Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988), a alimentação é um direito social, dentro do artigo sexto.

Sabe-se que a alimentação ocupa papel fundamental na constituição do indivíduo, além da sua função nutricional - fundamental para a manutenção e desenvolvimento do corpo -, mas por também protagonizar como elemento afetivo (psicológico), social, espiritual, físico e de independência (Carvalho, Luz, & Prado, 2011).

A alimentação tem sido estudada com afincos nos últimos dois séculos, tendo esses estudos enfoques biológicos, econômicas, social e cultural (Carneiro, 2003). Fazendo-se necessário discutir sobre abordagens também no campo da Psicologia.

Primeiramente é importante diferenciar os termos “alimento” e “comida”, sendo o primeiro uma substância alimentar, e o segundo, um fenômeno complexo, imbricado de significações, simbologias, aspectos identitários, sociais, culturais e religiosas (Canesqui & Garcia, 2005).

Destacando a relação entre esse entendimento de “comida” com o que aponta Carneiro (2003), que entende que a comida, além de ser uma necessidade fundamental, é também uma fonte de prazer e ocupa o lugar do desejo.

De maneira que a alimentação é um complexo sistema simbólico, devido aos sentidos sociais, sexuais, religiosos, políticos, estéticos, dentre outros, posto que a construção desta é intrincada de crenças construídas através destes sentidos (Carneiro, 2003).

A alimentação perpassa pela aprendizagem estabelecida em relação as escolhas alimentares, que são construídas desde o nascimento e constantemente reformuladas devido às influências externas, como os modismos, por exemplo (Canesqui & Garcia, 2005; Carneiro, 2003). Estas escolhas também combinam com a história dos alimentos, seleção, preparação, circunstâncias, rituais, local, forma e sociabilidade envolvida na ingestão alimentar, assim como as ideias, significados e interpretações das experiências e situações, e todos os valores associados às escolhas, ou seja, alimentação é imbricada de sociabilidade, cultura e aspectos econômicos (Canesqui & Garcia, 2005; Carneiro, 2003). Sendo um processo em que os alimentos se transformam no objeto de saciedade do desejo (Viana, 2002; Deram, 2014).

O status e o quanto os alimentos vão ser considerados “nutritivos” também perpassa os mesmos aspectos supracitados (Viana, 2002). Atualmente, é ainda mais evidente através do “terrorismo nutricional”, em que a qualificação dos alimentos perpassa somente por suas características nutricionais (Alvarenga, Antonaccio, Figueiredo, & Timerman, 2015; Moss, 2013; Pollan; 2009, 2013).

Transição nutricional

Dentre os fatores que influenciam a alimentação, temos ainda que destacar as mudanças econômicas e tecnológicas e suas consequências na mudança das condições de saúde da população geral. Se até a década de 60 as morbidades mais comuns eram de doenças infecciosas, transmissíveis, parasitárias e carenciais - além do estado nutricional mais preocupante ser o da desnutrição -, tem-se hoje as doenças crônicas não-transmissíveis como principal causa de óbitos e a obesidade como destaque para esta discussão (Brasil, 2011; Carmo, Barreto, & Silva Jr, 2003, Soares, Pereira, Mota, Jacob, & Nakaoka, 2014; Batista Filho, Assis, & Kac, 2007). Essa mudança se deve em parte as mudanças comportamentais, econômicas, sociais e demográficas da população e do padrão de nutrição e consumo (Pinheiro, Freitas, & Corso, 2004; Batista Filho, Assis, & Kac, 2007).

Neste sentido, Pollan (2009) cita o aumento da disposição de alimentos anualmente no mercado. Já Moss (2013), evidencia a composição dos alimentos, com o processamento maciço deste, que transforma a comida em produto. Além do aumento significativo de sal e açúcar na alimentação (Moss, 2013; Pollan, 2009, 2013), para que os alimentos fiquem mais palatáveis. Estes autores ressaltam que este movimento da indústria é para alavancar as vendas, assim como para atender ao “nutricionismo”, que prevê uma alimentação baseada em características nutricionais, valorizando somente os benefícios e malefícios envolvidos no consumo de cada alimento (Moss, 2013; Pollan, 2009, 2013).

O impacto dessas mudanças está relacionado a construção de hábitos não saudáveis (consumo de dietas ricas em gorduras, açúcares e sal), levando ao aumento do risco de doenças crônicas, como hipertensão, dislipidemia, diabetes e obesidade, câncer, cirrose hepática e osteoporose (Steyn & Damasceno, 2006; Viana, 2002; Pollan, 2009).

Psicologia da Saúde

A Psicologia da Saúde pode ser entendida como a abordagem do sujeito que tem como objetivo compreender os fatores biológicos, comportamentais e sociais envolvidos na condição de saúde e doença (Apa, 2003, citado por Castro & Bornholdt, 2004). Assim como promover o bem-estar físico, mental e social, ressaltando o caráter multiprofissional/interdisciplinar da abordagem biopsicossocial, completamente diferente de uma prática clínica e médica centrada no modelo biomédico (Angerami-Camon, 2002).

A atuação do psicólogo em âmbito hospitalar aconteceu a partir da década de 50, de maneira isolada, inicialmente, a forma de trabalho neste espaço foi a da clínica tradicional (Romano, 2007). Havendo progressivamente o aumento das contratações destes profissionais, assim como o estabelecimento de uma abordagem focada no tempo e no perfil dos pacientes, afirma esta autora. Hoje, o psicólogo da saúde ocupa diversos espaços além do hospitalar, como unidades de saúde, atendimento domiciliar, organizações não governamentais (Castro & Bornholdt, 2004).

Diversos autores apontam que a formação básica do psicólogo na graduação é insuficiente para capacitar o profissional para as demandas hospitalares, havendo um *gap* entre a formação acadêmica e as exigências do mercado, além da evidente desarticulação entre o ensino, a pesquisa, a prática e a realidade social (Torezan, Calheiros, Mandelli & Stumpf, 2013; Romano, 2007; Angerami-Camon, 2002). Sendo a especialização a estratégia para uma atuação mais adequada no campo da saúde (Angerami-Camon, 2002).

Psicologia Cognitivo-comportamental

Alguns conceitos da terapia cognitivo-comportamental são fundamentais para a compreensão da relação entre pensamentos (cognições) e comportamentos alimentares.

A experiência é constituída a partir da percepção que o indivíduo tem dos dados objetivos disponíveis e da introspecção que este vai realizar dos mesmos. A síntese desse processo é representada pelas cognições, assim como a forma de avaliar as situações depende das cognições anteriores (Beck, 1997). A partir destas percepções, as crenças centrais (regras globais e generalizadas, entendimentos fundamentais, verdades absolutas) se desenvolvem, assim, a partir deste período o sujeito vai construindo entendimentos sobre si mesmo, as outras pessoas e o mundo (Beck, 2007). Neste sentido é fundamental compreender as experiências do sujeito, e como suas crenças foram estabelecidas, pois somente a partir deste entendimento as intervenções para mudanças de crenças disfuncionais serão possíveis.

Destaca-se também o conceito comportamento, para subsidiar intervenções para as mudanças dos mesmos. Segundo Skinner (1974;1991 citado por Alvarenga, Antonaccio, Figueiredo, & Timerman, 2015) o comportamento pode ser definido como resposta adaptativa frente as demandas do ambiente, estes são estabelecidos através da aprendizagem. A complexidade destas respostas impacta diretamente na dificuldade das mudanças de hábitos alimentares, modos de enfrentamento, assim como de transtornos psíquicos (ansiedade, depressão, transtornos alimentares, etc.).

Teoria da Motivação

Compreender sobre motivação é fundamental para se estabelecer quais os comportamentos são iniciados, persiste e terminam (Castro & Castro, 2016). Pensando neste aspecto voltado para a alimentação, a manutenção de hábitos alimentares e

possíveis mudanças de comportamento vão perpassar em definitivo pela motivação do indivíduo.

Maslow postula sobre a motivação em sua Teoria da Hierarquia das Necessidades, estabelecendo cinco níveis de necessidades, a saber: fisiológicas (fome, sede, sono, sexo, abrigo), segurança e proteção, sociais (amor, afeto, relacionamento, inclusão e aceitação), estima (autoafirmação, autoaceitação, sucesso) e autorealização, sendo que somente após a satisfação do nível anterior novas necessidades surgirão (Braz, Frey, da Cruz, & Camargo, 2011).

Sobressai dentre as necessidades biogênicas (menores) a alimentação, assim, para que a motivação do sujeito seja direcionada para as necessidades psicogênicas (maiores), ele deve estar parcialmente satisfeito com esta necessidade biológica, confirmando nesta teoria também a importância da alimentação para a satisfação pessoal, posto que ela só terá investimento após satisfação alimentar (dentre as necessidades básicas).

Experiências vivenciadas

Este trabalho compreende um relato de experiência, sendo apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), requisito parcial para obtenção do título de especialista em Nutrição Clínica, através do Programa de Residência Profissional em Área de Saúde.

As intervenções psicológicas foram voltadas para o de atendimento individual e grupal, uniprofissional e multiprofissional, ações de saúde para promoção de saúde e prevenção de agravo, assim como assistenciais.

No primeiro ano de residência (R1), o enfoque foi no cuidado em atenção primária e secundária e conhecimento do SUS. Sendo que os serviços em que houve a inserção da equipe de NC tinha o enfoque em promoção e prevenção de agravo, assim como um cuidado assistencial. Neste ano as experiências vivenciadas se deram nos seguintes campos: Unidade Básica de Saúde (UBSF) e Programa de Saúde da Família (PSF), Unidade de Atenção Integrada (UAI), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária e Hanseníase (CREDESH), Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), Ambulatório de Infectologia, Ambulatório de Hemodiálise, Ambulatório de Radioterapia e Terapia Nutricional. Conferindo uma diversificação de práticas que foram muito enriquecedoras para a formação profissional em curso.

Nestes campos, foi possível vivenciar diferentes demandas psicológicas. A citar, promoção de saúde através de grupos operativos, psicoeducação sobre temas relevantes em escolas públicas e privadas, prevenção de agravo através da detecção de demandas importantes de saúde durante as abordagens com os devidos encaminhamentos para outros profissionais ou serviços de saúde e orientações, assim como intervenções propriamente ditas junto à população geral atendida em cada serviço.

Já no segundo ano (R2), o trabalho é ampliado, contemplando o nível terciário de atenção em saúde, adentrando ao campo hospitalar. O que faz surgir no paciente um sofrimento maior em relação aos sintomas que estão mais evidentes, demandando um tipo de abordagem psicológica mais constante. Principalmente vinculada ao acolhimento das queixas, orientações iniciais, sensibilização em relação as mudanças de hábitos, pensamentos e comportamentos necessários, assim como encaminhamentos para atendimento psicológico após internação. O acolhimento das famílias também foi marcante, demandando manejo delicado e cuidadoso. O trabalho neste momento

ocorreu na atenção hospitalar, com atuação nos setores Cirúrgicas I (ortopedia/traumatologia, neurocirurgia e urologia) e II (cirurgia geral e clínicas associadas) Clínica Médica (medicina interna, gastroenterologia, pneumologia, endocrinologia, cardiologia, reumatologia, nefrologia, geriatria, neurologia), Infectologia, Maternidade, Pediatria, Pronto Socorro - adulto e infantil - (PS) e Sala de Emergência (SE) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os ambulatórios de Diabetes tipo 1, Doenças Inflamatórias Intestinais e Transtorno Alimentares também foram campos de trabalho.

Percepções sobre o fazer e a identidade do Psicólogo na Nutrição Clínica

Podemos citar que, diante do quadro clínico do paciente, há questões psíquicas mais presentes onde o profissional especializado em nutrição clínica pode realizar uma abordagem mais adequada, através de uma escuta técnica mais apurada e as devidas intervenções aplicáveis.

Dentre elas, têm-se a presença do jejum, devido a impossibilidade da ingestão de alimentos em virtude de momentos clínicos, para a realização de exames ou cirurgias, em função da falta ou alteração de apetite, a presença de náuseas e vômitos, dentre outras.

Como também o uso de vias alternativas de alimentação (nutrição enteral e/ou nutrição parenteral), que trazem consigo desconforto físico e a ausência de satisfação oral, pois não há a degustação dos alimentos. Há também uma descaracterização do processo alimentar, diante de dietas industrializadas ou de alimentos oferecidos após o processamento, que transforma a comida em uma solução sem referência à alimentação tradicional.

As alterações corporais, como a perda de peso ou ganho de peso em função do adoecimento ou do tratamento, ao uso de vias alternativas (sonda nasoenteral,

nasogástrica, acesso venoso central ou periférico, e gastrostomia) e ostomias (colostomia, ileostomia, urostomia). Esses fatores contribuem para alteração da autoimagem, perda da identidade do paciente ou alterações na autoestima, preocupações com a nova imagem corporal, assim como da aceitação da família e o âmbito social.

As situações citadas acima requerem uma tratativa adequada, pois têm um impacto psicológico importante nos pacientes e familiares destes, sendo necessário um profissional apto para o atendimento destas questões específicas.

O perfil da população atendida foi bastante diversificado dentre os serviços, demandando habilidades distintas em virtude dos múltiplos contextos de trabalho. Porém, de maneira unânime, os sujeitos se apresentavam em um estado clínico diversificado, indo de pouca gravidade à estado crítico, que gerava o manejo de intervenções psicológicas à curto, médio e longo prazo, junto à população.

Em específico na Nutrição Clínica, é notório o quanto os hábitos alimentares têm impactado na qualidade de vida das pessoas e como é difícil a mudança dos planos alimentares, principalmente em pacientes com doenças crônicas, como, por exemplo, diabetes tipo 1 e 2, hipertensão arterial e doenças hepáticas.

As dificuldades de mudanças alimentares perpassam vários aspectos. Num primeiro momento a compreensão das orientações da equipe se faz muito importante, pois nem sempre os pacientes têm domínio das mudanças comportamentais necessárias. Assim, percebeu-se fundamental checar inconsistências no discurso dos pacientes ou queixas específicas em relação a nutrição e realizar solicitação de atendimento nutricional.

Não foi raro atender pacientes que eliminaram algum alimento do seu plano alimentar, por um entendimento equivocado, ou mantêm o consumo inadequado de alimentos, por não considerar que esses não seriam recomendados

Outro aspecto fundamental a ser colocado, é o quanto as mudanças alimentares precisam ser compreendidas do ponto de vista cultural, social, econômico e afetivo. Pois, a adoção de cuidados, que poderiam trazer mais benefícios para saúde, está diretamente dependente destes fatores. Se não há a percepção dessa integralidade do cuidado e nas particularidades do sujeito, as chances de condutas sem sucesso são notáveis. Por exemplo, são inúmeros os casos de pacientes que mantiveram os hábitos por questões culturais, assim, como se pode atuar mediante uma identificação tão forte com certas maneiras de preparo, ou com alimentos com uma relação afetiva intensa.

O quanto é necessário resgatar o porquê as pessoas estão se alimentando daquela maneira, pois a psicoeducação sobre escolhas mais adequadas e mudanças só serão possíveis a partir da compreensão e respeito a estes pontos.

Destaca-se ainda outro ponto, nem sempre serão possíveis às mudanças “ideais”, é necessário pensar no que é possível, dando ênfase ao que reduz o dano a saúde e que poderá ser efetivado pela pessoa no momento atual. Perceber o que o paciente tem condições de realizar é fundamental para que haja sucesso de condutas, melhora do senso de autoeficácia dos envolvidos e vínculo entre o profissional e os pacientes.

Também se faz notável o enfrentamento dos preconceitos e por muitas vezes conceitos já formados a partir de experiências anteriores, quanto ao atendimento psicológico e nutricional. Sendo necessário sensibilizar os pacientes e familiares sobre os papéis destes profissionais, para tornar possível uma abordagem efetiva por parte da equipe de saúde.

Nos atendimentos aos pacientes, percebia-se que estes não compreendiam muito bem a atuação do psicólogo e tinham a ideia equivocada do nutricionista, como um profissional com posturas restritivas de alimentação, esses fatores dificultavam a aderência ao tratamento.

Neste momento a atuação multiprofissional se fez imprescindível, pois, um plano terapêutico alinhado entre todos os profissionais da equipe permitia que essas mudanças de pensamentos fossem possíveis, e a construção de novas referências destas profissões fossem elaboradas e incorporadas.

Outro fator que reforça a atuação multiprofissional, é esta abordagem compreender a integralidade do cuidado ao paciente. A discussão de caso clínico entre os diversos profissionais envolvidos na atenção ao paciente é imprescindível para um alinhamento de tratamento efetivo e eficiente. O psicólogo é o profissional que detecta a relação entre questões psicológicas com outros aspectos que geram a necessidades de cuidados, envolvendo profissionais de outras áreas. Atento ao sigilo, sempre que necessário faz-se as discussões de caso, a fim de minimizar a dicotomia corpo/mente

Por último é necessário ressaltar que em todos os serviços que a residente integrou havia estados psíquicos com gravidades distintas, indo de problemáticas psicológicas simples a queixas extremamente graves. Não se associando a caracterização da complexidade dos serviços de saúde em si, mas as demandas psíquicas, atravessadas por condição familiar, social e financeira dos sujeitos atendidos em cada espaço, que variou em cada instituição.

Proposta de abordagem

A partir do relato supracitado, propõem-se um protocolo de avaliação psicológica com ênfase em Nutrição Clínica, através do fluxograma para o campo hospitalar e ambulatorial (Figura 1). Esta proposta parte do compilado de sugestões já apontadas por outros autores, assim como baseada nas percepções da psicóloga residente autora deste trabalho.

Inicialmente, reforça o caráter multiprofissional dos atendimentos, a partir de uma análise do sujeito de maneira holística com a integração destas informações para planejamento de condutas técnicas, através de discussões de caso. Sugere-se assim a consulta das informações nos âmbitos: psicológico, social, clínico e nutricional do sujeito.

No protocolo de avaliação recomendado neste trabalho, a anamnese está baseada em alguns critérios colocados como importantes por Sadock, Sadock e Ruiz (2017), Cordioli, Zimmermann e Kessler (2012) e Sanches, Marques, Ortegosa, Freirias, Uchida e Tamai (2005). Esses autores trazem os itens gerais de aspectos psíquicos, sociais e clínicos importantes, suficientes para o embasamento de um parecer psicológico do paciente.

Em relação a avaliação nutricional, enfatiza-se que o objetivo da análise destes itens, considerando que os mesmos compõem as avaliações nutricionais, tem caráter diferente, caracterizando uma investigação dos aspectos psicológicos associados aos nutricionais. Por exemplo, o nutricionista investiga o padrão de ingestão alimentar como parte do diagnóstico nutricional, o psicólogo da nutrição clínica avaliará o mesmo aspecto, porém para averiguar a relação deste aspecto ao bem-estar do paciente.

A anamnese nutricional se baseou em diversos modelos de triagem e avaliação do estado nutricional (Detsky, Baker, Mendelson, Wolman, Wesson, & Jeejeebhoy, 1984; Fialkowski, McCrory, Roberts, Tracy, Grattan, & Boushey, 2010; Mahan & Raymonde, 2012). Chegando a uma organização dos fatores básicos a serem avaliados no parecer psíquico.

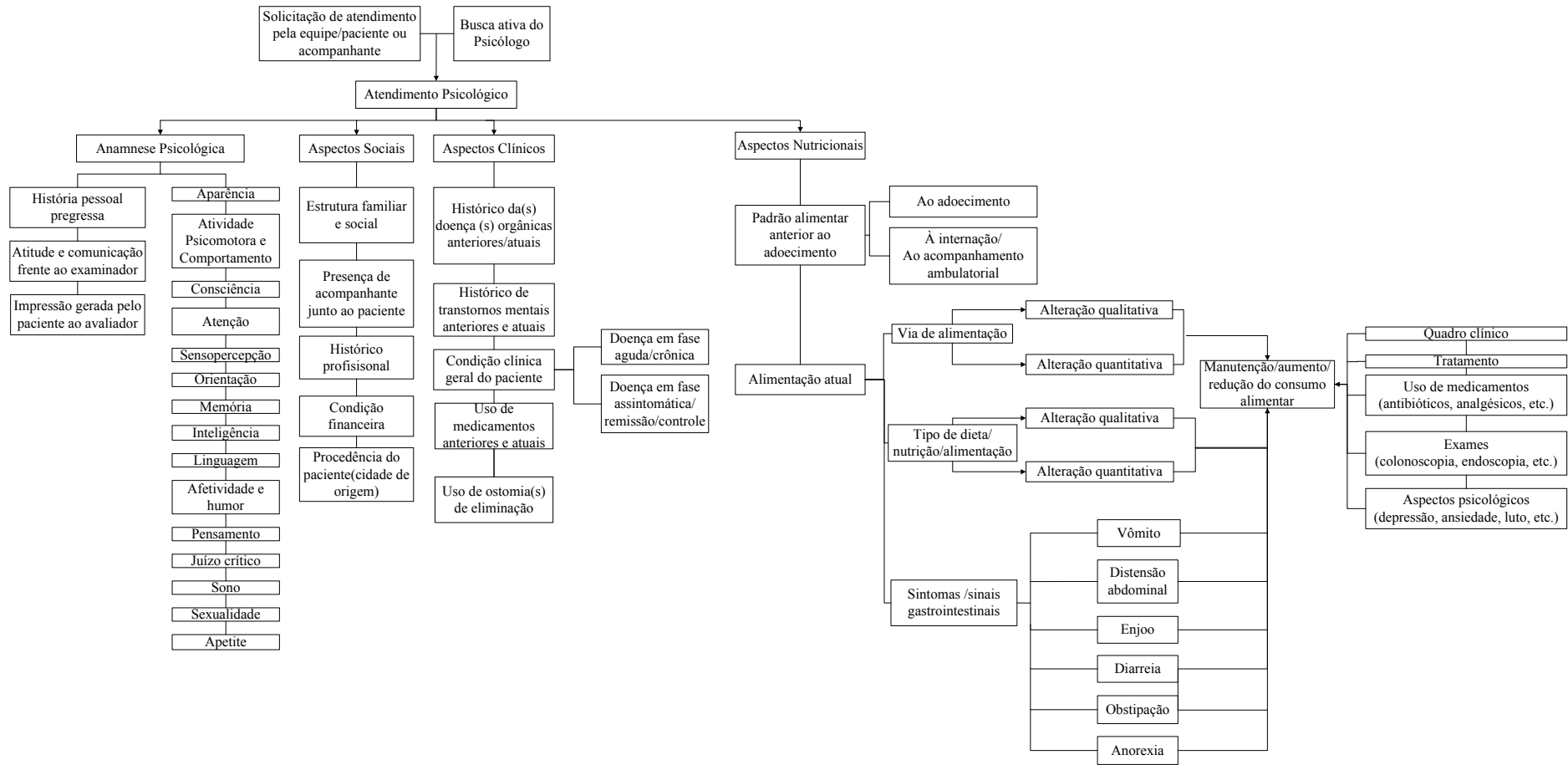


Figura 1. FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA - NUTRIÇÃO CLÍNICA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na prática profissional percebemos o quanto as relações com os alimentos são complexas, podendo representar uma estratégia para reduzir o sofrimento psíquico, ser fonte do mesmo, ou até mesmo ressignificadas pelo processo de adoecimento. Porém, observamos que a literatura sobre o tema é limitada no que tange aspectos referentes a pacientes com demandas específicas que perpassam a alimentação.

O aumento de doenças crônicas e adoecimentos diversos que requerem adoção de planos alimentares mais específicos é um tema que está em pauta na atualidade e se torna fundamental refletir sobre a atuação do Psicólogo na área da Nutrição Clínica. Neste sentido, pode-se compreender a relevância da experiência relatada em um programa da residência em saúde, que contribuiu, e contribui, para a formação de profissionais especialistas para o atendimento à população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A especialização em Nutrição Clínica, como já dito, através de residência em saúde é nova, as possibilidades de inserção são limitadas, assim como a literatura sobre o tema. Faz-se necessário então consolidar este campo com as práticas vivenciadas pelos profissionais envolvidos neste processo de construção.

O psicólogo especializado em Nutrição Clínica torna-se o profissional mais apto a lidar com as demandas voltadas para o campo da nutrição clínica, posto que a formação básica (graduação) deste profissional é insuficiente para o manejo das exigências na área da saúde no que se refere a nutrição, atuação multiprofissional e as especificidades do SUS. Porém, apesar desta recenticidade, o presente trabalho reconhece a residência multiprofissional como uma forma de suprir a necessidade de especialização para uma prática adequada no contexto da saúde.

Referências

- Alvarenga, M., Antonaccio, C., Figueiredo, M., & Timerman, F. (2015). *Nutrição Comportamental*. Barueri, SP: Manole.
- American Psychological Association (2003). Página oficial da Associação. Castro, E. K. de, & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(3), 48–57.
- Angerami-Camon, V. (Org.). (2002). *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (2^o ed). São Paulo: Pioneira-Thomson Learning.
- Batista Filho, M; Assis, A.M. & Kac, G. (2007). Transição nutricional: conceito e características. In: Gigante, D. P., Sichieri, R., & Kac, G. *Epidemiologia nutricional* (pp.445-60). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Atheneu.
- Beck, J. S. (2016). *Armadilhas da dieta: treine seu cérebro para emagrecer e nunca mais engordar*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Beck, J.S (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J.S (2001). *Pense magro por toda a vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil (2015). Regimento Interno Programa de Residência Multiprofissional em Área de Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Consultado em 20 de setembro de 2017 através: http://www.coremu.famed.ufu.br/sites/coremu.famed.ufu.br/files/regimento_interno__dezembro_2015_aprovado_em_reuniao_confamed_esperando_aprovacao_em_reuniao_compp_0.pdf
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Distrito Federal, Senado Federal: Centro Gráfico.

- Brasil. Ministério da Saúde (2006). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2006). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde. Obtido em 2o de novembro de 2017, através: <http://www.saude.gov.br/bvs>
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde.
- Braz, E. H., Frey, E. H., da Cruz, M. R., & Camargo, M. E. (2011). Consumo da geração “Z” estratificado a partir das necessidades humanas de Maslow.
- Canesqui, A. M., & Garcia, R. W. D. (Orgs.). (2005). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Carmo, E. H., Barreto, M. L., & Silva Jr, J. B. da. (2003). Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 12(2), 63–75.
- Carneiro, H. (2003). *Comida e Sociedade: uma História da Alimentação* (7^o ed). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Carvalho, M. C. da V. S., Luz, M. T., & Prado, S. D. (2011). Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1).
- Castro, E. K. de, & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(3), 48–57.

- Castro, L. S., & Castro, G. S. de. (2016). A motivação em foco: uma revisão de *literatura* acerca das teorias motivacionais de Maslow e Herzberg, suas semelhanças, diferenças e contribuições para o administrador moderno. *Revista Diálogos e Ciências*, 16(3).
- Cordioli, A. V., Zimmermann, H. H., & Kessler, F. (2012). Rotina de avaliação do estado mental. Obtido em 08 de março de 2016, através:
<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Mental.pdf>
- Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Obtido em 20 de setembro de 2017, através:
<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>
- Deram, S. (2014). *O peso das dietas: emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas*. São Paulo: Sensus.
- Detsky, A. S., Baker, J. P., Mendelson, R. A., Wolman, S. L., Wesson, D. E., & Jeejeebhoy, K. N. (1984). Evaluating the Accuracy of Nutritional Assessment Techniques Applied To Hospitalized Patients: Methodology and Comparisons. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 8(2), 153–159.
- Fialkowski, M. K., McCrory, M. A., Roberts, S. M., Tracy, J. K., Grattan, L. M., & Boushey, C. J. (2010). Evaluation of dietary assessment tools used to assess the diet of adults participating in the Communities Advancing the Studies of Tribal Nations Across the Lifespan cohort. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(1), 65–73.
- Foulks, C. J. (2001). What is Subjective Global Assessment? *Nutrition in Clinical Practice*, 16(4), 263–263.

- Kaplan, H. I., Sadock, B., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria* (7^o ed). Porto Alegre: Artmed.
- Lim, S. L., Lin, X. H., & Daniels, L. (2016). Seven-point subjective global assessment is More time sensitive than conventional subjective global assessment in detecting nutrition changes. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(7), 966–972.
- Mahan LK, E.-S., S., & Raymonde, J.K. (2012). *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia* (13^o ed). Rio de Janeiro: Elsevie.
- Ministério da Saúde (2000). *Obesidade e desnutrição*. NUT/FS/UnB-ATAN/ DAB/SPS. Obtido em 20 de novembro de 2017 através:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf
- Moss, M. (2013). *Sal, açúcar, gordura - Como a indústria alimentícia nos físgou*. Rio de Janeiro: Intrínseca.
- Neufeld, C. B., Moreira, C. A. M., & Xavier, G. S. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. *Psico*, 43(1), 93–100.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (1997). *Obesity: Preventing and managing a global epidemic*. Report of a WHO consultation on obesity. Obtido em 28 setembro de 2017 através:
http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2001). *Obesity: Controlling the global epidemic*. Obtido em 28 setembro de 2017 através <http://www.who.int/nut/obs.htm>
- Pimentel, A. (2005). *Nutrição psicológica – Desenvolvimento emocional infantil*. São Paulo, Summus, 2005.

- Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira, Freitas, Sérgio Fernando Torres de, & Corso, Arlete Catarina Tittoni. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17(4), 523-533
- Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira, Freitas, Sérgio Fernando Torres de, & Corso, Arlete Catarina Tittoni. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17(4), 523-533.
- Pollan, M. (2008). *Em defesa da comida - um manifesto*. Rio de Janeiro: Intrínseca.
- Pollan, M. (2013). *Regras da comida*. Rio de Janeiro: Intrínseca.
- Quaioti, T. C. B., & Almeida, S. de S. (2006). Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17(4), 193–211.
- ROMANO, B. W. Princípios para a prática da psicologia clínica hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Romano. (2007). *Princípios para a prática da psicologia clínica hospitalar* (4^o ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (11^o ed). Porto Alegre: Artmed.
- Sanches, M., Marques, A. P., Ortegosa, S., Freirias, A., Uchida, R., & Tamai, S. (2005). O exame do estado mental. É possível sistematizá-lo? *Arq med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa*, 50(1), 18–23.
- Santos, L. A. da S. (2008). *O corpo, o comer e a comida um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*. Salvador: UDUFBA.
- Soares, L. R., Pereira, M. L. C., Mota, M. A., Jacob, T. A., & Nakaoka, V. Y. (2014). A transição da desnutrição para a obesidade. *BJSCR*, 5(1), 64–68.

- Steyn, N. & Dasmasceno, A. (2006). In: Bos, E. R., Jamison, D. T., Bainga, F., Feacham, R. G. A., Makgoba, M., Hofman, K. J., & Rogo, hama O. (Orgs.). (2006). *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa: Second Edition* (2^o ed, pp.247-67). Washington, DC: The World Bank.
- Torezan, Zeila Facci, Calheiros, Tais da Costa, Mandelli, Jéssica Pedrosa, & Stumpf, Vanuccy Martins. (2013). A graduação em Psicologia prepara para o trabalho no hospital? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 132-145
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20(4), 611–624.
- Viana, V., Santos, P. L. dos, & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, saúde & doenças*, 9(2), 209–231.
- Watts, L (2000). Motivational interviewing. *Eating Disorders Review. Eating Disorders Review*, 11(5).

Nota sobre autoras

Andressa Cardoso Guimarães - Especializando em Nutrição Clínica na Modalidade Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Márcia de Oliveira Prata - Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, especialização em Psicopatologia Clínica pela Universidade Castelo Branco do Rio de Janeiro, em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar conferido pelo Conselho Federal de Psicologia. Atua no Setor de Psicologia da Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Clínica particular.