



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL

**TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
representações sociais dos profissionais de saúde**

SOBRAL, CEARÁ
2023

NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL

**TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
representações sociais dos profissionais de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira

SOBRAL, CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L472t Leal, Normanda de Almeida Cavalcante.
TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE : representações sociais dos profissionais de saúde / Normanda de Almeida Cavalcante Leal. – 2023.
115 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.
1. Transtornos alimentares. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Profissionais da saúde. I. Título.
CDD 610
-

NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL

**TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
representações sociais dos profissionais de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 04/07/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico esta produção a minha família, e a todos que se fizeram família ao longo deste processo. Em especial à meu pai (in memoriam), cujo empenho em me educar sempre foi prioridade. Mainha e Painho, vocês dão vida aos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela fé inabalável de acreditar que chegaria este momento, Ele me sustentou até aqui.

Aos meus pais Lígia Leal e José Normando Cavalcanti (in memoriam), e meu irmão Normando Leal; que mesmo com estes mil quilômetros de distância a conexão do amor me sustentou neste percurso de sempre ir em busca.

A minha querida companheira Lysrayane David, que nas mais improváveis tempestades que a vida nos mostrou durante este caminhar, se fez forte e presente para que esta etapa fosse alcançada.

As milhares de pessoas que compõem o Centro de Saúde da Família do Parque Santo Antônio, Sumaré e Terrenos Novos I, e aos participantes direto deste estudo, vocês que buscam no outro um pouco mais de vida e saúde são atores fundamentais nessa rede complexa de saúde.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, em especial a Professora Roberta Cavalcante Lira, por contribuir com minha formação.

Aos meus professores da Graduação, em especial a professora Vanille Pessoa que contribuiu para minha formação e neste processo brilhou e potencializou minha escrita.

Ao meu orientador Dr. Geison Lira, por entender, ter paciência e orientar todo este processo que é belo e complexo diante de todas as inconsistências que os dias da vida nos apresenta.

RESUMO

A transição nutricional mudou o perfil do processo saúde-doença aumentando a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Igualmente importante, é perceber que a obesidade gera repercussões psicossociais, tais como a diminuição da autoestima, depreciação da qualidade de vida e uma percepção negativa do próprio corpo, ou seja, um contexto favorável para o surgimento de psicopatologias, como os transtornos alimentares. Este estudo tem o objetivo de compreender as representações elaboradas por profissionais da atenção primária à saúde na cidade de Sobral, Ceará, sobre os transtornos alimentares. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, de cunho quali-quantitativo, com coleta e análise de dados realizada de outubro de 2022 a março de 2023. A coleta das informações se deu por meio de entrevistas com 12 respondentes; 03 médicos, 03 enfermeiros, 03 nutricionistas e 03 psicólogos atuantes em Unidades Básicas de Saúde do município de Sobral região norte do estado do Ceará. A análise dos dados foi feita a partir do referencial das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2004) apoiada pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefevre e Lefevre (2014), com o auxílio do software DSCsoft para a tabulação e processamento dos dados. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o número 5.530.589. No processo de análise foram identificados 18 discursos. Os DSC foram mesclados em ideias centrais e ancoragens. As representações construídas acerca dos transtornos alimentares apresentam uma compreensão limitada sobre os transtornos alimentares, que são questões que apresentam relação com peso, obesidade, tristeza, sofrimento, compulsão alimentar e ausência/vazio. Há um certo distanciamento dos profissionais com as temáticas de saúde mental, embora os transtornos alimentares seja uma problemática nos territórios. Os profissionais não apresentam condutas específicas ou material de apoio, neste sentido apresentam dificuldade no diagnóstico, manejo e cuidado. Neste cenário, evidencia-se a necessidade de formação destes profissionais a reconhecer sinais e sintomas dos TA, propor ações estratégicas de cuidado continuado e ações intersetoriais afim de contribuir para o fazer de Atenção Primária à Saúde, com a sensibilidade dos profissionais frente às demandas de transtornos alimentares, estimular os gestores a repensar o processo de trabalho com relação a temática para potencializar as práticas de saúde e cuidado com estes usuários, tornar essa demanda visível, os pacientes precisam ser visto, diagnosticados e cuidados.

Palavras – Chave: Transtornos alimentares; Atenção Primária à Saúde; Profissionais da saúde.

ABSTRACT

The nutritional transition has changed the profile of the health-disease process, increasing the prevalence of Chronic Noncommunicable Diseases. Equally important, it is to realize that obesity generates psychosocial repercussions, such as a decrease in self-esteem, depreciation of quality of life and a negative perception of one's own body, that is, a favorable context for the emergence of psychopathologies, such as eating disorders. This study aims to understand the representations made by primary health care professionals in the city of Sobral, Ceará, about eating disorders. This is an exploratory-descriptive research, of a qualitative and quantitative nature, with data collection and analysis carried out from October 2022 to March 2022. Information was collected through interviews with 12 respondents; 03 doctors, 03 nurses, 03 nutritionists and 03 psychologists working in Basic Health Units in the municipality of Sobral, in the northern region of the state of Ceará. Data analysis was carried out using the framework of Social Representations (MOSCOVICI, 2004) supported by the Collective Subject Discourse (DSC) technique by Lefevre and Lefevre (2014), with the aid of the DSCsoft software for data tabulation and processing. This research was approved by the Research Ethics Committee under number 5,530,589. In the analysis process, 18 speeches were identified. The DCS were merged into central ideas and anchors. The representations constructed about eating disorders show a limited understanding of eating disorders, which are issues related to weight, obesity, sadness, suffering, binge eating and absence/emptiness. There is a certain distance between professionals and mental health issues, although eating disorders are a problem in the territories. Professionals do not present specific behaviors or support material, in this sense they have difficulty in diagnosis, management and care. In this scenario, the need for training these professionals to recognize signs and symptoms of ED is evident, to propose strategic actions of continued care and intersectoral actions in order to contribute to the work of Primary Health Care, with the sensitivity of professionals to the demands of eating disorders, encourage managers to rethink the work process in relation to the theme to enhance health practices and care for these users, make this demand visible, patients need to be seen, diagnosed and cared for.

Keywords: Eating disorders; Primary Health Care; Health professionals.

LISTA DE QUADROS E TABELA

Quadro 1- Descrição das características dos três transtornos alimentares mais frequente na população. Sobral, Ceará, 2023.....	19
Quadro 2 - Quadro 2: Significados das figuras metodológicas da técnica de análise do DSC...	31
Tabela1 - Dados sociodemográficos dos docentes entrevistados (n=12). Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	35
Quadro 3 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	37
Quadro 4 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	39
Quadro 5 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	40
Quadro 6 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	40
Quadro 7 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	41
Quadro 8 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	42
Quadro 9 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	44
Quadro 10 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	45
Quadro 11- Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	46
Quadro 12 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	48
Quadro 13 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	49
Quadro 14 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	49
Quadro 15 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	49

Quadro 16 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	50
Quadro 17 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	50
Quadro 18 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	52
Quadro 19 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	52
Quadro 19 - Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.....	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Aproximação do pesquisar com a temática.....	12
1.2	Contextualização da temática do estudo	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivos específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Transtorno alimentares e suas facetas.....	17
3.2	Atenção primária à saúde e os TA	21
3.3	Corpo, padrão de beleza e a influência nos transtornos alimentares.	23
3.4	Teoria das Representações Sociais.....	24
4	METODOLOGIA	26
4.1	Abordagem e tipo de estudo	26
4.2	Cenário do estudo	27
4.3	Participantes do estudo	28
4.4	Período do estudo.....	28
4.5	Procedimentos para coleta de dados.....	28
4.6	Procedimentos para análise das entrevistas.....	29
4.7	Aspectos éticos.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.2.1	Quais as três primeiras palavras/sensações vem ao seu pensamento quando se fala em pessoa com os Transtornos Alimentares?.....	36
5.2.2	Como você compreende os Transtornos Alimentares? O que você pensa sobre as pessoas com TA? Quais as causas?	38
5.2.3	Como você identifica que a pessoa tem TA? Como você atribui a sua categoria profissional no cuidado ao usuário com TA?	41
5.2.4	O que acha que os seus colegas de trabalho/profissionais da saúde pensam sobre as pessoas com TA?	45
5.2.5	Você acredita que os TA é um problema no seu território? Pessoas com TA procuram o serviço de saúde em que você atua atualmente? Você já atendeu/participou ou atende/participa do atendimento de algum paciente com TA? Você já atendeu/participou ou atende/participa do atendimento de algum paciente com TA?.....	47
5.2.6	Existem procedimentos/conduas/orientações específicas para o atendimento da pessoa com TA nesta unidade de saúde? Você costuma executar condutas específicas? Você teve alguma educação permanente ou treinamento para o cuidado ou identificação de pacientes com transtorno TA? Você gostaria de acrescentar alguma informação que considere relevante para este estudo?	51

6 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICES	65
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E PÓS- INFORMADO DESTINADO PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	66
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE SOM E VOZ	68
APÊNDICE C - ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA	69
ANEXOS.....	108
ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA.....	109
ANEXO B – TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES	113
ANEXO C – ESCALA DE SILHUETAS	114

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação do pesquisar com a temática

O primeiro contato e despertar para o tema em questão, se deu a partir das minhas vivências e atendimentos compartilhados enquanto nutricionista-residente do programa de residência multiprofissional em saúde da família, da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia.

Busquei intensificar e me aproximar mais da temática, que naquele momento de fato me trazia pouca bagagem da graduação e sentia que os profissionais discutiam pouco sobre o tema ou apresentavam um comportamento distante dessa demanda e delegava os cuidados a categorias profissionais específicas. Ao longo dos atendimento busquei compartilhar os casos, potencializar sua visibilidade e importância nos espaços de matriciamento e ações intersetoriais com os públicos que de acordo com a literatura, são o que apresentam uma prevalência maior.

Além disto, busquei trabalhar este tema nas ações de promoção da saúde e intersetoriais, a partir disto, desenvolvi meu trabalho de conclusão da residência em ambiente escolar; com escolares, professores e gestores; bem como com os profissionais da equipe responsável pela área que a escola municipal estava inserida.

1.2 Contextualização da temática do estudo

A população vivencia o processo de transição nutricional que se caracteriza por alterações na qualidade e quantidade da dieta e na composição corporal dos indivíduos, associados a fatores relacionados com estilo de vida, e que resulta em modificações importantes no perfil de saúde dos indivíduos e aumenta os índices de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) atrelada a obesidade (TADDEI et al, 2011; SOUZA, 2017; ABLARD, 2021).

Concomitante e igualmente importante, é perceber que os prejuízos causados pela obesidade ou o medo de engordar estão além dos fatores biológicos, pois é preciso entender que esta é uma condição complexa que gera repercussões psicossociais, tais como a diminuição da autoestima, depreciação da qualidade de vida e uma percepção negativa do próprio corpo, ou seja, um contexto favorável para o surgimento de psicopatologias (PALMEIRA, 2020; SANTOS, GARCIA; SANTOS; 2015).

Segundo Brewis (2014), o estigma ligado à gordura corporal e peso, é uma construção social e moral indesejável que desqualifica os sujeitos, pois são minimizados a atributos

negativos que não se adequam às representações contemporâneas de beleza. Neste sentido a submissão a certos padrões estéticos, o corpo altamente idealizado no modo de vida contemporâneo, e a veiculação da mídia de uma ideologia pela construção de corpos belos e saudáveis produzem um terreno propício para o surgimento e instalação de psicopatologias associadas à distorção da imagem corporal e os mais extremos Transtornos Alimentares (TA), como Anorexia Nervosa (AN) e bulimia nervosa, ou Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a obesidade, relacionada à compulsão alimentar (MATTOS; LUZ, 2009; SANTOS; FREITAS; OLIVEIRA, 2016).

Os TA são psicopatologias de etiologia multifatorial, que envolvem fatores biológicos, psicológicos e/ou socioculturais e são caracterizados pelo consumo alimentar irregular, compulsão ou obsessão pela comida, dietas restritivas e comportamentos compensatórios, ou seja, purgativos (PALMA; SANTOS; RIBEIRO, 2013; KESSELER; POLL, 2018). Segundo Santos (2015), o público mais insatisfeito com a imagem corporal são mulheres entre 20 e 50 anos, e que adolescentes do sexo feminino também expressam insatisfação quanto à forma, tamanho e partes do corpo (MARTINS et al., 2010).

É importante considerar que o primeiro o espaço de contato da população em geral ou pacientes com potencial risco de desenvolvimento dos TA, com os profissionais de saúde, é a Atenção Primária a Saúde (APS), que tem como atributos de trabalho a singularidade, subjetividade, complexidade, a integralidade e inserção sociocultural; e que coordena, ainda, os cuidados na rede de atenção à saúde para aqueles casos que exigem atuação especializada, a exemplo dos TA (MENDES, 2011). Por esta razão, entende-se que estes profissionais estejam em uma posição única e de extrema importância para identificar, diagnosticar, cuidar e encaminhar os pacientes com TA no início do curso da doença (UK, 2004; HOMAN, 2019). Segundo Keski-rahkonen (2007), a APS é o local ideal para identificar os TA, já que os profissionais da atenção primária têm acesso a informações e cuidado a longo prazo dos usuários (HIGGINS; CAHN, 2018).

Porém, alguns estudos atuais enfatizam sobre possíveis pontos para essa falha de identificação e diagnóstico na APS, sendo devido à falta de tempo, os pacientes que expressam queixas vagas de torturas, constipação ou fadiga, e que os pacientes com TA na maioria das vezes, não revelam de forma espontânea seus problemas alimentares (WILLIAMS; GOODIE; MOTSINGER, 2008; HOMAN, 2019). Com o objetivo de examinar o conhecimento, habilidades e necessidades autopercebidas em torno da triagem e estratégias de intervenção, Linville, Brown, e O'Neil, (2012), constataram que a maioria dos profissionais médicos relatou

não fazer a triagem dos TA, ao menos que o paciente apresente preocupação presente em relação ao seu corpo e peso.

Neste sentido, a construção desse conhecimento pelos profissionais da APS na perspectiva de equipe multiprofissional, a partir da prática cotidiana, enfatiza a produção de Representações Sociais (RS) acerca dos transtornos alimentares, considerando que a teoria das representações sociais, é tornar familiar o incomum, dando sentidos a novos ou desconhecidos fatos. E assim, permitir captar formas e conteúdo da construção coletiva da realidade vivenciada acerca desta temática, explicar as práticas cotidianas e intervir sobre as perspectivas de mudanças na condução terapêutica dos TA (CAILLAUD et al., 2019).

O estudo apresenta-se relevante e original mediante a situação epidemiológica, que hoje é pouco evidenciada nos estudos, principalmente de cunho nacional. A relevância e originalidade desta pesquisa são reforçadas no entendimento de que esta condição apresenta possibilidade de uma terapêutica efetiva e de sucesso quando identificada no início dos sinais e sintomas, uma vez que, objetivou-se compreender as representações elaboradas por profissionais da atenção primária à saúde na cidade de Sobral, Ceará, sobre os transtornos alimentares e promover inquietações aos profissionais da saúde a fim de alcançar o reconhecimento e entendimento que os TA é parte do processo de trabalho da APS e tem como premissa o trabalho interprofissional, em rede e longitudinal.

Partindo de um lugar de pesquisadora dos TA enquanto o processo de formação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família, foi possível identificar um certo distanciamento e fragilidade no diálogo educativo e terapêutico dos casos de transtornos alimentares por parte da equipe de saúde. Neste sentido, levanta-se como hipótese para este estudo que os TA, embora presentes como um problemática de nutrição e saúde mental, é um problema silencioso e até mesmo silenciado, no sentido que as equipes de saúde apresentam fragilidades no âmbito das dimensões de acolhimento, identificação e corresponsabilidades frente a potenciais casos desta psicopatologia que são os transtornos alimentares.

A literatura ainda apresenta limitações quantitativas em dados epidemiológicos de representações nacionais, populações e número de amostras. Atualmente, detectou-se problemas relacionados aos TA em amostras específicas e de menor número. No Brasil e no exterior, alguns autores têm apontado para a carência de dados etnográficos em instituições de saúde voltadas aos TA. Além de que, segundo Bosi (2004), são raros os estudos que dimensionam o problema na população sob risco. E, estudos internacionais apontam escassez de informações disponíveis para orientar os profissionais no tratamento dos TA e de como lidar com a complexidade do mesmo (PRISCO, 2013; SILVA, 2011; WARIN, 2005).

Diante deste cenário, pergunta-se como os profissionais da assistência, tem acompanhado a situação, como tem trabalhado os TA e qual o papel representativo que transtornos alimentares reverberam na construção de suas práticas terapêuticas. Como os profissionais de saúde percebem os TA e como é feito o seu diagnóstico, tratamento e encaminhamento no sistema de saúde de Sobral? Existe uma linha de cuidado estabelecida para pessoas com TA?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender as representações elaboradas por profissionais da atenção primária à saúde na cidade de Sobral, Ceará, sobre os transtornos alimentares

2.2 Objetivos específicos

Conhecer a percepção dos profissionais de saúde quanto à identificação/diagnóstico dos transtornos alimentares;

Entender como se realiza o trabalho em equipe, interação e a comunicação entre os profissionais na condução dos casos de transtornos alimentares;

Desvelar os sentidos que os profissionais constroem sobre a assistência/cuidado aos indivíduos com transtornos alimentares e aspectos que interferem na qualidade de cuidado às pessoas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Transtorno alimentares e suas facetas

Os transtornos alimentares são caracterizados como uma psicopatologia e fazem parte do 5ª Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Este transtorno pode se apresentar no indivíduo em alguns tipos, sendo eles: Pica, Transtorno de ruminação, Transtorno alimentar Restritivo, Anorexia nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de compulsão alimentar, Outro Transtorno Alimentar Especificado ou Transtorno Alimentar não Especificado. Estes se coincidem em uma série de aspectos psicológicos e comportamentais, mas se diferenciam em termos de curso clínico, desfecho e necessidade de tratamento (APA, 2014).

Os TA têm a etiologia multifatorial e podem acarretar prejuízos de natureza biológica, socioemocionais, culturais, dentre outras. Eles podem ser classificados como um distúrbio psiquiátrico e tem como características mudança de consumo, padrão e atitudes alimentares, excessiva preocupação com o corpo e forma corporal, e até mesmo a falha na percepção corporal (PHILIPPI et al., 2017; KIM, et al, 2013).

Sabe-se que a prevalência dos TA vem aumento desde a última década, e o público mais acometido pelos transtornos são prioritariamente o público feminino, adolescente e jovens, fase repletas de transformações físicas, mentais e sociais, associado a isto, o público demonstra preocupação com a aparência corporal, que podem desencadear alterações no comportamento alimentar (PINHO, 2019; CECOM, 2017; SANTOS, 2017). Segundo Santos (2015) e Santos, (2012), mulheres jovens apresentam mais preocupação com relação ao peso corporal especificamente quando o Índice de Massa Corporal é classificado como obesidade grau I e II. E os adolescentes demonstram insatisfação, juntamente com os sentimentos em relação à forma, tamanho e partes constituintes (MARTINS et al., 2010).

De acordo com SMINK, VAN HOEKEN e HOEK (2012), os transtornos alimentares têm alta morbidade e a maior mortalidade de todos os transtornos mentais, entretanto eles podem ser difíceis de identificar. Isso reforça a importância do conhecimento e sensibilidade para identificação de casos, pois pessoas com essa condição de saúde mental podem escapar da detecção, atrasando o diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares.

Por esta dificuldade de identificação, na maioria das vezes, os estudos epidemiológicos usam registros de casos psiquiátricos ou registros médicos hospitalares em uma área delimitada. O que reforça que nem todos os pacientes são detectados pelo médico geral ou equipe da estratégia de saúde da família ou encaminhados para atenção especializada e seguem o fluxo de

assistência da rede de atenção à saúde, e assim, os dados epidemiológicos ficam falhos em significâncias e públicos diversos (SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012).

A epidemiologia dos TA de nível nacional, ainda é escassa de dados com amostra representativas para comparações e avaliação a longo prazo, os estudos presente na literatura, são estudos com público específico e com amostras menores. No entanto, é possível perceber taxas de incidência, prevalência e mortalidade em outros países, como Finlândia, Reino Unido e Holanda (VAN SON et al., 2006; SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012).

Dentre os oito TA estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, três foram evidenciados, estudados e pesquisados com mais ênfase no cenário de saúde do país, porém é importante não descartar os outros TA. Neste sentido, o quadro 1 a seguir exemplifica-os e apresenta suas características dos três TA que ocorre com mais frequência na população e que são mais estudados, e suas repercussões na vida dos indivíduos.

Quadro 1 – Descrição das características dos três transtornos alimentares mais frequente na população. Sobral, Ceará, 2023

Anorexia Nervosa	
Conceito e características	Caracteriza-se pelo medo patológico de engordar, preocupação com os alimentos ingeridos, apresenta restrição alimentar-calórica em relação às necessidades no contexto de idade e gênero e perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados. Apresenta alguns fatores de risco. Temperamentais: Indivíduos com quadros de ansiedade. Ambientais: Cultura e contextos que valorizam a magreza. Genéticos e fisiológicos: parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o transtorno.
Características Nutricionais	Indivíduos praticam atividade física em excesso e tem o comportamento de eliminar alimentos que julgam mais calóricos e vai aumentando gradativamente essa restrição alimentar podendo chegar a prática de jejum durante todo o dia. O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC, sendo eles: Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$ Moderada: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$ Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$ Extrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$.

Características Psicossociais	Insatisfação com o corpo e imagem corporal. Este TA costuma ser desencadeado por algum evento significativo, principalmente por perdas, separações, bullying e doenças orgânicas.
Fatores de risco e prognóstico	A maioria dos sinais e sintomas relacionados com a anorexia, é a inanição. É comum haver leucopenia e anemia leve; Hipercolesterolemia e se uso indevido de laxantes pode causar acidose metabólica leve. Outro sinal é a amenorreia. Além de amenorreia, pode haver queixas de constipação, dor abdominal, intolerância ao frio e letargia.
Bulimia Nervosa	
Conceito e características	Caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar; comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso. Podendo ser, vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos, jejum ou e exercícios em excesso. Bem como, a autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais. O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados: grau de incapacidade funcional. Leve: 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios por semana. Moderada: 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios por semana. Grave: 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios por semana. Extrema: 14 ou mais comportamentos compensatórios por semana.
Características Nutricionais	O estado nutricional das pessoas com BN, na maioria das vezes, é de eutrofia. Em função da prática continuada, há uma acentuada perda de peso e quando pode evoluir para uma AN. Há sinais de disgeusia (distorção ou diminuição do paladar) decorrente da deficiência de vitaminas.
Características Psicossociais	Indivíduos com BN apresentam uma série de comportamentos e emoções a respeito de seus hábitos alimentares e seu peso corporal. Apresenta baixa qualidade de vida, auto estima flutuante, distorção da imagem corporal, busca constante de peso abaixo do

	saudável para suas necessidades. Histórico de transtorno depressivo e de ansiedade.
Fatores de risco e prognóstico	Preocupação com o peso, sintomas de depressão e ansiedade; Internalização de um ideal corpo magro, indivíduos que sofreram abuso sexual e histórico de obesidade infantil.
Transtorno de Compulsão Alimentar	
Conceito e características	A compulsão alimentar é caracterizada por ingestão, em tempo determinado, de uma quantidade maior de comida referente a maioria das pessoas costumam comer e sensação de falta de controle sobre a ingestão durante um episódio de compulsão. O comportamento de compulsão está associado: comer mais rapidamente do que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, comer em grandes quantidades na ausência da fome física, comer sozinho por vergonha ao ato de comer
Características Nutricionais	Indivíduos com Compulsão alimentar, geralmente encontram-se em eutrofia ou com sobrepeso. Porém, podem desencadear patologias como dislipidemias, obesidade, hipertensão, diabetes, entre outras.
Características Psicossociais	O transtorno de compulsão alimentar está associado com, problemas no desempenho de papéis sociais, prejuízo da qualidade de vida e satisfação com a vida relacionada à saúde, maior morbidade e mortalidade médicas e maior utilização associada a serviços de saúde em comparação a controles pareados por índice de massa corporal ou seja, maior risco de ganho de peso e obesidade.
Fatores de risco e prognóstico	O transtorno de compulsão parece mais comum em membros da família, o que pode refletir em influências genéticas.

Fonte: CORDÁS; SALZANO, 2011; VENZON; ALCHIERI, 2014; APA, 2014; OLIVEIRA; FIORIN; CONTRERA, 2016.

Assim, percebe-se quanto os fatores de risco e processo de adoecimento decorrente de algum TA, apresenta uma complexidade e demanda uma sensibilidade assertiva frente aos sinais para que os indivíduos criem um vínculo, verbalize e apresente suas potenciais queixas em relação a alimentação, corpo, atitudes alimentares, preferências alimentares, percepção da imagem corporal, dentre outros.

3.2 Atenção primária à saúde e os TA

No Brasil, a Atenção Primária a Saúde é porta de acesso aos usuários do Sistema Único de saúde (SUS), é característica do serviço a construção de vínculo, acolhimento e práticas de promoção à saúde. A APS exemplifica-se como um conjunto de práticas integrais com o objetivo de fácil acesso para um território geograficamente delimitado, o que viabiliza a construção de vínculo e longitudinalidade. (BRASIL, 2017). Desta maneira, entende-se que profissional da APS por demanda destes princípios e diretrizes, apresenta mais chances de conhecer a família ao longo do tempo, conhecer a situação afetiva, as consequências e o significado do adoecimento de um de seus membros (KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017).

A Atenção Primária conta com um instrumento estratégico e que tem como objetivo ampliar a atuação da ESF e oferecer suporte pedagógico aos profissionais da estratégia, que é o NASF-AP, criado há mais de dez anos. Este, compõe oito áreas estratégicas de atuação: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2013).

No ano de 2020, o ministério da saúde emitiu uma nota técnica em consequência do novo modelo de financiamento de custeio da APS, ou seja, as equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe, este novo é importante a análise, pois este novo modelo de financiamento pode impactar na adesão dos municípios em estruturar uma equipe, e conseqüentemente no cuidado prestado as pessoas, considerando que o cuidado que o NASF-AP precisa alcançar, é de suma importância e com algumas complexidades demandadas no território. No presente ano, em maio de 2023, o ministério da saúde retoma os investimentos nas equipes multiprofissionais, surge agora o eMulti, a partir da experiência do NASF que era parte estruturante do SUS. Esta estratégia retoma, inova e fortalece o cuidado multiprofissional na Atenção Primária (BRASIL, 2023; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, OLIVEIRA et al., 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da APS são passos fundamentais para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em saúde mental”. Assim, a saúde mental é uma das atividades estratégias em que as equipes precisam contato com esse apoio mútuo, devido à complexidade das demandas de saúde na AP. E neste contexto está

inserido os indivíduos com TA ou com fatores de risco para o seu desenvolvimento (KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017).

O ministério da saúde contempla algumas cartilhas, políticas, programas, folhetos, etc, com o objetivo de orientar as práticas cotidianas de trabalho nos serviços de saúde. Porém, ainda é escasso encontrar nestas fontes, materiais que desenvolvam estudos mais aprofundados sobre os TA. Esta cultura da marginalização da temática apresenta pequenas mudanças e vem se mostrando timidamente nas ações, programas e estratégias da APS nos últimos anos. Neste sentido, surgem alguns novos documentos que trazem questões com mais ênfase aos cuidados referente aos TA nas questões de saúde mental e preocupação com o corpo. Um destes instrumento é a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PenSE), que em seu instrumento de pesquisa, discorre sobre alguns perguntas e questionamentos importantes sobre o tema, sendo elas: “consideravam o próprio corpo magro ou muito magro”; “consideravam o próprio corpo normal”; “consideravam o próprio corpo gordo ou muito gordo”; “consideravam a própria imagem corporal importante ou muito importante”; “se sentiam satisfeitos ou muito satisfeitos com o próprio corpo”. O outro documento é o “Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde”, este discute questões na perspectiva do cuidado em saúde mental para este público específico e exemplifica os TA como repercussões da obesidade em crianças e adolescente; questão a ser considerada na estratificação do risco, abordagem inicial e acolhimento para o cuidado, e atenção à saúde mental de crianças e adolescentes com obesidade (BRASIL, 2016; BRASIL, 2021).

Na perspectiva da abordagem de acolhimento, estratificação de risco e o quanto a identificação dos TA apresenta-se de modo complexo na APS, existe um instrumento clínico de triagem, o O Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire (SCOFF) que é um questionário simples e curto de boa sensibilidade para identificação de AN e BN que pode servir como um instrumento estratégico de identificação, este foi adaptado para diversas culturas, incluindo o Brasil, a fim de se apresentar mais relevância para obtenção de dados, e se representa como SCOFF-BR (TEXEIRA et al., 2021).

Neste sentido, fica evidente a importância do atendimento integral, a sensibilidade aos sujeitos e suas particularidades e o uso de ferramentas estratégicas, questionamentos além do que se apresenta como sinais e sintomas, analisar a subjetividade e o contexto, principalmente por que os TA se desenvolve em maior frequência em determinados grupos, gêneros e idade (DEMMLER et al., 2020). E que além dos cuidados primários restritos ao espaço físico das unidades de saúde, os profissionais precisam extrapolar essa delimitação de espaço e adentrar em outros equipamentos para promover saúde. Além do que, precisa haver um trabalho de

cunho multiprofissional para o desenvolvimento estratégico de ações de saúde, principalmente, em espaços individuais e coletivos que possibilitem a sensibilidade e captação de demandas relacionadas à temática.

3.3 Corpo, padrão de beleza e a influência nos transtornos alimentares.

O corpo humano e sua aparência têm sido objetos de interesse e valorização social ao longo da história. O estigma ligado ao corpo obeso resulta em graves danos, de ordem física e psicossocial. Estas questões tem se potencializado diante da associação entre excesso de peso e o insucesso em seguir hábitos de vida saudáveis, e desse modo atribui ao indivíduo atingido culpa por sua condição, sem considerar outras possíveis causas (GRACIA ARNAIZ, 2010).

Os padrões de beleza estabelecidos pela sociedade exercem uma influência significativa na percepção que cada indivíduo tem de si mesmo e em seu bem-estar psicológico. No entanto, a busca incessante por um corpo perfeito pode levar a consequências graves, como o desenvolvimento de transtornos alimentares. No que se refere à influência dos padrões de beleza na construção da imagem corporal, estudos têm demonstrado que a exposição constante a imagens idealizadas de corpos perfeitos pode levar a insatisfação corporal, baixa autoestima e transtornos alimentares (SILVA, 2018).

Além disso, a mídia desempenha um papel significativo na perpetuação desses padrões inalcançáveis de beleza. Através de veículos de comunicação, como revistas, televisão e internet, são disseminadas mensagens que promovem a idealização do corpo magro e esbelto como sinônimo de sucesso, felicidade e aceitação social. Frente a mídia, aos personagens magros são atribuídos características desejáveis e papéis de destaque, enquanto as pessoas com obesidade são frequentemente observadas em papéis estereotipados. Nesse sentido, a pessoa com obesidade é alvo de depreciação, e em suas relações interpessoais são observadas atitudes estigmatizantes de cônjuges, familiares, amigos e profissionais de saúde. Essa influência midiática tem sido apontada como um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (WITT, 2011; BREWIS, 2014).

Além de ser um fator de risco, segundo Tomiyama (2014), a compulsão alimentar pode ser um comportamento de enfrentamento para lidar com o estresse causado pelo estigma de peso. Os julgamentos podem levar à culpa por não possuir um corpo magro, medo, vergonha, baixa autoestima e baixa qualidade de vida, surtindo como um grande problema de saúde pública que desencadeia sofrimento nos grupos suscetíveis. Neste contexto, outro cenário que capaz de potencializar estas problemáticas, são as redes sociais, que emergiram como uma

poderosa plataforma de exposição e comparação, onde os indivíduos são constantemente bombardeados com imagens de corpos "perfeitos". Estudos recentes têm investigado os efeitos desse fenômeno, demonstrando que a busca incessante pelo corpo ideal nas redes sociais pode contribuir para a insatisfação corporal e o surgimento de transtornos alimentares (FIGUEIREDO, 2019).

Diante desse cenário preocupante, é fundamental discutir estratégias de prevenção e intervenção para minimizar os efeitos dos padrões de beleza na saúde mental e física, e combater os transtornos alimentares. Diversos estudos têm explorado abordagens promissoras nesse sentido, incluindo programas de educação em saúde, intervenções psicossociais, promoção da saúde, estratégias de ações contínuas intersetoriais com ênfase nos dispositivos de saúde da rede de atenção.

3.4 Teoria das Representações Sociais

Para suporte teórico e desenvolvimento deste estudo, julga-se apropriado a Teoria das Representações. Esta teoria foi criada por Serge Moscovici na década de 60 e foi apoiada nas teorias de representação individuais e coletivas de Émile Durkheim. O primeiro elemento é um dos mais importantes da representação, é entender que a representação social é sempre representada de alguma coisa ou de alguém. Esta teoria é o conhecimento que é construído e compartilhado com as pessoas, se dá na relação com o outro, o que vai se aprendendo no dia a dia. Ou seja, nesse processo de construção, o conhecimento se modifica e se recria. É um fenômeno específico da realidade social. (MOSCOVICI, 2001).

As “teorias” são um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso das comunicações interpessoais. Estas representações também se expressam de modo individual e as pessoas vão modificando estas representações à medida que elas se apropriam dos conhecimentos. A Teoria tem este caráter relevante de transformar o desconhecido, que foi compartilhado e construído em familiar, aproximando-o da realidade cotidiana dos indivíduos (MOSCOVICI, 2000; DINIZ; CARRIERI; BARROS, 2013)

O estudo das representações sociais torna-se importante no sentido de compreender como os profissionais se manifestam numa construção teórica, epistemológica e metodológica sobre os transtornos alimentares, e que aponta a realidade individual não puramente abstraída do social, ou uma reduzida à outra, mas sim relação entre eles. E o conhecimento destas representações compartilhadas no cotidiano, é importante para entender como os indivíduos se

comportam e se relacionam com os saberes construídos (MOSCOVICI, 2001; CAMARGO; SCHLÖSSER; GIACOMOZZI, 2018).

As representações sociais se expressam em dois mecanismos: Ancoragem e objetificação. O processo de ancoragem caracteriza por torna-se familiar e não familiar, à atribuição de sentido no que se refere às ideias novas, desconhecidas. Quanto à objetificação, pretende-se tornar concreto, visível, uma realidade. São informações trazidas do mundo exterior e inseridas com a intencionalidade de naturalização de termos e conceitos, atrelando-os à realidade (MOSCOVICI, 2004). Assim, a teoria é a construção que o sentido faz para entender o mundo e se comunicar, e ao mesmo tempo que, compreende e aprende o real e constrói a alteridade.

Neste sentido, busca-se este caminho metodológico das representações, por compreender a importância da comunicação e que nos permite considerar aspectos da realidade cotidiana, subjetividade, particularidade e contexto social; fenômenos relevantes para entender o que faz sentido e como se constrói este sentido da prática profissional cotidiana frente a possíveis encontros com o que não é familiar, mas que representa alguma coisa ou alguém, e que exemplifica bem a psicopatologia dos TA, que não é algo que se é familiar. Ou seja, como a produção de conhecimentos plurais sobre os transtornos alimentares constitui e reforça a identidade dos grupos, como influi em suas práticas e como estas reconstituem seu pensamento.

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem e tipo de estudo

Trata-se de um estudo com associação das abordagens quantitativa e qualitativa do tipo exploratório descritivo. Por apresentar uma relação dinâmica entre o mundo, seu aspecto prioritariamente objetivo, e a subjetividade das relações sociais foi escolhida a abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2013) a pesquisa qualitativa volta-se para o universo dos significados, ou seja, um espaço mais profundo das relações, dos processos, dos fenômenos e subjetividade das relações sociais. Trata-se de compreender o sentido ou a lógica de atribuição de significados às ações, sentimentos e opiniões. (Minayo & Guerriero, 2014).

Há três pressupostos que é preciso considerar na pesquisa qualitativa. O primeiro é entender que a pesquisa qualitativa e quantitativa se completa, mas que emergem de diferentes naturezas. A pesquisa qualitativa trata da intensidade, singularidades e significados. O segundo, é que a pesquisa qualitativa é muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas. E por fim, é reconhecer sua distinção com métodos quantitativos e entender que esta não está isenta de parâmetros que expressam o status de cientificidade (MINAYO, 2017).

E tem como abordagem pesquisas descritivas, juntamente com as pesquisas exploratórias, pois são, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Em sua forma mais simples, as pesquisas descritivas aproximam-se das exploratórias, quando proporcionam uma nova visão do problema com a necessidade de criação de hipóteses a partir do que a literatura científica traz a respeito, envolvendo entrevistas que facilitaram o entendimento sobre o assunto (PRODANOV e FREITAS, 2013; GIL, 2017).

Neste sentido, acredita-se que tal proposta permitiu, a partir das representações sociais por Serge Moscovici (2001), estimular a compreensão do conhecimento aprofundada do objeto estudado, tendo nos transtornos alimentares um cenário farto de conhecimentos atrelado a subjetividade, emoções, particularidades e individualidade. Desta forma, é importante entender que o estudo de uma representação social pressupõe investigar o que pensam, por que pensam, como pensam os indivíduos a partir de um discurso do sujeito coletivo (BERTONI E GALINKIN 2017).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Sobral – Ceará, cidade situada na Mesorregião do Estado do Ceará e constitui-se como uma das cinco Macrorregião de Saúde do Estado. O Sistema de Saúde deste município se organiza por níveis de atenção, sendo estes a atenção primária, secundária e terciária. A APS tem sido reconhecida nacional por ser referência em organização e cuidado, e vem obtendo avanços, tendo como a APS como referência de orientação do nível primário (SOBRAL, 2017).

Atualmente, Sobral conta com 37 Centro de Saúde da Família (CSF), que são unidades de saúde que atende pessoas numa área definida, para acompanhar os moradores e desenvolver um trabalho de promoção, prevenção e reabilitação com a comunidade assistida através das equipes de saúde da família e equipes de apoio. O município conta com 24 CSF na sede e 13 CSF no distrito; 70 equipes de saúde da família e 06 Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária), a ESF é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, apresentando uma proporção de cobertura assistencial estimada de 100%, segundo dados do Departamento Nacional de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, até agosto de 2016 (SOBRAL, 2020; BRASIL, 2016).

E com o objetivo de apoiar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e outras modalidades de equipes de atenção básica, ampliar o escopo de atuação de grupos, proporcionar uma retaguarda especializada nas ações de saúde e de aumentar a resolutividade do cuidado em saúde na atenção primária, o município assegurou as Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP), que poderão ser composta por Médico Sanitarista, Médico Veterinário, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Nutricionista, Fonoaudiólogo Geral, Terapeuta Ocupacional, Profissionais da educação física, Médicos Clínicos, Médico Ginecologista/Obstetra, Psicólogos e psicanalistas, Assistente Social ou Educador Social (BRASIL, 2012).

Além disso, o município de Sobral conta com Programa de Residência em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, vinculada a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Vale salientar, que o município conta com outros equipamentos nos diferentes níveis de atenção, que formam a rede de atenção à saúde e fortalece o trabalho intersetorial e sua relevância terapêutica na temática em questão.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram profissionais da saúde de nível superior, entre eles médicos e enfermeiro da mesma equipe de saúde da família, juntamente com nutricionista e psicólogos, que apoiam esta mesma equipe de saúde no território. Dentre os 37 CSF do município de Sobral, delimita-se a amostra do estudo em três Centro de Saúde da Família, o qual contempla em sua equipe os quatro profissionais de interesse da pesquisa, sendo eles: CSF Terrenos Novos I, CSF Parque Santo Antônio e CSF Sumaré.

Para realização da pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- A) Profissionais que apresentem vínculo com Estratégia de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família, com mínimo de 06 meses.
- B) Profissionais que aceitem participar da pesquisa e que apresentem concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e Termo de autorização de uso de som e voz (Apêndice B).

Critérios de exclusão:

- A) Profissional de Férias na unidade.

Por fim, obteve-se o número total de 12 participantes assim distribuídos: 3 médicos(a), 3 enfermeiro(a), 3 nutricionistas e 3 psicólogos(a).

4.4 Período do estudo

O desenvolvimento do estudo se deu desde o meu ingresso no mestrado Acadêmico em Saúde da Família em março de 2020, com a definição do objeto de estudo, a pesquisa bibliográfica e a sistematização do percurso metodológico. O período para coleta se deu logo após a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, nos meses de Outubro de 2022 a março de 2023, e posterior elaboração da dissertação final da pesquisa.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

Para a construção e seguimento deste estudo, foram elencados 03 CSF que contemple os profissionais Nutricionista e Psicólogo do Núcleo Ampliado, tendo como base a perspectiva que são profissionais que teoricamente apresenta mais embasamento e proximidade com as particularidades dos TA. Julga-se a escolha destes profissionais da equipe da estratégia de saúde família, os profissionais que fazem o acolhimento, escuta e que tem o primeiro contato com as demandas apresentadas pelos usuários. Bem como, os profissionais do Núcleo Ampliado,

entendendo que estes apresentam um trabalho multiprofissional e a tende uma maior aproximação com a percepção, identificação e manejo terapêutico dos TA

Após esta escolha, articulou-se com a gerência e as equipes de saúde das unidades um momento ideal para coleta de dados. Em seguimento, realizou-se com os profissionais de saúde das categorias de enfermagem, medicina, nutrição e psicologia, mediante aceite e assinatura do TCLE e termo de autorização do uso de som e voz as entrevistas em um espaço calmo, silencioso e sigiloso para o momento da gravação das entrevistas semi-estruturada com questões para análise do perfil sociodemográfico e questões sobre compreensão, experiências e processo de trabalho (APENDICE C).

As entrevistas seguiram um roteiro elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa, com perguntas descritivas para nortear a interlocução, possibilitando momentos de construção, negociação de sentidos, colaborando na inter-comunicação dialógica e manutenção do foco na entrevista. O instrumento de coleta de dados, é composto por perguntas que contemplem traçar minimamente o perfil profissional e percurso de atuação profissional na atenção primária a saúde (ARAGAKI et al., 2014).

Diante do contexto pandêmico, é importante evidenciar as práticas de cuidados sanitários no momento de coleta de dados. Ou seja, os participantes e entrevistador seguiram os protocolos municipais vigentes de distanciamento, uso de equipamento de proteção individual (máscara) e álcool gel e evitar o compartilhamento de quaisquer materiais. Da mesma forma que, foi necessário apresentar o comprovante de vacinação com pelo menos, duas doses da vacina.

4.6 Procedimentos para análise das entrevistas

Para organização dos dados provenientes das entrevistas, recorreremos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC, é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que foi desenvolvido pelo pesquisador Lefevre e Lefevre na década de 90, e é uma estratégia metodológica largamente utilizada em pesquisas qualitativas e permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre determinado tema, e tem como fundamentação a teoria das representações sociais. (LEFEVRE, 2003).

O DSC, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário e faz-se necessária a constituição de um

sujeito portador desse discurso coletivo: um sujeito coletivo, ou seja, consiste na união, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos (LEFEFVER; LEFEFVER, 2009).

Na técnica do discurso do sujeito coletivo, os dados são trabalhos com o objetivo de obter o pensamento coletivos, e assim baseia-se em algumas figuras metodológicas, que tem por finalidade “reconstruir, com trechos de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um determinado fenômeno”. Sendo estas figuras, Expressão Chave (ECH), Ideias Centrais (IC), Ancoragem (AC) e Discurso do Sujeito coletivo (DSC), descritas no quadro 2.

Quadro 2: Significados das figuras metodológicas da técnica de análise do DSC.

Expressão Chave (ECH)	As expressões chave (ECH) são pedaços, trechos do discurso ou transcrições literais, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente.
Ideias Centrais (IC)	As Ideias Centrais (IC) é um nome ou expressão linguística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido(s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.
Ancoragem (AC)	A ancoragem é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer. Equivale a ideia central.
Discurso do Sujeito coletivo (DSC)	O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma reunião em um só discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pela “colagem” das expressões-chave que têm a mesma ideia central ou ancoragem.

Fonte: (LEFEFVER; LEFEFVER, 2009)

As entrevistas foram transcritas para o programa DSCSoft (QualiquantiSoft desenvolvida por Sales & Paschoal Informática), programa que é inspirado na construção da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. É importante ressaltar que uma determinada ideia central, pode surgir mais de uma vez nos discursos dos sujeitos do estudo. E assim, ordenamos quantitativamente as ideias centrais, dando visibilidade de graduação as mesmas nos discursos.

O software DSCSoft utiliza categorias para a formação dos discursos, reunindo expressões-chave semelhantes entre os relatos. Com o uso do DSCSoft pode-se criar um único

discurso coletivo, mediante a criação de um banco de dados com as respostas coletadas, que são classificadas e agrupadas para a construção do DSC e suas variações, e baseia-se em palavras-chave comuns em cada resposta das entrevistadas associadas as Ideias Centrais e Ancoragem para construir o DSC (TOLTECA, 2020).

Os procedimentos para a construção do DSC, decorrem do seguinte passo a passo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003):

Passo 1: Construção do Instrumento de Análise do Discurso I: Copiar, integralmente, o conteúdo de todas as entrevistas em um quadro, denominado Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1), na primeira coluna, intitulada “expressões-chave” (IAD 1);

Passo 2: Identificar e destacar, nas entrevistas individualmente, as expressões que remetem a ideias centrais, utilizando diferentes tipos de recursos gráficos para identificá-las no texto das narrativas. No nosso caso optamos por utilizar letras mais número do participante de 1 a 12;

Passo 3. Identificar as ideias centrais a partir das expressões-chave, colocando-as nas células correspondentes;

Passo 4: Identificar e agrupar as ideias centrais de mesmo sentido, ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar;

Passo 5: Criar uma ideia central ou ancoragem síntese, que expresse, da melhor maneira possível, todas as ideias centrais de mesmo sentido ou de sentido equivalente;

Passo 6: A construção do DSC é decorrente de duas etapas seguintes:

Passo 6.1: Copiar do IAD 1 todas as expressões-chave referentes a uma mesma ideia central ou ancoragem síntese, e colá-las na coluna das expressões-chave de um segundo quadro, chamado Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD 2);

Passo 6.2 “discursivar”, ou seja, sequenciar as expressões-chave obedecendo a uma esquematização clássica, do tipo começo, meio e fim, e do mais geral para o menos geral e mais particular, ligando-se as partes do discurso ou parágrafos através de conectivos que proporcionem a coesão do discurso.

Realizados estes passos, as expressões-chaves foram codificadas e sequenciadas sendo colocados os DSC referentes a cada uma. Para sequência da análise, seguimos o movimento das figuras metodológicas: Ideia Central, Expressões Chave e Discurso do Sujeito Coletivo. Neste estudo, a sinalização da figura das ancoragens foi suprimida da análise em virtude do insuficiente aprofundamento teórico sobre este elemento, não havendo, porém, prejuízo para a elaboração final dos DSC.

Quanto as questões referente ao perfil sociodemográfico, foram analisados a partir da estatística descritiva simples, tabuladas por meio de gráficos, tabela ou quadros. No âmbito deste estudo, a TRS e do DSC cumprem o papel de referenciar de forma articulada os fundamentos teóricos e metodológicos e, ao mesmo tempo, compreender como os profissionais constroem no cotidiano de suas práticas o conhecimento sobre os TA no contexto da Atenção Primária a Saúde.

4.7 Aspectos éticos

Este projeto foi desenvolvido obedecendo aos preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, CAAE: 59594522.0.0000.5053 e que possui parecer favorável para seu desenvolvimento, segundo o nº 5.530.589 (ANEXO A). Os participantes do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no intuito de fazê-los conscientes do objetivo e do direito de interromper sua participação no momento que lhes convier, da mesma forma o Termo de Autorização para uso de imagem, som e voz, garantindo o princípio da autonomia. Cabe ainda registrar que nos textos escritos recorreremos à utilização de pseudônimos para identificar os entrevistados.

O princípio da beneficência é alcançado à medida que os participantes foram favorecidos pelo conhecimento e reflexão sobre as os sentidos, as representações e reflexões acerca dos TA, e assim adentrar na subjetividade que esta temática expressa.

Quanto ao princípio da não maleficência, foi garantido, à medida que não houver qualquer forma de constrangimento, risco de vida ou danos aos participantes do estudo. E na identificação de quaisquer riscos, mesmo que pequenos, estes foram minimizados. Busca-se o máximo de benefícios e o mínimo de prejuízos. Entretanto, enfatiza-se que qualquer pesquisa que envolve seres humanos está sujeita a causar risco ou dano ao participante, podendo ser de diferentes naturezas: física, moral, intelectual, social, moral, psíquica, cultural ou espiritual. E como o objetivo de minimizar estes riscos, buscou-se garantir ao momento da coleta um local reservado que ofereça conforto, garantir a não violação e a integridade das gravações e documentos, bem como a confidencialidade e a não utilização das informações em prejuízo às pessoas envolvidas (BRASIL, 2012). Ou seja, é importante considerar que a temática do estudo em questão pode acionar sentimentos, impressões, emoções e sensações nos participantes diante da sua trajetória de vida, o que pode potencializar os risco de natureza psíquica e social. Neste

sentido, a fim de assegurar e minimizar todos este risco, enquanto pesquisadora busquei apresentar um acolhimento e escuta qualificada destes participantes, bem como buscar estratégias, junto com os mesmos; de assistência, articulação e encaminhamento para a rede de saúde.

Vale ressaltar, mais uma vez, que foram respeitados todos os protocolos de segurança sanitária estabelecidos por decretos municipais e estaduais, bem como o conhecimento da situação de saúde do pesquisador e participante em não apresentar sintomas relativos ao Sars-Cov 2, o conhecimento sobre a situação “não reagente” para o teste da COVID-19 e situação vacinal dos envolvidos na pesquisa.

Por fim, o princípio da justiça, foi garantido pelo compromisso de após a conclusão da pesquisa os resultados e benefícios do estudo serão disponibilizados a todos os profissionais participantes do estudo, como também para os demais profissionais da unidade de saúde e comunidade do serviço para que estes possam utilizar-se dos resultados para sua prática profissional.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

A apresentação dos resultados da pesquisa, estão divididos de acordo com a natureza das informações. Na presente secção, e de natureza quantitativas, os dados referente ao perfil sociodemográfico dos enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogos estão dispostos nas tabelas a seguir.

Tabela1: Dados sociodemográficos dos docentes entrevistados (n=12). Sobral, Ceará, Brasil, 2023

Variáveis	Nº absoluto	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	10	83,33
Masculino	2	16,6
Faixa Etária		
25-35 anos	9	75
36 – 45 anos	3	25
Formação		
Enfermagem	3	25
Medicina	3	25
Nutrição	3	25
Psicologia	3	25
Pós-graduação-Especialização		
Nutrição Funcional e Estética	1	8,33
Residência em Saúde da Família e Comunidade	1	8,33
Residência em Saúde da Família	1	8,33
Auditória em Serviço de Saúde	1	8,33
Enfermagem e Cardiologia	1	8,33
Avaliação Psicológica	1	8,33
Saúde Pública e Saúde da Família	1	8,33
Psicologia Hospitalar	1	8,33
Urgência e Emergência	1	8,33
Não se aplica	3	25
Tempo de atuação na atenção primária a saúde		
6 meses – 01 ano	1	8,33
01 ano – 02 anos	7	58,33
02 anos – 03 anos	1	8,33
>03 anos	3	25

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os profissionais (n=12) que participaram da pesquisa, 83,33% (n=10) foram do sexo feminino, 75% (n=9) tinham faixa etária entre 25 e 35 anos, 75% (n=9), eram profissionais que apresentavam uma especialização ou pós graduação formação na área da saúde ou mais

específica a categoria profissional. Em relação ao tempo de atuação como na atenção primária à saúde, 58,33% (n=7) tinham entre 01 a 02 anos em tempo de experiência profissional.

Como foi expresso na literatura, as características do perfil dos participantes é um dado relevante no sentido que se expressa neste estudo uma parcela maior de mulheres jovens com faixa etária de 25 – 35 anos, que corrobora com os estudos de caracterização da prevalência dos transtornos alimentares. Sabe-se que a prevalência deles vem aumentando com o passar das décadas, afetando principalmente mulheres, adolescentes e jovens, que representam fases da vida em que ocorrem diversas mudanças (BANDEIRA, 2016). Neste sentido, surge a reflexão de como os entrevistados foram desertados pela temática e como este tema em questão reverbera suas representações diante da prática profissional no cenário desafiador e de pouca visibilidade dos transtornos alimentares.

Entendendo a complexidade de todos os aspectos que envolvem os transtornos alimentares, outro dado importante do perfil desta amostra, é sobre o aprofundamento com relação aos transtornos alimentares, ou seja, os aprofundamentos teóricos metodológicos vivenciados na pós-graduação ou especialização desses profissionais. Os dados revelam que não há um aprofundamento específico para a temática, contudo, não quer dizer que estes aprofundamentos estão totalmente isentos destes conhecimentos. Neste sentido, o perfil destes profissionais, por mais que a APS não exija qualquer conhecimento específico, pode trazer impactos negativos ao enfrentamento aos transtornos alimentares. Alguns estudos que buscam compreender as atitudes, desafios e conhecimentos dos profissionais de saúde para lidar com os TA, apresenta mencionam que segundo suas percepções dos pacientes nem todos os profissionais têm a formação adequada e competência técnica para trabalhar com TA e que também falta o compartilhamento de informações entre os profissionais e familiares, ou seja, dificuldade na construção da relação terapêutica (WALKER; LLOYD, 2011 RYAN, 2006).

5.2 Discurso do Sujeito Coletivo por categoria.

A partir do instrumento de coleta de dados contendo treze questionamentos sobre a temática em questão, surgiram categorias baseadas nestas questões de pesquisa. Ao final da tabulação dos dados, obteve-se o número total de 18 Discursos do Sujeito Coletivo, a divisão detalhada de cada categoria baseada nas questões de pesquisa, que estão detalhados nos quadros que contém os Discursos Coletivos.

Ao final de cada DSC, foi realizada uma análise interpretativa para extrair a representação do discurso, ou seja, uma síntese coletiva da resposta de cada uma das perguntas,

que é a representação social. O modo como os dados estão apresentados buscou realizar o diálogo entre as representações de todos os profissionais considerando o trabalho em equipe de saúde e assim, encontrar discursos e conclusões coerentes e senso comum entre os entrevistados ao mesmo ponto que são interlocutores nas discussões.

5.2.1 Quais as três primeiras palavras/sensações vem ao seu pensamento quando se fala em pessoa com os Transtornos Alimentares?

Quadro 3: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

1- DSC dos Profissionais: Quais as três primeiras palavras/sensações vem ao seu pensamento quando se fala em pessoa com os Transtornos Alimentares?
Na atenção primária à saúde, a primeira delas é a obesidade e muitos relatos de ansiedade. Bem como, a tristeza, ao corpo, sofrimento, estigma, dependência, auto estima, medo, compulsão alimentar, peso, pressa, precipitação e também ausência, tem a falta de alguma coisa e o alimento preenche, que isso é relacionado às questões psicológicas. No dia a dia, a ansiedade é muito presente, nas falas dos pacientes quando a gente atende, tem casos relacionados ao desejo de comer mais ainda. Tem transtorno alimentar bizarro aqui mesmo, eu não sei como é que se chama isso, eu não sei se é o certo, eu não esqueci o nome do diagnóstico, mas tem um nomezinho pra isso. Tipo, aqueles que são bulimias, anorexias. Outra questão, é que nem sempre as pessoas que tem transtorno, não tem condições. A gente pode orientar, fazer as orientações de comer isso, comer aquilo, mas não, eles não fazem.
Representação: Esta psicopatologia está relacionada às questões físicas e psicossociais, como a tristeza, ansiedade, ao corpo, obesidade, sofrimento, estigma, dependência, auto estima, medo, compulsão alimentar, peso, pressa, precipitação e também ausência, tem a falta de alguma coisa e o alimento preenche.

Fonte: dados da pesquisa.

Diante do DSC dos profissionais de saúde, é possível perceber que as palavras expressas derivam do conceito dos transtornos alimentares e que se reverberam por questões físicas e psíquicas. Uma associação que podemos discorrer é a obesidade, amplamente discutida e associada a outros fatores e cenários, é uma condição que pode estar associada ao bem estar físico e mental. A obesidade é uma condição crescente em todo o mundo, está associada ao risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e contribui para impactos negativos quanto à saúde física e mental, além de seu impacto sobre os sistemas de saúde e a sociedade de modo individual e coletivo. (WHO, 2018; BRASIL, 2011).

Segundo Garipey, Nitka e Schmitz (2010) e Shaw (2017), para além das associações citadas, relatam evidências que a obesidade, o estigma com relação ao corpo, o peso e a auto estima, estão associados a um risco aumentado de se desenvolver outros distúrbios, como transtorno de ansiedade e depressão. Bem como, associação ao transtorno compulsivo, caracterizado por episódios de ingestão de grandes volumes de comida. Outro sinal específico da obesidade, é indivíduos apresentarem distúrbios relacionados ao comportamento do sono, principalmente por se apresentar em curta duração, o que pode se relacionar à compulsão alimentar principalmente no período noturno, ou seja, a condição de obesidade é um contexto

que pode apresentar indícios de transtornos alimentares, tanto como causa direta ou reverberando em outras condições que estão associadas (WU; ZHAI; ZHANG, 2014; KENNY et al, 2018).

Assim, é importante entender que a obesidade é uma condição crescente e que na maioria das vezes reverbera de modo negativo na vida das pessoas. As unidades básicas de saúde, regidas pela Atenção Primária à Saúde, são espaços fundamentais para enfrentar os desafios dos cuidados com a obesidade. De acordo com Lopes et al (2021), o Brasil enfrenta problemáticas no manejo da obesidade e estes dados diferem nas diferentes regiões do país, os desafios são de natureza de recursos materiais para identificação da obesidade, estrutura física para acolhimento destes indivíduos nas unidades de saúde e em qualificar a Atenção Primária à Saúde, principalmente na perspectiva da linha de cuidado, para os indivíduos com obesidade. Ou seja, os cuidados relativos à obesidade devem incluir, mas não se limitar a promoção da saúde, educação em saúde, vigilância alimentar e nutricional e cuidados médicos e interdisciplinares. Estes cuidados são um grande desafio e requer ações e estratégias intersetoriais de cuidado continuado e realizadas por equipes multidisciplinares, orquestrada pelas equipes de saúde da família e que recebem apoio matricial (BRASIL, 2014; BEAGLEHOLE, 2018).

Outro correlação dos discursos e que corrobora com o estudo de Fusco et al (2020), é que em sua análise da relação da ansiedade com a compulsão alimentar e a qualidade do sono em adultos com sobrepeso ou obesidade, obtém achados que 96% dos participantes tinham um nível de ansiedade no mínimo moderado, 83% apresentaram qualidade do sono ruim e 60%, compulsão alimentar. Acredita-se que estes fatores associados apresentem um explicação fisiopatológica, ou seja, os transtornos de ansiedade com o ganho de peso seja decorrente de desordens do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que contribuem para a desregulação do apetite e para o aumento de peso subsequente em indivíduos estressados (GARIEPY, NITKA, SCHMITZ; 2010).

Outra representação expressa no discurso do sujeito coletivo, é o entendimento que o alimento ou a alimentação se apresenta como ator ativo no dia a dia das pessoas, podendo este repercutir ideias ou pensamentos positivos ou negativos e até mesmo sendo usado como uma via compensatória para as condições de sofrimento psíquico. Este discurso corrobora com os achados no estudo de Roveda et al (2018), que buscou entender as relações de Compulsão Alimentar Compulsória (CAP). Neste sentido, o processo de regulação das emoções são um explicação comum para o desenvolvimento e manutenção da CAP. A hipótese é que pacientes com CAP, apresentem dificuldade de regular suas emoções negativas e usam a compulsão

alimentar para lidar com as emoções e encontrar alívio. Outro estudo que vai de encontro com o discurso coletivo e reforça que as emoções negativas servem de gatilhos para a compulsão alimentar além do distúrbio do sono (KENNY et al, 2018).

Desta forma, acredita-se que os profissionais apresentam elementos que fazem esta correlação da compreensão e a representação dos transtornos alimentares, que é uma psicopatologia decorrente de outras condições psicossociais. Esta compreensão torna-se mais significativa no discurso a seguir, quando perguntado sobre a compreensão dos transtornos alimentares.

5.2.2 Como você compreende os Transtornos Alimentares? O que você pensa sobre as pessoas com TA? Quais as causas?

Nesta sessão, que tenciona os profissionais a expressarem sobre a sua compreensão com relação aos transtornos alimentares, obteve-se através do discurso do sujeito coletivo duas representações de naturezas distintas, mas que se complementam no conceito dos transtornos alimentares. É possível assemelhar os discurso com a questão de pesquisa sobre o que os profissionais pensam sobre as pessoas que portam os TA e quais são as causa. As compreensões são do âmbito das práticas alimentares, percepção corporal e como o alimento se expressa para estas pessoas; a outra compreensão é que os transtornos alimentares apresenta relação com contexto social, principalmente nas questões familiares e que reverbera também no discurso relacionado às causas, bem como a outras psicopatologias como ansiedade e estresse.

A partir dos discursos, pode-se perceber a construção de uma compreensão mais ampla com relação a saúde e transtornos alimentares e ancoragem com o DMS e conceito de Santos (2012), que relata os TA como psicopatologias que envolvem alterações graves nos componentes biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares.

Quadro 4: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

2- DSC dos Profissionais - Como você compreende os Transtornos Alimentares?
Os transtornos alimentares são qualquer coisa que ultrapassa o que é normal, quando se alimenta demais ou tem dificuldade em controlar a sua capacidade de se alimentar, de botar um limite para aquela normalidade, tem dificuldade de se controlar. E as pessoas acabam usando o alimento como forma de expressar perante o mundo, fazendo uso abusivo ou negligenciando a própria alimentação em prol de uma imagem perante o mundo. Uma bulimia que se alimenta demais e que provoca o vômito porque fica com aquele peso, aquela questão da saúde mental mesmo, de estar comprometida por conta do exagero que ela fez na alimentação. O transtorno alimentar está associado ao prazer de comer e tentar buscar a saciedade e não conseguir, é como qualquer outro tipo de transtorno psicopatológico e que causa disfunção na vida da pessoa, por exemplo, uma pessoa que gosta de comer pão, talvez pra ela, se ela comer dez pães no café da manhã, não seja disfuncional aquilo, mesmo que seja estranho, ou seja, é uma coisa que prejudica a saúde dele pela via alimentar.

Representação: A compreensão dos transtornos alimentares é tudo que ultrapassa o que é normal, principalmente ao que se relaciona às práticas alimentares e conseqüentemente a percepção corporal. É uma psicopatologia que tem como característica dificuldade de controlar diante dos alimentos e acabam usando o alimento como forma de expressar perante o mundo.

Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 5: Representações dos profissionais da atenção primária à saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

2 DSC dos Profissionais - Como você compreende os Transtornos Alimentares?

Eu compreendo os transtornos alimentares muito além alimentação ou só saúde mental. Eu acho que é uma coisa complexa e só funciona quando é abordado tudo. Temos que pensar no indivíduo como um todo, no seu contexto social, no contexto familiar que ele vive, né? Porque tudo está muito relacionado, né? O ato de se alimentar, comer compulsivo, né? Eu levo muito essa questão da falta, que as pessoas estão sempre procurando colocar algo onde está faltando. Então, eu vejo muito a compulsão alimentar relacionada muito às faltas, alguém morreu da família, o esposo deixou, ou a pessoa se assumiu que era homossexual, e a família não apoiou. Então, ele encontrou alívio na comida. Além disso, na atualidade eu percebo que ele está muito junto à estética, ao padrão de beleza também. Que acaba que as pessoas, por querer muito algo que não existe ou que é padrão, eles acabam trazendo consigo transtornos, e aí, se sentir culpado por aquilo, ou pra não ganhar peso e tentar entrar no padrão da sociedade tem medo de engordar. Segue essa perspectiva mesmo, das alterações físicas, químicas, biológicas, psicológicas, que me envolvem nesse processo de sofrimento dessas pessoas.

Representação: Os transtornos alimentares vão muito além alimentação ou só saúde mental. Eu acho que é uma coisa complexa e só funciona quando é abordado tudo no contexto social. Então, eu vejo muito a compulsão alimentar relacionada muito às faltas, alguém morreu da família, o esposo deixou, ou a pessoa se assumiu que era homossexual, e a família não apoiou. Então, ele encontrou alívio na comida. Além da busca de padrões de beleza em acordo com o contexto psicossocial que ele está inserido.

Fonte: dados da pesquisa.

É perceptível que os profissionais têm a aproximação com o tema, porém, os discursos quando analisados separadamente, expressam um conceito ou compreensão limitada, onde se relata mais sobre o aspecto das “práticas alimentares” e possivelmente com o desenvolvimento de alguma psicopatologia. Segundo Fontes (2016) e Fisher (2014), os transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosa) são síndromes psiquiátricas com etiologia multifatorial e complexas, o diagnóstico clínico de transtorno alimentar apresentam sintomas comportamentais [restrição de ingestão alimentar por longos períodos, autoindução de vômitos, compulsão alimentar e comportamentos purgativos (laxantes/diuréticos e exercício excessivo)] denominados como comportamentos de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.

As representações de causa dos TA são com relação ao contexto que estão inseridos, das relações familiares e estresse. Discursaram também sobre a construção social do corpo ideal e irreal, e a busca em atender a um corpo padrão.

Quadro 6: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

3- DSC dos Profissionais – O que você pensa sobre as pessoas com TA? Quais as causas?

São pessoas que apresentam um descontrole emocional e que as causas também estão muito relacionadas a outros diagnósticos de saúde como a muita ansiedade e estresse. Outras causas, estão relacionadas a problemas familiares que geram ansiedade, ameaças sociais, estresse, questão financeira, o meio familiar

quanto o meio social, como escola ou trabalho. Hoje em dia, cada vez mais, sendo reconhecido a questão dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, eu vejo como um misto dessas três concepções que vem ocasionando uma série de sofrimentos, principalmente relacionados a essa questão da ansiedade, da depressão, mas também os transtornos alimentares de pessoas.
--

Representação: Pessoas que apresentam um descontrole emocional e as coisas estão relacionadas a outras psicopatologias como ansiedade e estresse. Outras causas, são as relacionadas ao contexto que vivem, e podem ter relação com a família, estresse, e questões financeiras.
--

Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 7: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

3 - DSC dos Profissionais – O que você pensa sobre as pessoas com TA? Quais as causas?
--

Na nossa sociedade, que oprime o nosso corpo de todas as formas, a mulher tem que ter um padrão ideal, que a gente sabe que, além de ser muito idealizado, ele é irreal. Os nossos medos, as nossas características, eu não acredito que nasceu com a gente, mas sim que a gente foi aprendendo ao longo da vida. Então, se elas aprenderam a ter esse tipo de transtorno, a usar a imagem de uma forma tão pesada e às vezes cruel com elas mesmas, é porque outras pessoas também ensinaram isso, numa brincadeira muitas vezes. As pessoas não conseguem se educar, pensam logo que não conseguem e fazem cirurgia bariátrica ou colocam um balão, que nem sempre é muito bom, eu conheço pessoas que hoje estão com depressão, porque tem vontade de comer alguma coisa e não consegue.

Representação: As representações são relacionadas a construção social do corpo ideal e irreal que busca atender ao padrão de beleza atual.
--

Fonte: dados da pesquisa.

Um questão relevante nos discursos é a ancoragem para a compreensão e para as causas, que são o “padrão de beleza” e “medo de engordar”, estas falas emergem nos discursos como resposta a questão de pesquisa e que corroboram com estudo de Val (2019). Segundo Robinson (2000) e American Psychiatric Association (2014), a prática clínica mostra que não é regra os indivíduos apresentarem este desconforto apenas relacionado com peso. Este fato importante contribuiu para as discussões, para que na 5ª edição do DSM fosse ampliado não apenas o medo de ganho de peso, mas também a presença de hábitos persistentes que interferem no aumento de peso. Neste sentido, Kraemer (2014) ressalta a importância de não se relativizar o que seria o peso adequado na prática clínica, na maioria das vezes, ofuscada pelas definições rígidas dos parâmetros ponderais ideais determinados estatisticamente.

Outra tentativa de aproximação da compreensão e causa é o discurso relacionado ao contexto social, principalmente como as relações de convívio com a família e como estas relações podem reverberar nesta psicopatologia. O presente estudo está de acordo com os achados nos estudos de Hansson et al. (2017), relata que os filhos imitam a maneira como os pais regulam as próprias emoções, indicando possível associação do TA com desregulação emocional entre adolescentes e pais. Bem como as conclusões de Lampis et al. (2014) que demonstrou que os padrões familiares de alto risco para TAs eram definidos pelo estilo parental controlador, menos atencioso e com características de perfeccionismo. E Arroyo e Segrin (2013) fala sobre a rigidez da estrutura familiar como fator de risco para o desenvolvimento dos quadros de TAs. Neste sentido, se faz importante a prática clínica abordar a interação dos

processos atrelando às desigualdades sociais, de gênero e as relação no contexto e convívio familiar.

A partir desta representação da compreensão do conceito e causa dos discursos pelos profissionais de saúde, é possível destacar o papel de cada profissional da saúde no cuidado individualizado ou em equipe, e que busque trabalhar os atributos relacionados a comida, o contexto biopsicossocial, os padrões de beleza e as relações familiares. Hepworth (2007), e Val (2019) em seus estudos sobre TA, apresentam uma reflexão crítica a partir de seus estudos, que os profissionais indicam não se sentem instrumentalizados para sustentar o vínculo e desenvolvem relação, contratransferências negativas associado a hipótese de que os indivíduos são difíceis de serem abordados. Este dado torna-se relevante, à medida que quando trata-se de profissionais da Atenção primária à Saúde que, apesar de serem os que estabelecem o primeiro contato, mostram-se pouco familiarizados com compreensão e desenvolvimento dos transtornos alimentares.

Neste contexto, torna-se evidente a necessidade de diálogos com outros referenciais teóricos, no entanto, as pesquisas qualitativas anteriores apresentam um foco mais em sintomas, experiência do paciente e familiares e a relação terapêutica. Ou seja, poucos estudos abordam as construções discursivas dos profissionais sobre o tema (SIBEONI, 2017; VAL, 2015).

5.2.3 Como você identifica que a pessoa tem TA? Como você atribui a sua categoria profissional no cuidado ao usuário com TA?

Para seguimento com a discussão das representações dos TA para os profissionais da saúde, associamos duas questões de pesquisa, compreendendo suas correlações entre os discursos coletivos. Neste primeiro discurso, é abordado como os profissionais identificam as pessoas com transtornos alimentares.

Quadro 8: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

4 - DSC dos Profissionais - Como você identifica que a pessoa tem TA?
Eu acredito que a primeira forma de escutar o que é que o paciente tem, na realidade, é dando uma boa acolhida e fazendo a anamnese detalhada. Porque se ele se sentir confortável contigo, ele vai trazer tudo que é de dor. Mas primeiro ele vai ter que olhar pra ti e acreditar que você não vai julgar, que ele está sendo confortável, que ele está sendo confortável, que está sendo o mais humanizado possível. Muitas vezes o paciente vem apenas com o encaminhamento de “obesidade”, “peso”. Por isso tem que se ter uma boa conversa relacionada a tudo. A gente tem muito encaminhamento por transtorno de ansiedade, aí nos atendimentos os pacientes falam que não conseguem controlar a questão da alimentação, compulsão alimentar. Raramente a pessoa que come uma coisa, que tem um transtorno alimentar mais grave, como a bulimia, anorexia, como a gente falou aí, ela vai falar pra você na primeira consulta, eu gosto sempre de fazer e deixar o paciente muito aberto de falar como é seu dia. Então, eu consigo perceber muito quando eu começo a abrir. E digo ao paciente que preciso saber como é sua rotina, o que você faz, quais são suas refeições. Então, quando a gente abre esse diálogo, eles começam, ah, eu gosto

de comer muito isso. Ah, doutora, você sabia que eu sou com muita ansiosa, como demais. Quando a gente dá vez e voz pra eles falam e não deixar fica só aquele termo técnico. Acaba que eles se abrem mais pra comentar sobre o dia a dia, sobre as emoções. E a gente começa a entrar, a falar sobre as emoções, sobre os transtornos, sobre o peso, sobre o consumo de alimentos. Neste sentido, a pessoa sabe que está engordando, mas não consegue parar, não consegue fazer uma atividade física e assim que é mais ou menos vem com a hipótese de ansiedade, que traz esses queixos em relação à alimentação. A compulsão é mais fácil da gente avaliar. Os outros realmente tem que ter uma convivência melhor, tem que ter realmente aquela ligação bem íntima que eu acho que só que convive mais de perto, que é o agente de saúde, poderia identificar.

Representação: Eu acredito que a primeira forma de escutar o que é que o paciente tem, na realidade, é dando uma boa acolhida e anamnese detalhada, que o ambiente esteja confortável e ele confiar que está sendo acolhido não se sentir julgado, assim eles se abrem mais pra comentar sobre o dia a dia, sobre as emoções e a gente começa a entrar, a falar sobre as emoções, sobre os transtornos, sobre o peso, sobre o consumo de alimentos.

Fonte: dados da pesquisa.

As representações sociais que os profissionais constrói sobre a identificação dos transtornos alimentares na Atenção Primária à Saúde estão ancorados em um atributo específico inerente deste nível de atenção à saúde, que é o acolhimento com anamnese detalhada e um ambiente confortável e favorável para a criação e efetividade de vínculos entre os profissionais e o paciente.

Na literatura há teste e instrumentos específicos para a identificação dos transtornos alimentares, como o Eating Attitudes Test (EAT-26) (Anexo B) na sua versão validada e traduzida para o português, BIGHETTI et al., (2004) o Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) e o teste de silhuetas Kakeshita (2009) (Anexo C). Esses instrumentos avaliam atitudes, comportamentos e preocupações relacionadas à alimentação e podem fornecer informações úteis na identificação dos transtornos. Os estudos que utilizam estes questionários ou testes se concentram em grupos específicos como estudantes universitários considerando as cinco regiões do país (ALVARENGA, 2011). Pós graduandos de cursos da área da saúde (COSTA et al., 2018). Ou direcionados ao público dos adolescentes, prioritariamente no ambiente escolar (FORTES, 2017). A partir disso, percebe-se que estes instrumentos não fazem parte das ações e estratégias das unidades de básicas de saúde como materiais potenciais para melhor identificação de comportamentos relacionados à alimentação.

A APS, desempenha este papel fundamental que é garantir o acolhimento adequado dos profissionais que atuam nesse contexto. E que este acolhimento seja para além do primeiro contato quando se expressa as demandas.

A Política Nacional de Atenção Básica apresenta que o acolhimento no processo de trabalho na atenção básica esteja presente nos encontros entre profissionais de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidades presente no território. Este acolhimento pode

acontecer com classificação de risco, sendo seus atributos, uma escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, cultural, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos. Esta estratégia de risco é fundamental para que a equipe organize as ações e estratégias que devem ser realizadas, priorizando o trabalho com a equipe multiprofissional, a resolubilidade e Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

Estes atributos inerentes ao processo de trabalho e essa criação de vínculo permitem tanto ao trabalhador quanto ao usuário encontrar suas potencialidades, estabelecendo relações mais recíprocas e possibilitando a construção de atos terapêuticos mais sólidos e efetivos e coautorias (SANTOS, 2008). Estes resultados corroboram com outros estudos, onde ressaltam a importância das habilidades que o profissional deve ter para estabelecer um relacionamento interpessoal terapêutico considerando a confiança e o vínculo, com o objetivo de um cuidado contínuo e longitudinal. Ressalta-se a importância do profissional enfermeiro para se engajar em ações que viabilizem a expressões das emoções com elaboração de planos de cuidado baseados em evidências na perspectiva da integralidade (MONTANARI, 2021; WOLF, 2016).

Outro estudo que mostra a efetividade das relações dos profissionais e pacientes, foi desenvolvido em uma unidade hospitalar com pacientes portadores de TA. Segundo Ramos (2016), a boa relação terapêutica está pautada em posturas profissionais de diálogo, interesse pela fala do usuário e que se mostram compreensivos, afetuosos e empáticos, buscando soluções para o problema apresentado pelos pacientes.

Neste sentido do acolhimento, colaboração interprofissional, atendimento multiprofissional, humanização, visão integral do paciente, diálogo e escuta efetivas das demandas, se ancora o discurso do sujeito coletivo quando perguntado sobre o fazer da categoria profissional frente a casos ou potenciais casos de transtornos alimentares no atenção primária a saúde.

Quadro 9: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

7- DSC dos Profissionais - Como você atribui o fazer a sua categoria profissional no cuidado ao usuário com TA.
Os primeiros cuidados que a gente precisa ter, assim, tendo a atenção básica como porta de entrada é a humanização, acolher aquele paciente que vem com aquela queixa, que vem com aquela angústia. E buscar respostas, como foi que esse transtorno entrou na vida dele? E por que ele se mantém? Quais são os reforçadores? Após isso, a gente vai ter que ver a questão da identidade, como ele se enxerga, por que ele se enxerga daquele jeito. Quem ele seria se ele não tivesse tido tantas experiências que o levaram a ter esse transtorno? Porque o paciente é integral e precisa de várias visões. Então, além da questão do tratar humanizado, de trazer essa compreensão, e a partir disso a gente traça metas de como é que a gente pode fazer o manejo dessa conduta, sensibilizar os pacientes que compreendam que as mudanças, elas não são tão fáceis, ela requer um tempo, requer uma meta, requer um cuidado e um esforço. A escuta

qualificada é uma estratégia importante, considerando que na atenção primária não há equipamentos específicos para esse tratamento.

Representação: A atenção básica como porta de entrada, um dos principais cuidados é a humanização, acolher o paciente e buscar respostas, conhecer a história do paciente com relação aos transtornos alimentares e ter uma visão integral do paciente, além de sensibilizar os pacientes para a compressão desta condição.

Fonte: Dados da Pesquisa

Em continuidade ao fazer profissional referente a temática, o discurso dos profissionais perpassa por práticas que devem disseminar o conhecimento e orientações sobre a alimentação e o alimento.

Quadro 10: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

7- DSC dos Profissionais - Como você atribui o fazer a sua categoria profissional no cuidado ao usuário com TA.
Acredito que seja orientação básica, orientar sobre alimentação e a frequência de forma mais abrangente uma orientação de alimentação saudável. Além disso, hoje a questão alimentar já é muito importante em relação a isso, mas não só a nutricionista, como também todos os demais profissionais porque quem tem transtorno alimentar ou se acha muito magro, ou se acha muito gordo, não se vê perfeitamente. Então, a gente precisa ter uma cautela em relação a obrigar o paciente a consumir aquele tipo de alimento, ou seja, o paciente recebeu o diagnóstico de um transtorno alimentar, qualquer, para ele é difícil, como qualquer outro diagnóstico. Apresentar esse cuidado e tentar conscientizar e fazer o que o paciente entenda seu diagnóstico. Entender que a comida é pra você fazer bem e não um meio de fazer mal, trazer benéficos e nutri. Saber quais são os benefício desse alimento.
Representação: Orientações gerais sobre alimentação e sua frequência e conscientizar ao entendimento que a comida é para fazer bem, trazer benefícios.

O conhecimento sobre a nutrição e alimentação, principalmente a Educação Alimentar e Nutricional, é um prática transversal às ações de saúde, intersetoriais e inerente a prática dos profissionais da estratégia de saúde da família, e não apenas centrado ao profissional nutricionista. Este tema está inserido em uma série de programas e políticas de saúde e educação vigentes no Brasil, como na política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan); na Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN); na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); na Lei nº 11.947/09, do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae); na Resolução FNDE nº 26/2013; bem como no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e, mais especificamente, no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, dentre outros.

É evidente nos discursos, a necessidade de entendimento e conscientização sobre as orientações de alimentação de um modo geral e atenta-se às particularidades de cada indivíduo, como ele exemplifica sua relação com a comida, e qual papel os alimentos ocupam em determinada condição de doença. Silva et., (2018), apresenta em seu estudo um termo pertinente a este comportamento e que é crescente atitudes desta natureza, a “patologização do comer”, que é produto de uma relação distorcida com a comida, onde se apresenta a culpa, o

arrependimento, a necessidade de controle da fome e dos desejos alimentares, além da visão dicotomizada da alimentação.

O ato de sentar-se à mesa sem culpa, de compreender a alimentação como ato biológico de sobrevivência que envolve um contexto social, cultural e psicológico, passou a ter, um caráter curativo para doenças, e atualmente, um caráter modelador ou construtor do corpo desejado (FONSECA, 2011). Neste sentido, o ato de comer que costumeiramente foi tão simples e, ao mesmo tempo, cheio de significados e afetos, foi se tornando fonte confusão, sofrimento, angústia e até julgamento moral, este cenário pode causar adoecimento mental e físico relacionado a disfunção com o comer, a comida e o corpo, como são os transtornos alimentares (SILVA et al, 2018). Assim, os profissionais de saúde munidos da ciência, tem habilidades e competências para trazer informações claras e seguras que vai de encontro a informações desta natureza a fim de minimizar doenças relacionadas a alimentação e nutrição.

5.2.4 O que acha que os seus colegas de trabalho/profissionais da saúde pensam sobre as pessoas com TA?

Para seguimento das análises dos discursos, buscou-se compreender o que os profissionais acham que seus colegas de equipe pensam a respeito da problemática em questão, as ideias centrais é que há uma dificuldade na identificação destes usuários potencializado pelo do cuidado a categorias profissionais específicas. Outra representação é que a APS tem apresentado dificuldade em executar os atendimentos mais complexos que requer, investigação e aproximação com a comunidade, ou seja, há um distanciamento das demandas relacionadas à saúde mental, bem como falta de percepção da importância do atendimento em equipe e não apenas os encaminhamentos.

Quadro 11: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

8 - DSC dos Profissionais
<p>O que acha que os seus colegas de trabalho/profissionais da saúde pensam sobre as pessoas com TA?</p> <p>Acredito que uma dificuldade de identificar ou perceber os transtornos alimentares, e que o cuidado é mais específico do enfermeiro, psicólogos e as demais categorias não tem muito manejo. E para conseguirmos identificar isso, a gente precisa de aquele cuidado continuado pra gente poder ver realmente as nuances, os detalhes, pra gente poder realmente identificar um paciente que tem transtorno ou não. Infelizmente, a atenção primária não está conseguindo se voltar mais pra essas questões básicas, que seria o carro-chefe da atenção primária. A gente tá fazendo atendimentos de urgência. Então, esses tipos de atendimentos, que são atendimentos complexos, que teriam que ter uma maior demora, investigação, aproximação com a comunidade, infelizmente, estão ficando de lado, porque a gente não está tendo tempo pra isso. Estão cada vez mais raros os atendimentos compartilhados, há muitos encaminhamentos. O médico orienta, os enfermeiros enfatizam sobre isso e a nutrição geralmente faz um clareamento da questão, nunca participamos juntos dessa reunião. É algo frágil, principalmente através da concepção de que muita gente ainda tem, infelizmente, sobre que saúde mental é só para o psicólogo, ou um psiquiatra. Às vezes eu vejo isso distanciamento da equipe para tratamento desse tipo,</p>

dentre outros que perpassam sobre a saúde mental. Os que trabalham comigo não fecham o olho e ignoram. Principalmente quando é uma coisa mais estranha, assim, que é mais incomum, né?
--

Representação: Dificuldade de identificar ou perceber os transtornos alimentares, atrelado a direcionar o cuidado a categorias profissionais específicas. A APS não está conseguindo se voltar para estes atendimentos mais complexos que requer tempo, investigação e aproximação com a comunidade. Há um distanciamento para isto e para as demandas relacionadas a saúde mental e falta de percepção da importância do atendimento em equipe e não apenas os encaminhamentos.
--

Fonte: Dados da Pesquisa

A Estratégia de Saúde da Família é propulsora para o avanço da APS, é conhecida pelo uso de tecnologias leve, que consideram critérios de riscos e vulnerabilidade, acolhendo as necessidades de saúde e sofrimento dos usuário, atributos aos transtornos alimentares por ser considerado uma psicopatologia multifatorial. Santos (2016) em seu estudo, relata a existência de dificuldade para efetivar as ações que envolvam as demandas de saúde mental, em decorrência da falta de investimentos em recursos humanos e infraestrutura e pelo estigma social. Estes discursos corroboram com os achados de Pereira (2020), que buscou conhecer a prática dos profissionais sobre a Saúde Mental na APS, e relata sobre as dificuldade encontrada: não compartilhado por toda a equipe, sugerindo dificuldade de a equipe lidar com os usuários de modo a estabelecer o vínculo; a equipe não possui clareza de suas atribuições e como saber lidar com a demanda de saúde mental; dificuldade em estabelecer vínculo com a comunidade; expressaram dificuldade por não se sentirem capacitados a lidar com essa demanda e que mesmo entendendo a importância para o território, os profissionais recolhem que não atuam com programas ou processos de trabalho específico para a saúde mental.

Outro estudo realizado com equipe de saúde da família, mostrou resultados semelhantes com os trabalhadores expressando um sentimento de despreparo, além de baixa percepção de potencial terapêutico do cuidado na APS pouco uso do potencial dos espaços públicos e processos coletivos, incluindo as diversas práticas grupais (PRATA, 2017).

Para minimizar estas dificuldades e melhorar o processo terapêutico destas demandas específicas, é importante que a atuação esteja fundamentada na territorialização, mapeamento de áreas e planejamento de ações destacando a importância da Rede de Atenção à Saúde, no contexto da saúde com destaque para a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), cujos dispositivos incluem a ESF, os Caps e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), assim tornado mais efetivo e colaborativo os atendimentos com as demandas de psicopatológicas (BRASIL, 2009).

5.2.5 Você acredita que os TA é um problema no seu território? Pessoas com TA procuram o serviço de saúde em que você atua atualmente? Você já atendeu/participou ou atende/participa do atendimento de algum paciente com TA? Você já atendeu/participou ou atende/participa do atendimento de algum paciente com TA?

O presente tópico busca compreender a percepção dos profissionais sobre a existência dos transtornos nos seus territórios de atuação, se as pessoas com TA ou potenciais casos procuram o serviço e se estes têm experiência no atendimento a casos de relacionados com os distúrbios alimentares. E como resultado das questões de pesquisa, as ancoragens dos discursos revelam que os profissionais de saúde entendem que os transtornos alimentares é um problema existente nos territórios pesquisados, principalmente no público infanto-juvenil e que este problema precisa ser reconhecido e discutido. E ressaltam que isto pode ser uma problemática camuflada quando se relaciona com a magreza, além de que estes pacientes tem os pensamentos muito organizados no sentido de “eu não posso me alimentar” e podem ser resistentes à intervenções.

Quadro 12: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

10 - DSC dos Profissionais – Você acredita que os TA é um problema no seu território?
Existe sim o problema, e é um problema que precisa ser discutido e reconhecido. Principalmente a compulsão alimentar, infelizmente potencializada pela questão social. E aparentemente, é um problema na área pediátrica e da adolescência. Porém, acho que é um problema camuflado, por que aqueles que são mais voltados à magreza, eles entendem a gente não como um suporte, mas em alguns momentos como alguém que vai levá-los a começar a se alimentar, e isso não é uma coisa positiva, entende? Porque o pensamento é tão organizado no sentido de que eu não posso me alimentar, que se eu for para um profissional que vai mudar a forma de pensar, o meu corpo já não vai ser aquele ideal que eu acredito que hoje em dia seja assim.
Representação: Existe o problema e este precisa ser discutido e reconhecido no território, aparentemente é um problema no público infanto-juvenil. Porém pode ser um problema camuflado quando relacionados à magreza.

Fonte: Dados da Pesquisa

Neste sentido, os profissionais discursam sobre a procura do serviço de saúde por pessoas que apresentam esta psicopatologia. Isto é, relatam que não é uma demanda/queixa primária ou procuram o serviço quando a psicopatologia está reverberando em sintomas graves e assim não realizou atendimentos à pessoas com TA e não apresentam experiências vivências e atendimentos com relação ao presente tema. Os profissionais identificam queixas relacionadas à mudança de peso, Índice de Massa Corporal, mas não dos transtornos alimentares. Relatam também que é muito difícil os pacientes procurarem o serviço de saúde da atenção básica à saúde com esta demanda.

Quadro 13: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

9 - DSC Profissionais – Pessoas com TA procuram o serviço de saúde em que você atua atualmente?
De modo geral, os pacientes não procuram. É difícil os pacientes chegarem aqui e já dizer que está com transtorno alimentar, podem até procurar, mas pode não ser uma queixa primária, então fica difícil saber se o paciente procura o serviço em específico por essas questões. As vezes identificamos numa consulta algo relacionado ao IMC, se está mais magra ou não, mas nunca chegou com queixa de transtorno alimentar mesmo. Nunca recebi casos nesse sentido. Chega muito por questões de ansiedade. A gente vê muito essa questão da patologização hoje em dia, é nomeado como transtorno ou com ansiedade, de forma errada, e que não é praticamente compatível com o sofrimento daquela pessoa, mas que acontece. Então podem procurar quando a doença está mais grave.
Representação: Pacientes não procuram o serviço, e se procura não é a demanda primária quando chegam ao serviço de saúde ou procuram o serviço quando a psicopatologia está em sua forma grave.

Fonte: Dados da Pesquisa

Quadro 14: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

6- DSC dos Profissionais – Você já atendeu/participou ou atende/participa do atendimento de algum paciente com TA?
Não faço atendimento específico dos transtornos alimentares, tem atendimentos mais com o público das crianças, mas não questões da alimentação inadequada, e em casos assim foi encaminhada para a nutricionista.
Representação: Não há vivência de atendimento específico dos transtornos alimentares.

Fonte: Dados da Pesquisa

Quadro 15: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

12- DSC dos Profissionais – Lembra de alguma situação marcante vivenciada por você ou algum dos profissionais que atendem pessoas com TA que possa compartilhar?
Não vivenciei, não recorde de casos assim, não cheguei a fazer atendimento específico para os transtornos alimentares e não tenho experiências para compartilhar.
Representação. Não apresentam vivências com relação aos atendimentos de transtornos alimentares.

Fonte: Dados da Pesquisa

Entendo a complexidade do diagnóstico, tratamento e continuidade do cuidado, os TA são e devem ser tratados nos serviços especializados, pois demandam de recursos e conhecimentos específicos para seu manejo, e é neste sentido que a literatura desenvolve seus estudos, em sua maioria são desenvolvidos em hospitais, centros especializados e com públicos potencialmente vulneráveis a desenvolver os transtornos alimentares, sendo eles, adolescentes e mulheres adulto-jovem, principalmente quando os aspectos de trabalho tem relação direta com o corpo, ou seja, entende-se que são limitados os estudos que analisam a relação da presente temática com a APS (SANTOS, 2015; PRISCO, 2013; PINZON, 2004).

A partir do discurso que os transtornos é um problema e que este pode ser um problema camuflado, e que os pacientes não procuram o serviço como queixa primária, salienta-se que os transtornos alimentares apresenta baixa prevalência, variando de 0,5 a 4,2%, no entanto, são apontados como um dos transtornos mais comum entre mulheres jovens e com elevados índices de morbidade e mortalidade, sendo os mais comuns a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o

transtorno de compulsão alimentar periódica (CORDAS, 2001; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Um estudo epidemiológico realizado com trabalhadores da área urbana em uma cidade da Bahia, tendo o domicílio como unidade amostral, apresenta que as prevalências de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e Bulimia Nervosa foram, respectivamente, 4,3% e 1,0%. As prevalências foram mais elevadas entre os que apresentaram consumo abusivo de álcool, insatisfação com o peso, história de agressão na infância, problemas financeiros/preocupações.

Dadas estas prevalências, ressalta-se que os transtornos alimentares é um potencial problema que permeia a atenção primária à saúde, talvez de modo pouco aparente/visível em sua fase inicial, porém um problema grave, dada sua complexidade diagnóstica e terapêutica. Neste sentido, ressalta-se mais uma vez a responsabilidade dos profissionais frente aos transtornos alimentares, e a importância do vínculo para que a investigação diagnóstica aconteça de forma precoce, e os devidos profissionais, serviços e equipamentos da rede de atenção à saúde possam ter suas ações mais efetivas.

É neste sentido das redes de atenção à saúde, que o discurso dos profissionais se ancoram quando perguntados sobre possíveis atendimentos e vivências marcantes que podem ser compartilhadas. As vivências e resolubilidade com estes casos do presente estudo, é que além do atendimento há um encaminhamento para outros profissionais da equipe e serviços especializados como o Centro de Apoio Psicossocial.

Quadro 16: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

6 - DSC dos Profissionais – Você já atendeu/participou ou atende/participa do atendimento de algum paciente com TA?
Eu atendi uma adolescente e ela tinha anorexia, né? E ela se mutilava, então, para além da questão do transtorno dela, da anorexia ainda tinha as questões psicológicas dela. Além disso, há questões da fome emocional. E quando há casos assim, a gente faz o básico e faz o encaminhamento do paciente para outros lugares, como a nutricionista ou CAPS, para fazer o acompanhamento na rede de saúde.
Representação: Os transtornos alimentares estão associados a questões psicológicas, além do atendimento básico há o encaminhamento para outros serviços especializados de saúde e outros profissionais para fazer o acompanhamento. Rede e serviços especializados

Fonte: Dados da Pesquisa

Quadro 17: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

12- DSC dos Profissionais – Lembra de alguma situação marcante vivenciada por você ou algum dos profissionais que atendem pessoas com TA que possa compartilhar?
Vejo adolescentes que estão acima do peso, que eles trazem uma carga emocional de sofrimento absurda e geralmente pela questão do bullying, não porque eles já se enxergavam assim, mas porque dizem que eles são assim. Pelo histórico que teve, então tem muito essa questão de muitos não conseguirem ir para a escola, eu tive um caso, mas não foi aqui, foi em outra cidade, para falar a verdade contigo, para ser bem sincera, que o adolescente deixou de ir para a escola exatamente por causa do peso dele. Outra situação, é uma paciente que ela veio encaminhada com compulsão alimentar. E aí, ela veio para mim,

ela não foi nem na Nutricionista, não. Ela veio encaminhada direto para mim e aí eu que pedi à nutricionista se ela poderia atender comigo, né? E aí eu fiz o meu atendimento em relação às questões mais psicológicas e em relação às questões alimentares a nutricionista que fez. Outro caso vivenciado, é paciente com questões de compulsão alimentar excessivamente, vivência familiar, beleza e tudo mais, que vinha aumentando a cada tempo e estava reverberando na ansiedade e outra que é um transtorno atípico, o de picanismo, foi encaminhado para o CAPS. Na atenção especializada, não teve sucesso e esta pessoa voltou pra APS para cuidarmos dela de outra forma.

Representação. Vivências de atendimento a adolescentes em sofrimento psíquicos por conta do peso, quadros de ansiedade devido a compulsão alimentar e padrão de beleza casos assim foi realizado encaminhamento para o CAPS.

Fonte: Dados da Pesquisa

A Política de Atenção Básica traz em seu escopo de ações o cuidado pelas equipes de atenção básica, inclusive os profissionais das Estratégias de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial, estes são considerados de extrema importância em função da facilidade de comunicação e acesso entre as equipes e a população. Neste contexto, embora não discriminado na política, os transtornos alimentares são considerados distúrbios que devem ser diagnosticados e tratados na atenção básica. As equipes de apoio multiprofissionais são importantes, pois permitem conhecer, escutar e cuidar de forma holística do indivíduo com transtorno mental (BRASIL, 2013).

Assim, a literatura apresenta estudos voltados aos usuários dos Centros de Atenção Psicossociais e psicopatologias relacionadas às questões alimentares e nutricionais. Com o objetivo de avaliar a autoimagem, estado nutricional e comportamento alimentar de usuários do Centro de Atenção Psicossocial, foi possível perceber resultados que estes usuários apresentam distorção de imagem, o índice de massa corporal apresentou correlação positiva com a insatisfação corporal e com estratégias para perder peso, ou seja, os indivíduos que apresentam maior IMC são mais insatisfeitos com seu corpo e adotam mais estratégias para perder peso, da mesma forma apontaram correlação positiva com o IMC e alimentação restritiva (COSTA, 2022).

Outro estudo desenvolvido com crianças e adolescentes, traz que comorbidades psiquiátricas esteve presente na maioria das crianças e adolescentes, e que 58% delas eram relacionados a transtornos alimentares (CAMPELO, 2014).

Neste contexto, os Centros de Atenção Psicossocial que destina-se a prestar assistência direta a usuários portadores de transtornos mentais, promovendo cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, e que atuam com co responsabilidade do cuidado junto a Estratégia de Saúde da Família, é um dispositivo que podemos incluir os cuidados aos transtornos alimentares. Entretanto, as ações específicas para o público com TA, não bem definidas e

detalhadas, nos materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde referentes à saúde mental, o que dificulta o atendimento especializado a este público (BRASIL, 2013; BRASIL, 2004).

5.2.6 Existem procedimentos/conduas/orientações específicas para o atendimento da pessoa com TA nesta unidade de saúde? Você costuma executar condutas específicas? Você teve alguma educação permanente ou treinamento para o cuidado ou identificação de pacientes com transtorno TA? Você gostaria de acrescentar alguma informação que considere relevante para este estudo?

Neste eixo das questões de pesquisa, os profissionais discursaram sobre a disponibilidade de materiais ou condutas específicas para o melhor manejo dos transtornos alimentares ou sobre estratégias de qualificação profissional, e relatam que não há protocolos/conduas específicas para a psicopatologia, mas em casos específicos de saúde mental, no qual o transtorno alimentar possa estar presente, usam a estratégia do matricialmente. Os entrevistados apresentam em seus discursos sobre a inexistência de qualificação profissionais na atenção primária à saúde e até mesmo em espaços acadêmicos.

Quadro 18: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

11- DSC dos Profissionais – Existem procedimentos/conduas/orientações específicas para o atendimento da pessoa com TA nesta unidade de saúde? Você costuma executar condutas específicas?
A gente tem muito pouco protocolo para tudo, na realidade. A gente tem alguns protocolos definidos para algumas coisas que são mais comuns, né? Para gestante, para criança, puericultura, pré natal, para hipertensão de diabetes. São as coisas mais comuns do dia a dia do posto. Mas para transtorno alimentar, que eu conheço, não tem nenhum não que possamos seguir para os atendimentos. Geralmente são feitas orientações, encaminhamentos para assistência especializada e os médicos, que acredito que a medicina possa estabilizar um pouco esses sintomas. A gente costuma trabalhar muito em equipe, então se eu pego um paciente que eu percebo que ele vai precisar de um suporte maior direcionado a muitas coisas, eu já consigo chamar o enfermeiro para me ajudar, o nutricionista para me ajudar, às vezes um profissional de educação física também para me ajudar. Então a gente tenta não fazer as coisas tão sozinho, porque o ser humano é múltiplo. E tem casos de saúde mental que vai para um matriciamento. Porque às vezes o transtorno também está presente nesse caso.
Representação: Há protocolos\condutas definidos para atendimentos mais comuns das unidades de saúde, mas específicos para os transtornos alimentares não tem. É realizado trabalho em equipe e atendimento junto a outros profissionais, bem como usar a estratégia de cuidado do matriciamento.

Fonte: Dados da Pesquisa

Quadro 19: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 20235 -

5 - DSC dos Profissionais – Você teve alguma educação permanente ou treinamento para o cuidado ou identificação de pacientes com transtorno TA?
Não teve momentos de formação aqui na atenção primária, nem em outros espaços da vida profissional. Eu aprendi algumas coisas sobre isso, mas nem é um tema que se aborda muito na graduação. É uma coisa que você vê muito pouco mesmo. O único momento que eu tive foi na minha pós-graduação, que a gente teve um módulo inteiro sobre isso. Mas as capacitações, em geral na vida profissional, a gente não tem.
Representação: Não há momentos de formação na atenção primária à saúde ou em outros espaços do âmbito profissional, apenas em espaço acadêmico.

Fonte: Dados da Pesquisa

Quadro 20: Representações dos profissionais da atenção primária a saúde. Sobral, Ceará, Brasil, 2023

13 - DSC dos Profissionais – Você gostaria de acrescentar alguma informação que considere relevante para este estudo?
<p>Acredito que o atendimento compartilhado em equipe seja o mais importante, realização de treinamento e qualificação profissional direcionado aos transtornos alimentares que possamos voltar mais esse olhar dentro do território, para a gente poder tentar identificar, entendo que falhamos nesse sentido, porque a gente se preocupa tanto com as outras demandas que são mais corriqueiras, e aí acaba que as outras necessidades ficam para trás. É uma temática importante e relevante para a atenção primária, então seria interessante educação permanente, treinamento, educação continuada para que os profissionais possam compreender melhor e atender estes casos. O estudo poderia criar um protocolo que a gente pudesse seguir para orientar durante uma consulta com esse tipo de transtorno, porque realmente a questão alimentar, pois nossa visão é bem fechada, não só o transtorno em si, mas a questão alimentar em geral, é algo que tá bem precário nessas populações vulneráveis, então pode não ter a bulimia e anorexia ou compulsão alimentar. Os transtornos alimentares em relação à atenção primária ainda é um tabu, porque não tem muita procura, não tem muita demanda, ou se tem, é mais para questão psicológicas, eles encaminham mais para psicólogo e aí, quando necessário, entra um nutricionista, mas sempre é mais procurado a questão psicológica, é um fato relevante esse questionamento dos alimentos, O problema é que a gente tem dezenas de outros problemas relevantes. E eu falo muito isso para os meus colegas que estão começando. A energia que a gente tem para gastar, muitas vezes é grande. Se a gente sair resolvendo tudo, a gente não dá conta de nada. Então, muitas vezes a gente tem que, na APS, na realidade do Brasil, parece estranho dizer isso, mas escolher quem é que a gente vai ajudar. E o problema é que o paciente tem algum transtorno, muitas vezes se ele não aparecer por aqui, a gente não descobre que ele existe e ele vai ficar aí para sempre. E não só para a questão alimentar, para vários outros problemas. Quem está andando no bairro aí, quem está tendo um contato diário com os pacientes, é agente de saúde, né? Ela não está preocupada com gente que está com bulimia ou anorexia, não. Ela está preocupada com o que cobram dela, que é o quê? São as gestantes, as crianças, os diabéticos, os hipertensos, sabe? As metas que deixam a gente preocupado com outras coisas. A gente gasta energia nessas coisas. Então, muitas vezes, a questão do transtorno alimentar, a gente só consegue tratar, dar o diagnóstico, dar o segmento, tratar eventualmente, se ele chegar por aqui espontaneamente. E a gente não consegue encontrar esse paciente muitas vezes, infelizmente. É a realidade. Eles estão aí, deve ter um bocado aí, que eu nem conheço.</p>
<p>Representação: Potencializar o atendimento compartilhado, realizar treinamentos, qualificação profissional, educação permanente, criação de protocolo, sensibilizar os profissionais de saúde para as demandas dos transtornos alimentares, incorporar no fazer do dia a dia.</p>

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com os discurso, a estratégia de cuidado utilizada para casos relacionados à saúde mental, entendendo que os transtornos alimentares podem estar ligados ao indivíduo, é o matriciamento. Este é uma prática interdisciplinar onde especialistas prestam suporte às equipes da atenção básica com vistas a qualificar o cuidado ofertado na atenção básica. As ações são terapêuticas conjuntas e atividades pedagógicas. A organização do trabalho deve ser dar de modo a fomentar parcerias, onde o ambiente favoreça que os profissionais possam trocar seus saberes, ampliando assim suas concepções sobre adoecimento e formas de tratamento aos sujeitos (CAMPOS, 2007).

Segundo Fagundes (2021), com o objetivo de analisar os efeitos das ações de matriciamento em saúde mental no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico na AB, destacou a influência positiva na discussão de casos, ações clínicas compartilhadas e construção de Projeto Terapêutico Singular. Outro estudo ressalta a importância e a dificuldade do trabalho

em rede. Trabalho em rede são vistos como positivos, embora ainda apresentem falhas na comunicação e descontinuidade das ações tanto pelo serviço de atenção básica como pelo serviço especializado (GAZIGNATO, 2014).

As concepções trazidas pelas equipes de referência, equipes matriciais e gestores a respeito da temática apresentou associações do matriciamento à possibilidade de garantia de encontro produtivo entre equipes da Atenção Básica e equipes dos CAPS, com vistas à ampliação do cuidado em saúde mental. Neste sentido, foi trazido nas entrevistas a possibilidade desta estratégia de trabalho fomentar a integralidade, reabilitação psicossocial, corresponsabilidade do serviço com o cuidado (IGLESIAS, 2019). Deste modo, fica evidente a importância desta estratégia no cuidado às condições psicossociais, que pode incluir os transtornos alimentares.

Neste contexto, evidenciou-se um discurso com questões relevantes para o processo de trabalho com vista a melhorar a proximidade com a temática; potencializar o atendimento compartilhado, realizar treinamentos, qualificação profissional, educação permanente, criação de protocolo, sensibilizar os profissionais de saúde para as demandas dos transtornos alimentares, incorporar no fazer do dia a dia. A partir de uma busca de documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde no qual tragam o assunto em seus materiais, são pouquíssimos os documentos que discutem o tema, e quando discutem é de forma muito sucinta. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição apresenta de forma breve os transtornos alimentares, o classifica como uma necessidade alimentar especial que deve ser considerada como demanda da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde, sem estabelecer ações específicas para o cuidado dos transtornos (BRASIL, 2013).

O caderno de Atenção Básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade, apresenta capítulos específicos sobre os transtornos alimentares, relata o papel da Atenção Básica nos transtornos alimentares, descreve-se as metas do tratamento dos transtornos, que são regularização do padrão alimentar, controle das práticas purgativas e restritivas, orientação nutricional, e tratamento psicológico e psiquiátrico. O diagnóstico é feito pelo médico, enfatiza a necessidade de encaminhamento para centros especializados, como hospitais com ambulatório psiquiátrico e os Centros de Atenção Psicossocial e orienta a execução do projeto terapêutico singular pela equipe matricial (BRASIL, 2014).

Outros materiais são, “Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde”; “Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde e Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional”; “Matriz de Ações de

Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde” e “Guia prático de Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011; BRASIL, 2009).

Embora o conhecimento acerca da temática e poucos materiais de apoio para o cuidado dos transtornos alimentares, uma das mais potentes estratégias para o cuidado é a equipe interdisciplinar se debruçar sobre os casos e com isso fazer emergir diferentes visões sobre o processo de adoecimento dos sujeitos, bem como múltiplas propostas de cuidado.

6 CONCLUSÃO

A partir das representações, a temática dos transtornos alimentares reverberam em sentidos, palavras e compreensão. As palavras/sensações primárias que permeiam os profissionais quando tem contato com a problemática, são questões que apresentam relação com peso, estigma, obesidade, tristeza, sofrimento, pressa, medo, compulsão alimentar e ausência/vazio. Para os profissionais da atenção primária à saúde, compreende que está associado com práticas alimentares inadequadas, divergência na percepção corporal, contexto psicossocial e padrões de beleza.

Sendo assim, os TA merecem destaque nas políticas e programas de saúde, pois são considerados problemas de saúde que afetam cada vez mais os indivíduos, principalmente o público mais jovem. É um psicopatologia de complexa investigação, diagnóstico e terapêutica, e que é multifatorial, e um potente desafio para a APS.

Percebe-se que os transtornos alimentares são um problema em potencial nos territórios estudados, ao mesmo passo que profissionais da APS apresentam dificuldade na identificação, diagnóstico e atendimento compartilhado; há um distanciamento destes profissionais, não só para os transtornos alimentares, mas para as demandas de saúde mental. Embora seja um desafio para a APS, os atributos da APS que lentamente pode romper esse cenário e que também estão expressos nos discursos, são: acolhimento, a humanização, anamnese detalhada, integralidade de cuidado e atendimento compartilhado com as equipes de apoio e da rede de atenção à saúde.

Considerando que os materiais disponibilizados pelo ministério da saúde apresenta uma limitação quantitativa e de atualização teórica, a escassez de estudos sobre a relação dos transtornos alimentares e Atenção Primária à Saúde, e que atualmente a APS municipal não apresenta materiais de apoio para o atendimento desta psicopatologia, faz-se necessário a elaboração de protocolo específico para triagem, diagnóstico e tratamento destes transtornos com a delimitação de quais os instrumentos validados devem ser utilizados na avaliação, além de estabelecer uma linha de cuidado na rede de atenção à saúde com fluxos adequados no processo de referência e contrarreferência nos níveis de atenção à saúde.

Bem como, os profissionais da equipe da estratégia de saúde da família e inseridos na equipe multiprofissional são capacitados para reconhecer sinais e sintomas dos TA, propor ações estratégicas de cuidado continuado e ações intersetoriais. Para tal objetivo, os profissionais necessitam de educação continuada e educação permanente sobre a temática, e de materiais de referência mais completos e atualizados sobre conduta adequada.

Neste sentido, espera-se que os achados deste estudo, possam contribuir para o fazer de Atenção Primária à Saúde, com a sensibilidade dos profissionais frente às demandas de transtornos alimentares, estimular os gestores a repensar o processo de trabalho com relação a temática para potencializar as práticas de saúde e cuidado com estes usuários, tornar essa demanda visível, os pacientes precisam ser visto, diagnosticados e cuidados. Além da necessidade de fortalecer e evidenciar a esta problemática nos programas e políticas de saúde na rede dialógica de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- ABLARD, J. D. A constituição da transição nutricional latino-americana em uma perspectiva histórica, 1850 até o presente. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 1, p. 233-253, 2021.
- ARAGAKI, S. S. et al. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. 2014.
- APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. Artmed, Porto Alegre. 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- ARROYO, A; SEGRIN, C. Family interactions and disordered eating attitudes: The mediating roles of social competence and psychological distress. **Communication Monographs**, v. 80, n. 4, p. 399-424, 2013.
- ALVARENGA, M. dos S; SCAGLIUSI, F. B; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 38, p. 03-07, 2011.
- BANDEIRA, Y. E. R et al. Avaliação da imagem corporal de estudantes do curso de Nutrição de um centro universitário particular de Fortaleza. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, p. 168-173, 2016.
- BEAGLEHOLE, R. et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. **The Lancet**, v. 372, n. 9642, p. 940-949, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. – Brasília, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. 22 Set 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE. 132.p. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo**

seres humanos. Diário da Oficial, Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 01 jun 2021.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,** Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2013. 176p. 22.

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, 2004. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** [Internet]. Brasília; 2011 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BERTONI, L. M. GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P., COUTO, M. E. S., e ASSIS, R. A. M., orgs. **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias** [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017.

BOSI, M. L. de M; ANDRADE, Ângela. Transtornos do comportamento alimentar: um problema de saúde coletiva. Cad. saúde coletiva, p. 197-202, 2004.

BREWIS, Alexandra A. Stigma and the perpetuation of obesity. Social science & medicine, v. 118, p. 152-158, 2014.

CAILLAUD, Sabine et al. O passado e o presente da triangulação e a teoria das representações sociais: uma história cruzada. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**, v. 16, n. 3, pág. 375-391, 2019.

CAMPELO, L. L de C. R. **Ações de educação em saúde para o cuidado das famílias em um centro de atenção psicossocial infantil.** 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo

- CAMPOS, G. W de S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 399-407, 2007.
- CAMARGO, B. V; SCHLÖSSER, A; GIACOMOZZI, A. I. Aspectos epistemológicos do paradigma das representações sociais. **Representações sociais e práticas psicossociais**, p. 47-60, 2018.
- CECON, R. S. et al. **Indicadores cardiometabólicos, de densidade mineral óssea e percepção da imagem corporal de adolescentes de 10 a 19 anos, com triagem positiva para transtornos alimentares, do município de Viçosa, MG.** 2017.
- CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev Psiq Clin** . vol. 31, n. 1, p.: 154-157, 2004.
- COSTA, R. L. V. et al. Autoimagem, estado nutricional e comportamento alimentar de pacientes acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e452111436640-e452111436640, 2022.
- COSTA, D. G. et al. Qualidade de vida e atitudes alimentares de graduandos da área da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1642-1649, 2018.
- CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares em discussão. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 23, p. 178-179, 2001.
- DE SOUSA SILVA, A.F et al. Construção imagético-discursiva da beleza corporal em mídias sociais: repercussões na percepção sobre o corpo e o comer dos seguidores. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 13, n. 2, p. 395-411, 2018.
- DINIZ, A. P. R.; CARRIERI, A. P; BARROS, Amon Narciso de. Invisibilidade social e trabalho noturno: reflexões a partir de representações sociais de garçons. **Gestão & Planejamento-G&P**, v. 14, n. 1, 2013.
- FORTES, L. de S et al. Qualidades psicométricas do Eating Attitudes Test (EAT-26) para adolescentes brasileiros do sexo masculino. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 32, 2017.
- FONSECA, A. et al. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3853-3862, 2011.
- FIGUEIREDO, R. A obsessão pelo corpo e o desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens adolescentes. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 4, n. 7, p. 250-268, 2019.
- GARIEPY, G.; NITKA, D.; SCHMITZ, N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. **International journal of obesity**, v. 34, n. 3, p. 407-419, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L.V.C., NORONHA, J.C., CARVALHO, A.I. (Orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 296-304, 2014.

KRAEMER, F. B et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1337-1360, 2014.

KENNY, T. E. et al. An examination of the relationship between binge eating disorder and insomnia symptoms. **European Eating Disorders Review**, v. 26, n. 3, p. 186-196, 2018.

KESKI-RAHKONEN, A. et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. **American Journal of Psychiatry**, v. 164, n. 8, p. 1259-1265, 2007.

KLEIN, A. P; D'OLIVEIRA, A. F. I P. L. O" cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

KESSLER, A. L; POLL, F. A. Relação entre imagem corporal, atitudes para transtornos alimentares e estado nutricional em universitárias da área da saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, p. 118-125, 2018.

Kakeshita IS, Silva AIP, Zanatta DP, Almeida SS. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psic Teor Pesq.** 25(2):263-70. 2009

HIGGINS, A; CAHN, S. Detection of anorexia nervosa in primary care. **Eating disorders**, v. 26, n. 3, p. 213-228, 2018.

HOMAN, K. J. et al. Medical assessment and triage of pediatric patients with anorexia nervosa in primary care. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 40, n. 2, p. 92-98, 2019.

HANSSON, E; DAUKANTAITÉ, D; JOHNSON, Per. Disordered eating and emotion dysregulation among adolescents and their parents. **BMC psychology**, v. 5, p. 1-8, 2017.

HEPWORTH, Natasha; PAXTON, Susan J. Pathways to help-seeking in bulimia nervosa and binge eating problems: A concept mapping approach. **International journal of eating disorders**, v. 40, n. 6, p. 493-504, 2007.

IGLESIAS, A; AVELLAR, L Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1247-1254, 2019.

LAMPIS, J; AGUS, M; CACCIARRU, B. Quality of family relationships as protective factors of eating disorders: an investigation amongst Italian teenagers. **Applied Research in Quality of Life**, v. 9, p. 309-324, 2014.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1193-1204, 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. In: **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos**. 2003. p. 255-255.

LINVILLE, D; BROWN, T; O'NEIL, M. Medical providers' self perceived knowledge and skills for working with eating disorders: a national survey. **Eating Disorders**, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2012.

KIM, Y. R et al., Medical Findings in Women with Anorexia Nervosa in a Korean Population. *Psychiatry Investigation*, vol.10, p.101-7, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MATTOS, R. S.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 2, 2009.

MARTINS, C. R et al. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, vol. 32, n. 1, p.: 19-23, 2010.

MINAYO, M. C. S; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1103-1112, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**.14. ed.São Paulo: Editora Hucitec, 2015.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. **As representações sociais**, p. 45-66, 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. 2ºed. Petrópolis: Vozes. 2004.

MONTANARI, C. C. Processo de enfermagem em atendimento pré-hospitalar de paciente com anorexia e bulimia. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 2, p. 209-219, 2021.

OLIVEIRA, G. O; FIORIN, M. P. M.; CONTRERA, L. A produção científica que envolve os cuidados de enfermagem em transtornos alimentares: anorexia e bulimia. **R. Laborativa**, vol. 5, n. 2, p. 27-46, out./2016.

OLIVEIRA, E. C. et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 21, 2017.

PALMEIRA, C. S. et al. Estigma percebido por mulheres com excesso de peso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

PALMA, R. F. M; SANTOS, J. E dos; RIBEIRO, R. P. P. Evolução nutricional de pacientes com transtornos alimentares: experiência de 30 anos de um Hospital Universitário. **Revista de Nutrição**, v. 26, n. 6, p. 669-678, 2013.

PINHO, L., et al. Percepção da imagem corporal e estado nutricional em adolescentes de escolas públicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 229-235, 2019.

PHILIPPI M. F. D et al. Prevalência de sintomas para transtornos alimentares, sobrepeso e obesidade em escolares do município de Bom Jesus-RS. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 61, p. 31-38, 2017.

ROVEDA, E. et al. Rest-activity circadian rhythm and sleep quality in patients with binge eating disorder. **Chronobiology international**, v. 35, n. 2, p. 198-207, 2018.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PRATA, N. I. S dos S et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, p. 33-53, 2017.

PINZON, V; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, p. 158-160, 2004.

PRISCO, Ana Paula Kalil et al. Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1109-1118, 2013.

RYAN, V. Construções discursivas de 'enfermagem em transtornos alimentares': uma análise dos relatos de enfermeiras sobre pacientes com transtornos alimentares. **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, v. 14, n. 2, pág. 125-135, 2006.

ROBINSON, P. H. recognition and treatment of eating disorders in primary and secondary care. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, v. 14, n. 4, p. 367-377, 2000.

SANTOS, F. D. G., et al. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, vol. 27, n. 1, p.: 33-42, 2017.

SANTOS, M. A.; FREITAS B, R; OLIVEIRA, C. E. A. O corpo modelado e generificado como espelho da contemporaneidade: considerações a partir da teoria queer. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, vol. 11, n. TEMATICO, p.: 511-520, 2016.

SANTOS, M. A.; GARCIA, R. W. D.; SANTOS, M. L. A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, vol. 10, n. 4, p. 761-774, 2015.

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 464-470, 2008.

SANTOS, M. A.; GARCIA, R. W. D.; SANTOS, M. L. A sujeição aos padrões corporais

culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, vol. 10, n. 4, p. 761-774, 2015.

SOUZA, E. B. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, vol. 5, n. 13, p. 49-53, 2017.

SANTOS, L. M. **Percepção da obesidade em mulheres obesas e profissionais de saúde** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2012. 111p.

SANTOS, J. C.; BARROS, S; SANTOS, I MM. Stigma: The perspective of workers on community mental health services—Brazil. **Global qualitative nursing research**, v. 3, p. 2333393616670442, 2016.

SILVA, Daniela Ferreira Araújo et al. **Histórias de vida com transtornos alimentares= gêneros, corporalidade e a constituição de si**. [tese]. Campinas: Universidade de Campinas; 2011.

SIBEONI, J. et al. Metasynthesis of the views about treatment of anorexia nervosa in adolescents: perspectives of adolescents, parents, and professionals. **PloS one**, v. 12, n. 1, p. e0169493, 2017.

SOBRAL. Secretaria da Saúde. **Plano de contingência diante da infecção humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) da Secretaria da Saúde de Sobral/ Secretaria da Saúde**. – 4. ed. rev. – Sobral: Secretaria da Saúde, 2020.

SMINK, F. R. E; VAN HOEKEN, D; HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. **Current psychiatry reports**, v. 14, n. 4, p. 406-414, 2012.

TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em Saúde Pública**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rubio. Cap. 35, p. 561-574. 2011.

TEIXEIRA, A. A. et al. The Brazilian version of the SCOFF questionnaire to screen eating disorders in young adults: cultural adaptation and validation study in a university population. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 2021.

TOLTECA ([s.i]). **DSCSoft**. Disponível em: Acesso em: 13 fev. 2022.

TOMIYAMA, A. Janet. O estigma do peso é estressante. Uma revisão das evidências para o modelo Obesidade Cíclica/Estigma Baseado no Peso. **Appetite**, v. 82, p. 8-15, 2014.

VAL, A. et al. Sobre anorexias e bulimias: concepções e suposições etiológicas na perspectiva dos profissionais de Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

VAL, A. C; CARVALHO, M. B de; CAMPOS, R. O. Entre o singular e o coletivo: a experiência de um serviço na abordagem das anorexias e bulimias. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 99-119, 2015.

VAN SON, G. E. et al. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. **International Journal of Eating Disorders**, v. 39, n. 7, p. 565-569, 2006.

WARIN, M. Transformações da intimidade e sociabilidade na anorexia: quartos em instituições públicas. **Corpo & Sociedade**, v. 11, n. 3, pág. 97-113, 2005.

WILLIAMS, P. M; GOODIE, J; MOTSINGER, C. D. Tratamento de transtornos alimentares na atenção primária. **Médico de família americano**, v. 77, n. 2, pág. 187-195, 2008.

WOLFE, B. E.; DUNNE, J. P.; KELLS, M. R. Nursing care considerations for the hospitalized patient with an eating disorder. **Nursing Clinics**, v. 51, n. 2, p. 213-235, 2016.

WU, Yili; ZHAI, Long; ZHANG, Dongfeng. Sleep duration and obesity among adults: a meta-analysis of prospective studies. **Sleep medicine**, v. 15, n. 12, p. 1456-1462, 2014.

World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2018 Oct 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [[Links](#)].

WITT, Z; SCHNEIDER, A. Pr. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 3909-3916, 2011.

SHAW, Tronieri Jena et al. Sex Differences in Obesity and Mental Health. **Current psychiatry reports**, v. 19, n. 6, 2017.

UK et al. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. **National Collaborating Centre For Mental Health**. 2004.

VENZON, C. N.; ALCHIERI, J. C. Indicadores de Compulsão Alimentar Periódica em Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 239-249, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E PÓS-INFORMADO DESTINADO PROFSSIONAIS DE SAÚDE

Caro Senhor (a),

Convido-o a participar da pesquisa intitulada: **“TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: representações sociais dos profissionais de saúde”** sob a responsabilidade da Normanda de Almeida Cavalcante Leal, mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, e sob orientação do Dr. Geison Vasconcelos Lira. Neste sentido, você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Essa pesquisa tem como objetivos de contribuir com o estudo e compreender o cuidado prestado às pessoas com TA na APS a partir das RS dos profissionais da saúde sobre os TA; conhecer a percepção dos profissionais de saúde quanto à identificação dos transtornos alimentares; entender como se realiza o trabalho em equipe, interação e a comunicação entre os profissionais na condução dos casos de transtornos alimentares, descrever as RS de profissionais da APS em relação às pessoas com TA e identificar os sentidos que os profissionais constroem sobre a assistência/cuidado aos indivíduos com transtornos alimentares e aspectos que interferem na qualidade de cuidado às pessoas. Este estudo é elemento do projeto de dissertação para conclusão do mestrado em saúde da família, vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC).

Este estudo poderá contribuir para melhor identificação, compreensão e aproximação com as representações dos TA, reorganização das práticas assistenciais para pacientes com TA, o estudos de estratégias e tecnologias para melhor manejo desses casos na rede de atenção à saúde, fortalecimento da intersetorialidade, de forma que seja possível a construção de vínculos entre serviço de saúde e outros equipamentos assistenciais. A participação nesta pesquisa será por meio das entrevistas sobre a temática relativa aos TA e saúde. Os dados serão divulgados à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades. Serão utilizadas gravações e filmagens para a coleta das informações, de modo a preservar a identidade dos participantes. A participação é voluntária e não remunerada e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. O Sr (a), poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Podendo a qualquer momento solicitar novos esclarecimentos. Este estudo apresenta risco mínimo de qualquer natureza, sendo física, moral, ética, cultural e social. E para minimizar estes riscos a identidade será preservada no mais rigoroso sigilo, será realizada em local confortável e preservando a confidencialidade das informações. No entanto, considera-se que a temática do estudo em questão, pode acionar sentimentos, impressões, emoções e sensações nos participantes diante da sua trajetória de vida, o que pode potencializar os risco de natureza psíquica e social. Neste sentido, a fim de assegurar e minimizar todos este risco, enquanto pesquisadora buscarei apresentar um acolhimento e escuta qualificada destes participantes, bem como buscar estratégias, junto com os mesmos; de assistência, articulação e encaminhamento para a rede de saúde.

O nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Assim, serão respeitados os direitos conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 sobre pesquisa com seres humanos.

Se depois de consentir sua participação, você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Pela colaboração na pesquisa não será cobrado nem gratificado quaisquer valores. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, porém sua identidade será preservada. Você está recebendo uma cópia (via impresso ou via eletrônico) deste termo onde consta o telefone do profissional responsável, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento nos endereços:

Normanda de Almeida Cavalcante Leal (Pesquisador/Mestranda)

Rua Vereador Domício Pereira, 717, Antônio Carlos Belchior – Sobral, Ceará

Contato: (88) 9 8191-1864

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Av. Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, CEP: 62041-630, Derby, Sobral, Ceará.

Telefone: 3677-4255.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo que a mestranda Normanda de Almeida Cavalcante Leal quer realizar e compreendi, portanto os objetivos e das prerrogativas éticas trazidas pela pesquisa “AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, sob orientação do professor Dr Geison de Vasconcelos Lira. Desta forma, compreendi seus propósitos e assumo a participação, e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Assinatura do participante/cuidador

Normanda de Almeida Cavalcante Leal

Telefone (88) 981911864

Sobral, CE ___/___/___

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE SOM E VOZ

Eu _____, após de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem, som ou voz especificada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Normanda de Almeida Cavalcante Leal, do trabalho intitulado: “**TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: representações sociais dos profissionais de saúde**” a realizar as gravações que se façam necessárias. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor da pesquisadora do trabalho acima especificado.

Por meio desta autorização ora concedida, autorizo Normanda de Almeida Cavalcante Leal, ainda a realizar nas imagens e sons captados, cortes, reduções e edições. Esta autorização não gera e não gerará no futuro e também não ensejará interpretação de existir quaisquer vínculos ou obrigações trabalhistas, securitárias, previdenciária, indenizatória, ou mesmo empregatícia, entre o(a) cedente e a Normanda de Almeida Cavalcante Leal.

DECLARO, portanto, que estou de acordo com essas imagens, que não violam os direitos de imagem e de privacidade do cedente, e que tenho ciência que este material constituído por imagens e sons pertence exclusivamente a Normanda de Almeida Cavalcante Leal, que poderá usá-lo a seu exclusivo critério.

Sobral, ____ de _____ de 2022.

Entrevistado

Pesquisador responsável pela entrevista

APÊNDICE C - ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Escolaridade: _____
4. Pós graduação/ Especialização: _____
Especificar: _____
5. Quanto tempo de atuação na atenção primária: _____
6. Qual unidade de vínculo profissional: _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Quais as três primeiras palavras/sensações vem ao seu pensamento quando se fala em pessoa com os Transtornos Alimentares?
2. Como você compreende os Transtornos Alimentares?
3. O que você pensa sobre as pessoas com TA? Quais as causas?
4. Como você identifica que a pessoa tem TA?
5. Você teve alguma educação permanente ou treinamento para o cuidado ou identificação de pacientes com transtorno TA?
6. Você já atendeu/participou ou atende/participa do atendimento de algum paciente com TA?
7. Como você atribui o fazer a sua categoria profissional no cuidado ao usuário com TA.
8. O que acha que os seus colegas de trabalho/profissionais da saúde pensam sobre as pessoas com TA?
9. Pessoas com TA procuram o serviço de saúde em que você atua atualmente?
10. Você acredita que os TA é um problema no seu território?
11. Existem procedimentos/conduitas/orientações específicas para o atendimento da pessoa com TA nesta unidade de saúde? Você costuma executar condutas específicas?
12. Lembra de alguma situação marcante vivenciada por você ou algum dos profissionais que atendem pessoas com TA que possa compartilhar?
13. Você gostaria de acrescentar alguma informação que considere relevante para este estudo?

APÊNDICE D – INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DO DISCURSO (IAD Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)

IAD 1	1. Quais as três primeiras palavras/sensações vem ao seu pensamento quando se fala em pessoa com os Transtornos Alimentares?		
	Exceções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Bem mais tristeza, né? Ansiedade, porque relatam muito. Também ansiedade. E a outra palavra é corpo.	Tristeza, ansiedade e corpo	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação
2	Acho que sofrimento, a questão do sofrimento alimentar bem presente. Muita precipitação. Estigma também.	Sofrimento, precipitação e estigma	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação
3	Ansiedade. Obesidade. Agora outro ponto, deixa eu pensa. Tem também a ausência. A ausência de dores é só em relação a você estar suprindo o alimento. Você tem a falta de alguma coisa e o alimento preenche. Isso é relacionado às questões psicológicas.	Ansiedade, obesidade e falta de alguma coisa e o alimento preenche.	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação
4	Eu acho que pelo dia a dia a primeira ansiedade. Eu acho que a questão das falas dos pacientes quando a gente atende, casos relacionados é muito a desejo de comer mais ainda. Eu acho que é isso mesmo, também é muito relacionado a questão psicológica os transtornos alimentares.	Ansiedade, desejo de comer mais, questão psicológica.	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação
5	Dependência, baixa autoestima e medo.	Dependência, baixa autoestima e medo.	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação
6	Compulsão	Compulsão	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação
7	Compulsão, ansiedade e pressa	Compulsão, ansiedade e pressa	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação
8	Sofrimento, identidade e repulsa	Sofrimento, identidade e repulsa	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação
9	Difícil, né? Porque as pessoas que têm transtorno, nem sempre elas têm condições, né? Então, elas comem o que vem pela cabeça. A gente pode orientar, fazer as orientações de comer isso, comer aquilo, mas não, eles não fazem. Eu tenho que comer o que eu tenho na minha casa. Chegou uma senhora aqui que falou, você tem que tomar muito suco	Acessibilidade e disponibilidade de alimentos	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação

	devido aos sintomas letais. O paciente falou que não tinha condição de comprar suco. Então, assim, é difícil.		
10	Na APS, primeiro é a obesidade. Segunda, deixa eu ver a segunda coisa relacionada ao transtorno alimentar. Têm muito transtorno alimentar aqui associado com ansiedade também. E terceiro, tem transtorno alimentar relacionado a psipatologia também aqui, fora a ansiedade, né, que também é uma psipatologia, mas tem transtorno alimentar bizarro aqui mesmo, eu não sei como é que se chama isso, eu não sei se é o certo, eu não esqueci o nome do diagnóstico, mas tem um nomezinho pra isso. Tipo, aqueles que são bulimias, anorexias.	Obesidade, Ansiedade, Bulimia e Anorexia.	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação
11	A bulimia, a anorexia e a compulsão alimentar. A bulimia, a anorexia eu não vi aqui, assim, eu ainda não vi, né? Pode ser que até tenha algum caso, mas a compulsão alimentar existe.	A bulimia, a anorexia e a compulsão alimentar	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação
12	Peso, né? A questão da má alimentação e obesidade, que é o caso que está mais acontecendo em relação aos transtornos alimentares.	Peso, má alimentação e obesidade.	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação

(IAD2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P.1. Tristeza, ansiedade e corpo P.2 Sofrimento, precipitação e estigma P.3 Ansiedade, obesidade e falta de alguma coisa e o alimento preenche. P.4 Ansiedade, desejo de comer mais, questão psicológica. P.5 Dependência, baixa autoestima e medo. P.6 Compulsão P.7 Compulsão, ansiedade e pressa P.8 Sofrimento, identidade e repulsa P.9 Acessibilidade e disponibilidade de alimentos P.10 Obesidade, Ansiedade, Bulimia e Anorexia. P.11 A bulimia, a anorexia e a compulsão alimentar P.12 Peso, má alimentação e obesidade	Os transtornos alimentares apresenta relação com doenças de saúde mental e questões de alimentação	Na atenção primária à saúde, a primeira delas é a obesidade e muitos relatos de ansiedade. Bem como, a tristeza, ao corpo, sofrimento, estigma, dependência, auto estima, medo, compulsão alimentar, peso, pressa, precipitação e também ausência, tem a falta de alguma coisa e o alimento preenche, que isso é relacionado às questões psicológicas. No dia a dia, a ansiedade é muito presente, nas falas dos pacientes quando a gente atende, tem casos relacionados ao desejo de comer mais ainda. Tem transtorno alimentar bizarro aqui mesmo, eu não sei como é que se chama isso, eu não sei se é o certo, eu não esqueci o nome do diagnóstico, mas tem um nomezinho pra isso. Tipo, aqueles que são bulimias, anorexias. Outra questão, é que nem sempre as pessoas que tem transtorno, não tem condições. A gente pode orientar, fazer as orientações de comer isso, comer aquilo, mas não, eles não fazem.

IADI	2. Como você compreende os transtornos alimentares?		
	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Os transtornos alimentares para mim são qualquer coisa que ultrapassa o grau do que é normal. Quando a pessoa está se alimentando demais ou quando ela está se alimentando de menos. Isso tudo para mim é um transtorno alimentar.	Consumo alimentar anormal	A compreensão sobre os transtornos alimentares relaciona com práticas alimentares inadequadas e distorção da imagem corporal
2	É quando uma pessoa acaba usando o alimento como uma forma de se enxergar perante o mundo. Então ela pode fazer um uso abusivo ou negligenciar a própria alimentação em prol da imagem, de como ela se enxerga dentro do mundo.	Não apresenta boa relação com a comida, e tem relação com a percepção/imagem corporal.	A compreensão sobre os transtornos alimentares relaciona com práticas alimentares inadequadas e distorção da imagem corporal
3	Os transtornos alimentares, pelo que eu já vivenciei, já estudei, a gente considera como uma dificuldade da pessoa em controlar a sua capacidade alimentar, de botar um limite para aquela normalidade, né? Ou então uma bulimia que se alimenta demais e que provoca o vômito porque fica com aquele peso, aquela questão da saúde mental mesmo, de estar comprometida por conta do exagero que ela fez na alimentação.	Dificuldade de controlar sua capacidade alimentar. Que se alimentar demais e provoca vômito por conta do exagero que fez na alimentação.	A compreensão sobre os transtornos alimentares relaciona com práticas alimentares inadequadas e distorção da imagem corporal
4	Transtornos alimentares são pessoas, pessoas que não conseguem se alimentar adequadamente. Não só questão de perda de peso ou então alguma patologia, mas contexto geral.	Pessoas que não conseguem se alimentar adequadamente.	A compreensão sobre os transtornos alimentares relaciona com práticas alimentares inadequadas e distorção da imagem corporal
5	São os transtornos relacionados a questão da alimentação. Tanto quanto comer demais, quanto também não comer, ou comer para se saciar e depois botar para fora. Eu acho que o transtorno alimentar está relacionado a isso. Ao hábito, não é nem hábito, mas o prazer de comer e tentar buscar a saciedade e não conseguir. De acordo com o que eles falam.	Não apresenta boa relação com a comida, e tem relação com a percepção/imagem corporal.	A compreensão sobre os transtornos alimentares relaciona com práticas alimentares inadequadas e distorção da imagem corporal
6	Então, eu acho que, assim, uma definição ao certo de transtorno alimentar é como todo outro tipo de transtorno psicopatológico, é um problema qualquer que causa uma disfunção na vida da pessoa, né. Por exemplo, uma pessoa que gosta de comer pão, talvez pra ela, se ela comer dez pães de manhã, talvez pra ela não seja disfuncional aquilo, mesmo que seja estranho, né. Mas pra outra pessoa, talvez sim, né.	Transtorno psicopatológico que causa disfunção pela via alimentação	A compreensão sobre os transtornos alimentares relaciona com práticas alimentares inadequadas e distorção da imagem corporal

	Eu não sei como que você quer que a gente fale sobre transtorno alimentar, mas... Mas, parece mais uma parte de uma compulsão alimentar, né. É, um transtorno alimentar é algum tipo de alimentação que o ser humano faz que é disfuncional pra ele, né. Alguma coisa que prejudica a saúde dele pela via alimentar, né.		
7	Eu compreendo os transtornos alimentares como muito além de alimentação ou só saúde mental. Eu acho que é muito comum. É uma coisa mais complexa. É algo mais complexo. Que contempla saúde mental, nutricional... Se pergunta se abordar. E só funciona quando é abordado tudo. Inclusive os pacientes bariátricos, que já fizeram a bariátrica, que não procuram atendimento psicológico também, acaba faltando tudo. Porque os transtornos alimentares têm que ser abordados como um todo, né? Não é uma coisa específica.	Condição que depende dos fatores de saúde mental e nutricional, ser avaliado de forma integral.	Compreende que os transtornos alimentares apresenta condição biopsicossociais
8	A gente tem que pensar no indivíduo como um todo, né? Mas também no seu contexto social, no contexto familiar que ele vive, né? Porque tudo está muito relacionado, né? O ato de se alimentar, o comer compulsivo, né	Condição que tem relação com contexto social e familiar e comer compulsivo.	Compreende que os transtornos alimentares apresenta condição biopsicossociais
9	Eu vejo assim como uma compulsão a alimentar. Um descontrole, eu vejo mais emocional. Eu levo muito essa questão da falta, que as pessoas então sempre procurando colocar algo onde está faltando. Então, eu vejo muito a compulsão alimentar relacionada muito às faltas, as vezes assisto aqueles programas americanos e é muito perceptível isso. As faltas. Alguém morreu da família, o esposo deixou, ou a pessoa se assumiu que era homossexual, E a família não apoiou. Então, ele encontrou alívio na comida. Então, eu vejo isso como uma ausência.	Condição que depende dos fatores de saúde mental e nutricional, ser avaliado de forma integral	Compreende que os transtornos alimentares apresenta condição biopsicossociais
10	Hoje, na atualidade, eu percebo que ele está muito junto à estética, ao padrão de beleza também. Que acaba que as pessoas, por querem muito algo que não existe ou que é padrão, eles acabam trazendo consigo transtornos, né? Ansiedade, enfim. E aí, acaba induzindo, ou com medo, mas por alguma ansiedade ao que está acontecendo na vida, né? E aí, se sentir culpado por aquilo, ou pra não ganhar peso e	Compreende que é uma busca pelo padrão de estética da atualidade.	Compreende que os transtornos alimentares apresenta condição biopsicossociais

	tentar entrar no padrão da sociedade.		
11	Eu acho que é uma dessa perspectiva mesmo, das alterações físicas, químicas, biológicas, psicológicas, que me envolvem nesse processo de sofrimento dessas pessoas.	Compreende que são alterações físicas, químicas, biológicas, psicológicas, que me envolvem nesse processo de sofrimento.	Compreende que os transtornos alimentares apresenta condição biopsicossociais
12	Ah, se é um ponto bem focado, eu não entendo muito bem, acho que coisas relacionados a não se alimentar e estão sofrendo por isso.	Compreende que está relacionado a não se alimentar	Compreende que os transtornos alimentares apresenta condição biopsicossociais

Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>P.1 Consumo alimentar anormal</p> <p>P.2 Não apresenta boa relação com a comida, e tem relação com a percepção/imagem corporal.</p> <p>P.3 Dificuldade de controlar sua capacidade alimentar. Que se alimentar demais e provoca vômito por conta do exagero que fez na alimentação.</p> <p>P.4 Pessoas que não conseguem se alimentar adequadamente.</p> <p>P.5 Não apresenta boa relação com a comida, e tem relação com a percepção/imagem corporal.</p> <p>P.6 Transtorno psicopatológico que causa disfunção pela via alimentação</p>	<p>A compreensão sobre os transtornos alimentares relaciona com práticas alimentares inadequadas e distorção da imagem corporal</p>	<p>Os transtornos alimentares são qualquer coisa que ultrapassa o que é normal, quando se alimenta demais ou tem dificuldade em controlar a sua capacidade de se alimentar, de botar um limite para aquela normalidade, tem dificuldade de se controlar. E as pessoas acabam usando o alimento como forma de expressar perante o mundo, fazendo uso abusivo ou negligenciando a própria alimentação em prol de uma imagem perante o mundo. Uma bulimia que se alimenta demais e que provoca o vômito porque fica com aquele peso, aquela questão da saúde mental mesmo, de estar comprometida por conta do exagero que ela fez na alimentação. O transtorno alimentar está associado ao prazer de comer e tentar buscar a saciedade e não conseguir, é como qualquer outro tipo de transtorno psicopatológico e que causa disfunção na vida da pessoa, por exemplo, uma pessoa que gosta de comer pão, talvez pra ela, se ela comer dez pães no café da manhã, não seja disfuncional aquilo, mesmo que seja estranho, ou seja, é uma coisa que prejudica a saúde dele pela via alimentar.</p>
<p>P.7 Condição que depende dos fatores de saúde mental e nutricional, ser avaliado de forma integral.</p> <p>P.8 Condição que tem relação com contexto social e familiar e comer compulsivo.</p> <p>P.9 Condição que depende dos fatores de saúde mental e nutricional, ser avaliado de forma integral</p>	<p>Compreende que os transtornos alimentares apresenta condição biopsicossociais</p>	<p>Eu compreendo os transtornos alimentares muito além alimentação ou só saúde mental. Eu acho que é uma coisa complexa e só funciona quando é abordado tudo. Temos que pensar no indivíduo como um todo, no seu contexto social, no contexto familiar que ele vive, né? Porque tudo está muito relacionado, né? O ato de se alimentar, comer compulsivo, né? Eu levo muito essa</p>

<p>P.10 Compreende que é uma busca pelo padrão de estética da atualidade.</p> <p>P.11 Compreende que são alterações físicas, químicas, biológicas, psicológicas, que me envolvem nesse processo de sofrimento.</p> <p>P.12 Compreende que está relacionado a não se alimentar</p>		<p>questão da falta, que as pessoas estão sempre procurando colocar algo onde está faltando. Então, eu vejo muito a compulsão alimentar relacionada muito às faltas, alguém morreu da família, o esposo deixou, ou a pessoa se assumiu que era homossexual, e a família não apoiou. Então, ele encontrou alívio na comida. Além disso, na atualidade eu percebo que ele está muito junto à estética, ao padrão de beleza também. Que acaba que as pessoas, por querer muito algo que não existe ou que é padrão, eles acabam trazendo consigo transtornos, e aí, se sentir culpado por aquilo, ou pra não ganhar peso e tentar entrar no padrão da sociedade tem medo de engordar. Segue essa perspectiva mesmo, das alterações físicas, químicas, biológicas, psicológicas, que me envolvem nesse processo de sofrimento dessas pessoas.</p>
---	--	---

IAD 1	3. O que você pensa sobre as pessoas com TA? Quais as causas?		
	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Sedentarismo. Baixa autoestima. Preocupação. Mas basicamente isso. Entre no campo da saúde mental, né, também?	Causas relacionadas a saúde mental e sedentarismo	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar
2	Muita ansiedade. Problemas familiares. Tem ameaças Social. Questão também de estudos. Porque tem ansiedade, né? É mais isso que eu vejo.	Saúde mental e contexto familiar	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar
3	Bom, eu acho que a questão mesmo de convívio familiar, né? Convívio familiar, ele está muito relacionado, ele predita muito o comportamento, a personalidade da pessoa, né? Em volta disso também a gente tem os nossos sentimentos, as nossas sensações e está muito relacionado com isso aí, né?	Contexto familiar	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar
4	Eu acredito que o transtorno alimentar está muito relacionado com o meio que vive. Tanto o familiar quanto o meio social, como escola ou trabalho. Mais do que questão, eu acho que é questão biológica não, acho que é mais questão mesmo	Questão psicologia e do ambiente que vive.	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar

	psicológica.		
5	O descontrole emocional. Eu acho que é o primeiro descontrole emocional. E dependendo da faixa etária, a falta da visão, da sensibilidade da pessoa responsável. Se é uma adolescente, se é uma criança. Eu como médico da atenção primária, quando vem uma criança se consultar comigo. Principalmente nessa fase agora. Que está tendo muito vírus. Está dando um vômito e diarreia. E eu falo sempre a importância de não comer doce. Vejo uma falta de autoridade dos pais. De colocar já mesmo desde criança. Aquela rotina na alimentação dos filhos. Sempre há comidas que não são nutritivas.	Descontrole emocional	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar
6	As causas são diversas, né? Pode ser estresse, pode ser questão familiar, pode ser questão financeira.	Questões emocionais e familiar	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar
7	Eu acho que está muito relacionado às questões psicológicas. Porque quando a gente atende, a gente pergunta quanto tempo você vem observando isso? Muitos trazem o relato de passarem por uma situação e depois disso adquirirem. Tem faixa etária? Eu acho que está desenvolvendo muito, crescendo muito na parte infantil, a questão dos transtornos alimentares. Não sei nem se chega a ser transtorno alimentar. Porque a gente não consegue diagnosticar se é ou não transtorno. Mas a gente na atenção primária faz muita para o PSE, que é o programa de saúde na escola. E aí a gente percebe que tem uma quantidade de crianças obesas. E quando a gente vai trabalhar com o membro da equipe, a gente vê que aquela criança não é só a obesidade que está relacionada. A gente vê que tem algum transtorno também relacionado a isso. E talvez também tenha algum transtorno alimentar relacionado a isso, não só um transtorno psicológico.	Questões psicológicas e obesidade infantil	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar
8	Se a gente pudesse fazer uma alimentação correta com todos os habitantes de um bairro como o nosso, seria ótimo, mas a grande realidade é que a maior parte do tempo a população carente ela come carboidrato em excesso, né. Que é o que eles tem disponível. Eu acho que a principal causa, aqui no Brasil	Aspectos socioeconômico com pouco acesso aos alimentos	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar

	como um todo, talvez você saiba disso ou não, é a causa social, né? Então, se você for na casa de alguém aqui no bairro, você vai ver que eles raramente encostam num pedaço de proteína. Um deles come algum proteína, um ovo, alguma coisa que tem pouquíssimo... Tem proteína em pouquíssima quantidade, né. Então, a grande maioria das vezes é carboidrato. São poucas disponibilidade de alimentos.		
9	Os transtornos alimentares podem acontecer a depender do contexto da família, ou é por ter sofrido bullying durante a infância. Porque muitos falam assim, ah, eu não queria ter o corpo que eu tenho, né? Eles falam muito pouco. E aí, eles falam, ah, mas você sofreu bullying. Ah, é porque minha família era desse jeito, minha mãe era tratada dessa forma. Ou até, às vezes, também coisas mais pesadas, né? Como também passar por algum processo de desistir da dor, enfim.	Pessoas inseridas em processos e contexto de adoecimento psíquico relacionados desde a infância.	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar
10	Hoje em dia, cada vez mais, sendo reconhecido a questão dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, eu vejo como um misto dessas três concepções que vem ocasionando uma série de sofrimentos, principalmente relacionados a essa questão da ansiedade, da depressão, mas também os transtornos alimentares de pessoas pela... O excesso de trabalho que desenvolvem, também o excesso de alimentação, mas também pela falta deles envolvendo outros que também podem reverberar essa situação.	Pessoas que vicem em contextos de sofrimento psíquico e os excessos da atualidade.	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar
11	Muitas vezes, aliás, os nossos medos, as nossas características, eu não acredito que nasceu com a gente, mas sim que a gente foi aprendendo ao longo da vida. Então, se elas aprenderam a ter esse tipo de transtorno, a usar a imagem de uma forma tão pesada e às vezes cruel com elas mesmas, é porque outras pessoas também ensinaram isso, numa brincadeira muitas vezes de, ah, tá mais cheia que o normal. Na nossa sociedade, que oprime o nosso corpo de todas as formas, a mulher tem que ter um padrão ideal, que a gente sabe que, além de ser muito idealizado, ele é irreal. Nem as modelos das revistas são aquilo de verdade, sempre tem algo	Atualidades com padrão ideal e percepção de imagem corporal	Causas relacionadas a padrão de estética e beleza.

	em Photoshop, alguma coisa assim.		
12	Eu conheço pessoas, né, que tem esse problema. Ah, eu não consigo, não consigo me reeducar, né? Já pensa logo numa cirurgia bariátrica, ou colocar um balão, que nem sempre é muito bom, porque eu conheço pessoas que fizeram bariátrica que hoje estão com depressão, porque tem vontade de comer alguma coisa e não consegue. Ou então fica, né, com aqueles pensamentos. Ah, será que eu posso isso? Será que eu não posso? Mas é difícil, eles não, eles não aceitam. Eles fazem a bariátrica, mas no fundo, no fundo, não aceitam ... Achar que pode comer do mesmo jeito, porque diminuem o estômago, né? Mas tem que educar a mente.	As pessoas recorrem a procedimentos cirúrgicos e não fazem uma reeducação, e isso pode estar atrelado a problemas psíquicos.	Causas relacionadas a padrão de estética e beleza.

(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P1. Causas relacionadas a saúde mental e sedentarismo P2. Saúde mental e contexto familiar P3. Contexto familiar P5. Questão psicologia e do ambiente que vive. P6. Descontrole emocional P7. Questões emocionais e familiar P8. Questões psicológicas e obesidade infantil P10. Aspectos socioeconômico com pouco acesso aos alimentos P11. Pessoas inseridas em processos e contexto de adoecimento psíquico relacionados desde a infância. P12. Pessoas que vivem em contextos de sofrimento psíquico e os excessos da atualidade.	Causas relacionadas a questões biopsicossociais e contexto familiar	São pessoas que apresentam um descontrole emocional e que as causas também estão muito relacionadas a outros diagnósticos de saúde como a muita ansiedade e estresse. Outras causas, estão relacionadas a problemas familiares que geram ansiedade, ameaças sociais, estresse, questão financeira, o meio familiar quanto o meio social, como escola ou trabalho. Hoje em dia, cada vez mais, sendo reconhecido a questão dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, eu vejo como um misto dessas três concepções que vem ocasionando uma série de sofrimentos, principalmente relacionados a essa questão da ansiedade, da depressão, mas também os transtornos alimentares de pessoas.
P4. Atualidades com padrão ideal e percepção de imagem corporal P9. As pessoas recorrem a procedimentos cirúrgicos e não fazem uma reeducação, e isso pode estar atrelado a problemas psíquicos.	Causas relacionadas a padrão de estética e beleza	Na nossa sociedade, que oprime o nosso corpo de todas as formas, a mulher tem que ter um padrão ideal, que a gente sabe que, além de ser muito idealizado, ele é irreal. Os nossos medos, as nossas características, eu não acredito que nasceu com a gente, mas sim que a gente foi aprendendo ao longo da vida. Então, se elas aprenderam a ter esse tipo de transtorno, a usar a imagem de uma forma tão pesada e às vezes cruel com elas mesmas, é porque outras pessoas também

		ensinaram isso, numa brincadeira muitas vezes. As pessoas não conseguem se educar, pensam logo que não conseguem e fazem cirurgia bariátrica ou colocam um balão, que nem sempre é muito bom, eu conheço pessoas que hoje estão com depressão, porque tem vontade de comer alguma coisa e não consegue.
--	--	---

IADI	4. Como você identifica que a pessoa tem TA?		
	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	O que a gente percebe muito é a questão da ansiedade e consumo alimentar mesmo, né?	Ansiedade e consumo alimentar	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar
2	Às vezes vem, por exemplo, insônia, e quando a gente vai ver é uma coisa bem maior. Então, eu acredito que a primeira forma de escutar o que é que o paciente tem, na realidade, é dando uma boa acolhida. Porque se ele se sentir confortável contigo, ele vai trazer tudo que é de dor. Mas primeiro ele vai ter que olhar pra ti e acreditar que você não vai julgar, que ele está sendo confortável, que ele está sendo confortável, que está sendo o mais humanizado possível. Então, esse olhar vem muito da abertura, de deixar ele ser quem ele é, com tudo que ele tem a trazer, seja fácil de ouvir ou difícil.	Anamnese detalhada	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar
3	Quando a gente vê um paciente, o paciente geralmente vem encaminhado só. Precisa perder peso, obesidade, não vem dizendo a história do paciente. Então, uma conversa como paciente, perguntando por que que ele tá consumindo aquilo, é que a gente vê que ele tá consumindo um produto que não é para ele, perguntando por que que ele tá consumindo aquilo, é que a gente vai conseguindo perceber. Tem paciente que se solta um pouco mais e aí a gente consegue ter esse diagnóstico, né? Mas tem outros pacientes que são mais fechados e acaba que passa despercebido.	Anamnese e consumo alimentar	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar
4	É muito difícil vir para atendimento uma pessoa encaminhada com transtorno alimentar. É muito difícil. Na conversa, a gente vai tirando do paciente algo. Eu acho que eu atendi poucas, pouquíssimas mesmo. Principalmente ansiedade. Ansiedade, a gente tem muito, muito, muito, muito	Anamnese, ansiedade relacionada a compulsão alimentar	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar

	encaminhamento com transtorno de ansiedade. E aí nos atendimentos os pacientes falam que não conseguem controlar a questão da alimentação, compulsão alimentar. A pessoa sabe que está engordando, mas não consegue parar, não consegue fazer uma atividade física. Mas é mais ou menos vem com a hipótese de ansiedade, que traz esses queixos em relação à alimentação.		
5	A compulsão é mais fácil da gente avaliar. Os outros realmente tem que ter uma convivência melhor, tem que ter realmente aquela ligação bem íntima que eu acho que só que convive mais de perto, que é o agente saúde, poderia identificar. A compulsão a gente identificaria pelo sobrepeso, seria um dos fatores, né? O sobrepeso ou a obesidade mesmo em si. E durante a gente, durante a consulta, a gente pede que a pessoa refira só a dieta, né? Como é que é a alimentação e a pessoa vai dizer, não, não consigo comer isso, só consigo comer aquilo, eu como uma quantidade X, uma quantidade Y de comida. Aí a gente vai identificando durante essas avaliações, as consultas, mas não é algo fácil de identificar.	Consumo alimentar	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar
6	Bem, pra descobrir os mais interessantes, né, que fora do dia a dia, a gente tem que fazer a consulta. Tem que observar como é que a pessoa é. Raramente a pessoa que come uma coisa, que tem um transtorno alimentar mais grave, como a bulimia, anorexia, ou então um transtorno bi, como a gente falou aí, ela vai falar pra você na primeira consulta, né. Se você encontrar um adolescente de 15 anos que é anoréxico e ela chega pra você e fala que é um que tem um transtorno alimentar no primeiro dia que você conheceu ela, é raríssimo, porque ela nunca vai falar isso, é uma coisa de envergonha, sabe. Essas doenças, esses transtornos alimentares mais interessantes, entre aspas, você vai ter dificuldade pra dar o diagnóstico.	Anamnese detalhada	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar
7	Eu gosto sempre de fazer e deixar o paciente muito aberto de falar como é seu dia. Então, eu consigo perceber muito quando eu começo a abrir. E digo ao paciente que preciso saber como é sua rotina, o que você faz, quais são suas	Consumo alimentar e emoções	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar

	refeições. Então, quando a gente abre esse diálogo, eles começam, ah, eu gosto de comer muito isso. Ah, doutora, você sabia que eu sou com muita ansiosa, como demais. Quando a gente dá vez e voz pra eles falam e não deixar fica só aquele termo técnico. Acaba que eles se abrem mais pra comentar sobre o dia a dia, sobre as emoções. E a gente começa a entrar, a falar sobre as emoções, sobre os transtornos.		
8	Geralmente em circunstâncias intermediárias, por encaminhamentos que são realizados juntos a outros profissionais. o Modo mais espontâneo sempre vai ser através de encaminhamentos, então, a partir disso, quase que muitas vezes não é notificado no encaminhamento. Em alguns atendimentos, outras avaliações, muitas vezes é identificado, vamos dizer assim.	Avaliações	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar
9	Eles chegam geralmente com a queixa de... De peso mesmo, né? Na questão do peso. E aí, com a conversa um pouquinho mais detalhada, eles acabam soltando. Algum transtorno, alguma relação alimentar anormal com os alimentos, né? Ou de compulsão, ou de bulimia. Eles sempre soltam alguma coisa. E alguns... A primeira também é algum transtorno social.	Anamnese detalhada	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar
10	Primeiro se observando o peso. O físico da pessoa e com a anamnese. As perguntas com relação a comida, os horários, se come bobagens E aí sempre que eu percebo que tem algo em relação a alimentação. Eu já peço o acompanhamento com a psicóloga e com o nutricionista	Questões relacionadas ao peso, anamnese, percepção física corporal	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar
11	Quando diz que come demais e tem ansiedade o caso já chegue para mim com alguma queixa.	Comer demais	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar
12	É, eu consigo identificar, às vezes, nas minhas gestantes, porque elas são assim. A gente orienta para as orientações sobre alimentação, mas elas não aceitam, né? Então a gente percebe, de um mês para o outro, de quinzenal, semanal, o excesso de peso, né? Porque aí acontece. Elas acham que isso é normal, se alimentar em excesso, porque eu tô alimentando eu e a criança. E nem sempre é normal.	Comer em excesso na gestação	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar

(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P.1 Comer demais P2. Anamnese detalhada P3. Ansiedade e consumo alimentar P4. Anamnese detalhada P5. Questões relacionadas ao peso, anamnese, percepção física corporal P6. Anamnese e consumo alimentar P7. Anamnese, ansiedade relacionada a compulsão alimentar P8. Consumo alimentar P9. Comer em excesso na gestação P.10 Anamnese detalhada P.11 Consumo alimentar e emoções P.12 Avaliações	Anamnese, ansiedade e consumo alimentar	<p>Eu acredito que a primeira forma de escutar o que é que o paciente tem, na realidade, é dando uma boa acolhida e fazendo a anamnese detalhada. Porque se ele se sentir confortável contigo, ele vai trazer tudo que é de dor. Mas primeiro ele vai ter que olhar pra ti e acreditar que você não vai julgar, que ele está sendo confortável, que ele está sendo confortável, que está sendo o mais humanizado possível. Muitas vezes o paciente vem apenas com o encaminhamento de “obesidade”, “peso”. Por isso tem que se ter uma boa conversa relacionada a tudo. A gente tem muito encaminhamento por transtorno de ansiedade, aí nos atendimentos os pacientes falam que não conseguem controlar a questão da alimentação, compulsão alimentar. Raramente a pessoa que come uma coisa, que tem um transtorno alimentar mais grave, como a bulimia, anorexia, como a gente falou aí, ela vai falar pra você na primeira consulta, eu gosto sempre de fazer e deixar o paciente muito aberto de falar como é seu dia. Então, eu consigo perceber muito quando eu começo a abrir. E digo ao paciente que preciso saber como é sua rotina, o que você faz, quais são suas refeições. Então, quando a gente abre esse diálogo, eles começam, ah, eu gosto de comer muito isso. Ah, doutora, você sabia que eu sou com muita ansiosa, como demais. Quando a gente dá vez e voz pra eles falam e não deixar fica só aquele termo técnico. Acaba que eles se abrem mais pra comentar sobre o dia a dia, sobre as emoções. E a gente começa a entrar, a falar sobre as emoções, sobre os transtornos, sobre o peso, sobre o consumo de alimentos. Neste sentido, a pessoa sabe que está engordando, mas não consegue parar, não consegue fazer uma atividade física e assim que é mais ou menos vem com a hipótese de ansiedade, que traz esses queixos em relação à alimentação. A compulsão é mais fácil da gente avaliar.</p>

		Os outros realmente tem que ter uma convivência melhor, tem que ter realmente aquela ligação bem íntima que eu acho que só que convive mais de perto, que é o agente de saúde, poderia identificar.
--	--	---

5. Você teve alguma educação permanente ou treinamento para o cuidado ou identificação de pacientes com transtorno TA?			
IAD1	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Não	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
2	Não tive	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
3	Não	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
4	Não. O único momento que eu tive foi na minha pós-graduação, que a gente teve um módulo inteiro sobre isso. Mas capacitações, em geral, a gente não tem.	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
5	Não, nunca tive.	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
6	Não	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
7	Não	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
8	Não	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
9	Não. Eu nunca participei.	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
10	Não. Só na faculdade mesmo. Eu aprendi algumas coisas sobre isso, mas nem é um tema que se aborda muito na graduação. É uma coisa que você vê muito pouco mesmo. Provavelmente na faculdade de medicina.	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
11	Aqui em Sobral ainda não. Agente vê as coisas na faculdade, mas não é tão aprofundado.	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.
12	Nunca, nem na aqui na atenção primária, nem em outros espaços da vida profissional.	Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.

--	--	--	--

(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P1. Não teve formação P2. Não teve formação P3. Não teve formação P4. Não teve formação P5. Não teve formação P6. Não teve formação P7. Não teve formação P8. Não teve formação P9. Não teve formação P.10 Não teve formação P.11 Não teve formação P.12 Não teve formação	Não teve formação relacionado aos transtornos alimentares.	Não teve momentos de formação aqui na atenção primária, nem em outros espaços da vida profissional. Eu aprendi algumas coisas sobre isso, mas nem é um tema que se aborda muito na graduação. É uma coisa que você vê muito pouco mesmo. O único momento que eu tive foi na minha pós-graduação, que a gente teve um módulo inteiro sobre isso. Mas as capacitações, em geral na vida profissional, a gente não tem.

IADI	6. Você já atendeu/participou ou atende/participa do atendimento de algum paciente com TA?		
	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Não, não atendo.	Não atendeu ou participou	Não realizou ou participou de atendimento de pessoas com transtornos alimentares
2	Não atendo, atendo muita criança com questão de alimentação inadequada.	Não atendeu ou participou	Não realizou ou participou de atendimento de pessoas com transtornos alimentares
3	Não. Assim pra atendimento específico do transtorno não tem. Aconteceu já de eu atender uma criança que eu verifiquei que ela tinha esse questões alimentar, que foi encaminhada até para um nutricionista, mas que a gente trata especificamente de caso.	Não atendeu ou participou	Não realizou ou participou de atendimento de pessoas com transtornos alimentares
4	Não	Não atendeu ou participou	Não realizou ou participou de atendimento de pessoas com transtornos alimentares

5	Não atendo.	Não atendeu ou participou	Não realizou ou participou de atendimento de pessoas com transtornos alimentares
6	Não.	Não atendeu ou participou	Não realizou ou participou de atendimento de pessoas com transtornos alimentares
7	As orientações gerais, né? A gente orienta, né, uma alimentação saudável, o que ela pode ou não pode fazer. Mas nem sempre acontece.	Não atendeu ou participou	Não realizou ou participou de atendimento de pessoas com transtornos alimentares
8	Não que eu tenha lembrança de alguém ter compartilhado um caso comigo Mas eu me lembro que logo que eu cheguei aqui na saúde pública Eu atendi uma adolescente e ela tinha anorexia, né? E ela se mutilava, então, para além da questão do transtorno dela, da anorexia Ainda tinha as questões psicológicas dela, né? E na época a gente tratava junto, que eu não tinha psicólogo na equipe Mas a gente tratava com a terapeuta ocupacional Mas é claro que a gente compartilhava com os demais profissionais interessados Os demais profissionais que eram da área Inclusive teve até uma vez que ela se mutilou, mandou uma foto pra gente E a gente teve que sair à noite pra ir para o hospital e compartilhar o caso Pra ver como seria a conduta que a gente deveria fazer Pra poder a gente cuidar, pra que a gente pudesse fazer o cuidado desse paciente, né?	Realizou atendimento a um adolescente com bulimia	Realizou atendimento e fez encaminhamentos de pessoas com transtornos alimentares
9	Se for levar em consideração fome emocional, eu posso dizer que sim, diversas vezes. Mas se for levar para o lado da anorexia ou da bulimia, não	Fome emocional.	Realizou atendimento e fez encaminhamentos de pessoas com transtornos alimentares
10	É o básico. E fazer o acompanhamento do paciente, né? Mas eu confesso que muitas vezes, quando é um transtorno alimentar um pouco mais grave, né? Como esse que eu falei, a gente acaba encaminhando o paciente pra uma situação de transtorno alimentar. Como esse que eu falei, a gente acaba encaminhando pra outros lugares, como a nutricionista ou CAPS, para fazer acompanhamento na rede de saúde.	Acompanhamento e encaminhamento para outros profissionais ou serviço especializado.	

11	Atendimento compartilhado não, mas chegaram pra mim aí eu fiz o atendimento e o encaminhamento.	Atendeu e encaminhou	Realizou atendimento e fez encaminhamentos de pessoas com transtornos alimentares
12	Já atendi, poucas vezes, mas já.	Atendeu pacientes com transtornos alimentares	Realizou atendimento e fez encaminhamentos de pessoas com transtornos alimentares

(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P1. Não atendeu ou participou P2. Não atendeu ou participou P4. Não atendeu ou participou P5. Não atendeu ou participou P6. Não atendeu ou participou P7. Não atendeu ou participou P8. Não atendeu ou participou	Não realizou ou participou de atendimento de pessoas com transtornos alimentares	Não faço atendimento específico dos transtornos alimentares, tem atendimentos mais com o público das crianças, mas não questões da alimentação inadequada, e em casos assim foi encaminhada para a nutricionista.
P3. Realizou atendimento a um adolescente com bulimia P.9 Acompanhamento e encaminhamento para outros profissionais ou serviço especializado. P.10 Fome emocional P.11 Atendeu e encaminhou P12. Atendeu pacientes com transtornos alimentares	Realizou atendimento e fez encaminhamentos de pessoas com transtornos alimentares	Eu atendi uma adolescente e ela tinha anorexia, né? E ela se mutilava, então, para além da questão do transtorno dela, da anorexia ainda tinha as questões psicológicas dela. Além disso, há questões da fome emocional. E quando há casos assim, a gente faz o básico e faz o encaminhamento do paciente para outros lugares, como a nutricionista ou CAPS, para fazer o acompanhamento na rede de saúde.

7. Como você atribui o fazer a sua categoria profissional no cuidado ao usuário com TA?			
IAD 1	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Eu acredito que a orientação é o estímulo para que a pessoa deixe de estar se alimentando demais ou se alimentando de	Orientações referente a alimentação	Orientações gerais e direcionadas a alimentação saudável

	menos. Eu acredito que seja basicamente isso. Orientação, básico mesmo.		
2	A questão do fazer da minha categoria, eu acho que é mais relacionada às orientações. A gente orienta a alimentação, a gente pode orientar a questão da frequência, qual é aquela dieta saudável, né, não tão específico quanto o nutricionista, claro. Mas, assim, de uma forma mais abrangente a gente consegue dar uma orientação.	Orientações nutricionais com relação a uma alimentação mais saudável de modo abrangente	Orientações gerais e direcionadas a alimentação saudável
3	Hoje a questão alimentar já é muito importante em relação a isso, mas não só a nutricionista, como também todos os demais profissionais, como você também está atrás de entrevistar. Então, acredito que a alimentação, nem se diz só a questão da alimentação, porque quem tem transtorno alimentar ou se acha muito magro, ou se acha muito gordo, não se vê perfeitamente. Então, a gente precisa ter uma cautela em relação a obrigar o paciente a consumir aquele tipo de alimento, né? Tem que conversar direitinho, explicar a importância de ele estar consumindo aquele tipo de alimento. Também ser maleável, ver o que ele consegue consumir e o que a gente pode oferecer.	Orientações e condutas adequadas a realidades biopsicossocial do paciente.	Orientações gerais e direcionadas a alimentação saudável
4	Eu acho que é mais na questão do cuidado que o paciente precisa ter, a questão da aceitação. Mesmo também o paciente entender o problema, porque eu falo para o paciente. O paciente recebeu o diagnóstico de um transtorno alimentar, qualquer, para ele é difícil, como qualquer outro diagnóstico. E aí muitas vezes ele vem para a psicologia para a gente tentar explicar, tentar conscientizar, ou tentar até mesmo, como é que eu posso dizer? Fazer com que o paciente aceite. E assim, eu acho que para a gente da psicologia seria bastante interessante, se a gente tivesse algo relacionado a com a nutrição, não é nem como trabalhar esse paciente, mas é mais para entender	Orientar e conscientizar os pacientes sobre o diagnóstico dos transtornos alimentares.	Orientações gerais e direcionadas a alimentação saudável
5	As orientações gerais, né? A gente orienta, né, uma alimentação saudável, o que ela pode ou não pode fazer. Mas nem sempre acontece	Orientações gerais referente a alimentação	Orientações gerais e direcionadas a alimentação saudável
6	A nutrição realmente é fazer com que a pessoa, criança, adolescente, veja como um cuidado não como vilão. E sim como auxiliar pra aquele processo. A comida é pra você fazer bem. Saber quais são os benefício desse alimento. O que	Orientações e condutas mais específicas quando a alimentação e nutrição	Orientações gerais e direcionadas a alimentação saudável

	eu percebo é que muitos pacientes saem pro consultório médico e vai até a gente, encaminhar pra gente com ansiedade, pra tratar uma ansiedade ou um transtorno alimentar, de uma forma tão jogada, né? De não saber o que é transtorno alimentar, explicar o que é a doença. Então, falta muita informação. Daí quando a nutrição pode ser alinhada nesse processo deles de explicar mais afundo as informações.		
7	Bom, eu acho que um dos primeiros cuidados que a gente precisa ter, assim, tendo a atenção básica é a humanização. Você acolher aquele paciente que vem com aquela queixa, que vem com aquela angústia. Toda essa, achar que é muito gordo, se achar que tá muito magra, né? Eu acho que essa compreensão, ela é essencial, tá? E depois a gente pode traçar planos junto com a equipe multiprofissional. Porque o paciente, ele é integral, né? Então ele precisa, ele é um paciente, ele é um sistema muito complexo Ele precisa de várias visões. Então, além da questão do tratar humanizado, de trazer essa compreensão, a gente traça metas de como é que a gente pode fazer o manejo dessa conduta, né? É tentar promover algumas terapias, algumas propostas de mudança de estilo de vida, mais ou menos isso aí. E também é fazer com que esse paciente tenha essa compreensão de que as mudanças, elas não são tão fáceis, ela requer um tempo, requer uma meta, requer um cuidado, um esforço, né? E que ela precisa também compreender que precisa de ajuda multiprofissional.	Atendimento integral e humanizado com estratégias de cuidado multiprofissional	Atendimento integral e cuidado multiprofissional
8	Primeiro, a gente tem que entender quem é esse sujeito, como foi que esse transtorno entrou na vida dele, digamos assim. E por que ele se mantém? Quais são os reforçadores? Após isso, a gente vai ter que ver a questão da identidade, como ele se enxerga, por que ele se enxerga daquele jeito. Quem ele seria se ele não tivesse tido tantas experiências que o levaram a ter esse transtorno? Então, a partir daí, a gente vai ver as potencialidades, quais são os fatores de risco. A gente vai entender todo o cenário e modificar.	Entender o sujeito de modo integral e o cenário e quais são os reforçadores dos transtornos alimentares	Atendimento integral e cuidado multiprofissional
9	Eu vejo como o início. O acolhimento integral. O início de tudo. Porque como a atenção primária é a porta aberta e a gente tem o acesso a toda comunidade. Então seria realmente necessário um treinamento.	Início de tudo e acolhimento integral dos pacientes.	Atendimento integral e cuidado multiprofissional

10	É o básico. E fazer o acompanhamento do paciente, né? Mas eu confesso que muitas vezes, quando é um transtorno alimentar um pouco mais grave, né? Como esse que eu falei, a gente acaba encaminhando o paciente pra uma situação de transtorno alimentar. Como esse que eu falei, a gente acaba encaminhando pra outros lugares, como a nutricionista ou CAPS, para fazer acompanhamento na rede de saúde.	Acompanhamento e encaminhamento para outros profissionais ou serviço especializado.	Atendimento integral e cuidado multiprofissional
11	Eu vejo muito na significação de alguns aspectos aos transtornos alimentares, mesmo que na atenção primária não tenha alguns equipamentos específicos para esse tratamento. E na questão da prática profissional, mesmo que não tenha tanto essa articulação, através da identificação pela escuta, por exemplo.	Escuta qualificada para identificação dos transtornos alimentares	Atendimento integral e cuidado multiprofissional
12	Alguma medicação. Geralmente, eu já prescrevo medicações e orientações, encaminho ao nutricionista e ao psicólogo. Então, eu acho que, assim, é um ponto de entrada, né?	Orientações e encaminhamentos.	

(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P1. Orientações referente a alimentação P.2 Prescrição de medicações e encaminhamento para outros profissionais P5. Orientações nutricionais com relação a uma alimentação mais saudável de modo abrangente P7. Orientações e condutas adequadas a realidades biopsicossocial do paciente. P8. Orientar e conscientizar os pacientes sobre o diagnóstico dos transtornos alimentares. P8. Orientações gerais referente a alimentação P9. Orientações e condutas mais específicas quando a alimentação e nutrição.	Orientações gerais e direcionadas a alimentação saudável	Acredito que seja orientação básica, orientar sobre alimentação e a frequência de forma mais abrangente uma orientação de alimentação saudável. Além disso, hoje a questão alimentar já é muito importante em relação a isso, mas não só a nutricionista, como também todos os demais profissionais porque quem tem transtorno alimentar ou se acha muito magro, ou se acha muito gordo, não se vê perfeitamente. Então, a gente precisa ter uma cautela em relação a obrigar o paciente a consumir aquele tipo de alimento, ou seja, o paciente recebeu o diagnóstico de um transtorno alimentar, qualquer, para ele é difícil, como qualquer outro diagnóstico. Apresentar esse cuidado e tentar conscientizar e fazer o que o paciente entenda seu diagnóstico. Entender que a comida é pra você fazer bem e não um meio de fazer mal, trazer benéficos e nutri. Saber quais são os benefício desse alimento.

<p>P.3 Atendimento integral e humanizado com estratégias de cuidado multiprofissional</p> <p>P.5 Entender o sujeito de modo integral e o cenário e quais são os reforçadores dos transtornos alimentares</p> <p>P6. Início de tudo e acolhimento integral dos pacientes.</p> <p>p.10 Acompanhamento e encaminhamento para outros profissionais ou serviço especializado.</p> <p>P.12 Escuta qualificada para identificação dos transtornos alimentares</p>	<p>Atendimento integral e cuidado multiprofissional</p>	<p>Os primeiros cuidados que a gente precisa ter, assim, tendo a atenção básica como porta de entrada é a humanização, acolher aquele paciente que vem com aquela queixa, que vem com aquela angústia. E buscar respostas, como foi que esse transtorno entrou na vida dele? E por que ele se mantém? Quais são os reforçadores? Após isso, a gente vai ter que ver a questão da identidade, como ele se enxerga, por que ele se enxerga daquele jeito. Quem ele seria se ele não tivesse tido tantas experiências que o levaram a ter esse transtorno? Porque o paciente é integral e precisa de várias visões. Então, além da questão do tratar humanizado, de trazer essa compreensão, e a partir disso a gente traça metas de como é que a gente pode fazer o manejo dessa conduta, sensibilizar os pacientes que compreendam que as mudanças, elas não são tão fáceis, ela requer um tempo, requer uma meta, requer um cuidado e um esforço. A escuta qualificada é uma estratégia importante, considerando que na atenção primária não há equipamentos específicos para esse tratamento.</p>
--	---	--

IAD1	8. O que acha que os seus colegas de trabalho/profissionais da saúde pensam sobre as pessoas com TA?		
	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Eu acredito que também tem uma dificuldade de perceber, de identificar.	Dificuldade de identificar	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.
2	Eu acho que como envolve mais, por exemplo, o cuidado do enfermeiro, de áreas que são mais específicas, eu acho que as pessoas dessas categorias, como psicólogo, como enfermeiro, eles estão mais à frente disso. Eles querem saber, na verdade, compartilham com a gente, né? Mas eu acho que as demais categorias não tem muito manejo referente a isso. Eu acho que eles não tem essa percepção de identificar um paciente que traz um transtorno desse, entendeu? Até a gente mesmo, como profissional, pra gente poder estar identificando isso, a gente	Dificuldade de identificação e manejo	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.

	precisa de aquele cuidado continuado pra gente poder ver realmente as nuances, os detalhes, pra gente poder realmente identificar um paciente que tem transtorno ou não.		
3	Assim como eu, eu acho eles que a visão que envolve muitos fatores. Tanto a questão da gente não ter nenhuma educação permanente, nenhum meio, instrumento que possa nos orientar. A gente não tem nada de base, mesmo de estudo, né, metodologia que a gente possa utilizar pra investigar, pra ter um olhar mais crítico em relação a esses transtornos. Quanto também a questão do tempo. A atenção primária, ela tá, infelizmente, ela não tá conseguindo se voltar mais pra essas questões básicas, que seria o carro-chefe da atenção primária. A atenção primária virou basicamente uma UPA. A gente tá fazendo atendimentos de urgência. Então, esses tipos de atendimentos, que são atendimentos complexos, que teriam que ter uma maior demora, investigação, aproximação com a comunidade, infelizmente, estão ficando de lado, porque a gente não tá tendo tempo pra isso.	Um problema que envolve muitos fatores e que falta treinamento e conhecimento de base sobre a problemática.	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.
4	Acho que há muita falta de esclarecimento ainda	Falta de conhecimento de base sobre a problemática	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.
5	Um ponto de entrada é prescrever alguma medicação e fazer encaminhamentos.	Distanciamento com a problemática	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.
6	Há um certo distanciamento e falta de percepção, ou até mesmo de um conhecimento mais específico para estes casos. Penso que a Atenção primária tenha casos, mas não é fácil essa identificação e o trabalho em equipe.	Distanciamento, falta de percepção e dificuldade de trabalhar em equipe.	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.
7	Eu tenho mais contato com a psicóloga. Então, o atendimento dela é individual, a gente não faz atendimento compartilhado, então eu não tenho muita noção do que eles pensam em relação. Não se fala muito sobre isso.	Distanciamento e desconhecimento sobre a temática	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.
8	Eu acho que há um certo distanciamento, a gente nunca se preocupa a questionar isso, sabe? Porque são tantas coisas, mas eu acho que daria para levar essa informação para eles.	Há um certo de distanciamento e não se menciona sobre está problemática	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.

9	O médico orienta muito, né, faz as orientações, porque cada equipe tem o seu médico para fazer as suas orientações. Os enfermeiros daqueles, eles se enfatizam muito sobre isso, né, sobre a alimentação saudável. Assim, qual a nutrição, isso, geralmente, a gente faz em clareamento. A gente nunca participa junto dessa reunião com o paciente, entendeu?	Distanciamento com o atendimento compartilhado	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.
10	Os que estão aqui no meu convívio, eu acho que eles tentam ajudar, como eu tento. Os que trabalham comigo não fecham o olho e ignoram. Principalmente quando é uma coisa mais estranha, assim, que é mais incomum, né? Mas eu vejo que muitas vezes os profissionais de maneira geral, não só o profissional médico, fica um pouco frustrado, né? Porque não tem muito o que fazer	Distanciamento com o cuidado continuado	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.
11	Eu convivo mais com o psicólogo. Então é muito tranquilo. A gente sempre pega pra debater e fazer um plano para a pessoa. Ficamos conversando e uma vai dando retorno ao outro sobre o paciente. Então eu vejo que há uma preocupação e curiosidade sobre esses temas, porém tenha dificuldade de compartilhar com outros profissionais.	Distanciamento do atendimento junto a equipe mínima	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.
12	Eu acho ainda algo muito frágil, diria-se, principalmente através da concepção de que muita gente ainda tem, infelizmente, sobre que saúde mental é só para o psicólogo, ou um psiquiatra. Às vezes eu vejo isso distanciamento da equipe para tratamento desse tipo, dentre outros que perpassam sobre a saúde mental.	Distanciamento da equipe com relação as questões de saúde mental	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.

(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P1. Dificuldade de identificar P2. Distanciamento com a problemática P3. Dificuldade de identificação e manejo P4. Distanciamento, falta de percepção e dificuldade de trabalhar em equipe. P5. Um problema que envolve muitos fatores e que falta treinamento e conhecimento de base sobre a problemática. P6. Falta de conhecimento de base sobre a problemática	Distanciamento, dificuldade de identificação e manejo dos transtornos alimentares.	Acredito que uma dificuldade de identificar ou perceber os transtornos alimentares, e que o cuidado é mais específico do enfermeiro, psicólogos e as demais categorias não tem muito manejo. E para conseguirmos identificar isso, a gente precisa de aquele cuidado continuado pra gente poder ver realmente as nuances, os detalhes, pra gente poder realmente identificar um paciente que tem transtorno ou não. Infelizmente, a atenção primária não está conseguindo se voltar mais pra essas questões básicas, que seria o carro-chefe da

<p>P7. Distanciamento e desconhecimento sobre a temática.</p> <p>P8. Há um certo de distanciamento e não se menciona sobre está problemática</p> <p>P9. Distanciamento com o atendimento compartilhado</p> <p>P10. Distanciamento com o cuidado continuado</p> <p>P11. Distanciamento do atendimento junto a equipe mínima</p> <p>P12. Distanciamento da equipe com relação as questões de saúde mental</p>		<p>atenção primária. A gente tá fazendo atendimentos de urgência. Então, esses tipos de atendimentos, que são atendimentos complexos, que teriam que ter uma maior demora, investigação, aproximação com a comunidade, infelizmente, estão ficando de lado, porque a gente não está tendo tempo pra isso. Estão cada vez mais raros os atendimentos compartilhados, há muitos encaminhamentos. O médico orienta, os enfermeiros enfatizam sobre isso e a nutrição geralmente faz um clareamento da questão, nunca participamos juntos dessa reunião. É algo frágil, principalmente através da concepção de que muita gente ainda tem, infelizmente, sobre que saúde mental é só para o psicólogo, ou um psiquiatra. Às vezes eu vejo isso distanciamento da equipe para tratamento desse tipo, dentre outros que perpassam sobre a saúde mental. Os que trabalham comigo não fecham o olho e ignoram. Principalmente quando é uma coisa mais estranha, assim, que é mais incomum, né?</p>
---	--	---

IADI	9. Pessoas com TA procuram o serviço de saúde em que você atua atualmente?		
	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	<p>Não, não chegou ninguém com queixa, pelo menos agora, agora recente, não lembro. Isso para trás também não lembro, nunca chegou ninguém com queixa de transtorno alimentar. A gente, às vezes, identifica numa consulta pelo IMC, alguma coisa, está mais magra mas não, nunca chegou com queixa de transtorno alimentar mesmo.</p>	<p>Não procuram o serviço e não é queixa primária</p>	<p>Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço</p>
2	<p>Procuram, mas pode não ser uma queixa primária, então fica difícil saber se o paciente procura o serviço em específico por essas questões.</p>	<p>Não procuram o serviço e não é queixa primária</p>	<p>Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço</p>
3	<p>Eu acho assim, que elas ainda não se perceberam. Então, na verdade, no Santo Antônio, nunca recebi um caso com transtornos. Eu acho que elas, assim, em vista disso eu teria dificuldade em falar porque nunca realmente eu recebi um caso desse sentido aí, entendeu?</p>	<p>Não procuram o serviço e não é queixa primária</p>	<p>Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço</p>

4	Não, não chegou ninguém com queixa, pelo menos agora, agora recente, não lembro. Isso para trás também não lembro, nunca chegou ninguém com queixa de transtorno alimentar. A gente, às vezes, identifica numa consulta pelo IMC, alguma coisa está mais magra ou gorda, nunca chegou com queixa de transtorno alimentar mesmo, não	Não é uma queixa primária e não procuram	Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço
5	Não chega, mas é um problema grave como outros que a gente tem, não. Mas é um problema, com certeza, tem que ser resolvido uma hora.	É um problema, mas não é um problema grave.	Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço
6	Eu acho que não tanto, não chega logo com isso.	Não é um problema incidente	Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço
7	Chega muito por questões de ansiedade. A gente vê muito essa questão da patologização hoje em dia, é nomeado como transtorno ou com ansiedade, de forma errada, e que não é praticamente compatível com o sofrimento daquela pessoa, mas que acontece. Então podem procurar quando a doença está mais grave.	Não é uma queixa primária	
8	Não, é difícil. Eu ainda não vi ninguém vir aqui pra procurar por conta específica.	Não procuram o serviço	Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço
9	Não	Não procuram o serviço	Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço
10	Não	Não procuram o serviço	Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço
11	Não, para psicologia não. É como eu disse, eles vêm com outras demandas, né? Que quando a gente vai conversar sobre, a gente vê que tem um transtorno relacionado.	Não procuram o serviço com esta demanda específica.	Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço
12	Muito difícil.	Pessoas não procuram o serviço	Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas

			primárias quando as pessoas procuram o serviço
--	--	--	--

(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P1. Não é uma queixa primária P2. Não é uma queixa primária P3. Não é uma queixa primária P4. Não é uma queixa primária P5. Não procuram o serviço P6. Não procuram o serviço P7. Não procuram o serviço P8. Não procuram o serviço com esta demanda específica. P.9 Pessoas não procuram o serviço P10. É um problema, mas não é um problema grave. P11. Não é um problema incidente P12. Não é o primeiro problema.	Pacientes não procuram o serviço e os transtornos alimentares não são queixas primárias quando as pessoas procuram o serviço	De modo geral, os pacientes não procuram. É difícil os pacientes chegarem aqui e já dizer que está com transtorno alimentar, podem até procurar, mas pode não ser uma queixa primária, então fica difícil saber se o paciente procura o serviço em específico por essas questões. Às vezes identificamos numa consulta algo relacionado ao IMC, se está mais magra ou não, mas nunca chegou com queixa de transtorno alimentar mesmo. Nunca recebi casos nesse sentido. Chega muito por questões de ansiedade. A gente vê muito essa questão da patologização hoje em dia, é nomeado como transtorno ou com ansiedade, de forma errada, e que não é praticamente compatível com o sofrimento daquela pessoa, mas que acontece. Então podem procurar quando a doença está mais grave.

IAD 1	10. Você acredita que os TA é um problema no seu território?		
	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Pode ser, pode ser um potencial problema.	Potencial problema	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios
2	Com certeza. Existe o problema.	É um problema no território	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios
3	É um problema há a ser discutido, a ser debatido e ser reconhecido	É um problema do território	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios
4	Eu acho que é um problema camuflado, até porque na minha experiência como psicóloga, o que eu vejo é que muitas vezes, quem tem algum transtorno alimentar, são junto com a ansiedade, por exemplo, como emocional, obesidade, esses têm uma abertura maior para a gente, mas aqueles que são	É um problema do território	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios

	mais voltados à magreza, eles entendem a gente não como um suporte, mas em alguns momentos como alguém que vai levá-los a começar a se alimentar, e isso não é uma coisa positiva, entende? Porque o pensamento é tão organizado no sentido de que eu não posso me alimentar, que se eu for para um profissional que vai mudar a forma de pensar, o meu corpo já não vai ser aquele ideal que eu acredito que hoje em dia seja.		
5	Principalmente a questão da compulsão. Porque, infelizmente, pela questão social, ser um território vulnerável, é que acontece. A população tem uma alimentação precária.	É um problema presente desencadeado por questões socioeconômicas	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios
6	Sim. Principalmente na área pediátrica. Os adolescentes já são mais aqueles que já vem da infância. São mais alguns que já vem crescente	Sim, principalmente no público infantil	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios
7	Não, as vezes o paciente chega com outras demandas e pode ter relação com a alimentação.	Pode ser um problema relacionado a outras questões de Saúde	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios
8	Um problema grave não. Mas é um problema, com certeza, tem que ser resolvido uma hora, né?	É um problema	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios
9	Sem dúvidas. E aí eu vejo muita essa questão, tanto desde criança, até mesmo como uma pessoa adulta, o advento da pandemia tem ocasionado muito essa questão. Que naturalmente isso vem a inferir o sofrimento das pessoas.	É um problema	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios
10	Acredito que é um problema, mas que não se vê muito	É um problema	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios
11	Sim, pode ter adolescentes que apresentam esses comportamentos	Acredita que é um problema	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios
12	Acredito que sim, embora eu não fiz atendimentos	Acredita que é um problema	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios

(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P1. Potencial problema P2. É um problema no território P3. É um problema do território P4. É um problema do território	Os transtornos alimentares são um problema nos territórios	Existe sim o problema, e é um problema que precisa ser discutido e reconhecido. Principalmente a compulsão alimentar, infelizmente potencializada pela questão social. E aparentemente, é um problema na área

<p>P.5 É um problema presente desencadeado por questões socioeconômicas</p> <p>P6.Sim, principalmente no público infantil</p> <p>P7. É um problema</p> <p>P8. Pode ser um problema relacionado a outras questões de Saúde</p> <p>P9. Acredita que é um problema</p> <p>P10. É um problema</p> <p>P12. É um problema</p>	<p>pediátrica e da adolescência. Porém, acho que é um problema camuflado, por que aqueles que são mais voltados à magreza, eles entendem a gente não como um suporte, mas em alguns momentos como alguém que vai levá-los a começar a se alimentar, e isso não é uma coisa positiva, entende? Porque o pensamento é tão organizado no sentido de que eu não posso me alimentar, que se eu for para um profissional que vai mudar a forma de pensar, o meu corpo já não vai ser aquele ideal que eu acredito que hoje em dia seja assim.</p>
---	---

IAD 1	11. Existem procedimentos/conduas/orientações específicas para o atendimento da pessoa com TA nesta unidade de saúde? Você costuma executar condutas específicas?		
	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Não existe condutas para estes atendimentos	Não existe condutas ou protocolos para estes atendimentos	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.
2	Os encaminhamentos, né? Porque, geralmente, os pacientes, a gente fica até mais confiante para encaminhar para nutricionistas e psicólogos	Não há consultas específicas, faz o encaminhamentos	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.
3	Não existe, como mencionei. Não é rotina	Não existe condutas ou protocolos para estes atendimentos	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.
4	Não existe	Não existe	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.
5	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionando aos transtornos alimentares	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionando aos transtornos alimentares	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.
6	Não	Não	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.
7	Aqui na unidade não tem protocolos específicos para o atendimento aos transtornos alimentares.	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.
8	Não	Não existe conduta específica	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.

9	A gente tem muito pouco protocolo para tudo, na realidade. A gente tem alguns protocolos definidos para algumas coisas que são mais comuns, né? Para gestante, para criança, puericultura, para natal, para hipertensão de diabetes. São as coisas mais comuns do dia a dia do posto, né? Mas para transtorno alimentar, que eu conheço, não tem nenhum não. Deveria ter mesmo, seria até legal, né? Seria interessante mesmo.	Não existe procedimento/condução/orientações específicas	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.
10	Geralmente a questão de indivíduos, orientações que são feitas, e os casos realmente específicos como esse, eles sabem que não são passíveis apenas de orientação. Em alguns casos específicos, realmente vão precisar de uma assistência mais especializada para tentar dar um acompanhamento nesse sentido, mas também dos médicos, acredito que uma medicina que possa estabilizar um pouquinho esses sintomas. Mas não há nada em específico aqui na unidade.	Não existe procedimentos/conduções/orientações específicas	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.
11	A gente costuma trabalhar muito em equipe, então se eu pego um paciente que eu percebo que ele vai precisar de um suporte maior direcionado a muitas coisas, eu já consigo chamar o enfermeiro para me ajudar, o nutricionista para me ajudar, às vezes um profissional de educação física também para me ajudar. Então a gente tenta não fazer as coisas tão sozinho, porque o ser humano é múltiplo, tem a questão social também, a gente já começa a ver alguns espaços que ele pode se sentir bem também, por exemplo, tem algumas estações da juventude, que também são lugares de apoio para a gente. Então o ideal nesses casos é que você acolhe, você faz aquele atendimento no viés da psicologia, mas você também traz a equipe para conhecer aquele ser humano e as necessidades dele, então tem essa parte muito bacana de poder contar com outras categorias.	Atendimento multiprofissional	Estratégia de atendimento multiprofissional e matriciamento
12	Às vezes tem os casos de saúde mental que vai para um matriciamento. Porque às vezes o transtorno também está presente nesse caso.	Matriciamento	Estratégia de atendimento multiprofissional e matriciamento

(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P1. Não existe condutas ou protocolos para estes atendimentos P2. Não há consultas específicas, faz o encaminhamentos P3. Não existe condutas ou protocolos para estes atendimentos P4. Não há protocolos específicos para o atendimento direcionando aos transtornos alimentares P5. Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares. P6. Não há protocolos específicos para o atendimento direcionando aos transtornos alimentares P7. Não há protocolos específicos para o atendimento direcionando aos transtornos alimentares P8. Atendimento multiprofissional P9. Não existe procedimento/condução/orientações específicas P10. Não existe procedimento/condução/orientações específicas P11. Matriciamento P12. Não existe procedimentos/conduções/orientações específicas	Não há protocolos específicos para o atendimento direcionado aos transtornos alimentares.	A gente tem muito pouco protocolo para tudo, na realidade. A gente tem alguns protocolos definidos para algumas coisas que são mais comuns, né? Para gestante, para criança, puericultura, pré natal, para hipertensão de diabetes. São as coisas mais comuns do dia a dia do posto. Mas para transtorno alimentar, que eu conheço, não tem nenhum não que possamos seguir para os atendimentos. Geralmente são feitas orientações, encaminhamentos para assistência especializada e os médicos, que acredito que a medicina possa estabilizar um pouco esses sintomas. A gente costuma trabalhar muito em equipe, então se eu pego um paciente que eu percebo que ele vai precisar de um suporte maior direcionado a muitas coisas, eu já consigo chamar o enfermeiro para me ajudar, o nutricionista para me ajudar, às vezes um profissional de educação física também para me ajudar. Então a gente tenta não fazer as coisas tão sozinho, porque o ser humano é múltiplo. E tem casos de saúde mental que vai para um matriciamento. Porque às vezes o transtorno também está presente nesse caso.

IAD 1	12. Lembra de alguma situação marcante vivenciada por você ou algum dos profissionais que atendem pessoas com TA que possa compartilhar?		
	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Não recordo, não tenho experiência para compartilhar.	Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares	Profissional não vivenciou atendimentos direcionados aos transtornos alimentares
2	Não cheguei a fazer um atendimento específico para os transtornos alimentares	Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares	Profissional não vivenciou atendimentos direcionados aos transtornos alimentares

3	Não fiz atendimentos individual ou em equipe com casos assim.	Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares	Profissional não vivenciou atendimentos direcionados aos transtornos alimentares
4	Nunca tive nenhum caso específico.	Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares	Profissional não vivenciou atendimentos direcionados aos transtornos alimentares
5	Não. Não participo ainda, mas fiquei também sabendo de alguns.	Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares	Profissional não vivenciou atendimentos direcionados aos transtornos alimentares
6	Não, lá no posto de saúde que eu tenha atendo, não.	Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares	Profissional não vivenciou atendimentos direcionados aos transtornos alimentares
7	Não vivenciei nada a respeito	Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares	Profissional não vivenciou atendimentos direcionados aos transtornos alimentares
8	Com transtornos, até então a gente nunca pegou uma pessoa de fato	Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares	Profissional não vivenciou atendimentos direcionados aos transtornos alimentares
9	Não em específico, mas vejo adolescentes que estão acima do peso, que eles trazem uma carga emocional de sofrimento absurda e geralmente pela questão do bullying, não porque eles já se enxergavam assim, mas porque eles já se enxergavam assim. Mas pelo histórico que teve, então tem muito essa questão de muitos não conseguirem ir para a escola, eu tive um caso, mas não foi aqui, foi em outra cidade, para falar a verdade contigo, para ser bem sincera, que o adolescente deixou de ir para a escola exatamente por causa do peso dele. E não era assim, provavelmente era sobrepeso, obesidade, mas não era nada assim exagerado, mas a forma como ele se enxergava era realmente uma coisa assim, absurda, e ele já não conseguia sair de casa devido à aparência dele, então ele passava muito tempo sem comer e quando ele ia comer era todo de uma vez, de fato já era um tipo de anorexia, para falar a verdade.	Peso e convívio social em específico no público dos adolescentes	Vivenciou atendimentos de situações relacionadas aos transtornos alimentares
10	Eu só atendi essa que eu te falei. Que ela veio encaminhada com compulsão alimentar. E aí, ela veio para mim, ela não foi nem na Nutricionista, não. Ela veio encaminhada direto para mim e aí eu que pedi a Nutricionista se ela poderia atender comigo, né? E aí eu fiz o meu atendimento em relação às questões mais psicológicas e em relação às questões alimentares a nutricionista que a gente fez. Conversou com ela e aí a gente percebeu que não tratava de uma compulsão alimentar, né? Mas era mesmo de desejos alimentares.	Sim, vivenciou o atendimento junto com o profissional de nutrição.	Vivenciou atendimentos de situações relacionadas aos transtornos alimentares

11	Tem essa da menina que tem esse transtorno que não recorde o nome. Que é um negócio tão absurdo. Quando ela come sabão. E que mesmo encmainhado para o CAPS, na atenção especializada, não teve sucesso e esta pessoa voltou pra APS para cuidarmos dela de outra forma. E ela ta aí ainda comendo sabão. Quando tem essa contra referência que não resolve muita coisa e o paciente volta para a origem dele e que pode ser a origem do problema de muitos outros psicopatologias.	Picanismo	Vivenciou atendimentos de situações relacionadas aos transtornos alimentares.
12	Tem um caso específico, porque como não é uma demanda realmente, não tem tanto esse histórico, mas há indícios. Uma paciente que ela não vinha com essas questões de compulsão alimentar excessivamente, vivência, beleza e tudo mais, que vinha aumentando a cada tempo e estava reverberando na ansiedade. Geralmente é nesse sentido que chega, mas não é o tanto específico.	Há situações vivenciadas de ansiedade e padrão de beleza	Vivenciou atendimentos de situações relacionadas aos transtornos alimentares

(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P1. Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares P2. Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares P3. Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares P4. Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares P5. Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares P6. Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares P9. Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares P11. Não apresenta vivência de atendimento as pessoas com transtornos alimentares	Profissional não vivenciou atendimentos direcionados aos transtornos alimentares	Não vivenciei, não recorde de casos assim, não cheguei a fazer atendimento específico para os transtornos alimentares e não tenho experiências para compartilhar.
P7. Peso e convívio social em específico no público dos adolescentes	Vivenciou atendimentos de situações relacionadas aos transtornos alimentares	Vejo adolescentes que estão acima do peso, que eles trazem uma carga emocional de sofrimento absurda e geralmente pela questão do bullying, não porque eles já

<p>P8. Sim, vivenciei o atendimento junto com o profissional de nutrição. P.10 Picanismo P.12 Há situações vivenciadas de ansiedade e padrão de beleza</p>		<p>se enxergavam assim, mas porque dizem que eles são assim. Pelo histórico que teve, então tem muito essa questão de muitos não conseguirem ir para a escola, eu tive um caso, mas não foi aqui, foi em outra cidade, para falar a verdade contigo, para ser bem sincera, que o adolescente deixou de ir para a escola exatamente por causa do peso dele. Outra situação, é uma paciente que ela veio encaminhada com compulsão alimentar. E aí, ela veio para mim, ela não foi nem na Nutricionista, não. Ela veio encaminhada direto para mim e aí eu que pedi à nutricionista se ela poderia atender comigo, né? E aí eu fiz o meu atendimento em relação às questões mais psicológicas e em relação às questões alimentares a nutricionista que fez. Outro caso vivenciado, é paciente com questões de compulsão alimentar excessivamente, vivência familiar, beleza e tudo mais, que vinha aumentando a cada tempo e estava reverberando na ansiedade e outra que é um transtorno atípico, o de picanismo, foi encaminhado para o CAPS. Na atenção especializada, não teve sucesso e esta pessoa voltou pra APS para cuidarmos dela de outra forma.</p>
--	--	---

IAD 1	13. Você gostaria de acrescentar alguma informação que considere relevante para este estudo?		
	Excreções –Chaves	Ideias Centrais/Ancoragens	Categorias
1	Acredito que o atendimento compartilhado entre as equipes seja o mais importante, seja o que mais vai contribuir para a melhoria desse quadro. E como sugestão a realização de Educação Permanente, de treinamento, de direcionamento, de qualificação de pessoal seria bem importante.	Atendimento em equipe e qualificação profissional	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.
2	Eu acho que, assim, há alguma questão, na verdade, eu acho que uma Educação Permanente era bom. Sugerir um EP pra gente nessa questão dos transtornos alimentares.	Qualificação profissional	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da

			equipe para atendimento dos transtornos alimentares.
3	Eu acho que a gente deveria voltar mais esse olhar dentro do território, para a gente poder tentar identificar. Porque eu acho que a gente falha nesse sentido, porque a gente se preocupa tanto com as outras demandas que são mais corriqueiras, e aí acaba que as outras necessidades ficam para trás. E aí, uma vez que você leva como pauta para uma discussão, para um diálogo, eu acho que desperta o olhar, desperta o interesse, e daí a gente consegue ter identificação	Qualificação profissional	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.
4	É um temática importante e relevante para a saúde como todo, e não é algo que é amplamente discutido na atenção primária a saúde. Então seria interessante uma sensibilização, educação permanente, treinamento, educação continuada para que os profissionais possam melhor compreender e atender estes casos.	Educação permanente e qualificação profissional.	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.
5	O estudo poderia criar um protocolo, né, que a gente pudesse seguir pra orientar durante uma consulta com esse tipo de transtorno, porque realmente a questão alimentar é algo que, não só o transtorno em si, né, mas a questão alimentar em geral, é algo que tá bem precário nessas populações vulneráveis, então pode não ter a bulimia e anorexia, mas a compulsão alimentar existe e principalmente em crianças, que tem que ser visto porque os pais não são tão presentes, né, eu acho que precisa de um protocolo pra nos guiar nessa tipo de atendimento.	Criação de um protocolo de atendimento direcionado aos Transtornos alimentares.	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.
6	Eu primeiro gostaria de agradecer, né? É uma oportunidade de aprender. De você crer nessa questão na atenção primária e também de reforçar a questão da necessidade da visão para o olhar, para essa população. Seria bom ter EPs... A gente tem EPs, mas do cotidiano do que a atenção primária oferece, que é o mais comum, mas já a questão nutricional não é uma coisa comum mesmo que gente esteja frente a frente no nosso cotidiano, na realidade. Então seria bom levantar essas questões aí, EPs, para que a gente possa participar. Para trazer esclarecimentos, porque a nossa visão em relação a isso é bem fechada. A gente não tem uma visão, porque isso. Saber identificar a questão, às vezes, de uma conversa, orientar.	Ser pensadas em Educações Permanentes de acordo com a temática	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.

	Fazer orientação com os pais, porque é o primeiro contato ali, né? Com o distúrbio alimentar. Seria bom ter esse esclarecimento.		
7	É, eu acho que transtornos alimentares em relação à atenção primária ainda é um tabu, porque não tem muita procura, não tem muita demanda, ou se tem, é mais para questão psicológica, eles encaminham mais para psicólogo e aí, quando necessário, entra um nutricionista, mas sempre é mais procurado a questão psicológica. O que poderia melhorar era ter Educação permanente, Com também a questão de estudo de caso, se tivesse algum estudo de caso multiprofissional, seria uma boa pedida.	Educação permanente com relação a temática	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.
8	Eu acho assim, como tem um atendimento de enfermagem diariamente, eu acho que a nutricionista deveria participar mais da unidade, ter mais consultas. Ou seja, ter qualificação profissional para implementar esses atendimentos. Ela vem só um dia, uma semana, pelo menos passar três dias pra poder fazer os atendimentos, né, porque tem muitos jovens que procuram justamente porque não conseguem manter a alimentação correta	Qualificação profissional	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.
9	É um fato relevante esse questionamento dos alimentos. A pergunta que você fez foi se era um problema relevante no posto de saúde, né? Eu acho que essa é a questão central mesmo da sua pergunta. É um problema relevante sim, né? O problema é que a gente tem dezenas de outros problemas relevantes. E eu falo muito isso para os meus colegas que estão começando. A energia que a gente tem para gastar, muitas vezes é grande. Se a gente sair resolvendo tudo, a gente não dá conta de nada. Então, muitas vezes a gente tem que, na APS, na realidade do Brasil, parece estranho dizer isso, mas escolher quem é que a gente vai ajudar. E o problema que o paciente tem algum transtorno de alimentar, muitas vezes, se ele não aparecer por aqui, a gente não descobre que ele existe e ele vai ficar aí para sempre. E não só para a questão alimentar, para vários outros problemas. Quem está andando no bairro aí, quem está tendo um contato diário com os pacientes, é a gente de saúde, né? Ela não está preocupada com gente que está bulímica ou anorexia, não. Ela está preocupada com o que cobram dela que é o quê? São as	Qualificar os profissionais e sensibilizar a equipe que os transtornos alimentares pode ser uma demanda presente e urgente no território	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.

	gestantes, as crianças, os diabéticos, os hipertensos, sabe? O governo impõe metas que deixam a gente preocupado com outras coisas. A gente gasta energia nessas coisas. Então, muitas vezes, só para terminar, porque eu falo demais, né? A questão do transtorno alimentar, a gente só consegue tratar, dar o diagnóstico, dar o segmento, tratar eventualmente, se ele chegar por aqui espontaneamente. E gente não consegue encontrar esse paciente muitas vezes, infelizmente. É a realidade. Eles estão aí, deve ter um bocado aí, que eu nem conheço.		
10	Quando a gente consegue fazer em equipe é muito bom, com psicólogo é perfeito, mas o que eu percebo é que a equipe mínima, ela isola muito a equipe multiprofissional. Não é só o psicólogo, o nutricionista, que sempre tá muito próximo um do outro, mas sim todos.	Potencializar o atendimento em equipe mínima e equipe de apoio	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.
11	Eu acho que se tivesse um processo de educação permanente, de modificação das práticas em saúde mental como um todo eu acho que facilitaria essa questão da condução dos casos, da assistência dos pacientes realmente seriam mais efetivos para o cuidado desses pacientes. Então, acho que essa seria uma perspectiva interessante a se pensar.	Existir educação permanente e modificações nas práticas de saúde mental	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.
12	Lhe parabenizar por está sensível a este tema, e entender que o primeiro passo é sensibilizar os outros profissionais a terem esse olhar, por meio de qualificação profissional, educação permanente, incorporar isso como uma demanda que também é importante no serviço de saúde.	Sensibilizar e qualificar os profissionais para esta demanda	

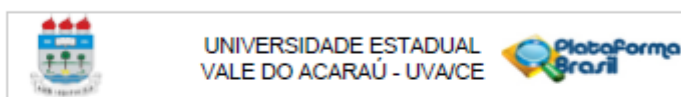
(IAD 2 Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Psicólogos)		
Ideias Centrais	Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo
P1. Atendimento em equipe e qualificação profissional P2. Qualificação profissional P3. Qualificação profissional P4. Educação permanente e qualificação profissional.	Estratégias de educação permanente, fluxos, protocolos e qualificação da equipe para atendimento dos transtornos alimentares.	Acredito que o atendimento compartilhado em equipe seja o mais importante, realização de treinamento e qualificação profissional direcionado aos transtornos alimentares que possamos voltar mais esse olhar dentro

<p>P5. Criação de um protocolo de atendimento direcionado aos Transtornos alimentares.</p> <p>P6. Ser pensadas em Educações Permanentes de acordo com a temática</p> <p>P.7 Educação permanente com relação a temática</p> <p>P8. Qualificação profissional</p> <p>P.9 Qualificar os profissionais e sensibilizar a equipe que os transtornos alimentares pode ser uma demanda presente e urgente no território</p> <p>P10. Potencializar o atendimento em equipe mínima e equipe de apoio</p> <p>P11. Existir educação permanente e modificações nas práticas de saúde mental</p> <p>P12. Sensibilizar e qualificar os profissionais para esta demanda</p>		<p>do território, para a gente poder tentar identificar, entendo que falhamos nesse sentido, porque a gente se preocupa tanto com as outras demandas que são mais corriqueiras, e aí acaba que as outras necessidades ficam para trás. É uma temática importante e relevante para a atenção primária, então seria interessante educação permanente, treinamento, educação continuada para que os profissionais possam compreender melhor e atender estes casos. O estudo poderia criar um protocolo que a gente pudesse seguir para orientar durante uma consulta com esse tipo de transtorno, porque realmente a questão alimentar, pois nossa visão é bem fechada, não só o transtorno em si, mas a questão alimentar em geral, é algo que tá bem precário nessas populações vulneráveis, então pode não ter a bulimia e anorexia ou compulsão alimentar. Os transtornos alimentares em relação à atenção primária ainda é um tabu, porque não tem muita procura, não tem muita demanda, ou se tem, é mais para questão psicológicas, eles encaminham mais para psicólogo e aí, quando necessário, entra um nutricionista, mas sempre é mais procurado a questão psicológica, é um fato relevante esse questionamento dos alimentos, O problema é que a gente tem dezenas de outros problemas relevantes. E eu falo muito isso para os meus colegas que estão começando. A energia que a gente tem para gastar, muitas vezes é grande. Se a gente sair resolvendo tudo, a gente não dá conta de nada. Então, muitas vezes a gente tem que, na APS, na realidade do Brasil, parece estranho dizer isso, mas escolher quem é que a gente vai ajudar. E o problema é que o paciente tem algum transtorno, muitas vezes se ele não aparecer por aqui, a gente não descobre que ele existe e ele vai ficar aí para sempre. E não só para a questão alimentar, para vários outros problemas. Quem está andando no bairro aí, quem está tendo um contato diário com os pacientes, é agente de saúde, né? Ela não está preocupada com gente que está com bulimia ou anorexia, não. Ela está preocupada com o que cobram dela, que é o quê? São as gestantes, as crianças, os</p>
---	--	--

		<p>diabéticos, os hipertensos, sabe? As metas que deixam a gente preocupado com outras coisas. A gente gasta energia nessas coisas. Então, muitas vezes, a questão do transtorno alimentar, a gente só consegue tratar, dar o diagnóstico, dar o segmento, tratar eventualmente, se ele chegar por aqui espontaneamente. E a gente não consegue encontrar esse paciente muitas vezes, infelizmente. É a realidade. Eles estão aí, deve ter um bocado aí, que eu nem conheço.</p>
--	--	--

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESSOAS COM TRANSTORNO ALIMENTAR NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA ANÁLISE DO CUIDADO A PARTIR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA SAÚDE

Pesquisador: NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59594522.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.530.589

Apresentação do Projeto:

Pessoas com transtorno alimentar na Atenção Básica à Saúde: uma análise do cuidado a partir das representações sociais de trabalhadores da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o cuidado prestado às pessoas com TA na Atenção Primária à Saúde a partir das representações dos profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Contemplados pela autora da pesquisa, assegurando o sigilo aos participantes quanto aos seus dados e opiniões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, haja vista que poucos estudos ou quase nenhum, acerca de transtornos alimentares são desenvolvidos na atenção primária à saúde. É importante que se saiba que critérios são utilizados na detecção de problema tão grave quanto este.

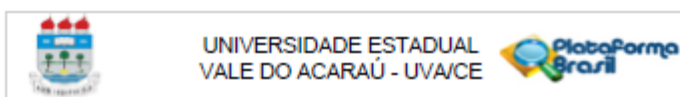
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendidos.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Porto, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3277-4286 Fax: (88)3277-4242 E-mail: cep_uva@uva.net.br



Continuação do Parecer: 5.530.589

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa APROVADO. O CEP reforça a Resolução CNS 466/12, onde: "XI.2 - Cabe ao pesquisador: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa". Estes relatórios obrigatórios devem ser enviados via Plataforma Brasil, para o monitoramento e arquivamento da pesquisa pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:



Projeto de pesquisa APROVADO. O CEP reforça a Resolução CNS 466/12, onde: "XI.2 - Cabe ao pesquisador: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa". Estes relatórios obrigatórios devem ser enviados via Plataforma Brasil, para o monitoramento e arquivamento da pesquisa pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1951719.pdf	08/06/2022 23:33:28		Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZAÇÃO_DE_USO_DE_SOM_E_VOZ.pdf	08/06/2022 23:25:27	NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Normanda_PROJETO.pdf	08/06/2022 23:21:48	NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_DE_APROVAÇÃO_DA_SIC_C.pdf	08/06/2022 23:21:20	NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.pdf	08/06/2022 23:19:17	NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.PDF.pdf	08/06/2022 23:17:03	NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.PDF.pdf	08/06/2022 23:16:52	NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.pdf	08/06/2022 23:15:13	NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	08/06/2022 23:10:00	NORMANDA DE ALMEIDA CAVALCANTE LEAL	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocello Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (85)3677-4266 Fax: (85)3677-4242 E-mail: cep_uva@uvanet.br

3 / 3 46,1%

 UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE 

Continuação do Parecer: 5.530.569

Situação do Parecer:
Aprovado

Neocessita Aprovação da CONEP:
Não

SOBRAL, 15 de Julho de 2022

Assinado por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4285 Fax: (88)3677-4042 E-mail: cep_uva@uva.net.br

Página 02 de 02

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)						
Responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1 – Fico apavorado (a) 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 de comer.						
5 – Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6 – Presto atenção na quantidade de calorias dos alimentos.						
7 – Evito particularmente os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batata, 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 magro(a).						
12 – Penso em queimar calorias a mais quando estou						

ANEXO B – TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES

me exercitando.						
13 – As pessoas me acham muito magro(a).						
14 – Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15 – Demoro mais tempo pra fazer minhas refeições do que outras pessoas.						
16 – Evito comer alimentos que contem açúcar.						
17 – Costumo comer alimentos diabéticos.						
18 – Sinto que os alimentos controlam minha vida.						
19 – Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20 – Sinto-me que os outros me pressionam para comer.						
21 – Passo muito tempo pensando em comer.						
22 – Sinto desconforto após comer doce.						
23 – Faço regimes para emagrecer 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.						

Fonte: BIGHETTI, 2004

ANEXO C – ESCALA DE SILHUETAS

