



UNILAB

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARESSA SANTOS FERREIRA

**TRANSTORNOS ALIMENTARES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**LIMOEIRO DO NORTE
2018**

MARESSA SANTOS FERREIRA

TRANSTORNOS ALIMENTARES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde da Família/Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família/Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves

LIMOEIRO DO NORTE

2018

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Ferreira, Maressa Santos.

F439t

Transtornos alimentares no contexto da atenção primária à Saúde
/ Maressa Santos Ferreira. - Redenção, 2019.
39f: il.

Monografia - Curso de Saúde da Família, Instituto de Ciências da
Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-
Brasileira, Redenção, 2019.

Orientador: Profa. Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves.

1. Anorexia nervosa. 2. Bulimia nervosa. 3. Distúrbios
alimentares. 4. Cuidados primários de saúde. I. Título

CE/UF/BSP

CDD 616.852

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA

MARESSA SANTOS FERREIRA

TRANSTORNOS ALIMENTARES NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Data: ___/___/___

Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves (Orientador)

Prof. Dr. Wesley Lyeverton Correia Ribeiro

Prof. Ms. Géssica Soares Cavalcante

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Critérios diagnósticos da anorexia nervosa de acordo com o DSM-5[®]

QUADRO 2. Critérios diagnósticos da Bulimia Nervosa de acordo com o DSM-5[®]

QUADRO 3. Critérios diagnósticos do Transtorno da Compulsão Alimentar de acordo com o DSM-5[®]

QUADRO 4. Relação de artigos científicos abordando transtornos alimentares e atenção primária à saúde.

QUADRO 5: Papel da Atenção Primária à Saúde no manejo dos Transtornos Alimentares

QUADRO 6: Perfil dos pacientes com TA

QUADRO 7: Tratamento dos Transtornos Alimentares na Atenção Primária à Saúde

QUADRO 8: Dificuldades encontradas no tratamento dos Transtornos Alimentares

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB.....	ATENÇÃO BÁSICA AB
AN.....	ANOREXIA NERVOSA
APS.....	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
BN.....	BULIMIA NERVOSA
CAPS.....	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DSM-5.....	MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS
TA.....	TRANSTORNOS ALIMENTARES
TCA.....	TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Transtornos Alimentares (TA): Definição.....	11
2.2 Tipos e critérios diagnósticos dos TAs.....	11
2.2.1 Anorexia nervosa.....	12
2.2.2 Bulimia Nervosa.....	13
2.2.3 Transtorno da Compulsão Alimentar.....	14
2.3 Prevalência e Etiologia dos TAs	16
2.5 Tratamento dos TAs.....	18
2.6 O papel da APS	19
3 MÉTODO DA PESQUISA	21
3.1 Tipo de estudo.....	21
3.2 Questão norteadora.....	21
3.3 Descritores e critérios de inclusão e exclusão.....	21
3.4 Amostragem e Categorização dos estudos.....	22
3.5 Análise e Interpretação dos dados.....	22
3.6 Aspectos éticos.....	22
3.7 Coleta de Dados.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	23
4.1 Categorização dos estudos.....	23
4.2 O papel da APS no manejo dos TA.....	24
4.2.1 O papel da APS	24
4.2.2 O perfil dos pacientes com demanda de TA na APS	27
4.3 Tratamento dos TA	29
4.3.1 Achados sobre o tratamento dos TA	30
4.3.2 Dificuldades enfrentadas.....	31
4.4 Prevenção dos TA	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A.....	39
APÊNDICE B.....	40

TRANSTORNOS ALIMENTARES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maressa Santos Ferreira¹

Prof. Dra. Anelise Maria C.V.Alves ²

RESUMO

O estudo tem como objetivo avaliar os subsídios da literatura sobre o manejo dos transtornos alimentares no contexto da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa, com busca na literatura a partir dos descritores "Feeding and Eating Disorders" e "Primary Health Care", nas bases de dados Scielo, LILACS, MEDLINE, PUBMED, no período de 2008 a 2018. A amostra final foi de 8 artigos, no qual encontrou-se informações sobre o papel da atenção primária, o tratamento e a prevenção dos transtornos alimentares nesse nível da atenção em saúde. A amostra analisada demonstrou que a literatura fornece poucos subsídios sobre o manejo de TA na APS, deixando lacunas a serem entendidas, como o papel de cada profissional e a prevenção nesse contexto. Faz-se necessários mais estudos para dar continuidade à temática e encontrar as questões levantadas.

Palavras-chave: ANOREXIA NERVOSA; BULIMIA NERVOSA; TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

ABSTRACT

The aim of this study is to provide an overview of the literature on the management of eating disorders in the context of Primary Health Care. This is an integrative review, with an introduction to the literature of the descriptors "Food and Eating Disorders" and "Primary Health Care ", In the databases SCIELO, LILACS, MEDLINE, PUBMED, from 2008 to 2018. The final sample consisted of 8 articles, without previous qualifications on the role of primary care, treatment and motivation of health care at the level of care in Cheers. The edition analyzed is based on the production of subsidies on the management of AT in PHC, leaving gaps as being fulfilled, such as the role of each professional and prevention in context. The most recent studies to continue the situation and find themselves as issues raised.

Keywords: ANOREXIA NERVOSA; BULIMIA NERVOSA; BINGE-EATING DISORDER PRIMARY; HEALTH CARE

MARESSA SANTOS FERREIRA

¹ Graduada em Nutrição. Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família, pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Limoeiro do Norte.

² Doutora em Microbiologia Médica pela Universidade Federal do Ceará.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por um transtorno permanente em relação à alimentação ou ao comportamento alimentar, resultando em modificações na saúde física e/ou no funcionamento psicossocial. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais edição 5 (DSM - 5[®]), são especificados como transtornos alimentares a pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno de compulsão alimentar (TCA), outro transtorno alimentar especificado e transtorno alimentar não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Dentre os mais encontrados estão a AN, a BN e o TCA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012). Afetam até 5% da população em países ocidentais, enquanto que nos países orientais, o predomínio de TAs é menor, porém crescente (ELADAWI *et al.*, 2018; MAYHEW *et al.*, 2017; ÁGH *et al.*, 2016). A prevalência de AN é estimada em aproximadamente 0,5 a 0,6%, a de BN em 0,5 a 1,0% e a de TCA em 1,1 a 2,3%. Destas, a AN possui a maior taxa de mortalidade dentre todos os transtornos psiquiátricos, apresentando cerca de 6 a 12 vezes maior risco de morte prematura nas mulheres do que na população geral (ÁGH *et al.*, 2016; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

Os TAs são mais prevalentes nas sociedades com preocupação excessiva sobre o peso e a aparência. Deste modo, a insatisfação corporal é um dos preditores da sintomatologia de transtornos alimentares, tendo relação com vários fatores, tais como a influência social, índice de massa corporal, autoestima, entre outros (ELADAWI *et al.*, 2018; AMARAL; FERREIRA, 2017; O'BRIEN *et al.*, 2017). Embora os TA sejam mais observados no sexo feminino, também podem atingir homens, crianças, adolescentes e adultos; pessoas de todas as etnias e classes sociais, além de pessoas com diferentes formas, pesos e tamanhos (ELADAWI *et al.*, 2018; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

Geralmente, são distúrbios relacionados a diversas complicações clínicas, não limitadas a um subgrupo especial, podendo provocar uma gama de alterações fisiológicas significativas em todos os órgãos do corpo. (ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012). Diante disso, apresentam taxas de mortalidade significativamente maiores quando comparadas com a população geral, bem como taxas de suicídio mais elevadas. Conseqüentemente, apresentam um impacto na

saúde do Estado, pois estão associados ao aumento da utilização de cuidados de saúde e custos de saúde mais elevados (MAYHEW *et al.*, 2017; ÁGH *et al.*, 2016).

As pessoas acometidas devem receber tratamento baseado em evidências, oferecido por equipe interdisciplinar com experiência no cuidado de pacientes com TAs e com inclusão da família. A estabilidade emocional, recuperação nutricional, prevenção de complicações clínicas graves e morte, além da cessação dos episódios de compulsão e purgação, são algumas das principais metas traçadas (ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS), constitui-se no primeiro nível de atenção e principal porta de entrada no sistema de saúde, estando mais próxima do cotidiano de vida dos indivíduos tendo maior poder de compreensão dessa dinâmica social (KLOBUKOSKI; HOFELMANN *et al.*, 2017). Oferecem uma postura de receber, escutar e tratar de forma humana os usuários e suas demandas, a partir do “acolhimento” e “vínculo”, metas do Sistema Único de Saúde (SUS) encontrados também neste nível de atenção, visam prover um serviço usuário-centrado que ofereça qualidades nas redes de saúde, resolubilidade às demandas do usuário e assistência integral à população atendida (KLOBUKOSKI; HOFELMANN *et al.*, 2017; RAMOS; PEDRÃO *et al.*, 2013).

Desta forma, a APS possui um papel fundamental que compreende o acolhimento para a identificação dos casos de TA nas comunidades, melhor encaminhamento e atuação na prevenção através de práticas de ações educativas sobre o tema com a finalidade de esclarecer indivíduos e comunidades, devendo ser estimuladas, com objetivo de reduzir a incidência da doença, especialmente no público mais vulnerável: adolescentes e adultos jovens (BRASIL, 2014).

A presente pesquisa justifica-se devido ao baixo número de estudos sobre transtornos alimentares no cenário da Atenção Primária, tornando-se essencial por contribuir para elevar o nível de conhecimento na área, além de servir para o aprimoramento de políticas públicas, práticas de prevenção e assistência desse público. Face ao exposto, este estudo tem como objetivo avaliar os subsídios da literatura sobre o manejo dos transtornos alimentares no contexto da Atenção Primária à Saúde. Os objetivos específicos são: Avaliar subsídios da literatura quanto ao papel da APS no manejo dos TA; Identificar orientações sobre tratamento; Identificar orientações sobre prevenção; Relacionar dados encontrados na literatura com materiais da atenção primária à saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Colaborando com o objetivo deste estudo, neste capítulo serão apresentados aspectos, características, definições, conceitos, entre outros, a respeito dos transtornos alimentares e da atenção primária à saúde.

2.1 Transtornos Alimentares: Definição

Os TA são doenças mentais graves, caracterizados por um transtorno duradouro em relação à alimentação ou ao comportamento alimentar, resultando em modificações na saúde física e/ou no funcionamento psicossocial (DSM - 5[®]) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

São caracterizados, principalmente, por comportamentos ou pensamentos frequentes e persistentes sobre alimentação ou ao ato de comer que causam prejuízo ou sofrimento a pessoa em diversos âmbitos. Os prejuízos estão relacionados com alterações no consumo de alimentos que levam a um comprometimento da saúde física, psíquica ou/e social (ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Alvarenga e colaboradores (2015) reforçam ao definí-los como quadros psiquiátricos caracterizados por profundas alterações no comportamento alimentar e disfunções no controle de peso e forma corporal, que levam a sérios prejuízos clínicos, psicológicos e de convívio social. Apresentam elevado risco de morte, morbidade e mortalidade psiquiátrica, independente do peso do indivíduo (ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.2 Tipos e critérios diagnósticos dos TA.

Os critérios diagnósticos dos TA foram estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (ALVARENGA *et al.*, 2015).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais edição 5 (DSM - 5[®]), são especificados como transtornos alimentares a pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno de compulsão alimentar (TCA), outro transtorno alimentar especificado e transtorno alimentar não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Recentemente, os diagnósticos atualizados no DSM 5 são: AN subtipo restritivo ou compulsivo-purgativo; BN; TCA e outros transtornos alimentares não

especificados (ALVARENGA *et al.*, 2015). Serão abordados a seguir os TA mais prevalentes: anorexia nervosa; bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar.

2.2.1 ANOREXIA NERVOSA

Caracteriza-se pela restrita ingestão calórica, o medo exacerbado de ganhar peso, além da alteração na percepção do próprio peso (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012). Alvarenga e colaboradores (2015) a definem como perda excessiva e intencional de peso que leva a um emagrecimento intenso, abaixo do peso ideal para altura, idade, sexo e estágio de desenvolvimento. Os critérios diagnósticos estão demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios diagnósticos da Anorexia Nervosa de acordo com o DSM - 5[®]:

A. Restrição da ingestão calórica, levando a um peso corporal significativamente baixo ² no contexto de idade, gênero, desenvolvimento e saúde física;
B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo que a pessoa tenha peso significativamente baixo;
C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influencia indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.

²Definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.

Vale ressaltar que a amenorréia (cessação da menstruação) deixou de ser considerada critério diagnóstico para anorexia nervosa, visto condições que inviabilizam seu uso para todos os grupos, como pessoas do sexo masculino, meninas na pré-menarca, mulheres em uso de pílulas anticoncepcionais e pós-menopausa, e na fase fértil, podem apresentar ainda uma menstruação mesmo que irregular (BLACK; GRANT, 2015).

Atualmente, pode ser diferenciada em dois tipos: AN tipo restritivo, quando a perda de peso foi obtida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo - sem presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo como vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante os últimos três meses; ou AN tipo compulsão alimentar purgativa, quando ocorreram, no período, episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O nível de gravidade pode ser aumentado dependendo dos sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão do paciente. Além disso, a gravidade da anorexia nervosa também pode ser especificada através do Índice de Massa Corporal (IMC) em adultos e através do percentual do IMC em crianças e adolescentes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os intervalos de IMC para baixo peso em adultos são: Desnutrição leve: IMC ≥ 17 kg/m²; Desnutrição moderada: IMC 16-16,99 kg/m²; Desnutrição grave: IMC 15-15,99 kg/m²; e Desnutrição extrema: IMC < 15 kg/m² (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.2.2 BULIMIA NERVOSA

Para Alvarenga *et al.* (2015), a BN caracteriza-se por um ciclo de restrição, compulsão e compensação, e uma autoavaliação muito influenciada por questões corporais. Há a presença da compulsão alimentar, definida pela ingestão, em período determinado, de uma quantidade de alimento maior do que a maioria das pessoas consumiria em um curto espaço de tempo, com sensação de falta de controle, associados a comportamentos compensatórios. Estes podem ser purgativos – vômito autoinduzido, uso de laxante, diurético e outras medicações com o objetivo de perda de peso – e/ou exercício físico excessivo, jejuns e dietas restritivas (ALVARENGA *et al.*, 2015; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012). Os critérios diagnósticos estão demonstrados no Quadro 2.

Quadro 2. Critérios diagnósticos da Bulimia Nervosa de acordo com o DSM - 5[®] :

<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Ingestão, em um período de tempo determinado (por exemplo, dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes; II. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).

<p>B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes, a fim de impedir o ganho de peso como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.</p>
--

C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, no mínimo, uma vez por semana durante três meses.
D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal.
E. Não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014

Assim como na AN, a BN pode ser classificada conforme gravidade. Neste caso, segue especificada conforme frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados (purgação): Leve, de 1 a 3 episódios por semana; Moderada – de 4 a 7 episódios por semana; grave – de 8 a 13 episódios por semana; Extrema – de 14 ou mais episódios compensatórios por semana (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os alimentos consumidos nos episódios de compulsão variam. Entretanto, apesar de a compulsão estar mais relacionada a quantidade e qualidade, em geral os indivíduos tendem a consumir alimentos que evitariam em outras circunstâncias. Nos intervalos entre os episódios de compulsão, os alimentos consumidos normalmente são hipocalóricos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Os indivíduos com esse transtorno normalmente estão com o IMC dentro da faixa de normalidade $18,5 \text{ kg/m}^2 < \text{IMC} < 24,9 \text{ kg/m}^2$ em adultos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.2.3 Transtorno da Compulsão Alimentar

O TCA, quando comparado à BN, se diferencia por episódios de compulsão, porém sem práticas compensatórias. Além disso, o consumo excessivo de alimento é acompanhado pela sensação de falta de controle (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

Alvarenga e colaboradores (2015) reforçam como transtorno alimentar caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar sem o uso de métodos compensatórios, com acentuado estresse e desconforto associado ao episódio, e ainda com as características de: comer mais rápido que o normal, até se sentir desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades de comida mesmo sem fome, comer sozinho por vergonha e sentimentos de tristeza e culpa (ALVARENGA *et al.*, 2015). Os critérios diagnósticos estão demonstrados no Quadro 3.

Quadro 3. Critérios diagnósticos do Transtorno da Compulsão Alimentar de acordo com o DSM - 5[®] :

<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingestão, em um período determinado, por exemplo, dentro de cada período de duas horas, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes;2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio, por exemplo, sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo.
<p>B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. comer mais rapidamente do que o normal;2. comer até se sentir desconfortavelmente cheio;3. comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome;4. comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo;5. sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
<p>C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.</p>
<p>D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, uma vez por semana durante três meses.</p>
<p>E. A compulsão alimentar não está associada com o uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.</p>

FONTE: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014

A gravidade do Transtorno de Compulsão Alimentar pode ser classificada baseada na frequência dos episódios de compulsão alimentar, em leve – de 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana; Moderada – de 4 a 7 episódios por semana; Grave- de 8 a 13 episódios por semana; Extrema- de 14 ou mais episódios por semana (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Vale ressaltar a importância de saber diferenciar a compulsão alimentar de momentos em que normalmente se come mais do que o normal. Por exemplo, em eventos sociais, onde o comum é comer mais, como festas de aniversário e feriados comemorativos, e estes só devem ser considerados episódios de compulsão se a pessoa comer significativamente mais do que a maioria das pessoas comeram durante o evento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Pacientes obesos com transtorno de compulsão alimentar, apresentam um consumo calórico maior do que pacientes obesos sem transtorno. Além disso,

apresentam maior prejuízo funcional e comorbidade psiquiátrica, mais sofrimento subjetivo, além de baixa qualidade de vida. A realização de dietas após os períodos de compulsão é comum nos transtornos de compulsão alimentar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.3 Prevalência e Etiologia dos TAs

A AN, BN e o TCA são distúrbios psiquiátricos prevalentes afetando até 5% da população em países ocidentais. Nos países orientais, o predomínio de TAs é menor, porém crescente (ELADAWI *et al.*, 2018; MAYHEW *et al.*, 2017; ÁGH *et al.*, 2016). A prevalência de AN é estimada em aproximadamente 0,5 a 0,6%, a de BN em 0,5 a 1,0% e a de TCA em 1,1 a 2,3%. Destas, a AN possui a maior taxa de mortalidade dentre todos os transtornos psiquiátricos, apresentando cerca de 6 a 12 vezes maior risco de morte prematura nas mulheres do que na população geral (ÁGH *et al.*, 2016; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

Não existem dados nacionais a fim de determinar com exatidão a prevalência dos transtornos alimentares, mas centros de atendimento especializados para portadores destes transtornos consideram crescentes esses números e, também, em intensidade (NUNES *et al.*, 2006). Segundo Córdas (2001), estima-se que no Brasil a anorexia nervosa afeta 0,5% das mulheres, a bulimia nervosa de 1% a 2%, e o transtorno do comer compulsivo está presente em 2% a 3% da população em geral, representando quase 30% dos obesos em tratamento (BRASIL, 2014).

Quanto à etiologia, os TA são de origem multifatorial, necessitando de avaliações e de abordagens que contemplem os vários aspectos envolvidos em sua origem e manutenção (BRASIL, 2014). Assim, são mais prevalentes nas sociedades com preocupação excessiva sobre o peso e a aparência. Deste modo, a insatisfação corporal é um dos preditores da sintomatologia de transtornos alimentares, tendo relação com vários fatores, tais como a influência social, índice de massa corporal, autoestima, entre outros (ELADAWI *et al.*, 2018; AMARAL; FERREIRA, 2017; O'BRIEN *et al.*, 2017).

Embora sejam mais observados no sexo feminino, também podem atingir homens, crianças, adolescentes e adultos; pessoas de todas as etnias e classes sociais, além de pessoas com diferentes formas, pesos e tamanhos (ELADAWI *et al.*, 2018; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

Além disso, observa-se sua incidência em pessoas que apresentam características rígidas de personalidade, fatores de risco relacionados a traumas, incluindo abusos e negligências na infância e sintomatologia complexa e difícil de tratar, como dissociação, perfeccionismo, patologia compulsiva, padrões de

pensamento rígidos e níveis elevados de vergonha. Desta forma, o contexto é determinante da sua prevalência, e o bem-estar psicológico, a autoestima, refeições frequentes e em uma atmosfera positiva parecem ser fatores protetores (CALVERT *et al.*, 2018; MAYHEW *et al.*, 2017; NEUMARK-SZTAINER *et al.*, 2011).

Em crianças e adolescentes, a presença de TAs têm sido associados com baixa autoestima, solidão e ineficácia social, e esses sentimentos podem estar relacionados à disfunção familiar quando as necessidades emocionais da criança não estão sendo distinguidas em razão de problemas familiares (NUNES *et al.*, 2006). Na adolescência, o culto exagerado ao corpo é comum, e somados ao crescimento acelerado e muitas vezes repentino faz com que a percepção corporal fique alterada. Geralmente, meninas tendem a seguir dietas da moda para emagrecer, que não suprem as suas necessidades nutricionais, podendo levar aos transtornos alimentares, e os meninos, procurando ganhar mais massa muscular, iniciam a utilização indiscriminada de suplementos nutricionais (BRASIL, 2014).

Em mulheres adultas, revela-se no desejo generalizado de um corpo mais magro. A anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) normalmente iniciam durante a adolescência ou na idade jovem adulta. O curso e o desfecho da anorexia variam muito, pois pode haver recuperação total após primeiro episódio ou curso crônico ao longo da vida, podendo levar a morte (FRANKO *et al.*, 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O uso de métodos de emagrecimento inadequados, como dietas restritivas, também é um fator de risco importante para o desenvolvimento de transtornos relacionados ao comportamento alimentar (ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

Diante disso, esses transtornos apresentam taxas de mortalidade significativamente maiores quando comparadas com a população geral, bem como taxas de suicídio mais elevadas (MAYHEW *et al.*, 2017; ÁGH *et al.*, 2016). Consequentemente, apresentam um impacto na saúde do Estado, pois estão associados ao aumento da utilização de cuidados de saúde e custos de saúde mais elevados (ÁGH *et al.*, 2016).

2.5 Tratamento dos TAs

O tratamento dos transtornos deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional qualificada preferencialmente composta por psiquiatra, psicólogo,

nutricionista, assistente social, enfermeiro e cirurgião-dentista, sendo possível o envolvimento de outros profissionais, e com inclusão da família (BRASIL, 2014; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

As metas do tratamento dos TAs incluem regularização do padrão alimentar, suspensão das práticas purgativas, restritivas e orientação nutricional, além do tratamento psicológico e psiquiátrico (BRASIL, 2014).

A estabilidade emocional, recuperação do estado nutricional, prevenção de complicações clínicas graves e morte, além da cessação dos episódios de compulsão e purgação, são algumas das principais metas traçadas. Outras metas terapêuticas podem ser direcionadas em paralelo quando possível (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION; 2011; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

É necessário conscientização e um grande esforço do paciente para dar continuidade ao tratamento visto que a saúde física e o peso restabelecidos não significam cura. Os sintomas podem demorar um longo período para desaparecerem; a imagem corporal distorcida e/ou pensamentos relacionados aos TAs podem persistir e a terapia se faz necessária a longo prazo (CALVERT *et al.*, 2018; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

Para se obter sucesso no tratamento dos TA deve-se trabalhar a mudança de comportamento alimentar. Os comportamentos se relacionam às cognições e aos afetos, e que, no caso dos TA, são disfuncionais em relação ao alimento. O comportamento alimentar se torna psicológico e patogênico, quando difere das atitudes espontaneamente adotadas pela maioria dos indivíduos de uma população que vive em determinado ambiente socioeconômico e cultural, e quando ele induz consequências nocivas para a saúde e/ou sentimento pessoal de anormalidade frente a sociedade. Portanto, só será possível mudar o comportamento trabalhando de forma as crenças e os sentimentos em relação à comida (ALVARENGA *et al.*, 2015).

O nutricionista é importante neste processo, tanto no sentido de promover um bom estado nutricional e alimentação saudável, mas também para estabelecer uma boa relação do paciente com a comida e com o corpo (BRASIL, 2014).

A atuação do nutricionista em TA exige, pelas particularidades dos quadros, conhecimento em psicologia, psiquiatria, habilidades de comunicação e em técnicas de mudança de comportamento. Por trabalhar de maneira diferenciada, o profissional é chamado geralmente de terapeuta nutricional (TN), uma vez que seu objetivo não é apenas promover um bom estado nutricional e alimentação saudável, mas, fundamentalmente, uma boa relação do paciente com a comida e com o corpo, e, para tanto, deve assumir uma postura de não julgamento, sobretudo em relação aos medos,

angústias e crenças disfuncionais. Dessa maneira, o tratamento não envolve apenas a educação nutricional clássica, mas também a mudança de atitudes e comportamentos alimentares e corporais (ALVARENGA *et al.*, 2015; AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2011).

O TN deve ser capaz de reconhecer sinais e sintomas característicos dos TA, avaliar todos os aspectos alimentares do paciente, estimar e determinar metas de peso apropriadas, ensinar o paciente a manter o peso corporal e a alimentação saudável e dar suporte no processo de adquirir novas atitudes alimentares. O TN auxilia no planejamento alimentar, fazendo disso uma tarefa mais agradável, e não rígida. É importante desencorajar a contagem de calorias e pesagem dos alimentos; em contrapartida, são utilizadas os grupos alimentares e noções de porção (em medidas caseiras) (ALVARENGA *et al.*, 2015).

O papel fundamental do TN é auxiliar o paciente a minimizar os sentimentos negativos, angústias e pessimismo em relação à comida, ao peso e ao corpo. É necessário explicar e discutir que as funções corporais e alimentares melhoradas refletirão além do peso corporal. Trabalhar com esses pacientes, no entanto, pode fazer o TN se sentir sobrecarregado, frustrado e com sensação de impotência. O TN deve, portanto, se apropriar de algumas estratégias e se atualizar frequentemente (ALVARENGA *et al.*, 2015).

2.6 O papel da APS

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), constitui-se no primeiro nível de atenção e principal porta de entrada no sistema de saúde, estando mais próxima do cotidiano de vida dos indivíduos tendo maior poder de compreensão dessa dinâmica social (KLOBUKOSKI; HOFELMANN, 2017). Oferecem uma postura de receber, escutar e tratar de forma humana os usuários e suas demandas, a partir do “acolhimento” e “vínculo”, metas do Sistema Único de Saúde (SUS) encontrados também neste nível de atenção, visam prover um serviço usuário-centrado que ofereça qualidades nas redes de saúde, resolubilidade às demandas do usuário e assistência integral à população atendida (KLOBUKOSKI; HOFELMANN, 2017; RAMOS; PEDRÃO, 2013).

Desta forma, a APS possui um papel fundamental que compreende o acolhimento para a identificação dos casos de Transtorno Alimentar. A partir do diagnóstico, vê-se a importância da equipe de AB, em conjunto com o Nasf (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), realizar o encaminhamento a centros de tratamentos especializados. Os profissionais do Nasf e demais envolvidos necessitam de

conhecimento sobre critérios e sobre a rede de assistência à saúde, bem como todos os recursos disponíveis para realizar o encaminhamento necessário (BRASIL, 2014).

A Atenção Básica tem um papel importante que compreende a identificação dos casos de Transtorno Alimentar. Em alguns casos, o médico pode diagnosticar e encaminhar os casos para tratamento especializado (BRASIL, 2014).

É de grande importância que a equipe de AB, em conjunto com o Nasf, assumam o encaminhamento a centros de atendimento especializados, que dispõem de equipe multiprofissional treinada e habilitada para o manejo destes distúrbios. O trabalho dos profissionais que atuam no Nasf pressupõe ainda a definição de critérios para o encaminhamento a outros pontos da rede de assistência à saúde (BRASIL, 2010). A atuação do Nasf neste contexto pode ainda remeter ao uso do recurso Projeto Terapêutico Singular (PTS), entendido como uma variação da discussão de "casos clínicos", e que pressupõe o envolvimento de diversos saberes, pela equipe, para traçar estratégias com o portador de TA segundo os recursos da equipe, da família, do território e do próprio sujeito (BRASIL, 2014).

Assim, a Atenção Básica assume grande importância no rastreamento de casos de TAs nas comunidades, a partir da compreensão de seus conceitos, bem como sinais clínicos e o reconhecimento da necessidade da referência a centros especializados como hospitais com ambulatório psiquiátrico e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) quando presentes no território, contribuindo para o melhor encaminhamento nesses casos (BRASIL, 2014).

Além disso, a AB pode atuar na prevenção através de práticas de ações educativas com a finalidade de esclarecer indivíduos e comunidades acerca dos TAs, devendo ser estimuladas, com objetivo de reduzir a incidência da doença, especialmente no público mais vulnerável: adolescentes e adultos jovens (BRASIL, 2014).

3 MÉTODO DA PESQUISA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata de uma revisão integrativa da literatura, referente à produção de conhecimento sobre transtornos alimentares no contexto da Atenção Primária à Saúde.

A revisão integrativa se refere a um método que permite a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo e favorece a caracterização e a divulgação do conhecimento produzido, possibilitando a síntese dos dados e a identificação de lacunas na literatura que precisem de novas pesquisas para serem preenchidas (POLIT; BECK, 2011; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Seguiu-se o percurso metodológico proposto por Polit e Beck (2011), composto por seis fases distintas: questão norteadora, estabelecimento dos descritores e dos critérios de inclusão e exclusão, amostragem, categorização dos estudos, análise e interpretação dos dados.

3.2 Questão norteadora

Este estudo é movido pela seguinte questão norteadora: quais os subsídios existentes na literatura para nortear os profissionais quanto ao manejo dos transtornos alimentares no contexto da Atenção Primária à Saúde?

3.3 Descritores e critérios de inclusão e exclusão

Os descritores definidos para busca bibliográfica foram, conforme descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>): Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos e Atenção Primária à Saúde. Em inglês: Feeding and Eating Disorders e Primary Health Care.

Como critérios de inclusão, foram utilizados:

- Ser classificado como artigo científico;
- Estar nos idiomas português, inglês ou espanhol;
- Ter sido publicado nos últimos 10 anos (2008-2018);

Como critérios de exclusão, estão:

- Não abordar diretamente temática proposta;
- Não fornecer subsídios para devida categorização do estudo;
- Não estar disponível na íntegra na internet ou na fonte original.

3.4 Amostragem e Categorização dos estudos

Constituídas por artigos científicos sobre a temática publicados nas bases de dados Scielo, LILACS, MEDLINE, PUBMED, no período de 2008 a 2018, atendendo

os critérios de inclusão, com resumos disponíveis nos bancos de dados informatizados selecionados e texto disponível na íntegra na internet ou que pode ser fornecido pela fonte original. Foram utilizados documentos governamentais para complementar a pesquisa.

A coleta de dados seguiu a seguinte premissa:

- a) Leitura Exploratória: leitura rápida de todo o material a fim de verificar se as obras consultadas são de interesse para o trabalho;
- b) Leitura Seletiva: leitura mais aprofundada das partes que realmente interessam;
- c) Registro das informações extraídas das fontes precedendo item 3.4 (Categorização dos estudos).

Para categorização dos estudos, os registros contemplaram as seguintes informações: dados de identificação do artigo (título, autores, ano de publicação), e em seguida para coleta de dados a caracterização dos TA quanto ao papel da APS no manejo dos TA, tratamento e prevenção.

3.4 Análise e Interpretação dos dados

Nesta etapa, foi realizada uma análise das categorias com a finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas permitissem a obtenção de respostas à questão norteadora da pesquisa. Os dados obtidos foram agrupados e apresentados em quadros para uma melhor visualização dos estudos inseridos.

3.6 Aspectos éticos

Houve comprometimento em citar os autores e todas as produções utilizadas neste estudo, sendo devidamente referenciadas conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

3.7 Coleta De Dados

A coleta de dados contou com os instrumentos (apêndices A e B) para auxiliar na análise e categorização dos estudos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Categorização dos estudos

Como resultado da busca dos descritores “Feeding and Eating Disorders” e “Primary health care”, de forma cruzada, foram encontrados 64 artigos, sendo 34 na Pubmed, 29 na Medline, 01 na Lilacs e nenhum na Scielo. Deve-se salientar que 20 trabalhos encontravam-se duplicados entre as bases de dado Pubmed e Medline, resultando em um total de 44 trabalhos de objeto para análise nas etapas seguinte.

Foram excluídos os trabalhos que não estavam com livre acesso ao texto completo, resultando em 24 artigos, que passaram para a primeira fase. Após análise crítica do título e do resumo, foram selecionados 13 estudos para serem lidos na íntegra, que serão apresentados a seguir. Um desses estudos foi excluído, resultando em 12 artigos para as próximas fases, conforme quadro 4.

QUADRO 4. Relação de artigos científicos abordando transtornos alimentares e atenção primária à saúde.

N.artigo	Título	Autores	Ano
01	Cognitive-behavioral therapy for eating disorders in primary care settings: Does it work, and does a greater dose make it more effective?	Charlotte Rose; Glenn Waller.	2017
02	Recognizing disordered eating in primary care patients with obesity	Sara A Chacko, Sarah N. Chiodi, Cristina C. Wee	2015
03	Susceptibility to Eating Disorders Among Collegiate Female Student-Athletes	Cherilyn N. Mclester; Robin Hardin; Stephanie Hoppe.	2014
04	Eating disorders and primary care: the challenge of new technologies.	Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M. Baños	2014
05	Intervenção Clínica e preventiva nos comportamentos alimentares: Um diálogo entre a psicologia e as ciências da nutrição	Rui Tinoco, Isabek Paiva	2011
06	Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting	Leslie A. Sim; Donald E. McAlpine; Karen B. Grothe; Susan M. Himes; Richard G. Cockerill; Matthew M. Clark.	2010
07	Health services use in eating disorders	R.H.Striegh-Moore, L-Debar, G. T. Wilson, J. Dickerson, F. Rosselli, N. Perrin, F. Lynch, H.C. Kremer.	2008
08	Eating disorders and associated mental health comorbidities in female veterans	Karen S. Mitchel, Ann Rasmusson, Brooke Bartlett, Megan R. Gerber.	2014

09	Transtornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primariaa	Rosa Behar A.; Javier González A.; Mario Ariza P.; Andrea Aguirre	2008
10	A systematic review of the predictors of health service utilisation by adults with mental disorders in the UK	Conal D Twomey, David S Baldwin, Maren Hopfe, Alarcos Cieza	2015
11	Recognizing, managing medical consequences of eating disorders in primary care	Leah P. Dickstein; Kathleen N. Franco; Ellen S. Rome; Moises Auron	2014
12	Screening for eating disorders in a psychiatric outpatient population	Ignacio Jáuregui Lobera, Salvador Bermudo Parra, María Dolores Martinez Lopez, David Cuadri Galán, Olivia Garrido Casals, Elena Alvares Bautist	2009

Nas fases seguintes, os artigos 3, 8, 9 e 10 foram excluídos da amostra, por fugirem do assunto ou não fornecerem nenhuma das informações que atendessem o objetivo do estudo.

4.2 O papel da APS no manejo dos TA

4.2.1 O papel da APS

De acordo com dois estudos da amostra (Quadros 4 e 5) a atenção primária tem como papel ser porta de entrada no sistema de saúde, permitindo o diagnóstico e o tratamento precoce da maioria das patologias, incluindo os transtornos alimentares (GARCIA-CAMPAYO; CEBOLLA; BAÑOS, 2014 DICKSTEIN *et al.*, 2014). No estudo de Sim e colaboradores (2010), viram que, entre adultos com transtornos alimentares, pelo menos metade teve seu transtorno diagnosticado pela primeira vez por seus médicos de cuidados primários. Por ser o primeiro nível de saúde, está mais próxima da população, recebendo e acolhendo suas demandas (KLOBUKOSKI; HOFELMANN *et al.*, 2017).

QUADRO 5: Papel da Atenção Primária à Saúde no manejo dos Transtornos Alimentares

O Papel da APS	AUTORES
Porta de entrada ao sistema de saúde	Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M. Baños (2014); Leah P. Dickstein; Kathleen N. Franco; Ellen S. Rome; Moises Auron (2014)
Identificar pessoas com risco de desenvolver TA e fornecer diagnóstico precoce.	Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M. Baños (2014); Leah P. Dickstein; Kathleen N. Franco; Ellen S. Rome; Moises Auron (2014)
Referenciar à serviços de níveis secundários ou terciários de atendimento.	Charlotte Rose; Glenn Waller (2017); Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M. Baños (2014); Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011);
Iniciar o tratamento precoce	Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M. Baños (2014); Leah P. Dickstein; Kathleen N. Franco; Ellen S. Rome; Moises Auron (2014)
Informar sobre a enfermidade aos pacientes e familiares	Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M. Baños (2014);
Controlar as complicações físicas	Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M. Baños (2014); Leah P. Dickstein; Kathleen N. Franco; Ellen S. Rome; Moises Auron (2014)
Oferecer informação objetiva e útil, sem promover autocrítica sobre imagem corporal e beleza	Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M. Baños (2014);
Oferecer serviço com profissionais com postura imparcial e não julgadora	Leslie A. Sim; Donald E. McAlpine; Karen B. Grothe; Susan M. Himes; Richard G. Cockerill; Matthew M. Clark (2010);

Quanto à identificação precoce, ressaltam que a demanda nem sempre está claramente definida, sendo necessário atentar para sintomas como alterações repentinas de peso, fracassos em programas de perda de peso, padrões alimentares desorganizados, etc (GARCIA-CAMPAYO; CEBOLLA; BAÑOS, 2014). Ainda, alertam que, na presença de um perfil com perfeccionismo, baixa auto-estima, grande dificuldade em lidar com estados emocionalmente carregados e dificuldades interpessoais, é importante o encaminhamento para consulta psiquiátrica ou de psicologia clínica a fim de diagnosticar precocemente (TINOCO; PAIVA, 2011).

Três dos trabalhos afirmam que, uma vez diagnosticado, o tratamento precoce é de responsabilidade da atenção básica. (GARCIA-CAMPAYO; CEBOLLA; BAÑOS, 2014; DICKSTEIN *et al.*, 2014). Nesse nível tem o objetivo de prevenir a cronicidade e melhorar o prognóstico dos TA. Além disso, oferece suporte aqueles que tem resistência a irem para serviços de saúde mental (GARCIA-CAMPAYO; CEBOLLA; BAÑOS, 2014). Já no tratamento com equipe especializada, tem como prioridade a recuperação nutricional, recuperação e estabilização de peso, recuperação psicológica total, administração das complicações da realimentação, interrupção dos comportamentos de compulsão alimentar, de purgação/compensação (UMPIERRE *et al.*, 2017).

Três dos estudos avaliados citam a importância da APS no encaminhamento dos pacientes à serviços de níveis secundários ou terciários de atendimento (GARCIA-CAMPAYO; CEBOLLA; BAÑOS, 2014; TINOCO; PAIVA, 2011; DICKSTEIN *et al.*, 2014). Tinoco e Paiva (2011) orientam que, um dos critérios importantes para o encaminhamento do caso consiste na sua gravidade, conforme peso, IMC e da presença ou não de métodos compensatórios (vômito autoinduzido, uso de medicação para perda de peso, exercício físico extenuante).

No contexto do Brasil e do SUS, a equipe de AB, em conjunto com o Nasf, assumem o importante papel no encaminhamento a centros de atendimentos especializados, no qual há equipe multiprofissional e especializada para o manejo desses transtornos. A compreensão da doença, dos sinais clínicos e o reconhecimento da necessidade da referência a centro especializados, como ambulatórios psiquiátricos de hospitais e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) contribuem para o melhor encaminhamento dos casos (BRASIL, 2014)

Outra função, informar sobre a enfermidade aos pacientes e familiares, foi

citada apenas por um trabalho (GARCIA-CAMPAYO; CEBOLLA; BAÑOS, 2014) a importância desse papel da família. A literatura mostrou-se falha em preencher essa lacuna.

O controle das complicações físicas é apontado como papel desse nível de atenção por dois dos estudos (GARCIA-CAMPAYO; CEBOLLA; BAÑOS, 2014; DICKSTEIN *et al.*, 2014). Isso reforça a necessidade do trabalho especializado, que vai além, com a busca da regularização do padrão alimentar, a suspensão das práticas purgativas e restritivas, a orientação nutricional e o tratamento psicológico e psiquiátrico (BRASIL, 2014).

Quanto à postura dos profissionais, Garcia-Campayo e colaboradores (2008) apontam a necessidade de oferecer informação objetiva e útil, sem promover autocrítica sobre a imagem corporal e beleza. SIM e outros (2010) reforçam isto ao afirmar que os profissionais da APS devem ter uma postura imparcial e não julgadora. Assim, somado a um plano de recuperação, pode fazer uma diferença real para esses pacientes (SIM *et al.*, 2010).

Observa-se que os estudos analisados levantaram várias atribuições como papel da APS, porém, foram citadas por no máximo três dos trabalhos, percebendo que em cada um deles falta subsídio para preencher lacunas do tema, como observado no caso da atribuição de repassar informações sobre a doença à familiares. Apesar disso, a literatura reforça os pontos encontrados.

4.2.2 O perfil dos pacientes com demanda de TA na APS

O quadro a seguir apresenta o perfil dos pacientes com TA, de acordo com dados levantados (Quadro 6).

QUADRO 6: Perfil dos pacientes com TA

PERFIL DOS PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	AUTORES
Comportamentos alimentares transtornados prevalentes em pacientes obesos	Sara A Chacko, Sarah N. Chiodi, Cristina C. Wee (2015).
Perfeccionismo	Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011);
Baixa auto-estima	Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011); Ignacio Jáuregui Lobera, Salvador Bermudo Parra, María Dolores Martinez Lopez, David Cuadri

	Galán, Olivia Garrido Casals, Elena Alvares Bautist (2009)
Grande dificuldade em lidar com estados emocionalmente carregados	Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011); Ignacio Jáuregui Lobera, Salvador Bermudo Parra, María Dolores Martinez Lopez, David Cuadri Galán, Olivia Garrido Casals, Elena Alvares Bautist (2009)
Dificuldades interpessoais	Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011);
Pacientes com constrangimento sobre sua incapacidade de controlar sua alimentação e medo de julgamento por parte do profissional	R. H. Striegel-Moore, L. DeBar, G. T. Wilson, J. Dickerson, F. Rosselli, N. Perrin, F. Lynch, H. C. Kraemer (2008); Leslie A. Sim; Donald E. McAlpine; Karen B. Grothe; Susan M. Himes; Richard G. Cockerill; Matthew M. Clark (2010);
Relação entre Tas com outras doenças mentais	Ignacio Jáuregui Lobera, Salvador Bermudo Parra, María Dolores Martinez Lopez, David Cuadri Galán, Olivia Garrido Casals, Elena Alvares Bautist (2009)

Os pacientes com demanda de transtorno alimentar que chegam na atenção básica (QUADRO 6) apresentam um perfil predominante que pode ajudar no diagnóstico precoce. Segundo CHACKO e colaboradores (2015), comportamentos alimentares transtornados são prevalentes em pacientes obesos.

O perfeccionismo, a baixa auto-estima, dificuldade em lidar com emoções e dificuldades interpessoais aparecem como principais características desse perfil (LOBERA *et al.*, 2009; TINOCO; PAIVA, 2011).

A literatura reforça ao afirmar a incidência desses transtornos em pessoas que apresentam características rígidas de personalidade, fatores de risco relacionados a traumas, incluindo abusos e negligências na infância e sintomatologia complexa e difícil de tratar, como dissociação, perfeccionismo, patologia compulsiva, padrões de pensamento rígidos e níveis elevados de vergonha (CALVERT *et al.*, 2018).

Os pacientes apresentam constrangimento sobre sua capacidade de controlar sua alimentação e medo de julgamento por parte do profissional (STRIEGEL-MOORE *et al.*, 2008; SIM *et al.*, 2010) Essa característica faz com que seja uma barreira adicional no seu diagnóstico, pois os pacientes podem ficarem relutantes em dar uma explicação inequívoca de seus problemas; e ainda, os profissionais não familiarizados com os sinais ou sintomas dos TA podem perder as "pistas" dos pacientes de que

sofrem com a doença (STRIEGEL-MOORE *et al.*, 2008).

Segundo um dos estudos da amostra, parece haver uma relação entre a presença de transtornos alimentares em pacientes com outras doenças mentais (LOBERA *et al.*, 2009). Na psiquiatria, a associação conjunta de duas ou mais doenças, conhecida como comorbidades, são comuns, sendo que alguns estudos sugerem que quase 50% dos pacientes psiquiátricos recebem mais de um diagnóstico (ALVARENGA, SCAGLIUSI, PHILIPPI, 2011).

Em consequência, pacientes com TA que apresentem comorbidades precisam de tratamento com estratégias diferenciadas e de profissionais de saúde que conheçam as doenças associadas mais frequentemente aos TA, tais como transtornos do humor, transtornos ansiosos, em especial o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), o abuso de substâncias psicoativas e os transtornos de personalidade (ALVARENGA, SCAGLIUSI, PHILIPPI, 2011).

Geralmente, os TAs são distúrbios que estão consequentemente relacionados a diversas complicações clínicas. As comorbidades não se limitam a um subgrupo especial, podendo provocar uma gama de alterações fisiológicas significativas em todos os órgãos do corpo. Dentre elas, é comum observar comprometimento do sistema cardiovascular, gastrointestinal, endócrino, dermatológico, hematológico, esquelético, e sistema nervoso central com alterações como depressão, transtornos bipolares, perturbação do humor, dentre outros transtornos (ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

Os estudos não repassaram informações quanto a predominância por sexo, idade, etnias e outras características. Porém, a outras literaturas indicam que, embora os TAs sejam mais observados no sexo feminino, também podem atingir homens, crianças, adolescentes e adultos; pessoas de todas as etnias e classes sociais, além de pessoas com diferentes formas, pesos e tamanhos (ELADAWI *et al.*, 2018; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

4.3 O Tratamento dos TA

No quadro 7 estão apresentadas as formas de tratamento dos TA que tem sido relacionadas com a APS.

QUADRO 7: Tratamento dos Transtornos Alimentares na Atenção Primária à Saúde.

TRATAMENTO	AUTORES
Abordagem Multidisciplinar	Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011); Leslie A. Sim; Donald E. McAlpine; Karen B. Grothe; Susan M.

	Himes; Richard G. Cockerill; Matthew M. Clark (2010);
Trabalho interdisciplinar	Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011);
Abordagem nutricional além das dietas e exercícios para comportamentos alimentares disfuncionais.	Sara A Chacko, Sarah N. Chiodi, Cristina C. Wee (2015); Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011);
Profissional com competências de atendimento	Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011);
Entrevista Motivacional	Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011);
Mindfulness como terapia integrativa	Sara A Chacko, Sarah N. Chiodi, Cristina C. Wee (2015).
TCC como ferramenta terapêutica eficaz	Charlotte Rose; Glenn Waller (2017);

4.3.1 Achados sobre o tratamento dos TA

Segundo dois artigos do presente estudo, o tratamento dos transtornos alimentares deve ser oferecido de forma multi e interdisciplinar (SIM *et al.*, 2010; TINOCO, PAIVA, 2011). Para a Academy for Eating Disorders (2012), deve ser baseado em evidências, oferecido por equipe interdisciplinar com experiência no cuidado de pacientes com TAs e com inclusão da família. Tem como meta a estabilidade emocional, recuperação nutricional, prevenção de complicações clínicas graves e morte, além da cessação dos episódios de compulsão e purgação, dentre outros.

Tinoco e Paiva (2011) reforçam que o tratamento é complexo, sendo um desafio clínico que exige ferramentas e articulação de várias áreas, como psicologia e nutrição. Dois dos estudos afirmam que o tratamento nutricional nos TA devem seguir abordagem além das dietas e exercícios para comportamentos alimentares disfuncionais (TINOCO, PAIVA, 2011; CHACKO *et al.*, 2015). Isso fica visível na prática clínica, na qual se observa que recomendações de dieta e exercício não parecem ser eficazes em pacientes com comportamentos alimentares transtornados, incluindo a compulsão alimentar e o comer emocional (CHACKO; CHIODI; WEE, 2015). Assim, o nutricionista é importante ao promover um bom estado nutricional e alimentação saudável, além de estabelecer uma boa relação com a comida e com o corpo (UMPIERRE *et al.*, 2017). Classicamente, o foco deve ser a mudança de comportamento alimentar, a fim de obter sucesso no tratamento, pois o tratamento nutricional focado apenas nas consequências da doença não estimula o paciente a

mudar (ALVARENGA *et al.*, 2015). Dois estudos apresentaram estratégias, ferramentas e competências de atendimento que demonstram ser eficaz no tratamento dessas doenças (TINOCO, PAIVA, 2011; CHACKO *et al.*, 2015; ROSE; WALLER, 2017). Para resolver problemas do comportamento alimentar, de fato não bastam simples perguntas que identifiquem o problema e respectiva prescrição terapêutica, devendo utilizar-se de competências de atendimento, que são uma série de instrumentos com a finalidade de encorajar os doentes à expressão, ao envolvimento com a situação da consulta, bem como torná-lo mais receptivo à intervenção (TINOCO; PAIVA, 2011). Reconhecer comportamentos alimentares transtornados em pacientes de cuidados primários é importante para oferecer uma abordagem diferente da tradicional, Quando se pretende modificar comportamentos, será importante usar técnicas de aconselhamento, bem como compreender o estado de dissonância cognitiva que muitos dos doentes apresentam. (TINOCO; PAIVA, 2011).

O contato visual adequado, bem como uma linguagem corporal assertiva e uma boa qualidade vocal são necessários à pessoa que realiza o atendimento. O manuseio de perguntas abertas e fechadas, além da escuta ativa permitem um atendimento personalizado (TINOCO; PAIVA, 2011). Outras capacidades de observação, como o comportamento verbal e não verbal do paciente, e seus conflitos incongruentes (explícitos ou não), visto que nem sempre estão conscientes do problema, também são necessários aos profissionais (TINOCO; PAIVA, 2011).

Como estratégias, a entrevista motivacional, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e o “mindfulness”, ou Atenção plena, mostram-se favoráveis no manejo dos TA (TINOCO; PAIVA, 2011; CHACKO; CHIODI; WEE, 2015; ROSE; WALLER, 2017). A entrevista motivacional apresenta-se como uma abordagem inicial que predispõe o indivíduo à mudança, enquanto a TCC para mudanças de crenças e crenças, devendo ser incentivada para mudanças semanais de comportamentos e atitudes, inclusive na atenção primária. (TINOCO; PAIVA, 2011; ROSE; WALLER, 2017). Mindfulness ou “atenção plena” mostra-se uma estratégia promissora para se integrar ao tratamento clínico da obesidade e de compulsão alimentar (CHACKO; CHIODI; WEE, 2015). Alvarenga e colaboradores (2015) colocam como uma estratégia eficaz ao trazer a atenção aos sentidos dos alimentos, além de retomar a atenção aos sinais de fome e saciedade, incentivando o não julgamento a si mesmo ou sentimento de culpa por comer algo.

É necessário conscientização e um grande esforço do paciente para dar continuidade ao tratamento visto que a saúde física e o peso restabelecidos não

significam cura. Os sintomas podem demorar um longo período para desaparecerem; a imagem corporal distorcida e/ou pensamentos relacionados aos TAs podem persistir e a terapia se faz necessária a longo prazo (CALVERT *et al.*, 2018; ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

4.3.2 Dificuldades enfrentadas

O quadro 8 apresenta as dificuldades encontradas no tratamento dos TA.

QUADRO 8: Dificuldades encontradas no tratamento dos TA

Dificuldades	AUTORES
Grande parte dos afetados não recebem tratamento adequado.	Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M. Baños, 2014;
Falta de formação/treinamento adequado dos profissionais sobre o tema.	Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M; Baños (2014); Rui Tinoco, Isabek Paiva (2011); Leslie A. Sim; Donald E. McAlpine; Karen B. Grothe; Susan M. Himes; Richard G. Cockerill; Matthew M. Clark (2010);
Estigma ao paciente com TA	Javier Garcia-Campayo, Ausias Cebolla, Rosa M. Baños, 2014
Paciente com constrangimento e medo de julgamento por parte do profissional	Leslie A. Sim; Donald E. McAlpine; Karen B. Grothe; Susan M. Himes; Richard G. Cockerill; Matthew M. Clark (2010);
Negação da doença	R. H. Striegel-Moore ^{1,*} , L. DeBar ² , G. T. Wilson ³ , J. Dickerson ² , F. Rosselli ⁴ , N. Perrin ² , F. Lynch ² , and H. C. Kraemer ⁵ (2008)
Subutilização dos serviços de saúde mental	R. H. Striegel-Moore ^{1,*} , L. DeBar ² , G. T. Wilson ³ , J. Dickerson ² , F. Rosselli ⁴ , N. Perrin ² , F. Lynch ² , and H. C. Kraemer ⁵ (2008)
Subdiagnóstico clínico.	Ignacio Jáuregui Lobera, Salvador Bermudo Parra, María Dolores Martínez Lopez, David Cuadri Galán, Olivia Garrido Casals, Elena Alvares Bautist (2009)

A amostra indica a falta um tratamento adequado, de treinamento adequado e

como consequência vê-se um subdiagnóstico clínico (GARCIA-CAMPAYO; CEBOLLA; BAÑOS, 2014; LOBERA *et al.*, 2009; TINOCO; PAIVA, 2011). Uma porcentagem importante da população com TA (67-83%) não recebem o tratamento adequado (GARCIA-CAMPAYO; CEBOLLA; BAÑOS, 2014). Provavelmente, a formação insuficiente sobre o tema para médicos é um dos motivos da atenção primária não estar cumprindo seu papel no manejo dos TA, incluindo quanto as competências de atendimento (TINOCO; PAIVA, 2011).

Embora os médicos da atenção primária estejam em um papel único para diagnosticar e tratar os transtornos alimentares, as revisões de educação médica frequentemente mostram uma falta de treinamento adequado em sua identificação e tratamento, e, portanto, os profissionais de saúde podem detectar um transtorno alimentar apenas uma vez que consequências médicas e psicológicas substanciais tenham se desenvolvido (SIM *et al.*, 2010).

Além disso, o estigma do paciente com TA, percebidos como difíceis, consumidores de tempo faz crer que devem ser tratados especificamente pela saúde mental (GARCIA-CAMPAYO; CEBOLLA; BAÑOS, 2014). O constrangimento do paciente, a negação da doença e a subutilização dos serviços de saúde mental dificultam o diagnóstico e é um dos impecilhos para o tratamento adequado desses pacientes (ALVARENGA *et al.*, 2015).

4.4 A Prevenção dos TA

Apenas um dos estudos da amostra apresentou o papel da APS na prevenção dos TA, ao citar a necessidade de identificar os pacientes com alto risco de transtornos alimentares para ajudar os médicos a adaptar a abordagem terapêutica conforme a necessidade (CHACKO; CHIODI; WEE, 2015). Observa-se que a amostra não forneceu subsídios suficientes para a orientação de profissionais na prevenção dos TA.

Na literatura, coloca-se que, além do reconhecimento dos pacientes em risco, ações educativas com o objetivo de esclarecer os indivíduos e comunidades acerca dos TA também devem ser estimuladas com o objetivo de reduzir a incidência da doença, enfocando nos fatores de risco, especialmente para populações mais vulneráveis como adolescentes e adultos jovens (BRASIL, 2014)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra analisada demonstrou que a literatura fornece poucos subsídios sobre o manejo de TA na APS, deixando lacunas sobre o entendimento do papel de cada profissional da equipe e sobre o papel da APS na prevenção dos TA. Porém, observou-se que as informações são consistentes com a literatura, ao afirmarem que a APS age como porta de entrada do Sistema de Saúde, tendo papel importante no diagnóstico e tratamento precoce dos transtornos alimentares, além do encaminhamento para outros níveis de serviço.

O estudo sofreu limitações pelo baixo número de arquivos livres. Faz-se necessários mais estudos para dar continuidade à temática e preencher as lacunas encontradas.

REFERÊNCIAS

- ACADEMY FOR EATING DISORDERS. **Eating disorders - a guide to medical care.** 3 ed. Reston, USA, 2012.
- ÁGH, T.; KOVÁCS, G.; SUPINA, D.; PAWASKAR, M.; HERMAN, B.; VOKÓ, Z.; SHEEHAN, D. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. **Eat Weight Disord**, v. 21, n.-, p. 353-364, 2016.
- ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. **Nutrição Comportamental.** 1. ed. São Paulo: Manole,. 2015.
- ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F.B.; PHILIPPI, S.T. **Nutrição e transtornos alimentares.**1.ed. São Paulo: Manole, 2011.
- AMARAL, A.C.S.; FERREIRA, M.E.C. Body dissatisfaction and associated factors among Brazilian adolescents: a longitudinal study. **Body Image.** v.22, n. -, p. 32-38, - 2017.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: Vegetarian Diets. **Journal of the American Diet Association**, Chicago, v. 109, p. 1266-1282, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 5ª Ed. Arlington, VA American Psychiatric Publishing; 2013. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al..]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BLACK, D. W.; GRANT, J. E. **Guia para o DSM-5.** Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias**

para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2014. 1 p.: il.- (cadernos de Atenção Básica, n. 38).

CALVERT, F.; SMITH, E.; BROCKMAN, R.; SIMPSON, S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. **Journal of Eating Disorders.** v. 6. n.1. 2018.

CHACKO, S. A. CHIODI, S. N.; WEE, C. C. Recognizing Disordered Eating in Primary Care Patients with obesity. **Prev Med.** v.-, n.72, p. 89-94, jul 2015.

CORDAS, T. A. **Transtornos alimentares em discussão.** Revista Brasileira de Psiquiatria, Sao Paulo, v. 23, n. 4, p. 1-14, 2001.

DICKSTEIN, L.P.; FRANCO, K.N.; ROME, E.S.; AURON, M. Recognizing, managing medical consequences of eating disorders in primary care. **Cleveland Clinic Journal of medicine.** V. 81, n. 4, abr 2014.

ELADAWI, N.; HELAL, R.; NIAZY, N.; ABDELSALAM, S. Prevalence and associated factors of eating disorders weight management centers in Tanta, Egypt. **Chinese Medical Journal.** v.131. Issue 1. 2018. FRANKO, D. L. et al. A longitudinal investigation of mortality in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. **American Journal of Psychiatry,** Arlington, VA, v. 170, n. 8, p. 917-25, 2013.

FREITAS, S. R. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 241-248.

GARCIA-CAMPAYO, J.; CEBOLLA, A.; BAÑOS, R. Trastornos de conducta alimentaria y atención primaria: el desafío de las nuevas tecnologías. **Atención Primaria.** v. 46, n. 5, p 229-30, mar 2014.

LOBERA, I. J.; PARRA, S. B.; LOPEZ, M. D.; GALÁN, D. C.; CASALS, O. G.; BAUTISTA, E. A. Screening for eating disorders in a psychiatric outpatient population. **The European Journal of General Practice.** V.15 ,n.-, p.107-111. 2009.

KLOBUKOSKI, C.; HOFELMANN, D. A. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 443-452, 2017.

MAYHEW, A.; PIEYRE, M.; COUTURIER, J.; MEYRE, D. An Evolutionary Genetic Perspective of Eating Disorders. **Genes, Evolution, and Eating Disorders. Neuroendocrinology.** 2017. MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v.17, n.04, p.758-64, Out/Dez, 2008.

NEUMARK-SZTAINER, D.; WALL, M.; HAINES, J.; STORY, M.; SHERWOOD, N.;

POLIT, DENISE.F., BECK CHERYL.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed,. 2011.

O'BRIEN, K.M.; WHELAN, D.R.; SANDLER, D.P.; HALL, J.E.; WEINBERG, C.R. Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. **PLoS One**. v.12, n.7, 2017.

RAMOS, T. B.; PEDRÃO, L. J. Acolhimento e Vínculo em um Serviço de Assistência a Portadores de Transtornos Aliementares. **Paidéi**. v. 23. n. 54, p 113-120, jan-abr 2013.

ROSE, C.; WALTER, G. Cognitive-behavioral therapy for eating disorders in primary care settings: Does it work, and does a greater dose make it more effective? **Int J Eat Disord**, v.12 , n.50, set 2017.

SIM, L.A.; McALPINE, D. E.; GROTHE, K. B.; HIMES, S. M.; COCKERILL, R. G.; CLARK, M. M. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. **Mayo Clinic Proceedings**. V.88, n.8, p.746-51, 2010.

STRIEGEL-MOORE, R.H.; DeBAR, L.; WILSON, G.T.; DICKERSON, J.; ROSSELLI, F.; PERRIN, N.; LYNCH, F.; KRAEMER, H.C. Health services use in eating disorders. **Psychol Med**.v.38, n.10, p1465-74. Oct 2008.

TINOCO, R.; PAIVA, I. Intervenção clínica e preventiva nos comportamentos alimentares- um diálogo entre a psicologia e as ciências da nutrição. **Acta Medica Portuguesa**. V. 24, n 4, p.741-46. 2011.

UMPIERRE, R.N.; GONÇALVES, M.R.; GADENZ, S.D.; MOLINA-BASTOS C.G. Alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Instrumento de análise - artigo n ____

Título do Artigo:			
Autor:		Titulação:	
País de Origem:		Idioma:	
Nome do periódico:	Ano:	Volume:	Número:
Tipo de estudo:		Base de dados:	
Caracterização dos Transtornos Alimentares segundo o estudo:			
Diagnóstico: AN: BL: TCA:			
Tratamento:			
O papel da APS frente aos Tas:			
Tratamento:			
O papel do nutricionista:			
Prevenção:			
A equipe especializada:			

APÊNDICE B – Quadro Sinóptico

Título do Artigo	Autores	Metodologia do artigo	Ano de publicação	Caracterização de TA	Intervenção Terapêutica da APS frente aos TA