UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANA PAULA LEME DE SOUZA

Tratamento dos transtornos alimentares: perfil da não adesão e dos fatores
associados

Ribeirão Preto
2015

ANA PAULA LEME DE SOUZA

Tratamento dos transtornos alimentares: perfil da não adesão e dos fatores associados

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Ribeirão Preto
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Ana Paula Leme de

Tratamento dos transtornos alimentares: perfil da não adesão e dos fatores associados. Ribeirão Preto, 2015.

107 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Ribeiro, Rosane Pilot Pessa

1. Transtornos alimentares. 2. Abandono do paciente. 3. Pacientes que desistem do tratamento.

SOUZA, Ana Paula Leme de

Transtornos alimentares: perfil da não adesão e dos fatores associados.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem em
Saúde Pública

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura _____

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, Antonio e Vera, que sempre apoiaram minhas escolhas com amor e carinho.

Agradecimentos

Agradeço ao meu marido, amigo e companheiro, Matheus, por toda paciência, incentivo e amor dedicados a mim. Sua presença ativa é minha motivação diária para seguir em frente. Obrigada por estar presente em todos os momentos e me fazer feliz em cada um deles.

Aos meus pais, Antonio e Vera, que são meu porto seguro, onde sei que posso atracar sempre que precisar.

À minha irmã Daniela, tão querida e essencial em minha vida, que me presenteou com dois tesouros especiais, Guilherme e Cadu, deixando minha jornada mais feliz.

Aos meus avós Carlos (in memoriam) e Sebastiana (in memoriam), e Atayde (in memoriam) e Otávia, pelo apoio em minha educação.

Aos meus sogros Donizete e Janete, por me acolherem em sua família como verdadeira filha.

Às melhores amigas desde sempre, Amanda e Alyne, que há quase 30 anos me ensinam o valor da amizade e como a vida pode ser muito melhor ao lado de um amigo. E em especial à Amanda, minha número 1, que carinhosamente e com muita competência me ajudou com as traduções em inglês deste trabalho, e como se não bastasse, se empenhou e conseguiu que um de seus amigos, o Fábio, me ajudasse com a tradução em espanhol. Amiga, você é a irmã que eu tive a oportunidade de escolher! Fábio Faria, o mundo precisa de mais pessoas como você! Obrigada pela disponibilidade e enorme gentileza.

À todos os meus familiares, em especial aos primos e amigos do "Capetinga sem semáforos", Valéria e Wélisson, Deise e Dênis, e Raquel e Renato pelos momentos de descontração, piadas e risadas. Vocês são especiais! E também à querida prima Ismara, pela inspiração e incentivo na área acadêmica.

Às professoras e amigas, Felícia e Marina, por me concederem oportunidades únicas na vida profissional, acreditarem em meu potencial e auxiliarem em todos os momentos desta jornada. Obrigada por estarem presentes até mesmo onde não precisariam, mas fizeram questão de estar.

À querida orientadora Prof^ª Dr^a Rosane, por toda sua excelência e sabedoria, por sua paciência e leveza nos momentos turbulentos. A finalização deste trabalho só foi possível porque você deu vazão para tal. Obrigada pelo carinho e compreensão.

Aos queridos amigos do GRATA, Prof^o José Ernesto, Prof^ª Rosane, Prof^ª Vivian, Prof^o Manoel, Prof^ª Marina, Tati, Laís, Érika, Élide, Carol, Lilian e todos os residentes e estagiários. Obrigada pela oportunidade de aprendizado e crescimento profissional.

Aos professores Dr. Luiz Jorge Pedrão e Dra. Vivian Suen, pelas sugestões no Exame de Qualificação.

Ao Jonas Bodini Alonso, pela realização dos testes estatísticos e todas as explicações concedidas para melhor entendimento dos resultados numéricos deste trabalho.

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, por autorizar a realização deste trabalho.

Às pacientes que participaram e colaboraram para esta pesquisa.

Ao Programa de Enfermagem em Saúde Pública, por compartilhar conhecimento e tornar possível a execução deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo apoio financeiro durante esta pesquisa.

Epígrafe

"Dois homens olham pela mesma janela. Um vê a lama. O outro vê as estrelas."

Frederick Langbridge

Resumo

RESUMO

SOUZA, A. P. L. **Tratamento dos transtornos alimentares:** perfil da não adesão e dos fatores associados. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Os transtornos alimentares (TA) são doenças psiquiátricas graves que apresentam quadro complexo e de mau prognóstico. Acometem principalmente adultos jovens que não raramente abandonam o tratamento. O objetivo deste trabalho foi traçar o perfil da não adesão do tratamento de pacientes com TA de um serviço especializado e investigar os fatores associados. Trata-se de estudo transversal de caráter descritivo exploratório com delineamento do tipo caso-controle e quali-quantitativo, cuja coleta de dados se deu em duas etapas. Na primeira, os prontuários de todos os pacientes atendidos pelo serviço foram revisados para coletar dados sociodemográficos, clínicos e desfecho do tratamento. Na segunda etapa, seis participantes do sexo feminino que abandonaram o tratamento foram entrevistadas para coleta de dados antropométricos, alimentares (EAT-26), de imagem corporal (Escala de Figuras de Silhuetas) e investigar os motivos da não adesão. Os dados foram analisados pelo programa SPSS e foram utilizados os testes qui-quadrado, teste exato de Fisher, teste não paramétrico de Mann-Whitney e análise de regressão logística, além da análise de conteúdo temático. Como resultados, 156 (66,7%) pacientes abandonaram o tratamento (Grupo Abandono-GA) e 78 (33,3%) tiveram outros desfechos (Grupo Não Abandono-GNA): alta (n=55; 70,5%), óbito (n=02; 2,6%) ou estavam em seguimento no momento da coleta de dados (n=21; 26,9%). No GA, a maioria era do sexo feminino (n=140; 89,7%), de Ribeirão Preto e região (n=120; 76,9%), estudantes (n=86; 55,1%), solteiros (n=122; 78,2%) com escolaridade mínima do nível fundamental (n=45; 28,8%) e proporcionalmente com diagnóstico de bulimia nervosa (n=41; 80,4%). Foi encontrada diferença significativa entre os grupos na Hipótese Diagnóstica, Comorbidades Psiquiátricas, Depressão, Transtornos de Personalidade, Comorbidades Clínicas e Osteopenia. No GA, o primeiro (n=85; 54,5%) e o último atendimento (n=89; 57,05%) foram nos anos 2000, o estado nutricional foi de eutrofia tanto no primeiro (n=85; 54,5%) quanto no último atendimento (n=104; 66,7%) e ausência de amenorreia no momento inicial e final do seguimento. O estado nutricional apresentou significância estatística em relação ao desfecho do tratamento e a presença de comorbidade clínica atuou como fator protetor para o abandono. No momento atual, a maioria das participantes apresenta atitudes alimentares típicas dos TA, inacurácia da percepção corporal e insatisfação com a autoimagem. Os motivos para o abandono do tratamento foram multifatoriais envolvendo aspectos relacionados à equipe, ao protocolo de tratamento e à própria paciente. Como conclusão, a taxa de abandono do serviço é alta e a presença de comorbidade clínica atuou como fator protetor para o abandono. Pacientes com estado nutricional adequado e sem complicações clínicas são mais vulneráveis ao abandono e podem, a longo prazo, permanecer com os sintomas típicos dos TA. Pelo fato do abandono envolver questões multifatoriais, sugere-se capacitação dos profissionais da equipe, revisão e aprimoramento de protocolos de atendimento para melhor acolhimento, adesão e identificação prévia dos grupos de risco. Estudos prospectivos e baseados em evidências poderão contribuir para as pesquisas dirigidas especificamente à resistência ao tratamento e consequente não adesão de pacientes com TA, buscando uma melhor compreensão desses transtornos e seu tratamento.

Palavras-chave: Transtornos alimentares; Abandono do paciente; Pacientes que desistem do tratamento.

Abstract

ABSTRACT

SOUZA, A. P. L. **Eating disorders treatment:** profile of non-adherence and associated factors. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Eating Disorders (ED) are serious psychiatric illness which present a complex set of symptoms and signs and bad prognosis. ED affect mainly young adults who not infrequently dropout of treatment. This paper aims at outlining the profile of non-adherent patients from a specialized service suffering from ED and investigating associated factors. This is a cross-sectional study, of exploratory descriptive nature, with case-control and quali-quantitative approach, whose data collection occurred in two stages. In the first stage, medical records of all patients being treated by the service have been reviewed in order to collect social and demographic data, as well as clinical data and data related to the outcome of the treatment. In the second stage, six female participants who have dropped out of treatment have been interviewed for the purposes of collecting anthropometric, eating (EAT-26), body image (Silhouettes Scales) data and investigating the reason for their non-adherence. Data has been analyzed by SPSS program and the following tests have been used: chi-square, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test and logistic regression analysis, besides theme-based content analysis. As a result, 156 (66.7%) patients dropped out of treatment (Dropout Group-DG) and 78 (33.3%) had different outcomes (Persisters Group-PG): medical discharge (n=55; 70.5%), death (n=02; 2.6%) or were still under treatment at the time of data collection (n=21; 26.9%). Among DG, most were female (n=140; 89.7%), from Ribeirão Preto and surroundings (n=120; 76.9%), students (n=86; 55.1%), single (n=122; 78.2%) at least with Junior and Elementary High School (n=45; 28.8%) and proportionally with a diagnosis of bulimia nervosa (n=41; 80.4%). A significant difference was found between the groups in terms of Diagnostic Hypothesis, Psychiatric Comorbidities, Depression, Personality Disorder, Clinical Comorbidities and Osteopenia. Among DG, the first (n=85; 54.5%) and last visits (n=89; 57.05%) were paid in the 2000's, nutritional status was eutrophia both in the first (n=85; 54.5%) and last visits (n=104; 66.7%) and absence of amenorrhea on the first and final moments of their treatment. Nutritional status has proved to be statistically significant regarding the outcome of the treatment and existence of clinical comorbidity has worked as a protective factor to prevent dropout. Currently, most participants assume eating attitudes typical of ED: inaccurate body perception and dissatisfaction with their self-image. Reasons for their dropping out treatment were due to many factors, involving aspects related to the team, to the treatment protocol and to patients themselves. As a conclusion, the dropping out rate of service is high and the existence of clinical comorbidity has worked as a protective factor to prevent dropout. Patients with an appropriate nutritional status and without clinical complications are more likely to dropout of treatment and may, on a long term, remain with symptoms typical of ED. As dropouts occur for multiple reasons, it is suggested: to qualify and train the team of professionals, review and improve service protocols in order to enhance receptiveness, adhesion and prior identification of risk groups. Prospective evidence-based studies could contribute to researches specifically driven to treatment resistance and consequent non-adherence of patients with ED, which could seek a better understanding of these disorders and their treatment.

Key words: Eating disorders; Patient dropouts; Patients who dropout of treatment.

Resumen

RESÚMEN

SOUZA, A. P. L. **Tratamiento de los trastornos alimenticios:** perfil de la no adhesión y los factores asociados. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Los trastornos alimenticios (TA) son enfermedades psiquiátricas graves que presentan un cuadro complejo y dedifícil pronóstico. Ocurren principalmente en adultos jóvenes que no raramente abandonan el tratamiento. El objetivo de este trabajo fue trazar el perfil de la no adhesión al tratamiento de pacientes con TA de un servicio especializado e investigar los factores asociados. Se trata de un estudio transversal de carácter descriptivo exploratorio con delineamiento del tipo caso-control y cuali-cuantitativo, cuya colecta de datos se dio en dos etapas. En la primera, los prontuarios de todos los pacientes atendidos por el servicio fueron revisados para colectar datos socio-demográficos, clínicos y resultados del tratamiento. En la segunda etapa, seis participantes del sexo femenino que abandonaron el tratamiento fueron entrevistadas para la colecta de datos antropométricos, alimenticios (EAT-26), de imagen corporal (Escala de Figuras de Siluetas) e investigar los motivos de la no adhesión. Los datos fueron analizados por el programa SPSS y fueron utilizados los testes qui-cuadrado, teste exacto de Fisher, teste no paramétrico de Mann-Whitney y análisis de regresión logística, además del análisis de contenido temático. Como resultados, 156 (66,7%) pacientes abandonaron el tratamiento (Grupo Abandono-GA) y 78 (33,3%) tuvieron otros desenlaces (Grupo No Abandono-GNA): alta (n=55; 70,5%), óbito (n=02; 2,6%) o estaban en acompañamiento en el momento de la colecta de datos (n=21; 26,9%). En el GA, la mayoría era del sexo femenino (n=140; 89,7%), de la ciudad de Ribeirão Preto y región (n=120; 76,9%), estudiantes (n=86; 55,1%), solteros (n=122; 78,2%) con escolaridad mínima de nivel fundamental (n=45; 28,8%) y proporcionalmente con diagnóstico de bulimia nerviosa (n=41; 80,4%). Fue encontrada diferencia significativa entre los grupos en la Hipótesis Diagnóstica, Comorbilidades Psiquiátricas, Depresión, Trastornos de Personalidad, Comorbilidades Clínicas y Osteopenia. En el GA, la primera (n=85; 54,5%) y la última atención (n=89; 57,05%) fueron en los años 2000, el estado nutricional fue de eutrofia tanto en la primera (n=85; 54,5%) cuanto en la última atención (n=104; 66,7%) y ausencia de amenorrea en el momento inicial y final del acompañamiento. El estado nutricional presentó importancia estadística en relación al desenlace del tratamiento y a la presencia de comorbilidade clínica, actuó como factor protector para el abandono. En el momento actual, la mayoría de las participantes presenta actitudes alimenticias típicas de los TA, falta de la percepción corporal e insatisfacción con su autoimagen. Los motivos para el abandono del tratamiento fueron multifactoriales envolviendo aspectos relacionados al equipo, al protocolo de tratamiento y al propio paciente. Como conclusión, la tasa de abandono del servicio es alta y la presencia de comorbilidade clínica actuó como factor protector para el abandono. Pacientes con estado nutricional adecuado y sin complicaciones clínicas son más vulnerables al abandono y pueden, a largo plazo, permanecer con los síntomas típicos de los TA. Por el hecho del abandono envolver cuestiones multifactoriales se sugiere capacitación de los profesionales del equipo, revisión y mejora de protocolos de atención para mejor recepción, adhesión e identificación previa de los grupos de riesgo. Estudios prospectivos y basados en evidencias podrán contribuir para las pesquisas dirigidas específicamente a la resistencia al tratamiento y consecuente no adhesión de pacientes con TA, buscando una mejor comprensión de esos trastornos y su tratamiento.

Palabras-llave: Trastornos alimenticios; Abandono del paciente; Pacientes que desisten del tratamiento.

Lista de tabelas

Tabela 1.	Dados sociodemográficos dos participantes do estudo, de acordo com o desfecho do tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2013.....	53
Tabela 2.	Diagnósticos clínicos e psiquiátricos dos participantes do estudo durante o tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2013.....	54
Tabela 3.	Dados do atendimento clínico e da doença dos participantes do estudo, segundo o momento (primeiro e último atendimento). Ribeirão Preto-SP, 2013.....	55
Tabela 4.	Idade e dados do seguimento dos pacientes que abandonaram o tratamento (GA: n=156). Ribeirão Preto-SP, 2013.....	56
Tabela 5.	Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística. Ribeirão Preto-SP, 2013.....	56
Tabela 6.	Análise de regressão logística com o desfecho Abandono como variável dependente. Ribeirão Preto-SP, 2013.....	57
Tabela 7.	Dados sociodemográficos das participantes (n=6) da segunda etapa do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2014.....	58
Tabela 8.	Dados clínicos, antropométricos e alimentares das participantes da segunda etapa do estudo (n=6). Ribeirão Preto-SP, 2014.....	59
Tabela 9.	Percepção e satisfação corporais das participantes (n=6) da segunda etapa do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2014.....	60

Lista de quadros

Quadro 1	Apresentação de temas e subtemas referentes aos motivos do abandono pelas participantes (n=06). Ribeirão Preto-SP, 2014.....	61
Quadro 2.	Apresentação de temas referentes ao estado atual das participantes (n=06). Ribeirão Preto-SP, 2014.....	65

Lista de siglas

Lista de siglas

AN	Anorexia Nervosa
APA	American Psychiatric Association
BN	Bulimia Nervosa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V
EAT-26	Eating Attitudes Test-26
GA	Grupo Abandono
GNA	Grupo Não Abandono
GRATA	Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IMC	Índice de Massa Corporal
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtornos Alimentares
TASOE	Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	Transtornos alimentares.....	12
1.1.1	Anorexia nervosa.....	24
1.1.2	Bulimia nervosa.....	26
1.1.3	Transtorno alimentar sem outra especificação.....	27
1.2	Tratamento.....	28
1.3	Curso e prognóstico.....	29
1.4	Não adesão ao tratamento.....	31
2	JUSTIFICATIVA.....	35
3	OBJETIVOS.....	37
3.1	Objetivo geral.....	38
3.2	Objetivos específicos.....	38
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	39
4.1	Tipo e local do estudo.....	40
4.2	Participantes.....	41
4.3	Instrumentos.....	42
4.4	Procedimento.....	42
4.4.1	Primeira etapa.....	42
4.4.2	Segunda etapa.....	43
5	ANÁLISE DE DADOS.....	45
6	QUESTÕES ÉTICAS.....	49
7	RESULTADOS.....	51
7.1	Primeira etapa.....	52
7.2	Segunda etapa.....	57
8	DISCUSSÃO.....	71

9	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICES.....	100
	ANEXOS.....	104

1- Introdução

1.1 Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares (TA), entre eles a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), têm despertado a atenção crescente dos profissionais da área da saúde e da sociedade como um todo devido ao seu quadro clínico intrigante e de mau prognóstico (BORGES et al., 2006). São vistos como doenças que acometem os planos psíquico e somático, com alterações do comportamento alimentar que tem grande impacto sobre a saúde geral do indivíduo (CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

Sua etiologia é multifatorial sendo determinada por diversos fatores que interagem entre si de modo complexo, para produzir e muitas vezes perpetuar a doença. Predisposições genéticas e socioculturais, além de vulnerabilidade biológica e psicológica, compõem sua etiologia e tais fatores podem ser diferenciados em predisponentes, precipitantes e mantenedores dos TA (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Os fatores predisponentes estão presentes antes do aparecimento do TA e deixam o indivíduo vulnerável ao seu surgimento, podendo ser organizados em fatores pessoais, familiares e socioculturais. A dieta é apontada como fator precipitante mais frequente, porém, não isoladamente, devendo interagir com outros fatores de risco. Os fatores mantenedores incluem alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos comportamentos purgativos frequentes, além de fatores interpessoais e culturais que agem perpetuando o transtorno (CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

Como fatores de risco pessoais incluem-se a hereditariedade, características da personalidade, tendência à obesidade, alterações da neurobiologia cerebral e eventos traumáticos na infância. Existem evidências de que padrões de vínculos disfuncionais precoces entre mãe e filho, preocupação e valorização materna em relação à forma corporal, alimentação saudável e atividade física, podem influenciar na gênese de sintomas alimentares (FAIRBURN et al., 1997; 1999). São ditos como fatores de predisposição o sexo feminino, história familiar de transtorno alimentar, baixa autoestima, perfeccionismo e dificuldade em expressar emoções (BORGES et al., 2006).

Existe tendência de aumento da incidência, em parte pela realização de um diagnóstico mais preciso por parte dos médicos ou da falta de intimidade com a doença por parte dos familiares dos pacientes e por outro lado, pela apologia atual do culto ao corpo perfeito, inatingível para a maior parte da população (HUDSON et al., 2007).

O consumo, a estrutura e as atitudes alimentares aparecem seriamente comprometidos nos TA, podendo ser caracterizados por dietas restritivas severas, ingestão irregular de

alimentos, aversões alimentares, compulsões e comportamentos purgativos. Entre as atitudes alimentares disfuncionais citam-se os pensamentos obsessivos com o alimento e calorias, ter raiva de sentir fome, procurar alimentos para compensar problemas psicológicos, apresentar mitos e crenças radicais sobre alimentação e peso, entre outros (LATTERZA et al., 2004).

As atitudes alimentares incluem a relação com o alimento, e assim, o comer em resposta à sensações e emoções. É de fundamental importância considerar o alimento na esfera emocional visto que nos TA o comer emocional tem sido identificado como possível fator desencadeante de compulsão alimentar, principalmente na BN. O medo da perda de controle sobre o comportamento alimentar é significativamente associado com atitudes e comportamentos alimentares específicos segundo os diferentes diagnósticos, e o comer emocional mostra-se relevante na dimensão psicopatológica merecendo uma investigação cuidadosa, tanto em pacientes anoréxicos quanto em bulímicos (RICCA et al., 2012).

As atitudes corporais abrangem, além da insatisfação, a avaliação (crenças e pensamentos sobre a aparência), experiências emocionais com o corpo e a importância da aparência (comportamentos para melhorá-la ou mantê-la) (SCAGLIUSI et al., 2005). A definição de imagem corporal como a imagem que se tem na mente sobre a forma e tamanho corporais, compreendendo os sentimentos em relação a essas características e às partes constituintes do corpo, aparece muito comprometida nos TA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Tal representação mental que o indivíduo elabora de seu esquema corporal é o resultado de simbolizações e significações derivadas das interações cotidianas e das marcas afetivas, emocionais e socioculturais que são inscritas no corpo ao longo da vida. Essa representação compõe um núcleo vital na constituição da personalidade, já que diz respeito a um elemento funcional que permite que um indivíduo se diferencie do outro (GIORDANI, 2006; SCHILDER; WERTMAN, 1994).

O conceito de imagem corporal envolve três componentes: o perceptivo (que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso), o subjetivo (que envolve satisfação com a aparência, o nível de preocupação e a ansiedade a ela associada) e o comportamental (enfoca as situações evitadas pelo indivíduo pelo desconforto associado à aparência corporal) (THOMPSON; HEINBERG; CLARKE, 2001).

Sabe-se que os TA não afetam os indivíduos aleatoriamente, e certos traços de temperamento e personalidade imatura, esquiva e perfeccionista podem tornar as pessoas mais vulneráveis e propensas ao aparecimento de TA (STROBER, 2010).

É comum observar em pacientes portadores de TA traços obsessivos-compulsivos, neuroticismo e personalidade esquiva (CASSIN; VON RANSON, 2005). A história pré-mórbida de transtorno psiquiátrico, especialmente a depressão, aparece como fator de risco para TA, principalmente para BN. Há associação entre AN e transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, e da BN com transtornos caracterizados por impulsividade e instabilidade (GRILO, 2002).

1.1.1 Anorexia nervosa

A AN é caracterizada por perda de peso voluntária em consequência de dieta restritiva, na busca incansável pela magreza. Por ser uma síndrome psicossomática, compreende também alterações somáticas importantes caracterizadas por desnutrição protéico-calórica e amenorreia, distúrbios psicológicos como depressão, fobia, compulsões, preocupação obsessiva com os alimentos, distorção de imagem corporal, entre outros (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association, em sua 5ª edição (DSM-V), define como critério diagnóstico para AN a restrição de calorias ingeridas; medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com o peso abaixo do normal; perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou formas corporais na maneira de se autoavaliar e negação da gravidade do baixo peso. Classifica ainda a AN em dois subtipos: restritivo e compulsivo-purgativo. Pacientes com AN que utilizam métodos purgativos (como indução de vômitos, abuso de laxantes e diuréticos) ou apresentam episódios de compulsão alimentar são caracterizados como subtipo purgativo. Já no subtipo restritivo, há acentuada restrição alimentar como forma de perder peso, sem o uso regular de purgação. Essa restrição alimentar pode estar associada ou não à atividade física exagerada e ao uso de anorexígenos como inibidores de apetite (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Em revisão sistemática foi encontrado aumento da incidência em mulheres com idade entre 15 e 19 anos, com taxas de 270 a 1204 casos novos por 100.000 pessoas/ano. Em menores de 13 anos, essa taxa variou de 1,1 a 2,6 por 100.000 pessoas/ano. A incidência entre homens aparece menor que um por 100.000 pessoas/ano. A prevalência encontrada em base populacional dos Estados Unidos e de seis países europeus foi de 0,9% em mulheres adultas; para os homens foi encontrado prevalência de 0,3% nos Estados Unidos, enquanto que na

Europa, dentre os seis estudos realizados, não foi encontrado nenhum caso. Em jovens norte-americanos com idade entre 13 e 18 anos, a prevalência foi de 0,3% para ambos os sexos (SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012).

Em alguns pacientes a restrição alimentar é movida por processos psicológicos incluindo ascetismo, competitividade e um desejo de punir a si mesmo. São frequentes os sintomas de ansiedade e depressão, dificuldade de concentração, labilidade de humor e características obsessivas, sendo observada piora à medida que se perde peso e melhora com a recuperação do mesmo. Grande proporção de pacientes com AN sofrem de transtornos psiquiátricos como distúrbios neuróticos, incluindo transtornos de ansiedade e fobias, transtorno obsessivo compulsivo e transtornos de personalidade (FAIRBURN; HARRISON, 2003; STEINHAUSEN, 2002).

É comum observar nesses pacientes a inatividade sexual com perda da libido e sintomas ansiosos em relação à sexualidade. Em estudo, encontraram que 75% dos pacientes com AN tinham desejo sexual diminuído sendo que a ausência de relações sexuais foi associada a menor índice de massa corporal (IMC) (PINHEIRO et al., 2010).

Como sintomas físicos pode-se observar também a sensibilidade ao frio e hipotermia, alterações gastrointestinais (constipação e plenitude pós-prandial), tonturas, síncope, insônia, lanugo, hiperbetacarotenemia, hipotensão e arritmias cardíacas, osteopenia e osteoporose. As alterações físicas parecem ser, em sua maioria, secundárias aos hábitos alimentares inadequados e estado nutricional comprometido, sendo revertidas com a adoção de hábitos alimentares saudáveis e restabelecimento do estado nutricional, com exceção da redução da densidade mineral óssea (FAIRBURN; HARRISON, 2003).

Uma das preocupações em relação à densidade mineral óssea está entre os adolescentes, já que o maior acúmulo de massa óssea se dá entre 11 e 14 anos em meninas, com até 25% de ganho nos dois primeiros anos circundantes à menarca. Os fatores mais importantes que interferem na densidade mineral óssea na adolescência em pacientes com AN são a desnutrição, amenorreia e atividade física, o que pode levar à baixa massa óssea na vida adulta (TOMLINSON; MORGAN, 2013).

Os pacientes frequentemente negam a doença e o tratamento, e chegam até os serviços especializados levados por familiares e amigos em decorrência de complicações clínicas (FAIRBURN; HARRISON, 2003).

1.1.2 Bulimia nervosa

A BN compreende grande e rápida ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, sendo normalmente acompanhada de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso (vômitos e abuso de laxantes e diuréticos). As manifestações físicas são quase sempre devidas à ingestão maciça e compulsiva de alimentos, à repetição de vômitos autoinduzidos e ao abuso de laxantes e diuréticos. São descritos na literatura vários distúrbios gastrointestinais como dilatação gástrica aguda, inclusive com possibilidade de ruptura, hipertrofia de parótida, desgaste do esmalte dentário, esofagite, ruptura esofagiana, esvaziamento gástrico anormal e síndrome do cólon irritável (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011).

Os critérios diagnósticos, segundo o DSM V, incluem episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo, tendo como características a ingestão em curto intervalo de tempo (aproximadamente em 2 horas) de quantidade excessiva de comida, claramente maior que a maioria das pessoas comeria no mesmo espaço de tempo e circunstâncias. Sentimento de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios compulsivos; comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o ganho de peso; episódios de compulsão e comportamentos compensatórios que ocorram, em média, uma vez por semana, por pelo menos três meses; preocupação excessiva com a forma e peso corporais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; 2013).

Segundo revisão sistemática, houve queda na incidência de BN nos últimos anos, porém entre meninas com faixa etária de 10 a 19 anos esse índice se manteve com taxa de 40 por 100.000 pessoas/ano, e de 200 por 100.000 pessoas/ano na faixa etária de 16 a 20 anos. A prevalência entre mulheres jovens é de 1% e se considerarmos o DSM-V, que alterou a frequência de sintomas de compulsão e purgação para uma vez por semana ao invés de duas, esse valor passa a ser de 2,3% (SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012).

A BN pode ser caracterizada por ciclos de restrição e compulsão, com estrutura desordenada já que os ciclos podem ocorrer em intervalos variados. Tal padrão irregular de alimentação, em conjunto com práticas inadequadas de purgação gera disfunção nos mecanismos de fome, apetite e saciedade (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004).

Pesquisas comprovam a absorção da maior parte dos nutrientes ingeridos em episódios compulsivos, mesmo com vômitos provocados logo em seguida e, apesar da crença popular, laxantes e diuréticos não levam à perda de peso nem diminuem a absorção calórica, porém tais atitudes podem ocasionar distúrbio eletrolítico e desgaste dentário em pacientes que

provocam vômito com frequência (BO-LINN et al., 1983; FAIRBURN; HARRISON, 2003). Outras complicações clínicas como dor abdominal, constipação, bradicardia, insuficiência cardíaca, hipotensão, cáries e irregularidade menstrual podem ser observadas em pacientes com BN (BORGES et al., 2006).

Ao contrário dos pacientes anoréxicos, na BN eles reconhecem que têm um problema alimentar e geralmente procuram ajuda para melhorar as compulsões alimentares, não reconhecendo os períodos de restrição alimentar ou tentativas de fazer dieta como parte do transtorno (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004).

1.1.3 Transtorno alimentar sem outra especificação

Nos Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação (TASOE) ressaltam-se os casos atípicos de AN e BN, apresentando manifestações mais leves ou incompletas dos transtornos, com risco de evolução para as mesmas. Entre as classificações de TASOE, citam-se os quadros de hiperfagia reativa e algumas alterações do comportamento alimentar sem critérios específicos que representam mais sintomas do que síndromes propriamente ditas (DANCYGER; GARFINKEL, 1995).

São critérios diagnósticos para TASOE, de acordo com o DSM-V, preencher critério para AN com perda de peso, mas ainda dentro da faixa normal; preencher critério para BN exceto pela frequência e cronicidade; comportamento purgativo após ingestão de pequena quantidade de comida; mastigar e cuspir fora os alimentos e transtorno de compulsão alimentar periódica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; 2013).

Uma meta-análise abrangendo 125 estudos sugere que o TASOE está associado com morbidade psicológica e fisiológica comparável aos transtornos alimentares especificados (THOMAS; VARTANIAN; BROWNELL, 2009).

Observou-se incidência de TASOE de 6,5 por 100.000 pessoas/ano em estudo de base populacional espanhol, e taxa de 1,2 por 100.000 pessoas/ano entre crianças menores de 13 anos em estudo britânico (SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012). A prevalência encontrada em estudo português entre jovens de 12 a 23 anos foi de 2,4% (MACHADO et al., 2007).

Geralmente são utilizadas entrevistas diagnósticas para estimar a prevalência de TA que não abrangem o TASOE e pesquisadores relatam que, portanto, a prevalência em TASOE é difícil de comparar. Em estudos comunitários, os recursos limitados podem subestimar os verdadeiros valores (THOMAS; VARTANIAN; BROWNELL, 2009).

1.2 Tratamento

O tratamento objetiva a completa reabilitação do paciente do ponto de vista clínico, nutricional e psicológico, onde a recuperação nutricional ou a melhora da relação com os alimentos é ponto-chave para a maioria das complicações clínicas (CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

É comum observar nesses pacientes várias inadequações no consumo, padrão e comportamento alimentar, e crenças sobre alimentação que levam à piora do estado nutricional. O tratamento nutricional visa promover hábitos alimentares saudáveis e melhor relação com os alimentos (LATTERZA et al., 2004).

Para a reabilitação clínica alguns exames são necessários para diagnosticar possíveis alterações associadas aos TA como o hemograma, lipidograma, glicemia, albumina e proteínas totais, eletrólitos, minerais e vitaminas, testes tireoidianos, eletrocardiograma, funções renal e hepática. Caso haja alteração desses marcadores o médico indicará tratamento específico (BORGES et al., 2006).

As medicações psicotrópicas indicadas pelo psiquiatra devem ser vistas como coadjuvantes no tratamento e seu uso objetiva auxiliar na recuperação do estado nutricional e atenuar sintomas mentais desconfortantes, principalmente quando há comorbidade psiquiátrica associada (CABRERA, 2006; CARTER et al., 2009).

Do ponto de vista psicológico, a terapia indicada é a cognitiva-comportamental que atua nas distorções cognitivas presentes nos pacientes promovendo melhora da autoestima (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Atualmente, o trabalho em equipe multidisciplinar tem sido reconhecido como a forma mais adequada de tratamento, sendo que a estrutura básica deve ser composta por médicos psiquiatra, clínico geral ou nutrólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta familiar para atendimento ambulatorial. No entanto, outros profissionais podem compor a equipe como terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais (BIGHETTI; SANTOS; RIBEIRO, 2006).

O sucesso de um programa de atendimento integrado e completo depende da existência desse time multidisciplinar, além do emprego conjunto de diversas estratégias. Porém, nenhuma modalidade de tratamento pode ser indicada como única ou isoladamente melhor. Essa equipe funciona como uma rede de sustentação para o paciente que descobre, nos vários profissionais, a possibilidade de diversas transferências, tornando-se mais amplas

as possibilidades de adesão ao tratamento (CLAUDINO; ZANELLA, 2005; PINZON et al., 2004).

Os serviços especializados no tratamento podem ser encontrados em unidades de clínica médica, pediátrica e psiquiátrica e as modalidades dependerão da avaliação das condições clínicas, psiquiátricas e de apoio familiar para o tratamento do paciente e variam entre atendimento ambulatorial, hospital-dia e internação integral (CABRERA, 2006).

Pacientes com TA tendem, inicialmente, a negar a doença e com frequência usam racionalizações para justificar sua sintomatologia. Declaram tratar-se de um estilo de vida que resolveram seguir, uma opção que tomaram conscientemente para lidar com suas preocupações com o corpo e por consequência minimizam os riscos potenciais aos quais se expõem, inclusive de morte. E ao negarem a doença, negam também o tratamento, principalmente no início quando não se formaram ainda as bases seguras que geram o fortalecimento da aliança terapêutica. Nesses casos, os profissionais devem manter atenção redobrada ao tipo de vínculo que o paciente reproduz no ambiente de tratamento, procurando desfazer as distorções que incrementam a desconfiança que eles geralmente apresentam com relação à qualidade e à consistência de tudo o que recebem do outro (RIBEIRO et al., 2006).

1.3 Curso e prognóstico

O curso de um transtorno diz respeito à progressão, ao longo do tempo, dos principais aspectos da síndrome como duração, gravidade, estabilidade, variabilidade e impacto do sofrimento para o paciente (PIKE, 1998).

Pesquisas associando pressões culturais para alcançar modelos ideais de beleza, insatisfação com a imagem corporal, afeto negativo, prática de dietas e sintomas de TA têm impulsionado muitas tentativas baseadas em saúde pública para entender o curso dos TA (STICE et al., 2000).

Devido a sua etiologia multifatorial, uma clara delimitação em moldes científicos, dos fatores de risco envolvidos, da evolução do quadro e dos fatores que favorecem a recuperação, seja difícil de obter ou imprecisa. Em geral, as pesquisas de curso e prognóstico avaliam casos de forma retrospectiva, buscando dados de centros especializados e, assim, com maior representatividade de casos mais graves. Estudos prospectivos poderiam revelar de forma mais precisa o curso dos transtornos, porém são de difícil manejo, de longo prazo, mais onerosos e com maior risco de perdas amostrais (CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

Os critérios e procedimentos para avaliação do desfecho do TA variam muito, e um dos mais utilizados em estudos são os critérios da Escala de Categorias de Desfecho Geral de Morgan-Russel, original e adaptado. É um instrumento composto por cinco subescalas que fornecem dois conjuntos de dados que abrangem os múltiplos aspectos envolvidos da AN e adaptado para a BN. Para AN, classifica o desfecho em três categorias de acordo com o peso e ciclo menstrual: desfecho favorável, quando o peso é mantido em $100 \pm 15\%$ do peso adequado e ciclos menstruais regulares; desfecho intermediário: quando o peso é mantido sem consistência, de forma intermitente, em $100 \pm 15\%$ do peso adequado e/ou ciclos menstruais irregulares, e; desfecho desfavorável: quando o peso é sempre baixo, com perda de mais de 15% do peso adequado, amenorreia ou ciclos esporádicos ou aparecimento de sintomas bulímicos uma ou mais vezes por semana, independentemente do peso ou dos ciclos menstruais. Para BN, as categorias de desfecho da escala adaptada são: desfecho favorável, quando não há nenhum sintoma de compulsão ou purgação e o peso corporal é mantido normal ou próximo do normal; desfecho intermediário, quando os sintomas bulímicos ocorrem menos de uma vez por semana e perda de, no máximo, 15% do peso corporal adequado, e; desfecho desfavorável, quando os sintomas de BN ocorrem mais de uma vez por semana e perda de mais de 15% do peso corporal adequado (RATNASURIYA et al., 1991; RUSSELL, 1992).

Taxas de recuperação de AN foram observadas e variaram entre 36 e 58%, e à medida que aumentava o tempo de seguimento aumentavam também as taxas de recuperação, alcançando valores de até 76% (HERZOG; NUSSBAUM; MARMOR, 1996).

Outro estudo concluiu que 46% dos pacientes apresentaram recuperação completa da AN e um terço melhorou e permaneceu apenas com sintomas residuais ou parciais, sendo que no seguimento em longo prazo, 20% permaneceram cronicamente doentes. Ao avaliar os sintomas principais isoladamente da AN, encontrou-se taxa de 60% de restauração de peso, 57% voltaram a menstruar regularmente e 47% normalizaram o comportamento alimentar. De modo geral, a proporção de pacientes com desfecho desfavorável se reduz nos estudos de seguimento em longo prazo, entretanto aumenta o número de pacientes que foram a óbito (STEINHAUSEN, 2002).

A AN apresenta maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos e as principais causas são devidas à desnutrição, insuficiência renal, complicações cardiovasculares e suicídio (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

Pesquisadores encontraram taxa de mortalidade para AN de 5,86 para 1000 pessoas/ano, sendo que um em cada cinco indivíduos que morreram havia cometido suicídio.

Como fatores de risco associados à mortalidade foram observados a idade avançada e baixo IMC no primeiro atendimento, abuso de álcool, transtorno afetivo, comportamento suicida, automutilação e história de hospitalização por problemas mentais (ARCELUS et al., 2011).

Para BN foi encontrada taxa de recuperação total de 45%, 27% melhoraram os sintomas e 23% permaneceram crônicos. Maiores taxas de recuperação foram observadas entre quatro e nove anos de seguimento, com estabilidade de cronicidade após esse período (STEINHAUSEN; WEBER, 2009).

Em comparação com a AN, foram encontradas menores taxas de mortalidade para a BN, cerca de 1,74 para 1000 pessoas/ano, o que corresponde a 0,17% (ARCELUS et al., 2011).

Não há um consenso no que diz respeito à recaída na AN e a comparação entre os estudos é dificultada pela diferença no tempo de seguimento, o que explica a obtenção de taxas variadas de recaída. Alguns estudos controlados apontam taxas de recaída de 30 a 50% no primeiro ano após a alta em pacientes internados e com sucesso no tratamento, e 20% de cronicidade (PIKE, 1998; STEINHAUSEN, 2002).

As taxas de recaída na BN mostram grande variabilidade e também dificultam a obtenção de conclusões definitivas. Fatores estressores no trabalho e nas relações sociais, além de baixa adesão ao tratamento foram associados a maiores riscos de recaída (STEINHAUSEN; WEBER, 2009).

1.4 Não adesão ao tratamento

Os transtornos mentais podem abranger alterações do pensamento, das emoções e do comportamento sendo causados por interações complexas entre influências físicas, psicológicas, culturais e hereditárias. Após sua instalação, o cuidado a ser adotado deve ser em nível de tratamento especializado, cujos resultados dependem, em grande parte, do seguimento das orientações e condutas médicas. De forma compreensiva, a adesão à terapêutica pode ser definida como a medida em que o comportamento do paciente coincide com a prescrição médica, tanto no aspecto farmacológico quanto no comportamental (CASTRO; MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO, 2000; CUNHA, 2006).

De acordo com Reiners et al. (2008), nos tratamentos de problemas crônicos de saúde, o paciente tem autonomia para decidir seguir ou não o tratamento. Caso ele deixe de seguir as

recomendações, os conselhos e as ações determinadas pelo profissional e/ou serviço de saúde, é considerado como não aderente.

A adesão ao tratamento como estratégia fundamental para o manejo de enfermidades em geral, promove a probabilidade de cura da doença ou leva à melhora da qualidade de vida nos casos de doenças crônicas mediante a minimização dos sintomas (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Em relação às mudanças de hábitos e comportamentos, a não adesão é bastante comum, devendo-se reforçar continuamente a relevância no estilo de vida de determinados pacientes, salientando que seja feito o enfoque a cada problema específico por vez, estabelecendo objetivos realistas relativos à sua resolução, pois a abordagem concomitante a diversas mudanças conduz a uma pobre adesão ao plano de tratamento. Assim, a falta de adesão ao tratamento vem movendo esforços de pesquisadores e clínicos que vivenciam esta condição, sendo considerada um problema de saúde pública. Como consequência, pode haver exacerbação dos sintomas, cronicidade de doenças e altos custos despendidos com tratamentos que se tornam, muitas vezes, ineficazes (CATALDO NETO; GAUER; FURTADO, 2003; CUNHA, 2006).

Nenhum homem é uma ilha, e esta ideia é válida quando se examina a área de adesão. Nenhuma pessoa ou paciente existe sozinho, fora ou além do ambiente social. O contexto social influencia a adesão e a eficácia das intervenções e nessa perspectiva deve-se observar a interação entre estratégias de promoção da adesão e do comportamento do paciente, em um nível mais amplo, mais social (KIDD; ALTMAN, 2000).

A não adesão ao tratamento causa grandes frustrações na equipe médica e vários fatores tentam explicar esse fenômeno, como atitudes e crenças ligadas ao tratamento, características demográficas como sexo, idade, personalidade, história familiar de transtorno psiquiátrico, estrutura familiar, entre outros (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005).

Em estudos realizados em centros de tratamento para diversas especialidades médicas, a presença de diagnóstico psiquiátrico foi descrita como fator de risco para o abandono do tratamento (MOYSE; OSMUN, 2004). Em contrapartida, Chiesa, Drahorad e Longo (2000) em pesquisa sobre o abandono do tratamento para transtornos de personalidade, encontraram que o diagnóstico de personalidade borderline foi um fator protetor para a adesão, principalmente daqueles com um tempo mais longo de tratamento.

Diversos estudos mostram que o tipo de enfermidade tratada parece ter alguma relação com a adesão ou não ao tratamento, o que pode ser traduzido como a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua enfermidade. Algumas pesquisas de adesão em pediatria

alegam o fato de os pais não compreenderem a gravidade da doença e importância do tratamento, como uma barreira para a adesão, mas que, em contrapartida, a percepção de maior gravidade da doença está ligada a maior adesão, mesmo em tratamentos mais longos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Uma revisão de literatura utilizando artigos escritos entre a década de 60 e início dos anos 2000, a fim de investigar o fenômeno do abandono do tratamento sem o consentimento médico em leitos psiquiátricos, mostrou uma variação de taxa de abandono entre 3% e 51%, com média de 17%. Porém, alerta que não se deve considerar tal prevalência de forma linear (BROOK et al., 2006).

O tratamento do TA é desafiador em todas as fases da doença e recuperação, pois os pacientes mostram-se ambivalentes sobre o tratamento e muitas vezes não aderem, abandonando-o precocemente. São preditores do abandono do tratamento o tipo de AN (sendo no tipo compulsivo-purgativo a maior evasão), o IMC na admissão (aqueles com maior IMC eram os mais propensos) e os escores do Inventário Beck de Depressão na admissão, que foram significativamente associados com a probabilidade de abandono prematuro, onde maiores níveis de depressão no início do tratamento prevêm maiores taxas de não adesão (WOODSIDE; CARTER; BLACKMORE, 2004). São vistos também como fatores predisponentes para o abandono do tratamento de TA a presença de alguma comorbidade de transtorno psiquiátrico, tratamento psiquiátrico anterior, maior tempo de doença, depressão e desesperança, níveis mais altos de insatisfação com o corpo e certos traços de personalidade tais como perfeccionismo e agressividade (FASSINO et al., 2003; KAHN; PIKE, 2001; MAHON et al., 2001; PEAKE; LIMBERT; WHITEHEAD, 2005).

De acordo com Sly et al. (2013), as características ligadas ao paciente não são preditivas do resultado do tratamento, nem algo que os médicos possam modificar. No entanto, há crescente tendência para o estudo de áreas de experiência de tratamento em que a equipe possa ter algum controle na tentativa de melhorar a resposta ao tratamento e os resultados. Tais áreas incluem abordar a motivação, promover vínculo, incentivar a mudança de comportamento e reduzir níveis de coerção que podem aparecer durante o tratamento.

Ao avaliar pacientes com TA após a alta do tratamento constatou-se que a taxa de abandono é superior à de alta, provavelmente pelo fato de grande parte dos pacientes serem levados para o tratamento contra a própria vontade. Sugere-se assim, maiores investigações buscando entender os motivos da não adesão ao tratamento (SICCHIERI et al., 2007).

O termo *dropout* (abandono) é comumente utilizado para definir a rescisão não consensual do tratamento pelo paciente, ou pela equipe médica quando o paciente não segue

as orientações e não aceita os objetivos do tratamento (FASSINO et al., 2009). Sly (2009) sugere a adoção do termo *premature termination* (desistência prematura) para pacientes que deixam o tratamento por decisão unilateral, independente se a decisão partiu do paciente ou da equipe médica, enquanto que Mahon et al. (2001) propõem que *dropout* seja usado para pacientes que tomam decisão unilateral em deixar o tratamento, e *premature termination* para quando a decisão unilateral partir da equipe médica.

Para este estudo, a não adesão ao tratamento, também denominada de abandono do tratamento, foi definida como a decisão unilateral do paciente para interromper o tratamento sem o consentimento da equipe terapêutica, em pacientes com regime de internação e em acompanhamento ambulatorial.

2 - Justificativa

A resistência ao tratamento vem sendo interpretada de diversas formas, e por meio dos transtornos psiquiátricos esse conceito está, em muitos casos, sendo utilizado como sinônimo de doenças de difícil tratamento. Na literatura, há um consenso geral de que os tratamentos disponíveis para os principais transtornos psiquiátricos frequentemente resultam na ausência de efeito ou a uma resposta moderada a ele (NEMEROFF, 2012).

A grande resistência, em aspectos conscientes e inconscientes, e a angústia desencadeada pela mudança é uma marca dos TA, e pode levar a não adesão com consequente abandono do tratamento (FASSINO; ABBATE-DAGA, 2013; FASSINO et al., 2009; KAPLAN; GARFINKEL, 1999).

Segundo Woodside, Carter e Blackmore (2004), a previsão da taxa de abandono do tratamento de TA é um passo importante para o desenvolvimento de intervenções a fim de reduzi-lo e melhorar o engajamento no tratamento completando seus objetivos. Além disso, pacientes com TA que abandonam o tratamento são mais propensos a ter mau resultado a longo prazo com aumento no risco de recidiva dentro do primeiro ano (BARAN; WELTZIN; KAYE, 1995; CAMPBELL, 2009; CARTER et al., 2004). No entanto, poucos estudos têm sido capazes de incluir esses pacientes que abandonaram o seguimento em um pós-tratamento ou avaliações de acompanhamento posteriores ao abandono. Sendo assim, essa hipótese ainda não foi testada (MAHON et al., 2001).

Embora estudos recentes tenham apontado menores taxas de abandono do tratamento para TA, como na pesquisa de Fairburn et al. (2009), dados da prática clínica ainda apresentam taxas elevadas de 20,2% a 51% em pacientes internados e de 29% a 73% em pacientes ambulatoriais (BANDINI et al., 2006; FASSINO et al., 2003; 2009).

O presente estudo justifica-se pela escassez de dados, principalmente na literatura brasileira, que visem elucidar os motivos da não adesão ao tratamento de pacientes portadores de TA observada nos serviços de saúde. Os resultados encontrados poderão trazer subsídios para o aprimoramento do atendimento desses pacientes e melhores resultados terapêuticos.

3 - Objetivos

3.1 Objetivo geral

Traçar o perfil da não adesão do tratamento de pacientes com TA em um serviço especializado e investigar os fatores associados.

3.2 Objetivos específicos

- Calcular a taxa de não adesão do tratamento;
- Caracterizar os dados sociodemográficos e variáveis diagnósticas e clínicas dos pacientes;
- Investigar os motivos da não adesão;
- Avaliar parâmetros antropométricos, alimentares e da imagem corporal de alguns pacientes no momento atual.

4 - Casuística e métodos

4.1 Tipo e local do estudo

Esta pesquisa corresponde a um estudo transversal de caráter descritivo exploratório com delineamento quali-quantitativo do tipo caso-controle.

No estudo transversal, não existe seguimento com os participantes e as medições são feitas em um único momento. O investigador definirá a questão a ser respondida e a população de estudo, e assim, consequentemente, os métodos de medição de variáveis de interesse à pesquisa (POLIT; HUNGLER, 2004).

O objetivo da pesquisa exploratória é habituar-se com assunto pouco explorado. Nesse tipo de estudo, a percepção intuitiva do pesquisador é fundamental para descrever e investigar a natureza do fenômeno que será estudado. Assim, são realizadas as descrições da população observada (GIL, 2008).

A análise qualitativa tem como enfoque a investigação profunda de determinado tema e se preocupa com o grau de realidade que não pode ser quantificado, e assim trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, expectativas, valores e atitudes, permitindo ao pesquisador atribuir significados a um determinado fenômeno de maneira compreensiva-interpretativa. No campo científico da saúde esse delineamento de pesquisa vem ganhando espaço, inclusive entre profissionais da área médica, com o objetivo de obter melhor compreensão da história de vida dos usuários dos serviços de saúde. A intenção não é estudar o fenômeno em si, mas sim ressignificá-lo conforme a população investigada, buscando compreender a dimensão do processo saúde-doença-tratamento (MINAYO, 2008; STAKE, 2011; TURATO, 2005)

Pesquisas do tipo caso-controle abrangem a comparação de pessoas que possuem a condição de interesse (casos), com pessoas que não a possuem (controles). Neste estudo, a condição de interesse investigada foi o abandono do tratamento (BARBOSA; MERLIM; BAPTISTA, 2007).

A pesquisa de metodologia mista que integra métodos quantitativos e qualitativos faz com que eles se complementem, uma vez que a realidade abrangida por eles interage dinamicamente excluindo qualquer dicotomia (CRUZ NETO, 1994).

O estudo foi realizado junto ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (GRATA-HCFMRP-USP), um serviço especializado para tratamento de TA.

No início dos anos 80, o GRATA foi criado pela Divisão de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da

Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), sendo o primeiro serviço no país a prestar assistência a portadores de TA. Ao longo dos anos, à sua equipe agregaram-se vários profissionais e atualmente conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos (nutrólogo e psiquiatra), terapeuta ocupacional, psicólogos e nutricionistas, além de estagiários nas áreas de psicologia e nutrição.

Os encaminhamentos para esse serviço são feitos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade e região. No entanto, em caso de urgência devido à grave desnutrição e/ou distúrbios hidroeletrólíticos, esses pacientes são internados para restabelecimento do aspecto físico e nutricional, e após a melhora do quadro, passam a ser seguidos ambulatorialmente.

O serviço já atendeu cerca de 250 pacientes e oferece atendimento semanal na esfera ambulatorial com frequência de retorno variada, de acordo com a necessidade do caso. São oferecidos atendimentos clínicos individuais com médicos nutrólogos e psiquiatras, consultas com nutricionistas, apoio psicológico, além da psicoterapia individual para pacientes e familiares. Atividades educativas e informativas de apoio em grupo também são realizadas antes dos atendimentos individuais para pacientes e familiares separadamente.

Aqueles pacientes sem complicações clínicas graves, mas com comorbidades psiquiátricas importantes, podem ser encaminhados para hospitalização parcial junto ao Hospital Dia Psiquiátrico da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Entretanto, pacientes que apresentam quadro clínico mais grave com indicação de hospitalização integral, são encaminhados para internação nas enfermarias da Clínica Médica ou da Psiquiatria. O seguimento dos pacientes nessa situação é realizado pela equipe fixa de profissionais do hospital, com possibilidade de assistência de outras especialidades como terapeutas ocupacionais e assistentes sociais por pedido de interconsulta.

4.2 Participantes

Os participantes foram todos pacientes com TA atendidos pelo GRATA desde a sua criação, em 1982, até dezembro de 2013.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira se deu a partir de informações dos prontuários médicos de todos os pacientes, a fim de identificar o desfecho do tratamento e obtenção de informações clínicas e antropométricas. Consideraram-se como desfecho do tratamento as seguintes situações: abandono, em seguimento, óbito e alta

hospitalar (por recuperação completa, por encaminhamento para outros serviços ou por inassistência).

A segunda etapa envolveu uma entrevista com alguns pacientes que abandonaram o tratamento a fim de investigar os motivos da não adesão e avaliar parâmetros antropométricos, alimentares e da imagem corporal no momento atual.

4.3 Instrumentos

Para a primeira etapa da pesquisa, um questionário para a coleta de dados contidos nos prontuários médicos foi construído (APÊNDICE A) contendo informações sociodemográficas (sexo, procedência, escolaridade, profissão e estado civil) e clínicas (diagnóstico, tempo de sintomas, amenorreia, peso, estatura, comorbidades clínicas e psiquiátricas) dos pacientes no início do tratamento e no último atendimento.

Para a segunda etapa, de avaliação atual, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1) Questionário de coleta de dados sociodemográficos e antropométricos, além da investigação sobre os motivos que levaram o paciente a não aderir ao tratamento (APÊNDICE B);
- 2) Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) (ANEXO A) para investigar a presença de sinais e sintomas característicos dos TA;
- 3) Escala de Figuras de Silhuetas (ANEXO B) para investigar a acurácia e satisfação corporais.

4.4 Procedimento

4.4.1 Primeira etapa

Foi realizado o levantamento dos registros de todos os pacientes atendidos pelo serviço no período entre 1982 e 2013 pelo sistema informatizado implantado no HCFMRP-USP junto ao departamento de seção de dados médicos.

O HCFMRP-USP conta com extenso arquivo físico e virtual nos quais são armazenados todos os registros de atendimento médico e de outros profissionais da saúde (ficha de primeiro atendimento; lista de problemas; evolução e observação clínica; evolução social e de terapia

ocupacional; prescrição dietética e medicamentosa; relatórios de resultados de exames; entre outros registros dos procedimentos e serviços realizados na instituição).

Os prontuários foram revisados no sentido de verificar o seguimento do paciente no serviço.

Foram considerados pacientes que abandonaram o tratamento aqueles que não estão em seguimento, mas não receberam alta hospitalar; não foram a óbito, e que não foram encaminhados para outros serviços. A partir dessa identificação, os prontuários que atenderam a esses critérios foram revisados para coletar informações antropométricas, clínicas e sociodemográficas, utilizando-se o instrumento construído para este fim (APÊNDICE A).

4.4.2 Segunda etapa

A partir dos prontuários de pacientes que abandonaram o tratamento, foram selecionados para uma entrevista semiestruturada os pacientes que responderam aos seguintes critérios de inclusão: pacientes do sexo feminino que abandonaram o tratamento nos últimos cinco anos, que estiveram no mínimo dois meses em tratamento, residentes em Ribeirão Preto ou região até 100 quilômetros de distância. Foi feito contato via telefone para convidá-las a participar desta pesquisa. No caso de aceite, foi agendada entrevista com data e local pré-determinados pela paciente para que a mesma não tivesse gastos com transporte. Nesta ocasião, para coleta de dados sociodemográficos e antropométricos, foi aplicado questionário construído para este estudo e contendo perguntas abertas para investigar os motivos que levaram o paciente a não aderir ao tratamento (APÊNDICE B). Para caracterização socioeconômica, foi aplicado o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP, 2013). As medidas de peso e estatura para cálculo do IMC foram coletadas por balança e estadiômetro portáteis, seguindo protocolo sistematizado (BRASIL, 2004).

O EAT-26 (ANEXO A) foi aplicado para investigar a presença de comportamentos de risco para TA. Esse instrumento, validado para a população brasileira é bastante utilizado na atualidade para a triagem de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de AN e/ou BN. Trata-se de um teste com 26 questões divididas em três escalas: Escala Dieta (reflete recusa patológica a alimentos de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física); Escala de Bulimia e Preocupação com os Alimentos (episódios de ingestão compulsiva de alimentos, seguidos de vômitos e outras atitudes para purgar e evitar o ganho de peso); Escala

do Controle Oral (evidencia o autocontrole em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar). Cada questão é dividida em três escalas tipo Likert, apresentando seis opções de resposta, conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha (sempre = 3 pontos; muitas vezes = 2 pontos; às vezes = 1 ponto, e; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0 ponto). A única questão em que a ordem de pontos é invertida é a questão nº25, onde para as respostas mais sintomáticas, sempre, muitas vezes e às vezes, não são dados pontos, e para as alternativas poucas vezes, quase nunca e nunca, são conferidos 1, 2 e 3 pontos, respectivamente (BIGHETTI et al., 2004).

A Escala de Figuras de Silhuetas - Contour Drawing Rating Scale (ANEXO B) foi aplicada para investigar a percepção e satisfação corporal. A escala, que é validada para a população brasileira, consiste em 30 silhuetas, sendo 15 de cada gênero (masculino e feminino), apresentadas em cartões individuais, com variações progressivas na escala de medidas, da figura mais magra para a mais larga. O IMC das silhuetas varia de 12,5kg/m² a 47,5kg/m², com intervalos constantes de 2,5kg/m² entre silhuetas seguidas. Os cartões são apresentados em superfície plana ao indivíduo, estando estes em ordem ascendente. Solicita-se que ele escolha a silhueta que mais se aproxima a imagem que ele tem de seu próprio corpo, gerando-se assim a variável Silhueta Atual com seu respectivo IMC atual. Em seguida, solicita-se que o indivíduo escolha o cartão que contenha a silhueta que mais se aproxima daquela que ele gostaria de ter, gerando assim a variável Silhueta Desejada com seu respectivo IMC desejado. A discrepância entre a percepção de tamanho corporal atual e o que gostaria de ter é aceita como a medida de insatisfação corporal (KAKESHITA, 2008).

O instrumento utilizado com perguntas abertas (APÊNDICE B), cujas respostas foram audiogravadas, constou as seguintes questões: quais os motivos que levaram você a abandonar o tratamento para TA no GRATA?; Como você se sente no momento?; Você acha que ainda precisa de tratamento?; Se sim, você procuraria o GRATA novamente? Por quê?.

Antes destes procedimentos, todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

5 - Análise de dados

Os dados da primeira etapa foram tabulados em uma planilha do programa Excel 2007 e analisados de forma descritiva utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 16.1.

A taxa de não adesão foi calculada a partir dos número de pacientes que foram atendidos pelo serviço e aqueles que não aderiram ao tratamento.

Primeiramente, foi utilizado o teste qui-quadrado para efetuar os testes de associação entre as variáveis sociodemográficas e a variável Abandono, e nos casos de variáveis com valor menor que cinco, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para as variáveis numéricas foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney a fim de verificar se existe diferença no comportamento dessas variáveis com relação à variável Abandono.

Posteriormente, foi feita regressão logística considerando a variável Abandono como dependente e como variáveis independentes, aquelas que apresentaram significância estatística nos testes de associação e comparação. O interesse em realizar a regressão logística consiste em verificar quais fatores contribuem mais para aumentar a probabilidade de ocorrência de abandono do tratamento. Para selecionar o melhor modelo foi utilizado o critério de informação de Akaike (AIC). Quanto menor o valor, melhor o modelo.

A variável Tempo de Amenorreia no Último Atendimento, devido ao alto número de perdas e por não apresentar significância estatística na presença das outras variáveis, foi retirada do modelo. Com relação às demais variáveis, foi utilizado o procedimento de seleção automática do tipo passo a passo (*stepwise*), procedimento que realiza a inserção e retirada baseado no nível de significância estipulado. Se o p-valor da variável candidata é menor que o nível de significância estipulado, a variável entra no modelo e se maior, a variável sai do modelo. O processo é feito até que mais nenhuma variável possa entrar ou sair no modelo. Para selecionar o melhor modelo foi utilizado o critério de Informação Bayesiana (BIC). Quanto menor o valor de BIC, melhor o modelo.

No passo seguinte, foram adicionadas ao modelo escolhido na etapa anterior, de forma manual, as variáveis: Primeiro Atendimento, Hipótese Diagnóstica, Comorbidades Psiquiátricas e Idade (categorizada em adolescentes (até 19 anos) e adultos (maior que 19 anos)). As variáveis foram inseridas individualmente no modelo, sozinhas e com efeito de interação com as outras variáveis. Apenas a variável Primeiro Atendimento, que foi inserida no lugar de Último Atendimento, fez com que o modelo se tornasse mais adequado, pois reduziu o valor do BIC.

A classificação econômica dos indivíduos que participaram da segunda etapa (entrevista) seguiu as orientações do documento Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP, 2013).

O IMC foi classificado de acordo com a World Health Organization (WHO, 2004).

O ponto de corte estabelecido para o EAT-26 é de 21 pontos, indicando teste positivo (BIGHETTI et al., 2004).

Para avaliar a acurácia da estimação do tamanho corporal, considera-se o IMC aferido (real) no intervalo das escalas e compara-se à figura escolhida como “atual”. Se as figuras forem iguais, o participante é classificado como tendo uma percepção acurada de seu tamanho corporal real. Se a figura “atual” for maior que a figura “real”, a classificação é de superestimação e, se for menor, de subestimação. A satisfação é avaliada comparando-se as figuras selecionadas como “desejada” e “atual”. Se ele selecionar a mesma figura, é considerado como satisfeito com sua silhueta. Quando a figura “desejada” é maior que a escolhida como “atual”, considera-se que o participante deseje aumentar seu tamanho corporal e quando é menor, que há um desejo de diminuí-lo. Esses dados são analisados em forma de frequências absoluta e relativa (KAKESHITA, 2008).

A análise temática traz a concepção de tema que está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela permite inúmeras relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, de uma frase, de um resumo. Esse procedimento dá oportunidade para o entendimento da essência das descrições, cuja frequência ou presença terão um significado para o objeto analítico visado (MINAYO, 2008).

As perguntas abertas foram audiogravadas, transcritas na íntegra e literalmente, respeitando a sequência de respostas e a forma como foram expressas as falas. As questões fechadas foram apresentadas de forma descritiva (dados sociodemográficos, antropométricos e idade) e as perguntas abertas foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática.

Os dados foram organizados em categorias, considerando a regularidade das respostas e os padrões convergentes de conteúdo dos relatos e, para isso, foram seguidos os passos metodológicos recomendados pela literatura divididos em três etapas:

1ª Pré-análise: leituras exaustivas, organização do material e os conceitos teóricos mais gerais que nortearão a análise.

2ª Exploração do material: categorização de dados, que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto a partir da similaridade dos conteúdos.

3^a Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas que permitem colocar em destaque as informações obtidas e assim, o analista propõe inferências e realiza interpretações inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente (MINAYO, 2008).

6 - Questões éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP (ANEXO C), com o compromisso de respeitar os aspectos éticos envolvidos, assegurando a impossibilidade de identificação do sujeito participante dessa pesquisa, conforme as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos previstas na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi solicitado a dispensa do TCLE para a primeira etapa do estudo, pois tratou-se de levantamento dos prontuários médicos. Para a segunda etapa (entrevista semiestruturada), os pacientes assinaram o TCLE (APÊNDICE C) formalizando sua anuência com a pesquisa.

Os resultados estão apresentados em duas partes, de acordo com as etapas propostas no estudo, sendo a primeira com as informações obtidas por meio dos prontuários médicos de todos os pacientes. Na segunda etapa, são mostrados os dados da entrevista com pacientes que abandonaram o tratamento.

7.1 Primeira etapa

Foram revisados 320 prontuários médicos e destes, 243 foram elegíveis à pesquisa. Os pacientes eletivos foram atendidos pelo serviço entre 1982 e 2013. Nove prontuários não foram localizados e 234 tiveram os seguintes desfechos: 156 (66,7%) pacientes abandonaram o tratamento (Grupo Abandono-GA) e 78 (33,3%) tiveram outros resultados (Grupo Não Abandono-GNA): alta (n=55; 70,5%), óbito (n=02; 2,6%) ou em seguimento no momento da coleta de dados (n=21; 26,9%).

Quando comparados esses grupos, observou-se que não foi encontrada diferença estatisticamente significativa nas variáveis sociodemográficas investigadas (Tabela 1). Ao analisar apenas o GA, a maioria era do sexo feminino (n=140; 89,7%), de Ribeirão Preto e região (n=120; 76,9%), estudantes (n=86; 55,1%), solteiros (n=122; 78,2%) com escolaridade mínima do nível fundamental (n=45; 28,8%).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes do estudo, de acordo com o desfecho do tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2013.

	Grupo Abandono- GA (n= 156)	Grupo Não abandono- GNA (n= 78)	p
Sexo			0,756
Feminino	140 (66,4%)	71 (33,6%)	
Masculino	16 (9,6%)	07 (30,4%)	
Procedência			0,449
Ribeirão Preto e região até 100km	120 (66,7%)	60 (33,3%)	
Outras cidades de São Paulo	23 (71,9%)	09 (28,1%)	
Outros estados	11 (55%)	09 (45%)	
Escolaridade			0,674
Ensino fundamental incompleto ou analfabeto	29 (67,4%)	14 (32,6%)	
Ensino fundamental completo	45 (68,2%)	21 (31,8%)	
Ensino médio completo	32 (58,2%)	23 (41,8%)	
Ensino superior completo	17 (63%)	10 (37%)	
Profissão			0,643
Estudante	86 (65,2%)	46 (34,8%)	
Do lar	13 (69,4%)	06 (31,6%)	
Profissão com Ensino Superior	16 (80%)	04 (20%)	
Outras profissões	24 (64,9%)	13 (35,1%)	
Aposentado, desempregado ou inativo	06 (54,5%)	05 (45,5%)	
Estado Civil			0,535
Solteiro	122 (65,9%)	63 (34,1%)	
Casado	28 (71,8%)	11 (28,2%)	
Separado/divorciado	03 (50%)	3 (50%)	

Em relação à caracterização dos pacientes quanto aos diagnósticos clínicos e psiquiátricos (Tabela 2), foi encontrada diferença significativa entre os grupos (GA e GNA) nas seguintes variáveis: Hipótese Diagnóstica, Comorbidades Psiquiátricas, Depressão, Transtornos de Personalidade, Comorbidades Clínicas e Osteopenia.

Observou-se que a maioria dos pacientes que abandonaram o tratamento possuíam AN (n=103; 62,0%), sem as demais variáveis diagnósticas e clínicas investigadas. Porém, quando analisada a Hipótese Diagnóstica proporcionalmente ao número de pacientes, nota-se que os pacientes com BN foram os que mais abandonaram o tratamento (n=41; 80,4%).

Tabela 2 - Diagnósticos clínicos e psiquiátricos dos participantes do estudo durante o tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2013.

	Grupo Abandono- GA (n= 156)	Grupo Não Abandono GNA (n= 78)	p
Hipótese Diagnóstica			0,049
Anorexia Nervosa	103 (62,0%)	63 (38,0%)	
Bulimia Nervosa	41 (80,4%)	10 (19,6%)	
Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação	12 (70,6%)	05 (29,4%)	
Comorbidades Psiquiátricas			0,001
Sim	61 (56,0%)	48 (44,0%)	
Não	95 (76,0%)	30 (24,0%)	
Depressão			0,048
Sim	30 (55,6%)	24 (44,4%)	
Não	126 (70,0%)	54 (30,0%)	
Transtornos de Personalidade			0,001
Sim	39 (52,0%)	36 (48,0%)	
Não	117 (73,6%)	42 (26,4%)	
Comorbidades Clínicas			<0,001
Sim	33 (49,3%)	34 (50,7%)	
Não	123 (73,7%)	44 (26,3%)	
Alterações Digestivas			0,367
Sim	07 (53,8%)	06 (46,2%)	
Não	149 (67,4%)	72 (32,6%)	
Distúrbios Hidroeletrolíticos			0,403
Sim	03 (50,0%)	03 (50,0%)	
Não	153 (67,1%)	75 (32,9%)	
Anemias			1,0
Sim	05 (62,5%)	03 (37,5%)	
Não	151 (66,8%)	75(33,2%)	
Osteopenia			0,007
Sim	02 (22,2%)	07 (77,8%)	
Não	154 (68,4%)	71 (31,6%)	
Osteoporose			0,187
Sim	05 (45,5%)	06 (54,5%)	
Não	151 (67,7%)	72 (32,3%)	

Dados do atendimento clínico e da doença foram coletados no momento inicial e final do tratamento (Tabela 3). Observando apenas o GA, tem-se que o primeiro (n=85; 54,5%) e o último atendimento (n=89; 57,05%) foram nos anos 2000, o estado nutricional foi de eutrofia no primeiro (n=85; 54,5%) e no último atendimento (n=104; 66,7%) e sem amenorreia no momento inicial e final do seguimento.

O estado nutricional apresentou diferença estatisticamente significativa com o desfecho do tratamento sugerindo que pacientes com eutrofia no período inicial possuem maiores chances de não aderirem ao tratamento.

Tabela 3 - Dados do atendimento clínico e da doença dos participantes do estudo, segundo o momento (primeiro e último atendimento). Ribeirão Preto-SP, 2013.

	Grupo Abandono-GA (n= 156)	Grupo Não Abandono-GNA (n= 78)	p
1º atendimento			0,002
Anos 80	16 (76,2%)	5 (23,8%)	
Anos 90	44 (67,7%)	21 (32,3%)	
Anos 2000	85 (72,0%)	33 (28,0%)	
Anos 2010	11 (36,7%)	19 (63,3%)	
Último atendimento			<0,001
Anos 80	10 (76,9%)	03 (23,1%)	
Anos 90	43 (81,1%)	10 (18,9%)	
Anos 2000	89 (76,1%)	28 (23,9%)	
Anos 2010	14 (27,5%)	37 (72,5%)	
Estado Nutricional no 1º atendimento			0,004
Eutrofia	85 (75,9%)	27 (24,1%)	
Magreza	58 (55,2%)	47 (44,8%)	
Excesso de Peso	13 (76,5%)	04 (23,5)	
Estado Nutricional no último atendimento			0,625
Eutrofia	104 (68,4%)	48 (31,6%)	
Magreza	35 (61,4%)	22 (38,6%)	
Excesso de Peso	17 (68,0%)	08 (32,0%)	
Amenorreia no início do tratamento (n=185)			0,289
Sim	42 (58,3%)	30 (41,7%)	
Não	79 (69,9%)	34 (30,1%)	
Amenorreia no último atendimento (n=138)			0,068
Sim	17 (85%)	03 (15%)	
Não	64 (54,2%)	54 (45,8%)	

Os pacientes do GA eram adultos jovens que apresentavam longo tempo de sintomas antes do início do tratamento. O tempo de tratamento foi maior que um ano e o estado nutricional dos pacientes no momento inicial e final era de eutrofia. Observou-se também, que o tempo de amenorreia foi muito variável. Esses dados apresentaram grande variação e estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Idade e dados do seguimento dos pacientes que abandonaram o tratamento (GA: n=156). Ribeirão Preto-SP, 2013.

	Média	Mín.	Máx.	Desvio Padrão
Idade (anos)	20,5	10	41	6,88
Tempo de sintomas (meses)	48,72	02	480	57,28
Tempo de tratamento (meses)	14,77	0	309	21,87
IMC inicial (kg/m²)	18,95	8,0	45,0	5,06
IMC final (kg/m²)	20,48	11,0	45,0	4,61
Tempo de amenorreia inicial (meses)	3,84	0	144	14,18
Tempo de amenorreia final (meses)	2,57	0	45	6,99

IMC: Índice de Massa Corporal.

Com a estimativa dos parâmetros do modelo de regressão logística (Tabela 5), observou-se que a presença de comorbidades clínicas (Estimativa= - 0,850) atuou como fator protetor para a não adesão ao tratamento.

Tabela 5 - Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística. Ribeirão Preto-SP, 2013

Parâmetros	Estimativas	Erro Padrão	Z_value	p-valor
Primeiro atendimento:				
1980 a 1989	3,503	0,855	16,783	<0,05
1990 a 1999	2,674	0,675	15,688	<0,05
2000 a 2009	2,862	0,656	19,043	<0,05
2010 a 2013			21,592	<0,05
Presença de comorbidades clínicas	-0,850	0,371	5,258	<0,05
Tempo de tratamento:				
< 6 meses	3,3626	0,622	33,960	<0,05
6 a 12 meses	1,191	0,492	5,860	<0,05
> 12meses			34,812	<0,05
Estado Nutricional:				
Eutrofia	0,889	0,445	3,991	<0,05
Excesso de Peso	1,169	0,628	3,467	0,063
Magreza			4,844	0,089

A análise posterior (Tabela 6) evidenciou que pacientes que tiveram o primeiro atendimento na década de 80 possuem 33,2 vezes mais chances de abandonar o tratamento do que aqueles que tiveram o primeiro atendimento entre os anos 2010 e 2013, considerando o mesmo nível de comorbidades clínicas, tempo de tratamento e estado nutricional. Ao observar aqueles com primeiro atendimento entre os anos 2000 e 2009, nota-se que esses possuem 17,49 vezes mais chances de abandonar o tratamento que aqueles cujo primeiro atendimento ocorreu entre os anos 2010 e 2013.

Além disso, aqueles com tempo de tratamento inferior a seis meses possuem 37,5 vezes mais chances de abandonar o seguimento comparados aos que têm mais de 12 meses de tratamento, considerando os mesmos níveis de primeiro atendimento, estado nutricional e comorbidades clínicas.

O estado nutricional também apresentou significância estatística, e aqueles classificados com eutrofia possuem 2,4 vezes mais chances de abandonar o tratamento do que aqueles com estado nutricional de magreza e com os mesmos níveis de primeiro atendimento, comorbidades clínicas e tempo de tratamento.

Tabela 6 - Análise de regressão logística com o desfecho Abandono como variável dependente. Ribeirão Preto-SP, 2013.

	OR	2,5%	97,5%
Primeiro atendimento:			
1980 a 1989	33,208	6,215	177,437
1990 a 1999	14,499	3,861	54,453
2000 a 2009	17,491	4,837	63,241
Presença de comorbidades clínicas	0,428	0,207	0,884
Tempo de tratamento:			
< 6 meses	37,573	11,097	127,221
6 a 12 meses	3,289	1,254	8,625
Estado Nutricional:			
Eutrofia	2,433	1,017	5,823
Excesso de peso	3,219	0,940	11,021

7.2 Segunda etapa

Para essa etapa, foram selecionadas nove pacientes do sexo feminino que abandonaram o tratamento nos últimos cinco anos, que estiveram no mínimo dois meses em

tratamento e residentes em Ribeirão Preto ou região até 100 quilômetros de distância. Ao efetuar contato telefônico convidando-as a participar da pesquisa, uma delas não aceitou. Uma paciente havia se mudado para outro estado inviabilizando a entrevista e uma terceira paciente não foi localizada, e assim foi excluída da amostra. Assim, a amostra final contou com seis pacientes cujos dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 7. Os nomes dados às participantes foram fictícios para preservar a identidade das mesmas. As entrevistas foram realizadas na residência e no local de trabalho delas, de acordo com a preferência de cada uma. A idade média foi de $29 \pm 7,1$ anos.

Tabela 7 - Dados sociodemográficos das participantes (n=6) da segunda etapa do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2014.

Participantes	Geisa	Telma	Nair	Juliana	Cássia	Paula
Idade (anos)	23	36	30	19	29	37
Estado civil	Solteira	Solteira	Solteira	Solteira	Casada	Casada
Filhos/nº	Não	Não	Não	Não	Sim/03	Sim/01
Profissão	Estudante universitária	Supervisora de qualidade de software	Assistente social	Estudante universitária	Do lar	Comerciante
Procedência	Ribeirão Preto-SP	Ribeirão Preto-SP	Morro Agudo-SP	Santa Ernestina-SP	Serrana-SP	Ribeirão Preto-SP
Classe Social	C1	B2	B1	C2	B2	B1

A Tabela 8 mostra os dados clínicos, antropométricos e alimentares dessa amostra. Observa-se que a hipótese diagnóstica no início do tratamento mostrou-se diversificada e abrangeu os três tipos de TA: AN (n=03; 50%), BN (n=02; 33%) e TASOE (n=01; 17%). Quatro participantes (67%) apresentaram transtornos de personalidade como comorbidade psiquiátrica e duas (33%) delas apresentaram, além desse quadro, depressão.

O tempo de tratamento foi variável (mínimo de dois meses e máximo de 45 meses) e observou-se que a maior parte da amostra apresentou tempo de tratamento inferior a seis

meses (n=04; 67%). O tempo decorrido desde o abandono das participantes até o momento da coleta de dados também foi variável, de 10 a 60 meses.

O IMC revelou que metade da amostra (n=03) encontra-se com eutrofia enquanto que na outra metade, duas participantes estavam com sobrepeso e uma com magreza grau III. Ao observar os dados de IMC do último atendimento dessas participantes, nota-se que quatro delas estavam com o peso adequado quando abandonaram o seguimento, e duas delas estavam fora do limite de normalidade, sendo que uma estava abaixo e a outra acima do peso.

O resultado do EAT-26 revelou que a maioria das participantes (n=04; 67%) ainda apresenta sintomas alimentares típicos dos TA, e somente duas participantes não obtiveram pontuação positiva no teste. A média de pontos obtida (41,7 pontos) foi bem superior a do ponto de corte da escala (≥ 21 pontos), e as pacientes Telma, Nair, Cássia e Paula foram as que apresentaram maior escore.

Tabela 8 - Dados clínicos, antropométricos e alimentares das participantes da segunda etapa do estudo (n=6). Ribeirão Preto-SP, 2014.

Participantes	Geisa	Telma	Nair	Juliana	Cássia	Paula	Média/ Desvio Padrão
HD	BN	TASOE	AN	AN	AN	BN	-
Comorbidades Psiquiátricas	-	Depressão/ Transtorno de Personalidade Borderline	Transtorno de Personalidade Sem Outra Especificação	-	Transtorno de Personalidade Borderline	Depressão/ Transtorno de Personalidade Borderline	-
Tempo de tratamento (meses)	11	02	03	45	04	05	11,7±16,6
Tempo de abandono (meses)	49	21	38	60	10	17	32,5±19,7
IMC atual (Kg/m²)	21,3	25,1	15	26,4	20,5	24,7	22,2±4,2
IMC no último atendimento	21,9	23,2	14,9	22,6	23,6	26,6	22,1±3,9
EAT-26	07	56	56	18	63	50	41,7±23,2

HD: Hipótese Diagnóstica. IMC: Índice de Massa Corporal. EAT-26: *Eating Attitudes Test*. AN: Anorexia Nervosa. BN: Bulimia Nervosa. TASOE: Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação.

Em relação à percepção e satisfação corporais das participantes (Tabela 9), os resultados demonstraram inacurácia da percepção corporal em todas elas, pois o IMC Real foi inferior ao IMC Atual, indicando que todas se viam maiores do que realmente eram e superestimaram o tamanho corporal. Em relação à satisfação corporal, a maioria da amostra (n=5; 83%) demonstrou insatisfação com a imagem e o desejo de diminuir o tamanho corporal.

Tabela 9 - Percepção e satisfação corporais das participantes (n=6) da segunda etapa do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2014.

Participantes	IMC Atual	IMC Real	IMC Desejado	≠ IMC Atual e Real	Acurácia	≠ IMC Atual e Desejado	Satisfação
Geisa	25	21,3	25	3,7	Superestimação	0	Satisfeita
Telma	37,5	25,1	22,5	12,4	Superestimação	15	Desejo de diminuir tamanho corporal
Nair	35	15	12,5	20	Superestimação	22,5	Desejo de diminuir tamanho corporal
Juliana	30	26,4	25	3,6	Superestimação	5	Desejo de diminuir tamanho corporal
Cássia	22,5	20,5	20	2,5	Superestimação	2,5	Desejo de diminuir tamanho corporal
Paula	30	24,7	22,5	5,3	Superestimação	7,5	Desejo de diminuir tamanho corporal

IMC: Índice de Massa Corporal (Kg/m²).

Para completar a entrevista, algumas questões abertas foram feitas para compreender os motivos que levaram as participantes a não aderirem ao tratamento. Os resultados apresentados a seguir referem-se às quatro perguntas feitas às participantes, sendo que para cada pergunta foram propostos temas e subtemas que podem ser visualizados nos Quadros 1 e 2.

1ª Pergunta: "Quais motivos que levaram você a abandonar o tratamento para transtorno alimentar do GRATA?"

Quadro 1 - Apresentação de temas e subtemas referentes aos motivos do abandono pelas participantes (n=06). Ribeirão Preto-SP, 2014.

TEMAS	SUBTEMAS
Equipe	- Pouca empatia com um profissional - Rotatividade de profissionais
Tratamento	- Presença de familiar - Tempo e frequência - Grupos de pacientes
Paciente	- Negação da doença - Melhora do quadro - Outros tratamentos de saúde

EQUIPE

Pouca empatia com um profissional

Foram reportados trechos em que as participantes revelam que não tiveram empatia com o profissional.

"Não gostava da conduta dele. Da forma que ele tratava a gente, da forma que ele tratava os outros pacientes, eu não gostava. Ele era muito irreduzível e eu acho que ele devia separar um pouco as coisas [...] eu acho que a gente chega tão emocionalmente destruído que a gente quer um pouco mais. Ele é muito profissional, muito seco, sabe? Ele te trata de uma forma muito: "ela tem que tomar o remédio, então ela vai tomar o remédio", tipo, você tem que fazer tudo o que ele quer, se não você não vai ficar lá e ele te ameaça o tempo todo. E tem coisas que as vezes, no primeiro momento, a gente não consegue fazer" (Telma, TASOE)

"Não tinha como negociar [...] ele era muito rígido, inflexível" (Nair, AN).

Rotatividade de profissionais

Identificou-se em um relato o desconforto de uma participante com a troca frequente de médicos.

"E o que eu não gostava, sinceramente, era de cada dia ser atendida, principalmente na parte psiquiátrica, cada vez era uma pessoa, e das vezes que eu fui, eu tinha que retomar a história toda do início, sabe? Aquilo lá me incomodou" (Paula, BN)

TRATAMENTO

Presença de familiar

Foram selecionadas as verbalizações que fazem referência à dificuldade de um familiar estar presente no tratamento, sendo essa presença uma obrigatoriedade do serviço.

"A exigência de você ter alguém da família acompanhando é muito complicado porque eu sou sozinha. Naquela época eu não tinha ninguém para ir comigo. Ninguém, ninguém da minha família. Embora eu tenha pai, mãe e irmão, eu não tinha contato com eles [...] e toda vez que eu ia ficava esse constrangimento, porque eu não tinha ninguém pra ir comigo [...] e eu queria tentar sem ninguém da minha família, e isso me chateou" (Telma, TASOE)

"Meu marido também não tinha aquela disponibilidade pra me acompanhar [...] e tinha que ter uma pessoa" (Paula, BN)

"Meu marido não podia ficar me levando sempre porque ele trabalhava na empresa dele, e as vezes eu chegava fora de horário e me falavam que eu tinha que participar de tudo, e não tinha como eu participar de tudo" (Cássia, AN)

Tempo e frequência

Nesse subtema, os segmentos de falas selecionados remetem ao tempo e à frequência do tratamento e os motivos do abandono.

"As pessoas estavam lá há muito tempo e não acreditavam na cura [...] fiquei com medo de ficar pra sempre ali [...] e principalmente por que, assim, você vai fazer outras coisas, de uma certa forma te pega um tempo. Era no último dia da semana, e aí eu teria que faltar, ia atrapalhar estar trabalhando" (Geisa, BN).

"É complicado, é na sexta feira, praticamente a tarde toda e a gente trabalha, é complicado [...] eu sou sozinha, eu nunca pude, depois de uma determinada idade, eu não pude entrar em um estado de paralisia total de atividades, entendeu? Então, assim, eu já parei muita coisa na minha vida, menos o trabalho" (Telma, TASOE)

"Primeiro por ser de sexta feira e eu trabalho sozinha [...] e eu estava lá mas a cabeça estava aqui na loja. Tinha que ficar fechado, quer dizer, aí já entra a parte financeira também, porque eu deixava de trabalhar" (Paula, BN)

Aqui as participantes relacionam o motivo do abandono ao fato de o tratamento ser longo e requerer disponibilidade, o que atrapalha a rotina diária, principalmente em relação ao trabalho.

Grupos de Pacientes

Nesse subtema foram reportadas as falas que identificam dificuldades em participar dos Grupos de Pacientes (Grupo de Orientação Nutricional e Grupo de Apoio Psicológico), modalidades que fazem parte do tratamento.

"O grupo também, eu acho bom. Mas de uma certa forma, tem dias que você sai de lá bom e tem dias que você sai mais pra baixo ainda, porque você fica ouvindo os depoimentos dos outros e você vai lembrando dos seus também" (Geisa, BN).

"Eu lembro que um dia eu fui em uma reunião de grupo e tinha uma mocinha lá que tinha bulimia [...] e tudo o que ela falou, aquele desgaste que ela estava sofrendo, eu já tinha passado. Aquele dia foi muito pesado pra mim, sabe? Eu olhava e falava: nossa! eu já fiz tudo isso" (Telma, TASOE)

"No grupo eu entrava em contato com tudo que me incomodava. Me sentia muito mal ouvindo os outros pacientes" (Nair, AN)

PACIENTE

Negação da doença

Foram selecionados nesse subtema, os relatos de dificuldade das participantes em se reconhecerem doentes.

"Na época eu tava mal, só que eu ainda tinha aquela coisa de negar: você vomita todo dia? de vez em quando", aí eu não entrei no tratamento" (Geisa, BN).

"Não conseguia aceitar a doença e acho que não aceito até hoje. Eu sempre fui magra" (Nair, AN).

"Quando eu cheguei lá, mediante as outras pessoas que estavam lá, que eu tive esse contato do tratamento, eu não me sentia mais tão mal, entendeu? Então eu ficava com a sensação que eu tava ali, mas já não era mais pra eu estar ali [...] Então eu sentia que eu não precisava" (Telma, TASOE).

Melhora do quadro

Nesta subcategoria, a participante discorre sobre como não se sentia mais doente e ficava incomodada em ter que ir ao tratamento, mesmo estando bem.

"Eu sentia que eu não precisava mais, sabe? Não tinha vontade de ir. Eu falava para o médico [...] porque, sei lá, não tinha vontade de ir e escutar a mesma coisa, ficar lá esperando. Porque eu não estava mais com aquele problema, entendeu?" (Juliana, AN).

Outros tratamentos de saúde

A fala selecionada nesse subtema aponta a dificuldade em manter o tratamento concomitante com outros tratamentos de saúde.

"É porque eu estava tratando em três ambulatórios, gravidez de risco, o Grata e o transtorno de borderline e estava muito difícil para eu ir nos três [...] eu estava grávida, passando mal e

não tinha como ficar indo em três ambulatorios, eu ia nesses 3 todo mês, em dias diferentes, acabou atrapalhando" (Cássia, AN).

2ª Pergunta: "Como você se sente no momento?"

Quadro 2 - Apresentação de temas referentes ao estado atual das participantes (n=06).
Ribeirão Preto-SP, 2014.

Alimentação
Compulsão e Purgação
Preocupação com o corpo
Aspectos emocionais

ALIMENTAÇÃO

Para este tema foram selecionados trechos em que as participantes falam sobre como está sua alimentação no momento atual.

"Eu como melhor, eu acho. Porque, tipo, eu não comia nada, tipo gordura, carne vermelha eu não comia, queijo eu não comia, embutido eu não comia. Nada eu comia, praticamente. Eu só comia light. Hoje eu já como. Se for num churrasco eu como. Alguma coisinha eu como. Pizza eu não comia e agora eu como, tudo assim, moderado né... mas eu como" (Cássia, AN)

"Hoje eu consigo ir no rodízio. Antigamente eu falava: eu tenho que comer uns vinte pedaços. Eu tinha que comer tudo, eu tinha que comer até não aguentar mais e ir vomitar. Hoje eu consigo comer três, quatro pedaços, e falar: não precisa comer mais! Pra que eu vou comer mais? se em outro dia eu posso experimentar mais sabores. Então eu tenho um pouco dessa consciência e controle que eu não tinha" (Geisa, BN).

"Hoje eu como. Eu não estou com fome mas dá de três em três horas eu estou comendo, entendeu?" (Juliana, AN).

"Eu tenho compulsão alimentar, isso eu sei. E eu não consegui. Então o meu peso continua oscilando" (Paula, BN).

COMPULSÃO E PURGAÇÃO

Neste item, as participantes verbalizam como se sentem atualmente em relação às atitudes de compulsão e purgação.

"Eu tomo laxante. Continuo com laxante! Se eu tiver dinheiro... porque meu marido controla, mas se eu tiver o dinheiro na mão eu acho que tomo todos os dias. É igual um vício mesmo. É impossível porque, por exemplo, se no dia eu comer mais do que eu acho que é o necessário para uma pessoa eu entro com o laxante mesmo, eu não penso não" (Cássia, AN).

"Porque, tipo, nessas crises que eu engordo eu chego a ganhar 10 quilos em uma semana, e eu como muito mesmo. Eu chego nessas crises, aí eu tenho quadro de bulimia uma semana ou duas, depois eu consigo me estabilizar, mas eu fico indo e vindo, você entende?" (Paula, BN).

"Hoje eu consigo comer tranquila, consigo ir numa festinha, eu como. As vezes dá vontade de vomitar, o estômago fica lotado, e eu falo: não! Eu cheguei no meu limite e não vou comer mais, meu organismo tem que digerir isso. Então eu achava assim: eu comia uma quantidade de gordura, meu organismo não vai digerir, eu vou colocar o dedo... eu pensava assim. Então, hoje não, eu sei que meu organismo tem capacidade de digerir isso e eu vou pensar em outras coisas" (Geisa, BN).

"Sabe, pra mim é muito difícil aceitar e ficar numa boa. Assim, eu to muito melhor, entendeu? Muito melhor! Eu não faço mais loucuras. Não fico mais tomando laxante, aquele um milhão de diuréticos que eu tomava, não tomo mais remédio pra emagrecer, nada disso" (Telma, TASOE).

PREOCUPAÇÃO COM O CORPO

Foram selecionados os segmentos de fala em que as participantes referem preocupações com o corpo e imagem corporal de maneira geral.

"Eu tenho até um caderno que eu esqueci de trazer, porque eu queria te mostrar, eu separei meu diário alimentar, então ali eu coloco todos os dias o peso. Eu me peso normalmente todos os dias. E eu não consigo três dias ficar com o mesmo peso, então cada dia eu tenho um peso

diferente. Eu cheguei a 59 quilos e fui até 85 quilos, então eu fico assim de 60 quilos aos 100 quilos e isso é constante, eu não consegui estabilidade" (Paula, BN).

"E eu coloquei na minha cabeça que 60 quilos pra mim é bom então eu sinto assim, se eu to um pouquinho abaixo dos 60 quilos ou até 60 quilos, pra mim tá bom, se eu to um pouco mais de 60 quilos aí eu já tento, pelo menos nas guloseimas, evitar um pouco [...] com o corpo, com tudo, ainda me sinto muito incomodada [...] hoje, de uma certa forma, eu consigo lidar com isso mas na questão da autoestima eu sinto muita dificuldade" (Geisa, BN).

"A única diferença, assim, é que pelo fato de eu ter feito a abdominoplastia eu não me vejo mais tão horrível, porque não tem a barriga [...] eu não saio, se alguém me chama pra sair eu não quero ir, e é por isso. É porque eu tenho que ir, colocar uma roupa, eu vou ter que me arrumar e eu não me sinto bem porque eu engordei. A mesma coisa... mesma coisa! Não mudou nada, tirando a barriga" (Telma, TASOE)

"Feliz com o meu corpo, eu ainda não estou [...] assim, eu busco não encanar com o corpo, mas eu quero ficar sequinha com músculo, definição" (Juliana, AN).

ASPECTOS EMOCIONAIS

Nesta categoria, algumas questões emocionais atuais são relatadas pelas participantes, tais como irritação e sintomas ansiosos e depressivos.

"A irritação pelo problema me atrapalha. Eu fico irritada, sabe? E aí eu fico mais violenta, mais ansiosa, eu acho não, eu tenho certeza que atrapalha. Eu penso assim, não tem como eu encontrar a perfeição nessa doença, não tem como. Sempre alguma coisa vai ter" (Cássia, AN)

"Depois do GRATA eu tinha dado uma boa emagrecida, tava feliz, tinha feito a cirurgia. Tava feliz assim, ainda achava que eu tava gorda, tinha as minhas dificuldades, entendeu? Não enxergava que eu tava bem, mas imediatamente após a cirurgia, uns dois meses depois eu travei minha coluna com hérnia de disco [...] eu não consegui mais voltar a fazer nada e eu fiquei muito deprimida, voltou a síndrome do pânico, voltou tudo" (Telma, TASOE).

"Então, eu acho que a autoestima é uma luta diária. Não sei... não é que não tenha cura, mas acho que eu vou ter que lutar muito e por muito tempo porque isso eu ainda não consegui lidar, com a questão da autoestima" (Geisa, AN).

3ª Pergunta: "Você acha que ainda precisa de tratamento?"

A maioria das participantes (n=05; 83%) referiu que ainda precisa de tratamento e os trechos reportados refletem algumas dificuldades em lidar com sintomas persistentes atualmente.

"Eu sinto falta da terapia [...] você sabe que aquilo não é só não ter o que fazer, não é frescura, ou como falaram pra mim na época que isso aí era coisa de adolescente, vai passar... e não passou. Então eu sei da importância do tratamento" (Geisa, BN).

"Eu tenho certeza que eu precisaria. Porque eu não sou estável, eu me equilibrei bem, eu to super bem. Quando eu cheguei lá eu queria me matar, entende? E isso é muito raro me dar, mas eu tenho ainda. Eu acho que eu tenho depressão e acho que ela vem e vai, parece uma coisa assim" (Paula, BN).

"Eu preciso! Eu não sei te falar exatamente qual, mas... sim [...] eu não sei qual é o meu problema, se é esse, se é o transtorno, se é a depressão, aquela ansiedade... eu não sei qual é o meu problema! Mas eu não levo uma vida normal [...] Nunca melhorei. Eu piorei. Eu acredito que agora eu possa melhorar porque eu aceitei tomar o remédio... talvez... não sei te falar" (Telma, TASOE).

Apenas uma delas (17%) relatou estar bem e acha que não precisa mais de tratamento. No trecho reportado, sua fala remete preocupação que ela julga ser moderada em relação ao corpo.

"Não, porque eu não chego ao ponto de fazer nada. Se eu ficasse: nossa! eu vou parar de comer! Ou alguma coisa assim. Mas, não [...] eu sou encanada, mas não ao ponto de parar de comer, ou comer demais, ou vomitar, nada disso" (Juliana, AN).

4ª Pergunta: "Você procuraria o GRATA novamente?"

Quatro pacientes (67%) relataram que, se necessário, buscariam novamente os serviços do GRATA.

"Eu acho que voltaria [...] mas eu já me sinto vencedora, porque eu vi cada caso lá muito pior que eu, e que não saía, não conseguia sair dali, ficava naquela coisa ruim. E eu melhorei muito" (Cássia, AN).

"Eu gostaria de voltar até mesmo pra agradecer o GRATA, foi essencial. É o que eu te falei, se eu não tivesse passado pelo Grata naquele momento, hoje eu não estaria bem. Então, assim, eu acho que poderia voltar mas eu penso mais nessa questão do tempo mesmo. Mas se eu tivesse mais tempo eu voltaria" (Geisa, BN).

"Sim. Sempre me trataram muito bem lá. Porque, nossa! Precisava ter muita paciência comigo! E eles tinham. Porque eu sei que não era fácil." (Juliana, AN).

"Só se eu tivesse muito em crise. Porque eu acho assim, vocês dão uma boa assistência. Eu via lá. A gente ficava aguardando lá e conversando com as pessoas, e eu vi casos gravíssimos que eu nem achava que eu tinha tantos problemas, que tava tomando a vaga de alguém que de repente precisaria que era caso que a pessoa precisava de internação, né?" (Paula, BN).

Pode-se observar que essas mulheres demonstraram confiança e satisfação com o GRATA, o que as impulsionaria a procurar novamente os atendimentos no serviço.

No entanto, os trechos selecionados abaixo expressam a opinião de duas participantes (33%) que referem que não procurariam o GRATA novamente. Os trechos foram alterados para preservar a identidade do profissional citado pelas pacientes.

"Eu não sei [...] aquele profissional ainda está lá? Porque ele é muito chato [...] se ele ainda tiver lá eu não sei se eu voltaria" (Telma, TASOE).

"Não voltaria ao GRATA porque vocês vão me obrigar a engordar [...] aquele profissional é muito rígido, não há negociação." (Nair, AN).

Observou-se que os motivos citados estão relacionados à própria doença (medo de engordar), e à questões pessoais envolvendo a falta de empatia com um dos profissionais que atendia no serviço.

8 - Discussão

O abandono do tratamento para TA é bastante comum, porém as razões para este fenômeno ainda não são claras e a não conclusão do processo terapêutico representa risco físico e psicológico ao paciente, além de impactos financeiros aos serviços de saúde (FASSINO et al., 2009; WATSON; FURLAND; BYRNE, 2013). Foram analisados 234 prontuários de pacientes dos quais 156 não aderiram ao tratamento. Os resultados encontrados nessa pesquisa apontam para uma relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico do TA e o abandono, sendo que, dos pacientes que abandonaram o tratamento, a maioria (66%) tinha AN, 26,3% BN e 7,7% TASOE. Porém, observando-se proporcionalmente o número de pacientes com cada diagnóstico no GA comparados ao GNA, os que tinham BN (80,4%) e TASOE (70,6%) foram os que mais abandonaram o seguimento em comparação com os diagnosticados com AN (62%). Em estudo realizado nos Estados Unidos, também encontraram que pacientes com diagnóstico de BN (81,4%) e TASOE (73,4%) foram os que mais perderam seguimento, comparados aos com AN (52,9%). Em contrapartida, vários trabalhos sobre o abandono do tratamento que investigaram ambos os transtornos, referem pacientes com AN, em especial AN do tipo compulsivo-purgativo, como sendo os que mais abandonam o seguimento (BANDINI et al., 2006; CARTER et al., 2012; CARVALHO, 2013; FASSINO et al., 2009).

De acordo com Swan-Kremeier et al. (2005), a razão pela qual a taxa de abandono foi um pouco mais baixa nos pacientes com diagnóstico de AN pode ser devida a maior gravidade, do ponto de vista antropométrico, dos casos de AN fazendo com que os pacientes reconheçam mais a importância do tratamento. Schnicker, Hiller e Legenbauer (2013) ao investigarem o abandono da terapia no tratamento para TA, encontraram menor proporção desse evento em pacientes com AN, e justificaram o achado devido a tais pacientes tenderem a ter a vida cotidiana mais negativamente afetada pelos sintomas, e permanecem no tratamento devido ao estresse e sofrimento causados pelo TA. Outra razão é que, participando do tratamento ambulatorial, eles evitariam a hospitalização e, portanto, a motivação para continuar o tratamento em regime ambulatorial seria maior. O estudo realizado por Crisp et al. (1991) mostrou que os pacientes com AN, aos quais foram oferecidos aleatoriamente o tratamento nas modalidades de internação e ambulatorial, geralmente rejeitavam o tratamento hospitalar em regime de internação.

Assim como no presente estudo, que apresentou alta taxa de taxa de abandono do tratamento (66,7%), outras pesquisas também encontraram valores superiores a 50%. Mahon et al. (2001) investigaram o abandono da psicoterapia em pacientes com BN, e encontraram que 55,3% dos pacientes não concluíram o tratamento. Swan-Kremeier et al. (2005) ao

avaliarem pacientes ambulatoriais diagnosticados com AN, BN ou TASOE, concluíram que 73,4% deles abandonaram o tratamento. Morlino et al. (2007) encontraram taxa de abandono de 53% em pacientes de um serviço especializado em TA. Entretanto, algumas pesquisas têm apontado taxas de abandono muito amplas, variando entre 11% e 45% (CARTER et al., 2012; CATELLANI et al., 2011; DEJONG; BROADBENT; SCHMIDT, 2012; LE GRANGE et al., 2007; WATSON; FURSLAND; BYRNE, 2013). Tal variabilidade parece ser influenciada pelo tipo de diagnóstico incluído ou não na pesquisa, pois alguns estudos avaliam principalmente a AN, enquanto outros incluem todos os TA. O tipo de tratamento oferecido também varia, com estudos que avaliam somente o abandono do tratamento psicoterápico e outros que incluem o tratamento multidisciplinar, além das modalidades de tratamento em regime de internação e ambulatorial. Hoste et al. (2007) sugerem que em estudos onde as taxas de abandono sejam menores, os autores deveriam descrever seus esforços específicos para manter os pacientes no tratamento, pois ao partilhar tais informações podem contribuir com os serviços de atendimento para TA e também para a concepção de novos estudos sobre o tratamento desses quadros.

Nesta pesquisa, as características sociodemográficas estudadas não influenciaram o abandono. Ao avaliar a procedência dos participantes, percebeu-se que a maioria, tanto no GA quanto no GNA, residiam em Ribeirão Preto e região. Esse resultado é similar à pesquisa de Carvalho (2013), que avaliou os fatores de risco para o abandono do tratamento hospitalar para TA de um serviço especializado na cidade de São Paulo, e ambos os grupos, os que abandonaram e os que continuaram no tratamento, residiam na mesma cidade onde se localizava o serviço de saúde estudado, concluindo que o abandono do tratamento não sofreu influência dessa variável. Swan-Kremeier et al. (2005) ao investigarem o impacto da distância da residência do paciente até o local de atendimento também não encontraram influência negativa e maior probabilidade de abandono para os que moravam mais longe, sugerindo que os pacientes que precisavam viajar eram os mais propensos a permanecer no tratamento.

Apesar do estado civil não ter tido relação estatisticamente significativa com o abandono, podemos notar que a maioria dos pacientes do GA era solteira (79,7%), seguida pelos casados (18,3%) e separados ou divorciados (2%). Assim como em nosso estudo, não encontraram relação estatística significativa entre a variável abandono e o estado civil, mas também concluíram que a maioria dos que abandonaram o tratamento eram solteiros (71,6%), e em menor número os casados (18,6%) e separados ou divorciados (9,8%). Jordan et al. (2014) ao avaliarem o abandono do tratamento psicoterápico em pacientes com AN,

concluíram que 67% dos que não terminaram o tratamento nunca haviam se casado e também permaneciam solteiros.

A idade média dos pacientes do GA deste estudo foi de 20,5 anos, e essa variável não apresentou relação estatisticamente significativa comparada aos que continuaram no tratamento (GNA), revelando apenas que estes eram adultos jovens. Resultado similar foi observado na revisão da literatura realizada por Fassino et al. (2009), onde a idade média dos pacientes que abandonaram o tratamento foi de 24,7 anos para aqueles em regime de internação e de 23,9 anos para os alocados em regime ambulatorial. Outros estudos também encontraram faixa etária no grupo abandono entre 20 e 30 anos (FASSINO et al., 2002; 2003; SCHNICKER; HILLER; LEGENBAUER, 2013; SLY et al., 2013; STEIN et al., 2011; WATSON; FURSLAND; BYRNE, 2013). Embora os achados apontem que os que não completam o tratamento geralmente estão na faixa etária mais jovem, a idade mais avançada no início do tratamento, juntamente com fatores relacionados ao TA como preocupações com o peso, restrição alimentar e medos, psicopatologia geral e baixo nível escolar são citados como preditores do abandono (HUAS et al., 2011; WOODSIDE; CARTER; BLACKMORE, 2004).

A escolaridade dos participantes deste estudo apontou que a maioria dos que abandonaram o tratamento tinha o nível fundamental de ensino completo (36,6%). Catellani et al. (2011) ao pesquisarem possíveis fatores de risco para o abandono do tratamento de TA na Itália, também não encontraram relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o abandono, mas concluíram que 58,7% dos que abandonaram tinham o nível médio de ensino. A comparação dessa variável com outros estudos é dificultada pela não uniformidade na classificação. Bandini et al. (2006), por exemplo, utilizaram em seu estudo sobre o abandono de pacientes ambulatoriais com TA, a classificação de "baixo nível educacional", porém não relataram o que seria considerado esse baixo nível. Já Fassino et al. (2002) classificaram o nível educacional por anos de estudo e encontraram que a maioria dos que não aderiram ao tratamento psicoterápico para AN tinha estudado em média 12,4 anos, podendo ser considerado como nível de ensino médio. Stein et al. (2011) também consideraram o nível educacional em anos de estudo, e encontraram média de 13,3 anos estudados entre os que abandonaram o tratamento, e que 96,2% da amostra tinha o nível médio de ensino. Se transformarmos a categoria de ensino fundamental completo em anos de estudo, encontramos que os participantes de nossa pesquisa tinham, em média, nove anos de estudo.

Em relação à profissão, concluiu-se que a maioria do GA deste estudo era estudante, o que corresponde a 59,3% da amostra. Schnicker, Hiller e Legenbauer (2013) encontraram, no

grupo que abandonou o tratamento, que 21,9% dos que tinham AN e 39,7% dos que tinham BN estavam empregados ou eram estudantes. Jordan et al. (2014) em seu estudo sobre o abandono psicoterápico em pacientes com AN, encontraram que 81% dos que abandonaram eram estudantes ou tinham um trabalho assalariado.

Com os dados obtidos no presente estudo, foi possível identificar que o primeiro e o último atendimento dos pacientes se deu nos anos 2000 (entre 2000 e 2009), justificando-se que este foi o período em que o serviço teve a maior demanda de pacientes. Acredita-se que a demanda foi crescendo ao longo dos anos devido à melhor esclarecimento e divulgação em veículos de comunicação de casos de TA, o que ajudou a elucidar para a população em geral o problema como uma doença efetiva.

O tempo de sintomas da doença dos pacientes do GA deste estudo foi bem variável e apresentou média de quatro anos ($DP=4,7$), resultado semelhante ao estudo de Fassino et al. (2002), que investigou o abandono da psicoterapia em pacientes com AN, e encontrou que a duração dos sintomas era, em média, de 3,7 anos ($DP=3,4$). Dados tão variáveis podem ter sido encontrados devido a alguns valores discrepantes nas amostras. Entretanto, outros estudos apontam para uma média maior em sintomatologia da doença, como no estudo de Sly et al. (2013), que apresentou média de 10,6 anos ($DP=8,2$) e Catellani et al. (2011) com média de 8,7 anos ($DP=5,9$).

O estado nutricional no início do tratamento dos pacientes do GA do presente estudo apresentou diferença estatisticamente significativa em relação a não adesão ao tratamento sugerindo que pacientes eutróficos tenham menor adesão. No GA, a média do IMC inicial e final foi de eutrofia, 18,9 e 20,5kg/m² respectivamente. Em estudo prospectivo, Rodriguez-Cano et al. (2012) avaliaram o abandono do tratamento para TA ao acompanharem os pacientes durante dois anos. Dos 196 que iniciaram o tratamento, 49 não aderiram e a taxa de abandono foi de 32,4%. Assim como em nosso estudo, Rodriguez-Cano et al. (2012) encontraram estado nutricional de eutrofia (24,7kg/m²) entre os desistentes.

No presente estudo, avaliou-se também a relação entre a presença de comorbidades clínicas e o abandono, e pelo modelo de regressão logística observou-se que apresentar complicações físicas atuou como fator protetor para a não adesão ao tratamento. Em contrapartida, Schnicker, Hiller e Legenbauer (2013), ao avaliarem pacientes com AN e BN, não encontraram diferença entre os grupos que abandonaram e prosseguiram no tratamento em relação à presença de comorbidades clínicas associadas ao TA. Entre essas situações, a única que apresentou relação estatística significativa com o abandono foi a osteopenia, sem

estudos que possam ser comparados. Sugere-se que a presença do diagnóstico de osteopenia, bem como o de comorbidades clínicas em geral, seja fator protetor para o abandono.

Algumas comorbidades psiquiátricas, como a depressão, têm sido associadas a não adesão ao tratamento (STEEL et al., 2000). No presente estudo, a presença delas apresentou relação estatisticamente significativa entre os indivíduos do GA e GNA, bem como a presença de depressão e transtornos de personalidade, que foram verificadas separadamente. Sugere-se que ter um segundo diagnóstico psiquiátrico possa ser um fator de risco para o abandono, assim como defendem Bandini et al. (2006), ao encontrarem relação entre o abandono e comorbidades psiquiátricas, principalmente a depressão, sendo que sua presença foi mais comum entre os pacientes que não seguiram o tratamento. Ao contrário, Zeeck et al. (2005) encontraram que pacientes com diagnóstico de AN e depressão podem ter mais consciência da necessidade de ajuda (e assim aceitam melhor o tratamento) do que aqueles que não tem depressão. A discrepância entre esses estudos talvez possa ser explicada pelo fato de Zeeck et al. (2005) terem utilizado amostra somente com pacientes com AN, enquanto que Bandini et al. (2006) incluíram em sua amostra pacientes com AN, BN e TASOE.

Os transtornos de personalidade de pacientes deste estudo também apresentaram relação com a não adesão ao tratamento. Jordan et al. (2014) encontraram alta prevalência dessa situação entre indivíduos que abandonaram o seguimento, sendo o transtorno de personalidade esquiva o que mais contribuiu, com 50% de prevalência. Outros estudos também encontraram associação entre o abandono do tratamento para TA e transtornos de personalidade (FASSINO et al., 2002; NOZAKI et al., 2007; PHAM-SCOTTEZ et al., 2012).

De acordo com Mahon (2000), a investigação com base em entrevistas qualitativas são fundamentais para esclarecer os motivos da não adesão ao tratamento, e apesar de perguntar aos próprios pacientes porque eles abandonaram o seguimento parecer ser uma maneira um tanto quanto óbvia de se aprender sobre isso, tais pesquisas não tem sido muito praticadas. Em nosso estudo, foram entrevistadas seis pacientes que interromperam o seguimento, a fim de buscar melhor compreensão sobre os possíveis motivos que as levaram a fazer isso. A utilização da entrevista semiestruturada foi útil, pois as participantes tiveram oportunidade de falar de forma aberta, permitindo maior abertura e domínio sobre o assunto discutido. Foi observado que o contato com o pesquisador foi bem próximo, de modo que elas conseguiram expressar de forma clara as razões do abandono.

Os relatos das entrevistas trouxeram a tona três esferas que envolveram a dinâmica do abandono: questões próprias do paciente, do tratamento e da equipe de atendimento, o que

reforça a ideia de que o abandono possui causas multifatoriais (CATELLANI et al., 2011; MAHON, 2000).

Duas participantes entrevistadas referiram falta de empatia com um dos profissionais que as atendiam durante o tratamento, e uma terceira paciente referiu-se incomodada com a alta rotatividade de alguns profissionais. A falta de aliança terapêutica e empatia entre o paciente e o profissional que o atende já foram citadas como motivação negativa para o paciente abandonar o tratamento, e a rotatividade de profissionais, que é alta principalmente nos hospitais escola, dificulta a formação de vínculo (BANDINI et al., 2006; CLINTON, 2001). Sly et al. (2013), ao investigarem os papéis da aliança terapêutica, motivação e mudança de comportamento em pacientes hospitalizadas com AN, afirmaram que a aliança terapêutica pode ser um preditor significativo do resultado do tratamento. Apesar de ser pouco estudada na área de TA, a aliança terapêutica é considerada um aspecto chave do tratamento.

Ramos e Pedrão (2013) estudaram o acolhimento e vínculo no GRATA, serviço onde foi realizada esta pesquisa, e afirmaram que a rotatividade de profissionais evidenciada no serviço, que está inserido em uma instituição de natureza acadêmica, dificulta o estabelecimento do vínculo do paciente com o tratamento. Além disso, a constituição da equipe profissional, com a maioria dos profissionais atuantes em caráter voluntário, aumenta ainda mais o limite para a vinculação dos pacientes com o serviço.

Pesquisas têm identificado elementos que são essenciais para que o relacionamento profissional da saúde/paciente seja terapêutico, como a confiança e o compromisso, apoio, confidencialidade e atitude de não julgamento (MORSE, 1991; RAMJAN, 2004; ROGERS, 1958). Tal relacionamento é uma dinâmica recíproca que envolve a relação entre o profissional que atende e o paciente, e por vezes, a família do paciente (MCKLINDON; BARNSTEINER, 1999). O sucesso da aliança terapêutica depende não somente de habilidades de comunicação interpessoal do profissional, mas também que ele seja capaz de construir uma relação de confiança com o paciente, e a confiança, bem como o respeito, não são aprendidos, mas conquistados (MCQUEEN, 2000).

Além disso, pessoas diagnosticadas com TA frequentemente são expostas a preconceitos detidos por um setor importante da comunidade médica, sendo conhecidas por provocarem medo, hostilidade e desaprovação, além de serem desonestos, impertinentes e manipuladores (BROTMAN; STERN; HERZOG, 1984; GOWERS; SHORE, 1999; VANDEREYCKEN, 1993). Tal preconceito com o paciente dificulta qualquer elo entre ele e

o profissional, não estabelecendo a confiança e respeito mútuos necessários para um bom relacionamento terapêutico (SURGENOR, 2003).

Leavey et al. (2011) apontam que, sempre que possível, os serviços de atendimento devem ser flexíveis para atender às necessidades dos pacientes, porém tal flexibilidade para alguns pacientes com TA nem sempre é a melhor forma de abordagem. Sugerem ainda, que o conhecimento do paciente de como é o protocolo do tratamento favoreça a taxa de adesão. Assim, a distribuição de folhetos explicativos no início do tratamento pode facilitar o acesso a tais informações, com explicações sobre a doença, opções de tratamento disponíveis dentro do serviço, além do papel de cada profissional nos atendimentos.

Em pesquisa naturalística realizada com enfermeiros com experiência no atendimento à pacientes com AN, revelou que alguns deles acreditavam que o paciente havia causado a doença a si mesmo, e assim achavam que o próprio paciente tinha que procurar sua melhora e sentiam-se irritados ao verem outras pessoas "realmente doentes" (pacientes com fibrose cística, por exemplo) na enfermaria, e que estas sim, mereciam receber seus cuidados. A frustração desses profissionais os fizeram céticos e pessimistas em relação a recuperação dos pacientes, e mostraram-se desiludidos com o trabalho e com os pacientes citando, em muitas vezes, o trabalho com pacientes com AN como perda de tempo (RAMJAN, 2004). A falta de treinamento prévio especializado em TA para profissionais que atendam tais pacientes pode ser uma falha que faz com que a aliança terapêutica não se dê, deixando ambos, paciente e profissional, frustrados durante o processo terapêutico. O profissional que não consegue entender a dinâmica de funcionamento da doença, muito provavelmente se frustrará em algum momento do tratamento, além de ter maior dificuldade para estabelecer bom relacionamento terapêutico com o paciente, o que pode dificultar a adesão ao tratamento.

Apesar das dificuldades dos pacientes, profissionais e do serviço constatadas nessa pesquisa, pode-se observar na fala de duas participantes que houve reconhecimento e gratidão pelo atendimento prestado. Uma delas citou que gostaria de voltar ao serviço até mesmo para agradecer o acolhimento que, segundo a participante, foi essencial naquele momento. A outra menciona que sempre a trataram muito bem durante o seguimento. Com os relatos dessas participantes ficou claro que, no caso delas, houve empatia e a aliança terapêutica se deu durante o tratamento.

Três participantes entrevistadas referiram dificuldade em levar algum familiar ou pessoa próxima ao tratamento. O isolamento não é incomum em pacientes com TA, e tal atitude fica clara na fala de Telma, que cita que embora tenha pai, mãe e irmão, não tem contato algum com eles. Em estudo qualitativo realizado por Leavey et al. (2011), foram

entrevistados pacientes com TA que não aderiram ao programa de tratamento a fim de investigar quais foram as barreiras para a não adesão. Um dos participantes, o qual foi abandonado na infância pelos pais, relatou que sempre se sentiu rejeitado, desde a infância, e já na vida adulta continua a evitar o contato com outras pessoas para não correr o risco de vivenciar mais rejeição. Sugestionou ainda, que sua relação com a comida desde a escolha até a compra e consumo, substitui o vácuo deixado pela falta de relacionamentos interpessoais.

Os TA caracterizam-se por recaídas frequentes, sendo o tratamento, na maioria dos casos, longo e extremamente trabalhoso (TORRE, 2004). O engajamento do paciente é de extrema importância para a obtenção de bons resultados no tratamento. Como o seguimento é em longo prazo e requer disponibilidade do paciente, este pode ser visto como um fator que pode favorecer o abandono. Dados da literatura também apontam o longo tempo que alguns pacientes permanecem em lista de espera para o tratamento, aguardando o surgimento de vagas em centros especializados, também seja fator agravante para a não adesão (CAMPBELL, 2009; SLY, 2009). Pode-se observar no estudo de Carter et al. (2012), que a maioria dos pacientes que concluíram o tratamento, aguardou menos de cinco meses até terem o primeiro atendimento, enquanto que, entre os pacientes que abandonaram o seguimento, o tempo médio foi de seis meses, com alguns pacientes que aguardaram mais de um ano por atendimento especializado. Os autores do estudo argumentam que a motivação para a mudança de comportamento, que é bastante crítica nos TA, possa estar mais elevada no momento em que o paciente procura ajuda. No entanto, a motivação que acompanha o paciente inicialmente, pode diminuir ao longo do tempo de espera. Em nossa pesquisa não foram encontrados os registros de tempo de espera das participantes até o momento do primeiro atendimento, porém o tempo de tratamento (intervalo entre o primeiro e o último atendimento registrado em prontuário médico) teve média de 11,7 meses.

O intuito de um grupo de apoio é disponibilizar auxílio e recursos para as pessoas lidarem com fases conflitantes, como momentos de estresse, crises ou períodos de transição. As atividades em grupo permitem o compartilhamento de angústias e dificuldades semelhantes, por meio de um processo de troca de experiências, e provê suporte necessário para facilitar essas trocas (GUANAES; JAPUR, 2001). Grupos realizados com pacientes ambulatoriais portadores de AN, BN e transtorno de compulsão alimentar periódica, mostraram que esses pacientes aprendem a lidar melhor com a doença, e melhoram a capacidade de controle e autodeterminação (MICHLER; WOLTER-FLANZ; LINDER, 2007). Por outro lado, alguns pacientes, principalmente no início do tratamento, apresentam

difficuldade em compartilhar informações pessoais, muitas vezes íntimas, com outros pacientes.

Com a entrevista realizada neste estudo, pode-se observar que algumas participantes expressaram dificuldades durante os grupos de orientação e apoio que são oferecidos no tratamento, principalmente em relação ao compartilhar suas histórias e ouvir a dos outros. Ramos e Pedrão (2013) ao estudarem o acolhimento e vínculo no GRATA, concluíram que a relação que se estabelece entre os pacientes nas salas de espera para as consultas, pode influenciar negativamente o tratamento, principalmente por conversas sobre dietas e uso de medicações. Entretanto, a relação entre os pacientes, orientada no grupo de apoio psicológico aos pacientes no serviço, mostrou ser um recurso importante para o enfrentamento do TA, como observado na fala de um dos pacientes que, ao contrário dos relatos das pacientes de nosso estudo, viu no relacionamento em grupo um mecanismo de auxílio no tratamento: "O grupo é um espelho, você entendeu? Ele serve também para você conhecer as pacientes e ver a realidade de vida de cada uma. Essa realidade de vida você pode ver também o que você teve de ganho, o que você não teve. Isso te ajuda no seu tratamento". Deste modo, conversas sobre dietas, atos purgativos e compensatórios e assuntos de comum interesse em pacientes com TA, podem ser transformados em uma discussão saudável em um grupo que expõe suas dúvidas, fantasias e medos.

Ao contrário de nosso estudo, esses mesmos autores encontraram que muitas pacientes ressaltaram o grupo como um elemento essencial ao tratamento, pois este as trouxe muitos benefícios e recursos de enfrentamento. Os autores afirmam que reconhecer em outras pessoas situações de conflito e anseios pelo qual o indivíduo já passou, pode atenuar a angústia que este paciente sente ao saber que outros compartilham de sua dor. Ou ainda, ao presenciar afirmações positivas e casos bem sucedidos no tratamento, os pacientes podem obter aí um modelo, e assim a busca de atitudes mais saudáveis.

Pacientes com TA geralmente são relutantes e ambivalentes sobre as mudanças sugeridas pelo tratamento, e podem inconscientemente manter forte resistência às orientações da equipe (FASSINO; ABBATE-DAGA, 2013). Segundo Gabbard (2012), a terapia ativa, em muitos casos, os mecanismos de defesa que protegem os pacientes por meio de sentimentos negativos, abrindo o caminho para a resistência ao tratamento. Surgenor (2003) aponta que mesmo pacientes que estão frequentando as consultas no tratamento, podem continuar agindo de forma contraditória, e cita a fala de um paciente que dizia que gostaria de se livrar da doença, mas não da forma corporal, pois ainda tinha o desejo de manter seu corpo magro.

Nesse sentido, uma participante mostrou certa descrença no tratamento motivada ao ver outros pacientes que já o seguiam há algum tempo e não acreditavam na cura. Leavey et al. (2011) encontraram, como tema bastante citado em sua pesquisa sobre não adesão ao tratamento, a insatisfação com serviços de saúde anteriores associada principalmente ao fracasso em atender as necessidades demandadas pelo indivíduo, o que gerou nesses pacientes desconfiança e ceticismo acerca do tratamento.

Algumas mulheres entrevistadas neste estudo demonstraram certa angústia e dúvida ao serem questionadas se ainda precisavam de ajuda. Os indivíduos podem ser motivados a procurarem tratamento justamente para compreender o que se passa, e muitas vezes se frustram quando percebem que o tratamento não lhes proporciona respostas imediatas e o resultado requer, em muitos casos, longo prazo. Na fala de Telma, por exemplo, pode-se observar que ela concorda que precisa de tratamento, mas não sabe para quê, pois não identifica qual é o seu real problema. Eivors et al. (2003) ao pesquisarem o abandono de pacientes com AN, salientam a opinião de uma paciente que reconhece que precisa de ajuda, pois não tinha ideia do que estava acontecendo e já não conseguia mais controlar seus pensamentos. Apesar de alguns pacientes trazerem a angústia de não entenderem a doença, muito deles, principalmente no início do quadro, negam que estejam doentes, afirmando que suas atitudes perante o corpo e com os alimentos tratam-se de uma escolha de vida, e assim, muito frequentemente, recusam ajuda (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; NUNES et al., 1998).

No presente estudo, também foi evidenciado como motivação para o abandono, o fato da participante encontra-se mais estável em relação à doença e, portanto, não se sentir mais doente, e como consequência não percebe a necessidade de comparecer às consultas. Uma das pacientes entrevistadas alegou que ficava entediada em ter que ir aos retornos e escutar as mesmas orientações, visto que ela não tinha mais dificuldades com o TA e essa situação não era mais um problema.

De acordo com Cabrera (2006), não é incomum outros transtornos psiquiátricos estarem associados aos TA, como os transtornos de personalidade e de impulsividade, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e dependência de álcool e drogas, dificultando o tratamento e comprometendo o prognóstico. Tais condições merecem acompanhamento psiquiátrico conjunto, tanto no seguimento ambulatorial quanto no hospitalar. Essa estratégia, no entanto, pode prejudicar a adesão, como foi observado em nossa pesquisa, onde uma das pacientes relatou que o fato de ter acompanhamento em três ambulatórios distintos atrapalhou

sua frequência no tratamento e colaborou para o abandono. Além disso, quatro das participantes entrevistadas (67%) tinham, além do TA, algum diagnóstico psiquiátrico.

A maioria das mulheres (n=5; 83%) entrevistadas em nosso estudo, tem a opinião que ainda precisa de tratamento, e ao serem questionadas se, caso necessário e por livre e espontânea vontade, elas retornariam ao GRATA, a maioria delas (n=4; 67%) respondeu positivamente. Apesar de duas pacientes (33%) referirem que não voltariam ao GRATA, os motivos alegados pareceram mais ligados à dinâmica do transtorno alimentar, como o medo de engordar, e a falta de empatia com um dos profissionais do serviço.

Em relação aos hábitos e comportamentos alimentares atuais das participantes deste estudo, observou-se que quatro delas (67%) apresentaram EAT-26 positivo, o que sugere a existência de sintomas de TA. O EAT-26 tem sido utilizado com frequência como instrumento rastreador de sintomas dos TA. Tomaz e Zanini (2009) ao avaliarem pacientes com TA e obesidade, concluíram que o EAT-26 possui boa adequação como medida avaliativa de TA, visto que os sujeitos sem esse diagnóstico apresentaram teste negativo e uma média de pontos no teste bem inferior à daqueles com o diagnóstico. Em nosso estudo, os resultados do EAT-26 sugerem que as participantes permaneceram com preocupações exageradas em relação ao peso e à alimentação, já que a maioria delas apresentou teste positivo e com alto escore na escala. Essa situação pode ser decorrente da não adesão ao tratamento, e pode ser acentuada levando à cronicidade dos sintomas e consequências clínicas e nutricionais mais graves.

Outra variável investigada foi a imagem corporal, componente crucial nos TA, cuja disfunção pode levar a comportamentos extremos a fim de alcançar um ideal de beleza, em muitas vezes, inalcançável (HRABOSKY et al., 2009; SKRZYPEK; WEHMEIER; REMSCHMIDT, 2001).

Por meio da Escala de Figuras de Silhuetas constatou-se que todas as participantes deste estudo apresentaram superestimação do tamanho corporal, e cinco delas (83%) mostraram desejo de diminuir o tamanho corporal, dados que revelam inacurácia e insatisfação corporal. A baixa autoestima e insatisfação corporal são frequentes em portadores de TA e foram encontradas em algumas falas, como na colocação de Geisa, ao deixar claro que o corpo ainda a incomoda e que ela tem dificuldades com a autoestima. Alguns estudos já encontraram associação positiva entre a baixa autoestima e a não adesão ao tratamento (COKER et al., 1993; OLMSTED et al., 1991). Em estudo que investigou a evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com BN ao longo do tratamento e utilizou como instrumento a escala de figuras de Stunkard, os autores Timmerman, Scagliusi e Cordás (2010)

notaram que no pós-tratamento houve diminuição da insatisfação corporal, mostrando a evidente importância da continuidade do tratamento.

Uma imagem corporal negativa pode prejudicar o bem-estar psicossocial e qualidade de vida, e os TA estão entre os que mais apresentam distorção (THE WHOQOL GROUP, 1998). A distorção da imagem corporal é caracterizada não somente pelo modo alterado de perceber a forma e o tamanho corporal, mas também pela insatisfação com o tamanho e forma desse corpo, e a preferência pela magreza. É frequentemente associada à característica de personalidade conhecida por perfeccionismo, e este é um importante componente na predisposição e na manutenção dos TA (CASTRO-FORNIELES et al., 2007; GARNER; GARFINKEL, 1979; NILSSON; SUNDBOM; HÄGGLÖF, 2008; THOMPSON et al., 1999). De acordo com Castro-Fornieles et al. (2007) o perfeccionismo além de estar relacionado à predisposição do desenvolvimento de TA, está presente em maior grau nesses quadros do que em outros transtornos psiquiátricos.

Jauregui Lobera e Bolanos Rios (2011) estudaram a influência da imagem corporal na qualidade de vida de pacientes com TA, e confirmaram a hipótese de que tais pacientes têm pior qualidade de vida. Sugerem também que em outros transtornos mentais, como ansiedade e depressão, existem diversas variáveis que poderiam influenciar, enquanto que entre os que têm diagnóstico de TA, a imagem corporal e qualidade de vida parecem estar mais relacionadas a variáveis envolvendo questões de autoestima.

A insatisfação corporal observada nas participantes desta pesquisa pode estar relacionada ao estado nutricional atual, pois metade delas apresentou-se fora do padrão de referência para normalidade de peso. Duas delas estavam acima do peso e uma abaixo. Ao observar o IMC registrado no último atendimento dessas mulheres no GRATA, notou-se que, a que estava abaixo do peso no momento da coleta de dados (participante Nair) também estava abaixo do padrão de referência em sua última consulta no serviço, concluindo que a paciente não obteve melhora do estado nutricional após o abandono. As participantes que se apresentaram acima do peso no momento atual (Telma e Juliana) tinham o peso adequado no último atendimento, e após o abandono ganharam peso. Entretanto, observou-se que a participante Paula, que no momento atual apresentou peso adequado, no último atendimento no serviço estava acima do peso. Sicchieri et al. (2007), ao avaliarem pacientes com TA após alta hospitalar, concluíram que o estado nutricional estava dentro da normalidade, o que evidencia a importância da conclusão do tratamento para a manutenção do peso adequado após a alta.

9 - Conclusões e considerações finais

Por meio dos resultados obtidos, foi possível concluir que a taxa de abandono do serviço estudado é alta (66,7%). Não foi observada diferença entre o GA e GNA quanto às características sociodemográficas, mas sim em relação às comorbidades clínicas e psiquiátricas, sendo que a presença de comorbidade clínica atuou como fator protetor para o abandono. Pacientes com IMC adequado e sem complicações clínicas são mais vulneráveis ao abandono.

Os pacientes que abandonaram o seguimento (GA) estavam na faixa etária dos 20 anos, tinham o diagnóstico de BN, longo tempo de sintomas antes do início do tratamento, estado nutricional adequado e estavam há mais de um ano no tratamento.

O abandono se deu por questões multifatoriais e envolveram o próprio caráter funcional dos TA e características pessoais peculiares dos participantes, como dificuldade de formação de vínculo e negação da doença. A maioria das mulheres entrevistadas ainda apresentam características típicas dos TA, como sintomas alimentares disfuncionais, estado nutricional inadequado e distorção e insatisfação com a imagem corporal.

Esses achados demonstram que é necessário estimular e capacitar os profissionais das equipes que atendem nos serviços especializados ressaltando a importância da aliança terapêutica e do processo empático com o paciente para melhor acolhimento e adesão. O tratamento quando incompleto ocasiona manutenção e provável agravamento dos sintomas fazendo essas doenças tornarem-se crônicas, com comprometimento da saúde dos indivíduos acometidos.

A riqueza e amplitude dos resultados encontrados nessa pesquisa só foram possíveis diante da utilização de metodologia mista envolvendo abordagem quali-quantitativa, com análise de todos os prontuários médicos e entrevista com algumas pacientes para melhor compreensão sobre os motivos pelos quais elas não deram continuidade no tratamento.

Entretanto, pesquisas de caráter retrospectivo costumam apresentar diversas limitações. Nesse estudo, a principal delas foi a falta de registro de alguns dados nos prontuários dos pacientes, como informações relativas à amenorreia, um importante sinalizador clínico e de presença frequente em pacientes com AN. Outro aspecto diz respeito ao fato de que não é conduta do serviço entrar em contato com os pacientes após faltas consecutivas às consultas, e realizar esta anotação em prontuário. Tal procedimento poderia ajudar a esclarecer sob quais circunstâncias o abandono se deu, com a possibilidade de intervenções específicas e aprimoramento do protocolo. Ainda, a amostra investigada, apesar de ter incluído todos os pacientes do serviço, gerou certa heterogeneidade das variáveis. No entanto, permitiu uma análise ampla e inédita do primeiro serviço especializado em TA no

país, elucidando alguns fatores apontados como precipitantes do abandono que podem ajudar na identificação prévia de grupos de risco e na implementação de medidas que visem melhor prognóstico dessas doenças.

Por fim, estudos prospectivos e baseados em evidências poderão contribuir para as pesquisas dirigidas especificamente à resistência ao tratamento e consequente não adesão de pacientes com TA, buscando melhor compreensão desses transtornos e seu tratamento.

Referências

ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. **Nutrição e transtornos alimentares**. São Paulo: Manole, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV-TR Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

APA. **DSM-V: feeding and eating disorders**. 2013. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2014.

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 28-31, 2000. Suplemento 2.

ARCELUS, J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. **Archives of General Psychiatry**, Boston, v. 68, n. 7, p. 724-731, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **O novo critério padrão de classificação econômica Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

ASSUMPÇÃO, C. L. D.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 29-33, 2002. Suplemento 3.

BANDINI, S. et al. Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, Perugia, v. 11, n. 4, p. 179-184, 2006.

BARAN, S. A.; WELTZIN, T. E.; KAYE, W. H. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 152, n. 7, p. 1070-1072, 1995.

BARBOSA, A. J. G.; MERLIM, M.; BAPTISTA, M. N. Estudos de caso-controle. In: BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D. C. (Eds.). **Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: LTC, 2007. p. 102-117.

BIGHETTI, F.; SANTOS, J. E.; RIBEIRO, R. P. P. Grupo de orientação clínico-nutricional a familiares de portadores de transtornos alimentares: uma experiência "GRATA". **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 410-414, 2006.

- BIGHETTI, F. et al. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 6, p. 339-346, 2004.
- BO-LINN, G. W. et al. Purging and calorie absorption in bulimic patients and normal women. **Annals of Internal Medicine**, Texas, v. 99, n. 1, p. 14-17, 1983.
- BORGES, N. J. B. G. et al. Transtornos alimentares - quadro clínico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional**. Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, DF, 2004.
- BROOK, M. et al. Discharge against medical advice from inpatient psychiatric treatment: a literature review. **Psychiatric Services**, Washington, v. 57, n. 8, p. 1192-1198, 2006.
- BROTMAN, A. W.; STERN, T. A.; HERZOG, D. B. Emotional reactions of house officers to patients with anorexia nervosa, diabetes, and obesity. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 3, n. 4, p. 71-77, 1984.
- CABRERA, C. C. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Medicina (Ribeirao Preto)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 375-380, 2006.
- CAMPBELL, M. Drop-out from treatment for the eating disorders: a problem for clinicians and researchers. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 17, n. 4, p. 239-242, 2009.
- CARTER, J. C. et al. Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 34, n. 4, p. 671-679, 2004.
- CARTER, J. C. et al. Maintenance treatment for anorexia nervosa: a comparison of cognitive behavior therapy and treatment as usual. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 42, n. 3, p. 202-207, 2009.

CARTER, O. et al. Increased wait-list time predicts dropout from outpatient enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for eating disorders. **Behaviour Research and Therapy**, Perth, v. 50, n. 7-8, p. 487-492, 2012.

CARVALHO, L. S. L. **Fatores de risco para o abandono do tratamento hospitalar para transtornos alimentares**. 2013. 129 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

CASSIN, S. E.; VON RANSON, K. M. Personality and eating disorders: a decade in review. **Clinical Psychology Review**, Yale, v. 25, n. 7, p. 895-916, 2005.

CASTRO, L. L. C.; MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L. L. C. (Ed.). **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. São Paulo: AG, 2000.

CASTRO-FORNIELES, J. et al. Self-oriented perfectionism in eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 40, n. 6, p. 562-568, 2007.

CATALDO NETO, A.; GAUER, G. J. C.; FURTADO, N. R. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

CATELLANI, S. et al. Predictors of dropout from inpatient treatment for eating disorders. **European Psychiatry**, Paris, v. 26, p. 716, 2011. Supplement 1.

CHIESA, M.; DRAHORAD, C.; LONGO, S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital quantitative and qualitative study. **The British Journal of Psychiatry**, Leeds, v. 177, n. 2, p. 107-111, 2000.

CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar Unifesp - transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005.

CLINTON, D. Expectations and experiences of treatment in eating disorders. **Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention**, Huddinge, v. 9, n. 4, p. 361-371, 2001.

COKER, S. et al. Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behavior therapy. **International Journal of Eating Disorders**, Fargo, v. 13, n. 1, p. 35-40, 1993.

CRISP, A. H. et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. **The British Journal of Psychiatry**, Leeds, v. 159, n. 1, p. 325-333, 1991.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

CUNHA, M. F. **Adesão e não-adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão**. 2006. 180 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.

DANCYGER, I. F.; GARFINKEL, P. E. The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 25, n. 5, p. 1019-1025, 1995.

DEJONG, H.; BROADBENT, H.; SCHMIDT, U. A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 45, n. 5, p. 635-647, 2012.

EIVORS, A. et al. Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 11, n. 2, p. 90-107, 2003.

FAIRBURN, C. G.; HARRISON, P. J. Eating disorders. **The Lancet**, Oxford, v. 361, n. 9355, p. 407-416, 2003.

FAIRBURN, C. G. et al. Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. **Archives of General Psychiatry**, Boston, v. 54, n. 6, p. 509-517, 1997.

FAIRBURN, C. G. et al. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. **Archives of General Psychiatry**, Boston, v. 56, n. 5, p. 468-476, 1999.

FAIRBURN, C. G. et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 166, n. 3, p. 311-319, 2009.

FASSINO, S.; ABBATE-DAGA, G. Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. **BMC Psychiatry**, London, v. 13, n. 282, p. 01-04, 2013.

FASSINO, S. et al. Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Turin, v. 71, n. 4, p. 200-206, 2002.

FASSINO, S. et al. Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Turin, v. 72, n. 4, p. 203-210, 2003.

FASSINO, S. et al. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. **BMC Psychiatry**, Turin, v. 9, n. 67, p. 1-9, 2009.

GABBARD, G. O. Treatment resistance in personality disorders. In: NEMEROFF, C. B. (Ed.). **Management of treatment-resistant major psychiatric disorders**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 9, n. 2, p. 273-279, 1979.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GIORDANI, R. C. F. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia & Sociedade**, Trindade, v. 18, n. 2, p. 81-88, 2006.

GOWERS, S. G.; SHORE, A. The stigma of eating disorders. **International Journal of Clinical Practice**, Liverpool, v. 53, n. 5, p. 386-388, 1999.

GRILO, C. M. Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. **Current Psychiatry Reports**, Yale, v. 4, n. 1, p. 18-24, 2002.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 01, p. 191-199, 2001.

HERZOG, D. B.; NUSSBAUM, K. M.; MARMOR, A. K. Comorbidity and outcome in eating disorders. **Psychiatric Clinics of North America**, Boston, v. 19, n. 4, p. 843-859, 1996.

HOSTE, R. R. et al. What can dropouts teach us about retention in eating disorder treatment studies? **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 40, n. 7, p. 668-671, 2007.

HRABOSKY, J. I. et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. **Body Image**, Providence, v. 6, n. 3, p. 155-163, 2009.

HUAS, C. et al. Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: data from a large French sample. **Psychiatry Research**, Paris, v. 185, n. 3, p. 421-426, 2011.

HUDSON, J. I. et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. **Biological Psychiatry**, Belmont, v. 61, n. 3, p. 348-358, 2007.

JAUREGUI LOBERA, I.; BOLANOS RIOS, P. Body image quality of life in eating disorders. **Dovepress Journal: Patient Prefer Adherence**, Seville, v. 5, n. 1, p. 109-116, 2011.

JORDAN, J. et al. Clinical characteristics associated with premature termination from outpatient psychotherapy for anorexia nervosa. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 22, n. 04, p. 278-284, 2014.

KAHN, C.; PIKE, K. M. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 30, n. 3, p. 237-244, 2001.

KAKESHITA, I. S. **Adaptação e validação de Escala de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros**. 2008. 118 f. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

KAPLAN, A. S.; GARFINKEL, P. E. Difficulties in treating patients with eating disorders: a review of patient and clinician variables. **Canadian Journal Psychiatry**, Ottawa, v. 44, n. 07, p. 665-670, 1999.

KIDD, K. E.; ALTMAN, D. G. Adherence in social context. **Controlled Clinical Trials**, Winston-Salem, v. 21, p. 184-187, 2000. Supplement 1.

LATTERZA, A. R. et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 173-176, 2004.

LE GRANGE, D. et al. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. **Archives of General Psychiatry**, Boston, v. 64, n. 9, p. 1049-1056, 2007.

LEAVEY, G. et al. Psychosocial barriers to engagement with an eating disorder service: a qualitative analysis of failure to attend. **Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention**, Belfast, v. 19, n. 5, p. 425-440, 2011.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. D. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

MACHADO, P. P. P. et al. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 40, n. 3, p. 212-217, 2007.

MAHON, J. Dropping out from psychological treatment for eating disorders: what are the issues? **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 8, n. 3, p. 198-216, 2000.

MAHON, J. et al. Do broken relationships in childhood relate to bulimic women breaking off psychotherapy in adulthood? **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 29, n. 2, p. 139-149, 2001.

MCKLINDON, D.; BARNSTEINER, J. H. Therapeutic relationships: evolution of the children's hospital of Philadelphia model. **MCN The American Journal of Maternal Child Nursing**, Philadelphia, v. 24, n. 5, p. 237-243, 1999.

MCQUEEN, A. Nurse patient relationships and partnership in hospital care. **Journal of Clinical Nursing**, Edinburgh, v. 9, n. 5, p. 723-731, 2000.

MICHLER, P.; WOLTER-FLANZ, A.; LINDER, M. Intensive outpatient group treatment for adolescents with eating disorders. **Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie**, Regensburg, v. 56, n. 1, p. 19-39, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 18-23, 2002. Suplemento 3.

MORLINO, M. et al. Drop-out rate in eating disorders: could it be a function of patient-therapist relationship? **Eating and Weight Disorders**, Naples, v. 12, n. 3, p. 64-67, 2007.

MORSE, J. M. Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 16, n. 4, p. 455-468, 1991.

MOYSE, H. S.; OSMUN, W. E. Discharges against medical advice: a community hospital's experience. **Canadian Journal of Rural Medicine**, Shawville, v. 9, n. 3, p. 148-153, 2004.

NEMEROFF, C. B. **Management of treatment-resistant major psychiatric disorders**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

NILSSON, K.; SUNDBOM, E.; HÄGGLÖF, B. A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 16, n. 5, p. 386-394, 2008.

NOZAKI, T. et al. Psychopathological features of anorectic patients who dropped out of inpatient treatment as assessed by the Minnesota multiphasic personality inventory. **Biopsychosocial Medicine**, Higashi-ku, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2007.

NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

OLMSTED, M. P. et al. Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. **Behavior Research and Therapy**, Ontario, v. 29, n. 1, p. 71-83, 1991.

PEAKE, K. J.; LIMBERT, C.; WHITEHEAD, L. Gone, but not forgotten: an examination of the factors associated with dropping out from treatment of eating disorders. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 13, n. 5, p. 330-337, 2005.

PHAM-SCOTTEZ, A. et al. Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment?: the role of personality factors. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Philadelphia, v. 200, n. 9, p. 807-813, 2012.

PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. São Paulo: Manole, 2004.

PIKE, K. M. Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery. **Clinical Psychology Review**, Yale, v. 18, n. 4, p. 447-475, 1998.

PINHEIRO, A. P. et al. Sexual functioning in women with eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 43, n. 2, p. 123-129, 2010.

PINZON, V. et al. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 167-169, 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamento de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RAMJAN, L. M. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 45, n. 5, p. 495-503, 2004.

RAMOS, T. M. B.; PEDRÃO, L. J. Acolhimento e vínculo em um serviço de assistência a portadores de transtornos alimentares. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 113-120, 2013.

RATNASURIYA, R. H. et al. Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. **British Journal of Psychiatry**, Leeds, v. 158, n. 1, p. 495-502, 1991.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. S2299-S2306, 2008. Suplemento 2.

RIBEIRO, R. P. P. et al. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. In: KALINOWSKI, C. E. (Ed.). **Programas de atualização em enfermagem: saúde do adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 24-25.

RICCA, V. et al. Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Comprehensive Psychiatry**, Firenze, v. 53, n. 3, p. 245-251, 2012.

RODRIGUEZ-CANO, T. et al. Influence of attitudes towards change and self-directness on dropout in eating disorders: a 2-year follow-up study. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 20, n. 3, p. 123-128, 2012.

ROGERS, C. R. The characteristics of a helping relationship. **The Personnel and Guidance Journal**, Alexandria, v. 37, n. 1, p. 6-16, 1958.

RUSSELL, G. F. M. The prognosis of eating disorders: a clinician's approach. In: HERZOG, W.; DETER, H. C. (Eds.). **The course of eating disorders**. Berlin: Springer, 1992. cap. 14, p. 198-213.

SANTIN, A.; CERESÉ, K.; ROSA, A. Compliance to treatment in bipolar disorder. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, p. 105-109, 2005. Supplement 1.

SCAGLIUSI, F. B. et al. Psychometric testing and applications of the body attitudes questionnaire translated into portuguese. **Perceptual and Motor Skills**, São Paulo, v. 101, n. 1, p. 25-41, 2005.

SCHILDER, P.; WERTMAN, R. **Imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SCHNICKER, K.; HILLER, W.; LEGENBAUER, T. Drop-out and treatment outcome of outpatient cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Comprehensive Psychiatry**, Mainz, v. 54, n. 7, p. 812-823, 2013.

SICCHIERI, J. M. F. et al. Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares: resultados após a alta hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 68-75, 2007.

SKRZYPEK, S.; WEHMEIER, P. M.; REMSCHMIDT, H. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa: a brief review. **European Child e Adolescent Psychiatry**, Marburg, v. 10, n. 4, p. 215-221, 2001.

SLY, R. What's in a name? Classifying 'the dropout' from treatment for anorexia nervosa. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 17, n. 6, p. 405-407, 2009.

SLY, R. et al. Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: the roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. **Eating Behaviors**, London, v. 14, n. 2, p. 119-123, 2013.

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

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.

STEEL, Z. et al. Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 28, n. 2, p. 209-214, 2000.

STEIN, K. F. et al. An eating disorder randomized clinical trial and attrition: profiles and determinants of dropout. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 44, n. 4, p. 356-368, 2011.

STEINHAUSEN, H. C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 159, n. 8, p. 1284-1293, 2002.

STEINHAUSEN, H. C.; WEBER, S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 166, n. 12, p. 1331-1341, 2009.

STICE, E. et al. Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. **Journal of Abnormal Psychology**, Austin, v. 109, n. 3, p. 438-444, 2000.

STROBER, M. The chronically patient with anorexia nervosa: development, phenomenology, and therapeutic considerations. In: GRILO, C.; MITCHELL, J. E. (Eds.). **The treatment of eating disorders: a clinical handbook**. New York: Guilford Press, 2010. p. 225-233.

SURGENOR, L. J. Treatment coercion: listening carefully to client and clinician experiences. **International Journal of Law and Psychiatry**, Christchurch, v. 26, n. 6, p. 709-712, 2003.

Swan-Kremeier, L. A. et al. Travel distance and attrition in outpatient eating disorders treatment. **International Journal of Eating Disorders**, Fargo, v. 38, n. 4, p. 367-370, 2005.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization: WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.

THOMAS, J. J.; VARTANIAN, L. R.; BROWNELL, K. D. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. **Psychological Bulletin**, Yale, v. 135, n. 3, p. 407-433, 2009.

THOMPSON, J. K.; HEINBERG, L. J.; CLARKE, A. J. Treatment of body image disturbance in eating disorders. In: THOMPSON, J. K. (Eds.). **Body image, eating disorders, and obesity: an integrative guide for assessment and treatment**. Washington: American Psychological Association, 2001. p. 303-319.

THOMPSON, J. K. et al. **Exacting beauty**: theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington: American Psychological Association, 1999.

TIMERMAN, F.; SCAGLIUSI, F. B.; CORDÁS, T. A. Acompanhamento da evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com bulimia nervosa, ao longo do tratamento multiprofissional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 113-117, 2010.

TOMAZ, R.; ZANINI, D. S. Personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 447-454, 2009.

TOMLINSON, D.; MORGAN, S. L. Eating disorders and bone. **Journal of Clinical Densitometry**, Birmingham, v. 16, n. 4, p. 432-438, 2013.

TORRE, A. M. **Nutrición y metabolismo en transtornos de la conducta alimentaria**. Barcelona: Glosa, 2004.

TURATO, E. T. Métodos qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VANDEREYCKEN, W. Naughty girls and angry doctors: eating disorder patients and their therapists. **International Review of Psychiatry**, Louvain, v. 5, n. 1, p. 13-18, 1993.

WATSON, H. J.; FURLAND, A.; BYRNE, S. Treatment engagement in eating disorders: who exits before treatment? **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 46, n. 6, p. 553-559, 2013.

WOODSIDE, D. B.; CARTER, J. C.; BLACKMORE, E. Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 161, n. 12, p. 2277-2281, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The international classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI**. 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 04 maio 2013.

ZEECK, A. et al. Drop outs from inpatient treatment of anorexia nervosa. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Freiburg, v. 111, n. 1, p. 29-37, 2005.

11 - Apêndices

APÊNDICE A - Questionário para coleta de dados de prontuários médicos - Etapa 1.

Nome: _____ Registro: _____

Procedência: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

Estado civil: _____

Data do 1º atendimento: _____

HD: _____

Tempo de Sintomas: _____

Peso (kg): _____ Estatura (m): _____

Amenorreia: ()sim ()não. Por quanto tempo? _____

Possui comorbidades psiquiátricas? ()sim ()não. Quais? _____

Possui comorbidades clínicas? ()sim ()não. Quais? _____

Data do último atendimento: _____

APÊNDICE B - Questionário de coleta de dados sociodemográficos e antropométricos atuais
– Etapa 2.

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Estado civil: _____ Filhos? _____ Profissão: _____

Peso atual (kg): _____ Estatura atual (m): _____ IMC atual (kg/m²): _____

1- Quais os motivos que levaram você a abandonar tratamento para transtorno alimentar no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares - GRATA?

2- Como você se sente no momento?

3- Você acha que ainda precisa de tratamento?

4- Se sim, você procuraria o GRATA novamente? Por quê?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes maiores 18 anos.

Meu nome é Ana Paula Leme de Souza, sou nutricionista e aluna do Programa de Pós-Graduação (nível mestrado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Estou desenvolvendo uma pesquisa, intitulada “Tratamento dos transtornos alimentares: perfil da não adesão e dos fatores associados”, com pacientes que não aderiram ao tratamento para transtornos alimentares oferecido pelo GRATA – Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Ribeirão Preto – SP. O objetivo principal é identificar os motivos que levaram ao abandono do seguimento.

Dessa forma, estou lhe convidando a fazer parte deste estudo e caso concorde, você não terá benefícios diretos ao participar desse trabalho, mas estará contribuindo para o entendimento dessa situação e, portanto, do aprimoramento do tratamento para outros pacientes que venham a se tratar neste hospital futuramente. Como toda pesquisa com seres humanos envolve risco, garantimos que esses serão baixos e caso você se sinta desconfortável com algum procedimento, farei o possível para minimizar tal situação. Você participará de uma entrevista realizada por mim em data, local e horário combinados previamente e definidos de acordo com suas preferências, sendo eu no papel de pesquisadora quem irei até você para realização dessa entrevista, portanto você não terá gastos com transporte. Nesse momento, será conversado sobre os motivos que levaram você a abandonar o tratamento, e você responderá a dois testes sobre suas atitudes alimentares e percepção do seu corpo. Também serão coletados dados referentes à idade, estado civil, escolaridade, além de medidas de peso e altura. O tempo total previsto para a entrevista será de 40 minutos.

Será garantida a você total liberdade de se recusar a participar desse trabalho sem prejuízo de qualquer natureza, retirar seu consentimento após o início da pesquisa e esclarecer dúvidas a qualquer momento nos telefones citados abaixo. Você não terá gastos nem receberá qualquer tipo de gratificação.

Os resultados obtidos só serão divulgados com finalidade de divulgação científica, sendo que sua identidade será preservada no anonimato. Este documento está impresso em duas vias originais e você receberá uma delas assinada por mim.

AUTORIZAÇÃO

Diante do exposto acima, eu, _____, RG _____, declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Assinatura _____ Ribeirão Preto,.....de.....de 2014.

Assinatura da Pesquisadora

Ana Paula Leme de Souza/ Rua Rondônia, 481 – apto 01 – Sumarezinho – Ribeirão Preto

fone: (16) 98138-8590 (segunda a quinta-feira das 09:00 às 18:00 horas)

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – fone: (16) 3602-3386 (segunda a sexta-feira das 08:00 às 17:00 horas)

ANEXO A - Eating Attitudes Test (EAT-26).

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

ANEXO B - Escala de Figuras de Silhuetas.

Escala Feminina

Escala Masculina

IMC das figuras da escala de silhuetas: homens e mulheres

CARTÃO	IMC	DIAGNÓSTICO
1	12,5	BAIXO PESO
2	15,0	
3	17,5	
4	20,0	EUTROFIA
5	22,5	
6	25,0	SOBREPESO
7	27,5	
8	30,0	OBESIDADE I
9	32,5	
10	35,0	OBESIDADE II
11	37,5	
12	40,0	OBESIDADE II
13	42,5	

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

<p>ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem</p> <p>Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518 www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br</p>		
<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP</p>		
<p>Of.CEP-EERP/USP – 216/2013</p>		
<p>Ribeirão Preto, 04 de setembro de 2013</p>		
<p>Prezada Senhora,</p>		
<p>Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado APROVADO AD REFERENDUM pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 04 de setembro de 2013.</p>		
<p>Protocolo CAAE: 19984113.2.0000.5393</p>		
<p>Projeto: Tratamento dos Transtornos Alimentares: Perfil da não Adesão e dos Fatores Associados.</p>		
<p>Pesquisadores: Rosane Pilot Pessa Ribeiro Ana Paula Leme de Souza</p>		
<p><i>Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.</i></p>		
<p>Atenciosamente,</p> <p>Prof. Dr. Claudia Benedita dos Santos Coordenadora do CEP-EERP/USP</p>		
<p>Ilma. Sra. Prof.ª. Dr.ª. Rosane Pilot Pessa Ribeiro Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP</p>		