Rogéria Oliveira Taragano

Prejuízos da Qualidade de Vida em pacientes com Transtornos
Alimentares

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

SÃO PAULO

2013

Rogéria Oliveira Taragano

Prejuízos da Qualidade de Vida em pacientes com Transtornos
Alimentares

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás

São Paulo

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Taragano, Rogéria Oliveira

Prejuízos da qualidade de vida em pacientes com transtornos alimentares /
Rogéria Oliveira Taragano. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Táki Athanássios Cordás.

Descritores: 1.Transtornos da alimentação 2.Anorexia nervosa 3.Bulimia nervosa
4.Qualidade de vida 5.Transtorno de pânico 6.Questionários 7.Mulheres/psicologia
8.Psicologia

USP/FM/DBD-112/13

Dedicatória

Para meu querido pai (*in memorian*), que me ensinou o valor do trabalho.

Agradecimentos

Ao meu marido José, por seu amor e apoio incondicionais.

Ao meu filho Lucas, por seu amor, compreensão e por ser esse presente da vida.

Ao Prof.Dr.Táki A.Cordás, pelo incentivo, orientação e bom humor.

À minha mãe, irmãos e demais familiares, pelo carinho.

Ao Dr.Roberto Costa, pela ajuda com a estatística.

À Magda L. da Costa, por sua colaboração na coleta de dados.

Aos amigos do Ambulim e de outros departamentos do IPq, que torcem por mim.

Aos antigos amigos do coração, que sempre estiveram comigo, mesmo que à distância.

Aos novos amigos, que são fonte de renovação e alegria.

À Maria e Érika, da biblioteca do Ipq, pela ajuda incansável.

Aos meus pacientes, pela confiança por compartilharem comigo suas histórias.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	V
LISTA DE QUADROS.....	VI
LISTA DE SIGLAS	VII
RESUMO	X
ABSTRACT.....	XI
1.INTRODUÇÃO.....	1
1.1. QUALIDADE DE VIDA – CONCEITUAÇÃO E APLICABILIDADE NA ÁREA DE SAÚDE	1
1.2. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	2
1.3. TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	3
1.3.1. Anorexia nervosa	5
1.3.2. Bulimia nervosa.....	8
1.4. QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	11
1.5. QUALIDADE DE VIDA NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	13
1.5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM TRANSTORNOS ALIMENTARES	19
1.6. JUSTIFICATIVA	21
2. OBJETIVOS E HIPÓTESE	22
2.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	22
2.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:	22
2.3. HIPÓTESE	22
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	23
3.1. DESENHO DO ESTUDO E POPULAÇÃO	23
3.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	23
3.3. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS.....	24
3.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	27
4. RESULTADOS	28
4.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	28
4.2. TAMANHO E PODER DA AMOSTRA	28
4.3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	29
4.4. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS, COMORBIDADES, ASPECTOS CLÍNICOS E QUALIDADE DE VIDA.....	32
4.5. ANÁLISES ADICIONAIS	37
5. DISCUSSÃO	38
5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	38
5.1.1. Comorbidades.....	41
5.1.2. Transtorno alimentar não especificado.....	44
5.2. QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM TA E NOS SUBTIPOS DE TA	45
5.3. DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA PREJUDICADOS EM TA.....	48
5.4. ANOREXIA NERVOSA E COMORBIDADE COM O TRANSTORNO DE PÂNICO	49
6. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES.....	52

7. ANEXOS	54
7.1. ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
7.2. ANEXO 2 – WHOQOL-100.....	58
7.3. ANEXO 3 – ENTREVISTA DA ABTB	73
7.4. ANEXO 4 – CÁLCULO DO PODER DA AMOSTRA	78
8. REFERÊNCIAS	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos	30
Tabela 2 – Comparação dos Dados Sociodemográficos entre os grupos com e sem Transtornos Alimentares	31
Tabela 3 – Diagnóstico de Transtorno Alimentar	32
Tabela 4 – Tempo de Doença.....	32
Tabela 5 – Tentativas de suicídio por subtipos de TA	33
Tabela 6 - Comorbidades Psiquiátricas.....	34
Tabela 7 - Número de Comorbidades Psiquiátricas.....	35
Tabela 8 - Comparação entre os grupos com e sem TA quanto aos domínios da QV e a QV geral.....	35
Tabela 9 - Comparação entre os subtipos de TA quanto aos domínios da QV e a QV Geral.....	36
Tabela 10 - Qualidade de Vida e Comorbidade com Transtorno de Pânico em AN	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para Anorexia Nervosa pelo DSM-IV.....	8
Quadro 2 - Critérios para Bulimia Nervosa pelo DSM-IV	11

LISTA DE SIGLAS

AAQOL	Adolescent Ashtma Quality of life Questionnaire
ABTB	Associação Brasileira de Transtorno Bipolar
AMBULIM	Programa de Transtornos Alimentares do HCFMUSP
AN	Anorexia Nervosa
BN	Bulimia Nervosa
CIA	Clinical Impairment Assessment
EDE	Eating Disorders Examination
EDE-Q	Eating Disorder Examination Questionnaire
EDQLS	Eating Disorders Quality of Life Scale
EDQOL	Eating Disorders Quality of Life Instrument
HeRQoLED	Health Related Quality of Life in Eating Disorders Questionnaire
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROXIES	Familiares, Parceiros, Profissionais de Saúde
QOL-ED	Quality of life for Eating Disorders
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV
SF-12	Short Form-12 Health Survey
SF-20	Short Form-20 Health Survey
SF-36	Short Form-36 Health Survey
SOE	Sem Outra Especificação
TA	Transtornos Alimentares
TANE	Transtorno Alimentar Não Especificado
TCAP	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Transtorno de Personalidade
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life – versão completa
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality of Life – versão abreviada

Esta dissertação está de acordo:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)*

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3.ed. São Paulo: SBD/FMUSP, 2011.

Abreviatura dos Títulos dos Periódicos de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus*

RESUMO

Taragano RO. Prejuízos da Qualidade de Vida em pacientes com Transtornos Alimentares. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

Objetivo: Avaliar a Qualidade de Vida (QV) de pacientes com Transtornos Alimentares (TA), verificar diferenças entre os subtipos de TA e identificar dimensões de QV mais prejudicadas. **Métodos:** O instrumento de QV da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) foi respondido por 69 mulheres com TA (Anorexia Nervosa AN=34; Bulimia Nervosa BN=26 e Transtorno Alimentar Não Especificado TANE=9) e por 69 mulheres saudáveis. Utilizou-se a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID) para a realização dos diagnósticos psiquiátricos. **Resultados:** Pacientes com TA apresentaram piores escores na QV geral e em todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente, nível de independência e espiritualidade), tendo sido o psicológico aquele com maior prejuízo. Não foram encontradas diferenças entre os subtipos de TA quanto aos prejuízos de QV. As comorbidades psiquiátricas encontradas com maiores prevalências foram os Transtornos do Humor, os Relacionados ao Uso de Álcool e Outras Substâncias e os de Ansiedade. Pacientes com AN e comorbidade com o Transtorno de Pânico apresentaram QV mais prejudicada que pacientes com AN sem Pânico. A maioria dos pacientes apresentava múltiplas comorbidades e histórico de diversas tentativas de suicídio. **Conclusões:** Pacientes com TA apresentam significativo prejuízo de QV em todos os domínios, em especial no psicológico, provavelmente em função das peculiaridades da psicopatologia alimentar, sem diferenças entre os subtipos de TA. Pacientes com AN e comorbidade com Pânico devem ser avaliados com mais critério.

Descritores: Transtornos da alimentação; Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Qualidade de vida; Transtorno de pânico; Questionários; Mulheres/psicologia; Psicologia.

ABSTRACT

Taragano RO. Impairment of quality of life in patients with eating disorders. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

Purpose: To assess quality of life in patients with eating disorders, verify differences among eating disorder subtypes, and identify the domains of quality of life most affected by eating disorders. **Methods:** The World Health Organization quality-of-life assessment instrument (WHOQOL-100) was completed by 69 women with eating disorders (34 with anorexia nervosa, 26 with bulimia nervosa, and 9 with eating disorder not otherwise specified) and 69 healthy women. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) was used for the diagnosis of psychiatric disorders. **Results:** Patients with eating disorders reported lower (worse) total quality-of-life scores and lower scores on all quality-of-life domains (physical, psychological, social relationships, environment, level of independence, and spirituality) compared with healthy patients, with the psychological domain being the most impaired. No significant differences in impairment of quality of life were found among eating disorders subtypes. The most prevalent psychiatric comorbidities were mood disorders, alcohol or substance abuse-related disorders, and anxiety disorders. Patients with anorexia nervosa and comorbid panic disorder had greater impairment in quality of life than patients with anorexia nervosa but no panic disorder. Most patients had multiple comorbidities and history of suicide attempts. **Conclusions:** Patients with eating disorders experience significantly greater impairment in quality of life on all domains, especially on the psychological domain, compared with healthy patients, probably because of peculiarities in eating disorders psychopathology. No difference in quality of life impairment was observed among eating disorders subtypes. Patients with anorexia nervosa and comorbid panic disorder should be carefully evaluated.

Descriptors: Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Quality of life, Panic disorder; Questionnaires; Women/psychology; Psychology.

1.INTRODUÇÃO

1.1. Qualidade de vida – conceituação e aplicabilidade na área de saúde

Falta clareza quanto ao conceito de Qualidade de Vida (QV), ainda alvo de inúmeros debates, fator que se revela como um obstáculo para sua investigação. Tentativas de entendimento do tema são antigas, vindas possivelmente desde os gregos Aristóteles e Hipócrates que, de forma ampla, já tratavam o assunto no século IV a.c. (Assumpção Jr., 2010) passando por vários outros filósofos, teólogos e cientistas ao longo da história. Termos como bem-estar, felicidade, satisfação, viver melhor e saúde, dentre outros, já foram usados alternadamente para caracterizar o mesmo conceito. No entanto, somente a partir de 1975 o termo foi incluído como termo chave nas indexações médicas, tendo seu estudo sistemático sido iniciado no começo dos anos de 1980, principalmente em oncologia. Médicos que tinham que lidar com dilemas sobre o impacto de tratamentos agressivos começaram a se questionar sobre a pertinência do prolongamento da vida frente às condições e qualidade dos anos adicionais (Berlim & Fleck, 2003). As tentativas mais recentes de conceituação, mesmo que ainda não consensuais, tendem a inserir alguns elementos fundamentais que são: a multidimensionalidade, a subjetividade e como fator central a sensação de bem-estar. A percepção subjetiva de bem-estar se derivaria de um relativo equilíbrio do indivíduo quanto aos vários domínios considerados importantes para ele e por ele, ao longo de sua existência, de forma que a autoavaliação aparece como um elemento chave na mensuração da QV. Noll (2004) é um dos autores que adota essa abordagem e entende a “...Qualidade de Vida como conceito multidimensional que envolveria simultaneamente componentes tangíveis e intangíveis, objetivos e subjetivos de bem-estar e que enfatiza o melhor, em detrimento do mais...”

Não faz parte do escopo deste projeto a discussão dos diferentes conceitos de QV, suas semelhanças e disparidades, de forma que fizemos a opção por um que nos pareceu suficientemente amplo e capaz de contemplar

aspectos relevantes, trata-se daquele adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que por meio de seu Grupo para a Qualidade de Vida definiu que a “...Qualidade de Vida refere-se a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e preocupações...”(WHOQOL Group, 1995). Com base nesta definição e a partir do instrumento definido pela OMS cumpriremos o objetivo deste trabalho, que será o de avaliar a QV de pacientes com transtorno alimentar em comparação com sujeitos saudáveis.

Quanto às aplicabilidades atuais dos estudos de avaliação de QV no campo de saúde estas estão divididas em duas áreas: pesquisa e prática clínica. Na pesquisa é utilizada para estimar o impacto de doenças específicas e compará-lo com outros quadros, para avaliar os benefícios de diferentes intervenções, para estabelecer a eficácia de novas medicações, embasar políticas públicas, subsidiar decisões sobre alocação de recursos, bem como para respaldar a avaliação socioeconômica dos tratamentos. É empregada na prática clínica na avaliação de pacientes crônicos, no seguimento destes em resposta às intervenções, bem como na mensuração das condições gerais de saúde (Palermo et al., 2008).

1.2. Pesquisa bibliográfica

Com o objetivo de identificar artigos sobre QV em Transtornos Alimentares foram pesquisados textos em inglês, espanhol e português, publicados no período de 2002 a agosto/2012, utilizando-se alternadamente os termos *quality of life*, *eating disorders*, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, *Eating Disorders Not Otherwise Specified* e *quality of life evaluation* nas seguintes bases de dados: PubMed, PsycInfo, Cochrane e Lilacs. Foram obtidos inicialmente 1031 trabalhos, no entanto, com base na leitura dos títulos e, quando necessário, dos resumos foram excluídos os artigos focados em obesidade, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, população infantil, Transtornos Alimentares e condições clínicas específicas (exemplo:

TA e diabetes), artigos genéricos sobre alimentação bem como os títulos repetidos. Ao longo da pesquisa foram incluídos artigos considerados relevantes, mesmo fora dos critérios acima citados, identificados a partir das referências bibliográficas constantes nos próprios trabalhos selecionados.

1.3. Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares (TA) são quadros clínicos que se manifestam principalmente em mulheres adolescentes e jovens adultas, cujo curso crônico interfere negativamente tanto nas esferas emocional, social, como familiar e profissional dos indivíduos. Impactam consideravelmente os serviços de saúde pública devido aos longos períodos de internação requeridos, altas prevalências de comorbidades e elevados índices de recaída (Beaumont et al., 1995; Agras, 2001 *apud* Mond et al, 2004). Tais transtornos possuem uma etiopatogenia multifatorial, em que aspectos como a dinâmica familiar, o meio cultural, componentes genéticos, biológicos e de personalidade do indivíduo são relevantes para a predisposição, instalação e manutenção dos quadros (Salzano e Cordás, 2006). A possibilidade de reversão dos déficits cognitivos resultantes de desnutrição prolongada vem sendo discutida em alguns estudos, mas continua em aberto (Lauer et al., 1999; Chui et al., 2008). A gravidade do quadro alimentar tem sido associada à importante prejuízo na qualidade de vida de seus portadores (Danzl et al., 2001; Padierna et al., 2002; Padierna et al., 2004; Mond et al., 2004; Gonzalez et al., 2001). Outro indicativo do comprometimento de pacientes com TA refere-se à frequentes tentativas de suicídio ou comportamentos de automutilação, observados nos estudos (Favaro & Santonastaso, 1996; Corcos et al., 2002; Hatsukami et al., 1986; Welch & Fairburn, 1996). Foram constatadas prevalências aumentadas de tentativas de suicídio nestes sujeitos em relação à população normativa (Lewinsohn et al., 2000; Nagata et al., 2000) e iguais ou superiores à outras populações psiquiátricas (Bulik et al., 1999), destacando-se que trabalhos que investigaram fatores de risco para suicídio identificaram a “tentativa de suicídio” como aquele de maior peso (Pompili et al., 2006; Guillaume et al., 2011).

Comorbidades psiquiátricas são bastante comuns nos TA, sendo que estas dificultam o manejo dos casos e interferem negativamente nos respectivos prognósticos. Casos de TA puro são pouco frequentes. (Milos et al., 2004). Os quadros de comorbidades mais comumente encontrados são os Transtornos do Humor, os Transtornos Relacionados ao Uso de Alcool e Outras Substâncias e os Transtornos Ansiosos (Halmi et al., 1991; Herzog et al., 1996; Hudson et al., 1983; Braun et al., 1994; Godart et al., 2002; Godart et al., 2006; Hudson et al., 2007; Mc Elroy et al., 2005; Bulik et al., 2004; Herzog et al., 1992b; Franko et al., 2005; Swinbourne & Touyz, 2007; Kaye et al., 2004; Kaye et al., 2008; Lockwood et al., 2004; Becker et al., 2004; Pinto et al., 2006; Wu et al., 2008; Buckner et al., 2010; Gadalla et al., 2008; Watson et al., 2011; Warshaw et al., 2000; Chesler et al., 1995; Strober et al., 2007). Encontrados com alta prevalência nos TA são também os quadros comórbidos de Transtornos do Eixo II ou Transtornos de Personalidade (Shearer et al., 1988; Herzog et al., 1992; Skodol et al., 1993). Na AN são mais comuns os Transtornos do Eixo II dos tipos evitativo, dependente e o obsessivo compulsivo (APA, 2000; Herzog et al., 1992; Wonderlich, 1990; Skodol et al., 1993) e na BN o tipo *borderline* (APA, 2000; Skodol et al., 1993; Herzog et al., 1992). A associação entre TA e Transtornos do Eixo II costuma ser caracterizada por cronicidade e mais baixos níveis de funcionalidade na comparação com portadores de TA sem Transtornos do Eixo II (Skodol et al., 1993), além de maior número de hospitalizações, comportamento suicida e pior evolução durante tratamento (Yager et al., 2006).

A categoria de Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE) ou Sem Outra Especificação (SOE) é utilizada para descrever casos que não satisfazem plenamente os critérios para um transtorno alimentar específico (APA, 2000). De acordo com Fairburn et al., (2007) trata-se de um transtorno bastante comum, mas por encontrar-se ainda numa categoria residual da classificação dos transtornos alimentares, tende a ser negligenciado. Com o objetivo de corrigir alguns dos problemas na atual classificação diagnóstica deverão ocorrer mudanças no DSM-V (Fairburn et al., 2005; Uher & Rutter., 2012; Fairburn & Cooper, 2011; Brooks et al., 2012) a ser publicado em breve.

Alguns quadros de TANE são bem semelhantes à Anorexia Nervosa (AN) e à Bulimia Nervosa (BN) e muitos podem ser graves, duradouros e com altas taxas de mortalidade (Herzog et al., 1993; Fairburn et al., 2007; Turner et al., 2010; Arcelus et al., 2011). Em alguns casos a menstruação pode estar presente e as práticas restritivas podem ser mais ocasionais. Muitos destes pacientes podem ter tido AN ou BN em suas histórias pregressas. A super valorização do formato corporal e do peso está presente sempre (Fairburn & Harrison, 2003) e exerce forte influência na preocupação com a autoimagem e na determinação da autoestima dos pacientes, que normalmente encontra-se rebaixada (Jacobi et al., 2004; De la Rie et al., 2005; De la Rie et al., 2007) ou oscila muito em decorrência do humor (Abreu & Cangelli, 2004).

A seguir são destacadas algumas características específicas de cada um dos dois principais transtornos alimentares: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN).

1.3.1. Anorexia nervosa

A AN não é uma doença nova, foi primeiramente descrita, no contexto médico, ainda no século XIX e a partir da década de 1970 teve seus critérios operacionais definidos. No entanto, as primeiras referências a condições que hoje observamos na AN surgem com o termo *fastidium* em fontes latinas da época de Cícero (106-43 AC) e em vários textos do século XVI. Entretanto, é em 1873 que, a partir de William Gull surge o termo “anorexia nervosa” (Cordás & Claudino, 2002). O transtorno atinge 0,5% das mulheres, entre os homens a prevalência é de aproximadamente um décimo desta taxa e caracteriza-se principalmente pela busca obsessiva pela magreza e por uma fobia com o ganho de peso (APA, 2000). A paciente apresenta significativa insatisfação com a imagem corporal e frequentemente deixa de menstruar como consequência da doença. O comportamento alimentar caracteriza-se por dietas autoimpostas, extremamente rígidas e pode ou não incluir comportamentos compensatórios (exercícios físicos exagerados, purgação e uso de laxantes). Dentre os TA, a AN é associada, em certos aspectos, à maior comprometimento e pior prognóstico de acordo com algumas pesquisas

(Turner et al., 2010; Padierna et al., 2000; Keilen et al., 1994). A AN pode se apresentar em dois subtipos: restritivo ou purgativo. Dentre os subtipos em AN, alguns estudos relacionam o purgativo à maior gravidade (Padierna et al., 2000; Mond et al., 2004 b; Mond et al., 2005; Gonzalez-Pinto et al., 2004; De la Rie et al., 2007; Meguerditchian et al., 2009; Ackard et al., 2011), à aumento de mortalidade (Herzog et al., 2000) e à elevação no número de tentativas de suicídio (Milos et al., 2004; Pompili et al., 2006; Foulon et al., 2007). Guillaume et al., (2011) apontou as características distintas e a gravidade das tentativas de suicídio, em pacientes com AN, na comparação com outros TA, destacando a letalidade destas como fator que contribuiria para a alta mortalidade em AN. No subtipo restritivo de AN não há regularidade de episódios de comer compulsivo ou prática purgativa (vômito autoinduzido ou uso de diuréticos e laxantes), no tipo purgativo ocorre o comer compulsivo e/ou a prática purgativa constante (APA, 2000).

A AN geralmente se inicia em jovens com idade média entre 14 e 18 anos e raramente em mulheres com mais de 40 anos. O curso da doença varia bastante, indo de recuperação espontânea sem tratamento, recuperação após uma variedade de tratamentos, curso flutuante de ganhos de peso seguidos por recaídas e um curso crônico e deteriorante ao longo dos anos podendo chegar à morte por complicações pela inanição. O prognóstico normalmente não é favorável (Kaplan, et al., 1997; APA, 2000). O transtorno é associado a altas taxas de mortalidade, podendo chegar a 10% a longo prazo. As mortes podem ser causadas por complicações clínicas ou por suicídio (APA, 2000). Indicadores para o mau prognóstico são: a duração prolongada da doença, baixo peso inicial ou na alta hospitalar, início tardio do transtorno e a presença de sintomas bulímicos (Fairburn & Harrison, 2003; Herzog et al., 2000).

Quanto ao tratamento da AN, há menos pesquisas em comparação com outros TA, em especial a BN. Os estudos costumam ter um número reduzido de sujeitos e o índice de abandono é muito alto, dificultando as conclusões. Como consequência ainda existem poucas evidências sobre a

efetividade dos tratamentos em AN, pelo menos em adultos. Quanto à abordagem psicoterapêutica, nota-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é o tratamento validado para BN em adultos (NICE, 2004; Wilson et al., 2007; Hay et al., 2009) e que também existem evidências sobre sua efetividade no tratamento do TANE (Fairburn, 2009), mas ainda não existem evidências suficientes quanto à sua eficácia na AN (Wilson et al., 2007; NICE, 2004). Consistente com o *Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2004), um estudo de Gowers et al., (2010) sugere o tratamento ambulatorial, em serviços especializados, para a maioria dos pacientes e a internação (preferencialmente breve) somente para os casos graves ou sem resposta ambulatorial. Com adolescentes as pesquisas têm focado principalmente em terapia familiar (Fairburn, 2009) e o método Maudsley, que pressupõe a forte participação dos pais na regulação da alimentação dos filhos tem apresentado bons resultados. Desta forma a abordagem tem sido tentada como alternativa à hospitalização (Wilson et al., 2007) .

Quadro 1 - Critérios para Anorexia Nervosa pelo DSM-IV

Anorexia Nervosa: Critérios Diagnósticos DSM-IV	
A	Perda de peso e recusa em manter o peso corporal dentro da faixa normal (menor que 85% do esperado).
B	Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.
C	Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
D	Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.
<p>Subtipos:</p> <p>Tipo Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas)</p> <p>Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, autoindução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).</p>	

1.3.2. Bulimia nervosa

O termo Bulimia Nervosa (BN) foi introduzido por Russell (1979) e vem do grego boul (boi) ou bou (grande quantidade) com lemos (fome), ou seja, uma fome muito forte e voraz o suficiente para se ingerir um boi. O quadro foi inicialmente descrito pelo autor como uma evolução atípica da AN. No entanto, estudos posteriores constataram que somente uma parte das pacientes com AN, 20% a 30%, apresentou algum episódio de BN, normalmente breve, em sua história anterior (Fairburn, 1991 apud Cordás & Claudino, 2002). O transtorno caracteriza-se por episódios de grande ingestão alimentar em curtos períodos de tempo, acompanhados de sensação de perda de controle e vômitos. O vômito autoinduzido parece estar ligado à diminuição da ansiedade, sendo muito frequente e observado em até 95%

dos pacientes (Casper, 1983 *apud* Cordás & Claudino, 2002). A paciente apresenta intensa e constante preocupação com o peso e com a imagem corporal, fator que desencadeia comportamentos compensatórios. Além dos vômitos autoinduzidos após os episódios bulímicos, frequentemente ocorre o abuso de medicações (laxantes, diuréticos e moderadores de apetite), e a prática de exercícios físicos extenuantes. A combinação da restrição alimentar com os episódios de compulsão resulta, geralmente, em perda de peso pouco perceptível, uma das diferenças com a AN, fator que contribui para perpetuar o ciclo comportamental de: restrição - episódios bulímicos - purgação. A prevalência da BN entre mulheres adolescentes e adultas é de 1% a 3% da população geral e nos homens é de cerca de um décimo desta (APA, 2000).

A BN é mais comum que a AN e começa entre o final da adolescência e o início da vida adulta, sendo que as crises bulímicas frequentemente se iniciam após um período de dieta restritiva. O curso da doença é variável podendo ser crônico ou intermitente, com alternância entre períodos de crises bulímicas e remissão. No geral o transtorno tem um prognóstico melhor que a AN. Alguns pacientes com sintomatologia mais leve têm remissões de longo prazo, enquanto outros têm quadros mais graves e necessitam de hospitalização. Menos de um terço destes está bem em acompanhamento de três anos, mais de um terço apresenta melhora dos sintomas e cerca de um terço tem prognóstico ruim. As sequelas da purgação (desequilíbrio eletrolítico e outras consequências dos vômitos tais como: esofagite, amilasemia, aumento de glândulas salivares e cáries dentárias) definirão a gravidade do prognóstico (APA, 2000; Kaplan et al., 1997). Não há consistência quanto aos fatores predisponentes, mas existem evidências de que obesidade infantil, baixa autoestima e distúrbios de personalidade são associados a pior prognóstico (Fairburn & Harrison, 2003).

Quanto ao tratamento da BN, nota-se que esse transtorno tem sido alvo de considerável investigação, resultando em maior disponibilidade de dados para seu manejo em comparação com a AN e TANE. Cabe ressaltar

que o tratamento deve sempre levar em consideração os quadros comórbidos, frequentemente observados na BN. Fairburn & Harrison (2003) citam os dados de 50 estudos controlados e realizados para avaliar tratamentos para BN. Os achados considerados mais robustos foram: primeiro a efetividade da TCC individual, segundo a constatação de que os antidepressivos têm efeito antibulímico, resultando em rápida redução na frequência das compulsões e purgações e melhora do humor, mas que seu efeito não seria tão significativo quanto a TCC. Em revisão mais recente de Hay et al., (2009) sobre tratamentos psicológicos para BN confirmou-se a eficácia da TCC no tratamento de pacientes adultos com BN e também (com evidências menos fortes), para outros transtornos alimentares.

Quadro 2 - Critérios para Bulimia Nervosa pelo DSM-IV

Bulimia Nervosa: Critérios Diagnósticos DSM-IV	
A	Crises bulímicas recorrentes. Uma crise bulímica é caracterizada por ambos os seguintes aspectos: 1) ingestão, em um período limitado de tempo (p.ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares; 2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (p.ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o tipo e a quantidade de alimento).
B	Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
C	A crise bulímica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.
D	A autoimagem é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo.
E	O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.
	Subtipos: Tipo Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Tipo Não-Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

1.4. Qualidade de vida e transtornos psiquiátricos

A investigação da QV em saúde mental é usada com o objetivo de demonstrar quão pesada pode ser a carga que acompanha os transtornos mentais para seus portadores, familiares e sociedade. As mais amplas mensurações de QV em psiquiatria foram inicialmente desenvolvidas com o objetivo de pesquisar doenças mentais crônicas e para avaliar programas de saúde mental (Katschnig, 2006). Sabe-se que muitos transtornos mentais, mesmo os menos graves, dada sua cronicidade tem impactos relevantes no

longo prazo. Para que se possa avaliar a eficácia das várias intervenções psicossociais e farmacológicas utilizadas no manejo de tais transtornos pode ser necessário investigar seus efeitos nos vários domínios da vida do indivíduo, considerando-se não somente a perspectiva do clínico, mas também a do paciente e de seus familiares. Desta forma, mensurações de QV no campo da psiquiatria podem ser vistas como alternativas ao emprego de abordagens exclusivamente estatísticas focadas na redução de sintomas, expressando melhor o resultado da interação das diversas variáveis presentes no tratamento e no bem-estar do paciente. Portanto, apesar de ser muito significativo, do ponto de vista clínico, saber que houve alívio dos sintomas, passou a ser importante também saber se houve melhoria na QV geral e satisfação do paciente (Gladys et al., 1999).

As dificuldades conceituais e operacionais quanto à investigação da QV são consideráveis quando se trabalha com o conceito no campo dos transtornos psiquiátricos. Conforme já mencionado anteriormente, o aspecto de subjetividade do próprio paciente é um pressuposto importante na avaliação da QV, mas no âmbito dos transtornos mentais este aspecto adiciona relevante vulnerabilidade considerando-se as condições psicológicas e de bem-estar dos pacientes para acessar sua própria QV. É preciso precaução para não nos basearmos em relatos oriundos de estados psicológicos alterados pelas próprias doenças (Katschnig, 2006). Outro aspecto diz respeito a um possível viés na autoavaliação causado por uma expectativa de vida rebaixada do paciente diante de aspectos da vida em consequência de períodos de institucionalização (Orley et al., 1998). Nos quadros psiquiátricos as avaliações subjetivas podem ser distorcidas pelas falácias psicopatológicas, que são classificadas em três grupos: afetivas, cognitivas e de distorção de realidade. Segundo Katschnig (2006) as duas últimas são as menos preocupantes, pois conduzem a um julgamento impreciso da realidade, mas são facilmente observáveis pelos profissionais. Quanto à falácia afetiva, o autor destaca que esta pode levar o paciente a conclusões incorretas e são menos evidentes. Por exemplo, nos quadros depressivos, quando o paciente tende a julgar a si mesmo, ao mundo e ao

futuro de forma eminentemente mais negativa. O oposto pode ocorrer nos quadros de mania, nos quais o indivíduo tende a avaliar de maneira excessivamente otimista seu bem-estar geral. Outros autores citam ainda a possibilidade de portadores de transtornos mentais avaliarem sua QV como alta por basearem sua comparação num escopo de experiências restrito pela própria doença (Scocco et al., 2006). Tais preocupações fazem com que se questione a avaliação da QV em psiquiatria quando fundamentada exclusivamente na subjetividade do paciente. Alguns estudos sugerem a complementação com o uso de observações externas, vindas tanto de profissionais como de familiares e/ou amigos do paciente, que embora muitas vezes de difícil obtenção, podem ser importantes. Portanto são grandes os desafios conceituais e metodológicos da investigação da QV também no campo da psiquiatria.

1.5. Qualidade de vida nos transtornos alimentares

Conforme enfatizado anteriormente, tem se constatado a necessidade de estudos de QV nos portadores de doenças crônicas, em especial transtornos mentais. Quanto aos TA, que são transtornos mentais crônicos e frequentes entre adolescentes do sexo feminino, o conhecimento sobre QV ainda é escasso, em especial na sua vertente psicológica (Padierna et al., 2002). Hoje o estudo da QV em TA ganha importância como medida de avaliação centrada no paciente (Jenkins et al., 2011), e como recurso para obtenção de informações sobre o peso destes transtornos nos vários domínios da vida do paciente, de forma padronizada, comparável e relativamente objetiva (Goldsmith, 1972; 1973, *apud* Arostegui et al., 2010). Os TA são quadros associados a um significativo prejuízo físico e psicossocial para seus portadores (Fairburn & Harrison, 2003) e familiares e a um custo significativo para a comunidade, pois costumam afetar principalmente mulheres jovens, em idade fértil e em fase produtiva (Gonzalez et al., 2001).

Em um dos primeiros estudos conduzidos para investigar prejuízos associados aos TA Keilen et al. (1994) usando um instrumento geral de QV, compararam mulheres com TA (n=142), atendidas em serviço terciário no

Reino Unido, com um grupo de homens com angina (n=98); um grupo misto de candidatos a transplante cardíaco (n=122); um grupo misto com fibrose cística e um grupo controle (n=91). Chamou atenção dos pesquisadores o fato de pacientes com TA apresentarem piores escores em QV que pacientes muito debilitados fisicamente (angina e fibrose cística) em vários domínios psicossociais. Destacou-se ainda o fato do grupo de candidatos a transplante cardíaco apresentar, como esperado, grande impacto em sua mobilidade, e a constatação de, no geral o perfil deste não ser marcadamente pior que o das pacientes com TA.

Spitzer et al., (1995) investigaram a presença de transtornos mentais em pacientes adultos com artrite ou hipertensão. Avaliou-se a QV com o instrumento geral SF-20 – *Short-Form 20 Health Survey* e com uma questão específica sobre funcionalidade. Constatou-se que a presença de transtornos mentais (transtornos do humor, de ansiedade, álcool, somatoformes e alimentares), é associada à maior prejuízo que alguns quadros clínicos importantes, com significativo prejuízo de QV.

Padierna et al. (2000) utilizaram-se do instrumento genérico SF-36 – *Short-Form Health Survey* e avaliaram pacientes de TA (116 AN, 64 BN e 17 TANE) recrutadas em clínica especializada. Constataram que estas eram mais disfuncionais que mulheres da população geral. As pacientes foram reavaliadas após dois anos de tratamento e observou-se que continuavam mais disfuncionais que a população geral em todas as áreas, apesar de sua percepção de QV ter aumentado.

Gonzalez et al., (2001) investigaram, na Espanha, a QV de pacientes ambulatoriais de TA (n=180), em comparação com a população geral e com outros transtornos psiquiátricos. Foram usados instrumentos gerais e específicos. Dados de QV de pacientes americanos com outras doenças psiquiátricas foram usados para comparação. Os resultados indicaram pior QV em TA que a população geral e similar aos de pacientes com outros transtornos psiquiátricos (esquizofrenia, depressão e pânico). Não foram

encontradas diferenças significativas entre os subtipos de TA, mas a gravidade da sintomatologia alimentar correlacionou-se com pior QV.

Etxeberria et al., (2002), em estudo qualitativo, realizado na Espanha, com grupos focais, envolvendo pacientes de BN e AN avaliaram a QV sob o ponto de vista de pacientes, familiares e profissionais de saúde e constataram prejuízo em vários domínios de QV.

O estudo espanhol de Gonzalez Pinto et al., (2004), com base em instrumento geral de QV indicou que pacientes com AN tem uma deterioração global de sua percepção de QV. Tratamento prévio mal sucedido nos últimos 12 meses e presença de comorbidade psiquiátrica foram associados à pior QV.

Revisão sistemática de Hay & Mond (2005) para avaliar a Qualidade de Vida em pacientes com TA, identificou 15 estudos que sustentam que os TA tem um impacto importante na QV dos seus portadores. Alguns indicaram que a presença de comorbidades psiquiátricas aumentam o impacto dos TA. Os resultados foram inconclusivos para pacientes com AN, o que segundo os autores poderia estar relacionado à natureza egossintônica da doença, que faz com que certos aspectos que podem estar relacionados à deterioração na saúde das pacientes sejam avaliados por estas como positivos. As conclusões apontaram escassez de estudos de QV em TA.

Um estudo transversal realizado na Holanda por De la Rie et al., (2005) avaliou pacientes com TA (n = 156, sendo AN 44; BN 43 e 69 TANE), conjugando um instrumento geral e um específico. O estudo comparava pacientes e ex-pacientes com TA (n = 148), com um grupo de referência de normalidade e com um grupo com Transtornos do Humor. Constatou-se pior QV no grupo de TA em comparação com o grupo referência, mas sem diferenças entre os subgrupos de TA. Pacientes com TA apresentaram pior QV que pacientes com Transtornos do Humor em vários domínios de QV, mesmo após a recuperação.

Mond et al., (2005) realizaram uma investigação na Austrália, com estudo de corte transversal, com o objetivo de examinar a QV entre os subgrupos de TA. Compararam-se mulheres da comunidade com pacientes de TA com AN (subtipo purgativo e restritivo), BN, TANE e TCAP. Os instrumentos de QV foram o SF-12 – *Short-Form 12 Health Survey* e o *World Health Organization Quality of Life* – WHOQOL - bref versão abreviada. Constatou-se que pacientes com TA apresentavam significativo prejuízo de qualidade de vida na comparação com o grupo controle.

Um estudo de Doll et al., (2005), conduzido na Inglaterra, visava descrever a QVRS, bem como avaliar outros problemas de saúde, em estudantes com e sem história de TA (AN, BN, TCAP). Concluiu-se que o histórico de TA está acompanhado de prejuízo na QVRS em quase todos os domínios de QV. Os autores consideraram que o instrumento utilizado para avaliar a QV (SF-36) pode não ter sido o mais adequado para captar o sofrimento emocional em todos os subtipos de TA.

Scocco et al. (2006) realizaram uma pesquisa de corte transversal, na Itália, comparando QV de pacientes com TA (AN, BN) e obesidade com controles. Utilizaram-se do instrumento de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life* WHOQOL-100 (versão completa) e também de uma versão para *proxies* (familiares, parceiros, profissionais de saúde). Observou-se que mulheres com TA apresentavam pior QV que pacientes com obesidade e que controles em todos os domínios de QV avaliados. Constatou-se pouca consistência entre a avaliação dos próprios pacientes e a dos *proxies*.

Um importante estudo que também reforçou a necessidade de investigação do comportamento alimentar e seus impactos foi o de Herpertz-Dahlmann et al., (2008) com uma grande amostra da população adolescente alemã (n=1895). Investigou-se a presença de comportamentos alimentares problemáticos e sua relação com peso corporal, psicopatologias e QV. Constatou-se que um terço das meninas e 15% dos meninos apresentavam algum tipo de problema alimentar, o que foi mais prevalente naqueles com

excesso de peso ou obesidade (18,3% da amostra). Observou-se significativa associação entre problemas no comportamento alimentar e psicopatologia (depressão, ansiedade, ideação suicida ou problemas comportamentais). Adolescentes com problemas alimentares reportaram QV empobrecida em todas as dimensões.

Jones et al., (2008) relataram os dados de um estudo qualitativo, realizado na Inglaterra, que teve por objetivo explorar mudanças de QV decorrentes do tratamento em 32 pacientes com TA (20 AN, 6 BN e 6 TANE). O grupo era composto principalmente por mulheres adultas (um único homem), com Índice de Massa Corporal - IMC ≥ 15 , sem comorbidades importantes e tempo médio de doença de 9,6 anos. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada. Destes, 21 completaram o programa e 11 não o completaram. O principal achado foi a diferença de perfil dos participantes. Apenas aqueles que concluíram o tratamento implementaram ações para desenvolver mais amizades e relacionamentos íntimos, retomar atividades profissionais e educacionais, bem como estabeleceram melhor relação com o próprio corpo.

Latner et al. (2008) investigaram QV em 53 pacientes de TA (AN 21%, BN 9%, TANE 56%, 6% TCAP e 8% não mais preenchiam critério para TA). Os sujeitos foram acessados quanto à sintomatologia alimentar e de humor e QV, através de instrumentos gerais de QV e específicos para TA. Concluiu-se que a psicopatologia alimentar e a relacionada ao humor, e em menor escala o domínio mental de QV eram aspectos identificados como gravemente prejudicados no grupo de TA em comparação com o grupo controle.

Arkell & Robinson (2008) realizaram, na Inglaterra, um estudo para avaliar o prejuízo da QV em pacientes com AN grave e crônica (a partir de 10 anos de doença), utilizando-se de um método quantitativo e qualitativo. Foram avaliados onze pacientes (sendo 10 mulheres) e aplicados múltiplos instrumentos para investigar saúde mental, transtornos alimentares e aspectos de funcionalidade. A QV foi estimada por meio do WHOQOL-100. Os resultados de QV foram comparados aos dados de uma amostra de

pacientes de serviço primário com depressão de moderada à grave e os resultados relativos à funcionalidade foram comparados a uma amostra padrão de pacientes com esquizofrenia. Pacientes com TA apresentaram prejuízos comparáveis aos de portadores de esquizofrenia em alguns domínios. Mostraram-se gravemente deprimidos e com escores semelhantes aos do grupo de serviço primário. Concluiu-se que portadores de AN grave e crônica apresentam prejuízos de QV e de funcionalidade comparáveis ao de outros quadros mentais graves.

Em estudo conduzido na Espanha, Muñoz et al., (2009) avaliaram o impacto dos TA na QV dos seus portadores, a partir de instrumentos gerais e específicos, comparando com a população geral. O grupo de pacientes (n=358) incluía AN, BN e TANE (61, 47 e 245 respectivamente, e 5 sem o registro do diagnóstico). Parte das pacientes foi reavaliada após um ano de tratamento multidisciplinar. A QV em pacientes com TA melhorou após o tratamento, mas não atingiu os índices da população geral. Pacientes com sintomatologia alimentar menos grave tiveram maiores ganhos após o tratamento.

Bamford & Sly (2010) investigaram o impacto das variáveis: IMC (Índice de Massa Corporal), duração da doença e gravidade do quadro, na QV de 156 pacientes (148 mulheres e 8 homens; 36% AN restritiva, 15% AN purgativa, 26% BN e 23% TANE). Utilizou-se o EDQOL – *Eating Disorders Quality of Life Instrument* e o EDE – *Eating Disorders Examination*. Concluiu-se que gravidade da doença e o IMC eram preditores de pior QV, enquanto que duração da doença não, contrariando as expectativas.

Arostegui et al., (2010) estudaram, na Espanha, a influência de variáveis clínicas na QV de pacientes mulheres com TA antes (n= 193) e depois de dois anos tratamento (n= 158). Foram utilizadas múltiplas escalas e a QV foi avaliada com um instrumento geral. Os resultados indicaram que: ansiedade, depressão e gravidade dos sintomas explicaram os escores na maioria dos domínios de QV no início do estudo. Após dois anos de tratamento, depressão, ansiedade e duração dos sintomas influenciaram

alguns dos domínios de QV. Maiores níveis de depressão ou ansiedade, maior tempo de sintomatologia e piores escores de QV no início do estudo foram associados com pior QV após dois anos de tratamento.

Hay et al., (2010) investigaram QV, curso e preditores de resultados, ao longo de dois anos, em 87 mulheres da comunidade com TA (68% com TANE). Instrumentos gerais de QV e específicos foram empregados. Após dois anos a psicopatologia dos TA permaneceu alta e a saúde mental relacionada à QV manteve-se baixa. Imaturidade emocional no início do estudo mostrou-se como preditivo de maior sintomatologia alimentar, pior saúde mental e maior prejuízo na funcionalidade. Maior nível educacional, problemas psicológicos, baixo IMC e ter um trabalho fora de casa, no momento inicial do estudo, foram associados com pior saúde mental relacionada à QV no seguimento de dois anos. Mulheres com TA continuaram altamente sintomáticas e com QV empobrecida após este período.

1.5. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida e instrumentos de avaliação de qualidade de vida em transtornos alimentares

Conforme ilustrado a partir dos estudos citados anteriormente, são vários os tipos de instrumentos que podem ser utilizados para a mensuração da QV. Tais instrumentos podem ser classificados em gerais ou específicos para questões de saúde, podendo inclusive ser doença-específicos. Cada uma das categorias apresenta vantagens e limitações que devem ser levadas em consideração de acordo com os objetivos e desenho de cada estudo. Os instrumentos gerais tipicamente incluem uma avaliação global de múltiplas dimensões ou uma abordagem geral da saúde do indivíduo, são exemplos, o WHOQOL-100 ou *Bref* (*World Health Organization Quality of Life* – versão completa ou abreviada), ou o *Short-Form 36 Health Survey* -SF-36, o qual pode ser usado integralmente ou por módulos. Esses instrumentos viabilizam estudos nos quais se compara diferentes populações, por exemplo, uma população sadia, com grupos com condições crônicas específicas. São, no entanto, considerados menos precisos e sensíveis para detectar pequenas

mudanças em sintomas de quadros específicos (Varni et al., 2005). Instrumentos específicos focam-se em condições associadas a uma determinada doença ou tratamento, (exemplo: AAQOL – *Adolescent Asthma Quality of Life Questionnaire*) e são mais elucidativos para captar pequenas mudanças clínicas (Clarke & Eiser, 2004). Como desvantagem, tais instrumentos impossibilitam a comparação entre grupos específicos e saudáveis (Varni et al., 2005).

Quanto à investigação da QV focada em TA, apenas mais recentemente (entre 2006 e 2008) foram desenvolvidos instrumentos específicos, são cinco aqueles de que temos conhecimento até o momento: *Quality of Life for Eating Disorders* (QOL-ED; Abraham et al., 2006), *Eating Disorders Quality of Life Instrument* (EDQOL; Engel et al., 2006) *Health-Related Quality of Life in Eating Disorders questionnaire*, em duas versões (HeRQoLED; HeRQoLEDv2 Las Hayas et al., 2006 e 2007 respectivamente), *Eating Disorders Quality of Life Scale* (EDQLS; Adair et al., 2007) e ainda o *Clinical Impairment Assessment* (CIA; Bohn & Fairburn, 2008). Este último, o CIA foi desenvolvido tendo como um dos objetivos a superação de deficiências observadas a partir dos quatro pioneiros, sendo uma delas a avaliação do prejuízo funcional que ocorreria como resultante de um TA (Jenkins et al., 2011). Tirico et al., (2010) apresentaram os resultados de uma revisão sistemática da literatura realizada com o objetivo de analisar as características de quatro destes instrumentos (todos os citados acima, exceto o CIA; Bohn & Fairburn, 2008). Os autores concluíram que apesar de três dos instrumentos (EDQLS – Adair et al., 2007 - EDQOL – Engel et al., 2006 – e HeRQoLED – Las Hayas et al., 2006, 2007) terem se mostrado inicialmente adequados para avaliar QV em pacientes com TA, são necessários estudos adicionais que comprovem a validade de seu uso junto à esta população, em especial para aqueles pacientes que subestimam ou negam os efeitos da doença sobre sua QV.

1.6. Justificativa

Conforme dito anteriormente, o próprio conceito de QV ainda hoje está em debate e sua aplicabilidade na área da saúde é relativamente nova, tendo se tornado mais frequente somente nas últimas décadas. Consequentemente, estudos empíricos de QV envolvendo pacientes com TA começaram a ser conduzidos ainda mais recentemente, dada inclusive a dificuldade de obtenção de amostras representativas dessa população, devido às peculiaridades dos próprios transtornos.

Alguns autores (Hay & Mond, 2005), consideram tratar-se de área ainda negligenciada, com muito a ser investigado e reforçam a necessidade e a importância de novos estudos, sobretudo aqueles que trabalhem com uma visão abrangente de QV e não tenham foco exclusivo no “*status* de saúde” de tais pacientes. O World Health Organization Quality of Life – WHOQOL, instrumento de QV desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, oferece essa possibilidade por trabalhar com uma gama variada de dimensões e apresentar confiabilidade, conforme detalharemos mais adiante, além de refletir a percepção de QV das próprias pacientes. Seus resultados permitirão também comparações com amostras obtidas em outros centros internacionais, devido à sua metodologia transcultural (Chachamovich & Fleck 2008).

Dado o nosso entendimento de que uma melhor compreensão da magnitude do impacto dos TA sobre seus pacientes possibilitará o desenvolvimento de uma prática terapêutica mais aprimorada, consideramos relevante a condução desse estudo.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESE

2.1. Objetivo principal

Avaliar a Qualidade de Vida de pacientes com Transtornos Alimentares e compará-la com a de indivíduos sem Transtornos Alimentares.

2.2. Objetivos secundários:

Conhecer as dimensões mais afetadas pela doença, segundo o instrumento utilizado. Verificar eventuais diferenças de impacto na QV entre os subtipos de TA.

2.3. Hipótese

A qualidade de vida de pacientes com Transtornos Alimentares é pior que a de pacientes sem Transtornos Alimentares.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. Desenho do estudo e população

O estudo “Prejuízos da Qualidade de Vida em pacientes com Transtornos Alimentares” foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq do HCFMUSP) como subprojeto de um estudo de escopo maior intitulado “Ocorrência de Transtornos do Espectro Bipolar em pacientes com Transtornos Alimentares atendidos em serviço terciário – Projeto Espectra” (protocolo número: 1154/09), cujos detalhes e resultados foram apresentados em documento à parte (Campos et al., 2011). Para atender aos objetivos de ambos os projetos, todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, e preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1).

O estudo, de corte transversal, envolveu um grupo controle e foi conduzido em local único. Foi realizado no Programa de Transtornos Alimentares do (Ambulim) HCFMUSP, unidade de tratamento especializada em transtornos alimentares, fundada em 1992 em São Paulo-SP e que provê atendimento gratuito para a comunidade. Participaram das entrevistas de avaliação e coleta de dados psiquiatras e psicólogos com experiência em quadros de transtornos alimentares e treinados para a aplicação dos instrumentos e realização das entrevistas.

3.2. Critérios de inclusão e exclusão

Grupo de pacientes: mulheres com idade entre 18 e 45 anos, em regime ambulatorial e internação, com diagnóstico de TA (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa ou Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação), baseado na Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID) – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision*, alfabetizadas, em condições clínicas e de compreensão para responder aos instrumentos de pesquisa. Foram excluídas pacientes com diagnóstico de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico segundo o DSM-IV.

Grupo controle: foram incluídas mulheres voluntárias, regularmente atendidas no serviço ambulatorial de ginecologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, pareadas por idade, alfabetizadas, com capacidade de compreensão das tarefas solicitadas e com ciclos menstruais regulares. Como critérios de exclusão foram considerados diagnósticos de Transtornos Alimentares e/ou Transtorno Bipolar do Humor pela Entrevista Clínica estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID).

3.3. Procedimentos e Instrumentos

Antes de iniciar qualquer atividade, os participantes foram orientados sobre os objetivos do estudo, leram, preencheram e assinaram o **TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Especificamente para o projeto “Prejuízos de Qualidade de Vida em pacientes com Transtornos Alimentares”, foram utilizados dados parciais dos seguintes instrumentos:

- 1) **WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life – versão completa)**- Instrumento de autoavaliação, multidimensional, genérico e subjetivo de avaliação de qualidade de vida. Foi proposto pela Organização Mundial de Saúde em 1995, por um grupo multicultural, desenvolvido a partir de um projeto internacional e concebido em diversos idiomas. Contém 100 questões, com escala tipo Likert, cobrindo seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (Chachamovich & Fleck, 2008). Cada domínio aborda os seguintes aspectos:

Domínio 1 – Físico

- Dor e desconforto
- Energia e fadiga
- Sono e repouso

Domínio 2 – Psicológico

- Sentimentos positivos
- Pensar, aprender, memória e concentração
- Autoestima
- Imagem corporal e aparência

- Sentimentos negativos

Domínio 3 – Nível de Independência

- Mobilidade
- Atividades da vida cotidiana
- Dependência de medicação e de tratamentos
- Capacidade de trabalho

Domínio 4 – Relações Sociais

- Relações pessoais
- Apoio social
- Atividade sexual

Domínio 5 – Meio ambiente

- Segurança física e proteção
- Ambiente no lar
- Recursos financeiros
- Cuidados de saúde e sociais
- Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- Participação em e oportunidades de recreação e lazer
- Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
- Transporte

Domínio 6 – Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais

- Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Os resultados podem ser avaliados tanto por domínio como pela QV geral, numa escala de 4 a 20, com escores mais altos indicando melhor QV, sem ponto de corte. O instrumento teve sua versão brasileira desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (Fleck, 2000; Chachamovich & Fleck, 2008), (Anexo 2).

2) Entrevista ABTB: Entrevista padronizada, utilizada pela Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB), e realizada por psiquiatra. Coleta informações sobre a identificação do paciente, dados demográficos, história médica geral e hábitos de vida, história pessoal de tratamento psiquiátrico

prévio, história familiar de transtorno psiquiátrico, bem como questões específicas sobre o uso de medicações (Anexo 3).

3) Entrevista Clínica Estruturada para transtornos do eixo I do DSM IV (SCID – *Structured Clinical Interview* for DSM-IV). Entrevista padrão para verificação de diagnósticos psiquiátricos, segundo o DSM-IV, amplamente usada em pesquisa psiquiátrica. É possível utilizar somente os módulos de maior interesse diagnóstico (First et al., 1997).

Instrumento de Qualidade de Vida: a opção pelo WHOQOL-100

Nosso entendimento conceitual de QV coincide com aquele que embasou o desenvolvimento do instrumento WHOQOL, sendo esse um dos aspectos que justificam nossa escolha por esse instrumento. Compartilhamos com a opinião dos autores que entendem a QV como um construto bastante complexo, subjetivo e composto pela somatória de várias dimensões e, portanto, algo bem mais amplo que a condição de saúde de um indivíduo. Além disso, de acordo com Fleck et al., (2000) o WHOQOL é uma ferramenta que foi planejada e desenvolvida dentro de uma perspectiva transcultural, cujos resultados podem ser comparados com aqueles obtidos nas mais variadas regiões do mundo, estando atualmente disponível em mais de vinte idiomas. Sua versão em português seguiu a metodologia proposta pela OMS. Em teste de campo realizado com o WHOQOL-100, com amostra de 250 pacientes de Porto Alegre-RS, foram avaliadas suas características psicométricas. Os pesquisadores concluíram que o instrumento apresentou bom desempenho, com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante e validade de conteúdo. Constatou-se que o WHOQOL-100 reunia condições de ser utilizado no Brasil e que sua versão completa apresentava maior robustez nas propriedades psicométricas que a forma abreviada (Chachamovich & Fleck 2008; Chachamovich & Fleck, 2008b). Enfim, tanto os pressupostos conceituais do instrumento como sua robustez em termos psicométricos nos deram segurança e confiança para adotá-lo nesse projeto.

3.4. Análise Estatística

O processamento e análise estatística dos dados do presente estudo foram realizados utilizando-se o pacote estatístico SPSS versão 14.0. O teste de Kolmogorov-Smirnov mostrou distribuição normal para quase todas as variáveis de estudo tanto para o grupo experimento quanto para o grupo controle, excetuando-se apenas a renda em reais, o que permitiu a utilização de estatística paramétrica para todas as análises que não envolveram esta variável. A comparação dos resultados médios dos escores dos domínios entre os grupos foi realizada pelo teste t de Student. Os valores medianos da renda, entre os grupos, foram comparados pelo teste U de Mann-Whitney. A comparação quanto aos domínios e a qualidade de vida geral entre os três grupos de TA foi realizada por meio de Análise de Variância a um fator, seguida do teste Post-Hoc de Tukey. A comparação das medianas entre os grupos, quanto à renda em reais, foi realizada pelo teste U de Mann-Whitney. A comparação de proporções das variáveis categóricas, entre os grupos, foi realizada por meio do teste de Qui-quadrado. Em todos os testes foi adotada significância estatística para $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

4.1. Características da amostra

Foram selecionados 105 potenciais sujeitos que estavam em acompanhamento no Ambulim, dos quais 69 foram avaliados (67 em regime ambulatorial e dois em internação). Os demais 36 não puderam ser avaliados, 23 por não comparecimento (mesmo após de uma a três tentativas de reagendamento) e 13 por outros motivos (trabalho, internação, adoecimento ou telefone de contato incorreto). Das 69 pacientes avaliadas, 34 (49%) tinham quadro de AN (29 purgativas; 5 restritivas), 26 BN (38%) e 9 TANE (13%). Optou-se pela exclusão de pacientes com TCAP na amostra por se considerar que esta é uma população com características distintas dos outros subtipos de TA, tratando-se de um quadro mais associado à obesidade.

No grupo controle foram incluídas mulheres, que estavam em acompanhamento no ambulatório de ginecologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, pareadas por faixa etária, com ciclos menstruais regulares e sem histórico de tratamento psiquiátrico prévio, aspectos checados na triagem telefônica. Foram feitas tentativas de contatos telefônicos (até três tentativas) com 392 sujeitos, com o objetivo de agendamento. O não preenchimento dos critérios de inclusão, a não disponibilidade de comparecimento para as avaliações, bem como telefones de contato incorretos foram fatores que limitaram o tamanho da amostra. Ao final foram avaliados 75 sujeitos, dos quais 69 foram incluídos no estudo e seis foram desconsiderados em função de comorbidades psiquiátricas identificadas na avaliação (Transtornos do Humor, Transtornos Alimentares ou Transtornos Ansiosos).

4.2. Tamanho e poder da amostra

O cálculo do tamanho amostral foi determinado utilizando-se a fórmula de Fleiss (Fleiss, 1973) com correção de continuidade, para estudos caso-controle. Estabelecendo-se nível de confiança bilateral ($1 - \alpha$) de 95%; Poder (% de probabilidade de detecção) de 80% e razão de controles por caso de 1,

a amostra foi estimada em 50 sujeitos para cada grupo. Com base na constituição da amostra final, de 69 sujeitos em cada grupo utilizou-se o software G*Power 3.1.3 para o cálculo do poder ($1 - \beta$) real, verificando-se que o mesmo foi de 0,99; para a comparação da QV Geral entre os grupos por meio do teste t de Student para amostras independentes, conforme relatório no Anexo 4.

4.3. Características Sociodemográficas

A amostra de pacientes com transtornos alimentares foi composta por 69 sujeitos, do sexo feminino, com idades entre 18 a 45 anos (média = 27,9 anos; DP = 6,4 anos); 68,1% eram solteiros; 75,4% sem filhos, 50,7% de etnia branca; 63,7% professavam alguma religião (39% católica, 19% evangélica/crente e 5,8 % outras), 39% estavam desempregados, 13% afastados em licença médica e apresentavam em média 13,3 anos de estudo (DP= 3,5 anos). A mediana da renda era de R\$ 500,00 (P25 = R\$ 0,00 – P75 = R\$ 1.050,00). No grupo controle 71% estavam trabalhando e a mediana da renda era de R\$ 1.000,00 (P25 = R\$ 800,00 – P75 = R\$ 1.875,00). O detalhamento dos dados sociodemográficos, inclusive por tipo de TA, encontra-se apresentado a seguir conforme tabela 1. Na tabela 2 são apresentadas as comparações dos dados sociodemográficos entre o grupo com TA e o grupo sem TA. As proporções foram comparadas por meio do teste de Qui-Quadrado; as medianas da variável renda em reais, pelo teste U de Mann-Whitney; e as médias dos anos de estudo por meio do teste t de Student para amostras independentes. As variáveis que apresentaram diferença de proporção entre os grupos foram: religião, em que a diferença foi observada na categoria “sem religião” e em ocupação atual, em todas as categorias, exceto na “estudante/outra”. Os sujeitos com TA apresentaram mediana da renda significativamente menor que os sem TA.

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos

Tabela 1		Dados Sociodemográficos		
	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa	TANE	Grupo Controle
Número de sujeitos	34	26	9	69
Idade média	27,6 ± 6,3	27,9 ± 7,1	28,7 ± 5,4	27,5 ± 5,0
	% (N)	%(N)	%(N)	%(N)
Estado civil				
Solteiro	79,4 (27)	53,8 (14)	66,7 (6)	62,3 (43)
Casado (ou vivendo maritalmente)	20,6 (7)	34,6 (9)	33,3 (3)	31,9 (22)
Divorc./separado/viúvo	0	11,5 (3)	0	5,8 (4)
Número de filhos				
0	76,5 (26)	73,1 (19)	77,8 (7)	66,7 (46)
1	17,6 (6)	7,7 (2)	0	18,8 (13)
2 ou mais	5,9 (2)	19,2 (5)	22,2 (2)	14,5 (10)
Religião				
Católico	41,2 (14)	42,3 (11)	22,2 (2)	49,3 (34)
Evangélico/crente	20,6 (7)	11,5 (3)	33,3 (3)	30,4 (21)
Outras	5,9 (2)	7,7 (2)	0	14,5 (10)
Sem religião	32,4 (11)	38,5 (10)	44,4 (4)	5,8 (4)
Ocupação atual				
Trabalhando	32,4 (11)	50,0 (13)	11,1 (1)	71,0 (49)
Estudante/outras	11,7 (4)	7,7 (2)	22,2 (2)	10,1 (7)
Desempregado	38,2 (13)	34,6 (9)	55,6 (5)	18,8 (13)
Afastado/licen. médica	17,6 (6)	7,7 (2)	11,1 (1)	0
Etnia				
Branca	41,2 (14)	65,4 (17)	44,4 (4)	42,0 (29)
Negra	5,9 (2)	3,8 (1)	0	5,8 (4)
Amarela	5,9 (2)	0	0	1,4 (1)
Parda/mulata	47,1 (16)	30,8 (8)	55,6 (5)	50,7 (35)
Renda mediana individual em reais (P25-P75)	462,50	800,00	500,00	1.000,00
Anos de estudo (média± DP)	12,1± 3,01	14,7± 3,95	13,7± 2,17	12,5± 2,77

Tabela 2 – Comparação dos Dados Sociodemográficos entre os grupos com e sem Transtornos Alimentares

	Grupo com TA	Grupo controle	p
Número de sujeitos	69	69	
Idade média	27,9 ± 6,45	27,5 ± 5,0	0,736
	% (N)	% (N)	
Estado civil			
Solteiro	68,1 (47)	62,3 (43)	0,474
Casado (ou vivendo maritalmente)	27,5 (19)	31,9 (22)	0,571
Divorc./separado/viúvo	4,3 (3)	5,8 (4)	0,687
Número de filhos			
0	75,4 (52)	66,7 (46)	0,258
1	11,6 (8)	18,8 (13)	0,236
2 ou mais	13,0 (9)	14,5 (10)	0,798
Religião			
Católico	39,1 (27)	49,3 (34)	0,225
Evangélico/crente	18,8 (13)	30,4 (21)	0,110
Outras	5,8 (4)	14,5 (10)	0,082
Sem religião	36,2 (25)	5,8 (4)	0,000002
Ocupação atual			
Trabalhando	36,2 (25)	71,0 (49)	0,000012
Estudante/outras	11,6 (8)	10,1 (7)	0,805
Desempregado	39,1 (27)	18,8 (13)	0,006
Afastado/licen. Médica	13,0 (9)	0	0,001
Etnia			
Branca	50,7 (35)	42,0 (29)	0,303
Negra	4,3 (3)	5,8 (4)	0,687
Amarela	2,9 (2)	1,4 (1)	0,543
Parda/mulata	42,0 (29)	50,7 (35)	0,303
Renda mediana individual em reais (P25-P75)	500,00	1.000,00	0,004
Anos de estudo (média ± DP)	13,3 ± 3,49	12,5 ± 2,77	0,129

4.4. Características diagnósticas, comorbidades, aspectos clínicos e qualidade de vida

Conforme citado acima, do total de 69 pacientes com Transtornos Alimentares, no momento do estudo, 34 preenchiam critérios para AN (sendo 29 purgativas e 5 restritivas); 26 para BN e 9 para TANE segundo o DSM-IV, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Diagnóstico de Transtorno Alimentar

Grupo com TA		
Diagnóstico		
AN*	BN	TANE
% (N)	% (N)	% (N)
49 (34)	38 (26)	13 (9)

*Subtipo Purgativo N= 29 (85%) e Subtipo Restritivo N= 5 (15%)

De acordo com a tabela 4 abaixo, a idade média de início dos primeiros sintomas de TA no grupo de estudo é de 15,97 anos (DP =4,7), sendo a idade média de diagnóstico de 20,3 anos (DP = 6,729). Dentre os três subtipos de TA avaliados o TANE é aquele em que a idade média para início dos primeiros sintomas é a mais alta 19,33 (DP = 7,106) sendo a idade média de diagnóstico de 23,22 (DP = 6,61). Quanto ao tempo de doença, a média é de 11,88 anos (DP = 6,86).

Tabela 4 – Tempo de Doença

	Grupo com TA		AN		BN		TANE	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade	27,86	6,447	27,59	6,33	27,88	7,09	28,78	5,449
Idade Sint. Iniciais TA	15,97	4,7	16,06	3,651	14,69	4,532	19,33	7,106
Idade Diagnóstico TA *	20,3	6,729	20,91	5,77	18,5	7,633	23,22	6,61
Tempo de doença	11,88	6,86	16,1	3,65	14,7	4,3	19,36	7,11

* Idade em que preencheu os critérios do DSM-IV (avaliados retrospectivamente durante entrevista clínica, sujeito a viés de memória), não necessariamente idade em que começou o tratamento ou que recebeu o diagnóstico de um médico.

No grupo de pacientes investigou-se o histórico de tentativas de suicídio e constatou-se que mais de metade dos pacientes com TA, nos três subtipos estudados, relatam pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida, ficando os dados assim distribuídos quando consideradas as duas categorias (1 a 3 tentativas e 4 ou mais tentativas): sujeitos com diagnóstico de BN com 57,7% , seguidos por TANE com 55,5% e por último AN com 52,9%, conforme tabela 5.

Tabela 5 – Tentativas de suicídio por subtipos de TA

	AN (N=34)	BN (N=26)	TANE (N=9)
	% (N)	% (N)	% (N)
Nenhuma tentativa	47,1 (16)	42,3 (11)	44,4 (4)
De 1 a 3 tentativas	38,2 (13)	42,3 (11)	22,2 (2)
4 ou mais tentativas	14,7 (5)	15,4 (4)	33,3 (3)

A tabela 6 apresenta as comorbidades psiquiátricas encontradas nos grupos com e sem transtornos alimentares. O Transtorno Depressivo Maior acomete 59,4% das pacientes com TA, em especial na AN (67,6%). O Transtorno Bipolar do Humor (tipos I e II) é prevalente em 34,7% das pacientes com TA e atinge 46,2% daquelas com BN, no TANE a prevalência é de 44,4%. Os transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas mais frequentemente encontrados foram: Dependência de Substância (28,9%), em especial na BN (42,3%), Dependência de Alcool (15,9%), também mais prevalente na BN (19,2%) e Abuso de Alcool (10,1%), sendo esse último mais presente na AN (14,7%). Transtornos de Ansiedade também foram diagnosticados nas pacientes com TA, sendo: Pânico (39,1%); Ansiedade Social (39,0%); TOC (24,6%) e Fobia Específica (20,2%).

Tabela 6 - Comorbidades Psiquiátricas

Comorbidades	Grupo c/TA				Grupo s/TA
	AN N=34 % (N)	BN N=26 % (N)	TANE N=9 % (N)	Total N=69 % (N)	Total N=69 % (N)
Transtornos Depressivos					
Transtorno Depressivo Maior	67,6 (23)	50,0 (13)	55,6 (5)	59,4 (41)	7,0 (5)
Distímia	0	3,8 (1)	0	1	1,4 (1)
Transtorno Depressivo Breve Recorrente	2,9 (1)	0	0	1,4 (1)	1,4 (1)
Transtornos Bipolares					
Transtorno Bipolar I e II	23,5 (8)	46,2 (12)	44,4 (4)	34,7 (24)	0
Transtornos Psicóticos					
Transtorno Esquizoafetivo	2,9 (1)	0	0	1	0
Abuso e Dependência de Alcool e Drogas					
Abuso de Alcool	14,7 (5)	7,7 (2)	0	10,1 (7)	1,4 (1)
Dependência de Alcool	14,7 (5)	19,2 (5)	11,1 (1)	15,9 (11)	0
Abuso de Outras Substâncias	0	7,7 (2)	0	2,8 (2)	1,4 (1)
Dependência de Outras Substâncias	20,6 (7)	42,3 (11)	22,2 (2)	28,9 (20)	0
Transtornos de Ansiedade					
Transtorno de Pânico	35,3 (12)	38,5 (10)	55,6 (5)	39,1 (27)	1,4 (1)
Agorafobia sem histórico de Transtorno de Pânico	5,9 (2)	7,7 (2)	0	5,7 (4)	1,4 (1)
Ansiedade Social	44,1 (15)	34,6 (9)	33,3 (3)	39,0 (27)	15,9 (11)
Fobia Específica	20,6 (7)	11,5 (3)	44,4 (4)	20,2 (14)	5,8 (4)
Transtorno Obsessivo Compulsivo	29,4 (10)	23,1 (6)	11,1 (1)	24,6 (17)	0
Transtorno de Estresse Pós-traumático	8,8 (3)	7,7 (2)	11,1 (1)	8,6 (6)	0
Transtorno de Ansiedade Generalizada	5,9 (2)	3,8 (1)	0	4,3 (3)	1,4 (1)
Transtornos Somatoformes					
Hipocondria	2,9 (1)	0	0	1,4 (1)	0

O número de comorbidades psiquiátricas foi avaliado no grupo de pacientes, junto aos três subtipos de TA, conforme tabela 7. Quando consideradas duas ou mais comorbidades psiquiátricas encontrou-se: AN (97%); BN (96%) e TANE (88,8%). Quatro ou mais comorbidades foram identificadas com a seguinte distribuição: BN (53,8%); AN (47,1%) e TANE (33,3%). No grupo com TA nenhum paciente apresentou o diagnóstico puro, ou seja, todos foram diagnosticados com uma ou mais comorbidades psiquiátricas.

Tabela 7 - Número de Comorbidades Psiquiátricas

Número de Comorbidades	Grupo com TA				Grupo controle
	AN N=34 % (N)	BN N=26 % (N)	TANE N=9 % (N)	Total N=69 % (N)	N=69 % (N)
Nenhuma	0	0	0	0	71,0 (49)
1 comorbidade	2,9 (1)	3,8 (1)	11,1 (1)	4,3 (3)	20,3 (14)
2 comorbidades	23,5 (8)	26,9 (7)	11,1 (1)	23,2 (16)	7,2 (5)
3 comorbidades	26,5 (9)	15,4 (4)	44,4 (4)	24,6 (17)	1,4 (1)
4 ou mais comorbidades	47,1 (16)	53,8 (14)	33,3 (3)	47,8 (33)	0

O Teste t de Student mostrou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) quando se comparou a QV geral e cada um dos domínios entre o grupo com TA e o grupo sem TA, conforme tabela 8. Calculou-se também o Delta Percentual das médias a fim de se verificar o domínio que apresentava maior prejuízo na QV e este foi o psicológico $\Delta\% = 33,6$.

Tabela 8 - Comparação entre os grupos com e sem TA quanto aos domínios da QV e a QV geral

Domínios	Com TA (X $\pm$ DP)	Controle (X $\pm$ DP)	p	Delta%
Físico	11,3 $\pm$ 3,1	14,1 $\pm$ 2,3	< 0,001	19,9
Psicológico	9,7 $\pm$ 2,9	14,6 $\pm$ 2,1	< 0,001	33,6
Nível de Independência	12,0 $\pm$ 3,3	16,2 $\pm$ 2,0	< 0,001	25,9
Relações Sociais	12,1 $\pm$ 2,8	14,9 $\pm$ 2,3	< 0,001	18,8
Meio Ambiente	11,9 $\pm$ 2,2	13,3 $\pm$ 1,6	< 0,001	10,5
Espiritualidade	12,6 $\pm$ 4,2	15,7 $\pm$ 2,7	< 0,001	19,7
Geral	11,4 $\pm$ 2,2	14,5 $\pm$ 1,5	< 0,001	21,4

Quanto à diferença entre os subtipos de TA para a QV geral, bem como para os domínios, a análise de variância não mostrou significância estatística, mas todos foram estatisticamente menores que o grupo controle ($p < 0,05$), conforme demonstrado na tabela 9.

Tabela 9 - Comparação entre os subtipos de TA quanto aos domínios da QV e a QV Geral

Domínios	WHOQOL - Domínios							
	Anorexia		Bulimia		TANE		Grupo Controle *	
	(n=34)		(n=26)		(n=9)		(n=69)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Físico	10,73	3,39	12,3	2,70	10,44	1,97	14,0	2,33
Psicológico	9,25	2,91	10,2	3,15	10,13	1,97	14,6	2,08
Nível de Independência	11,04	3,42	13	2,87	12,30	2,97	16,2	2,04
Relações Sociais	11,48	2,9	12,85	2,70	11,96	2,28	14,8	2,30
Meio Ambiente	11,55	2,36	12,4	1,88	12,12	1,99	13,2	1,57
Espiritualidade	11,26	4,05	13	4,17	12,20	4,57	15,6	2,69
Geral	10,86	2,37	12,12	2,19	11,50	1,28	14,45	1,50

*Grupo controle maior que todos os demais $p < 0,05$

Quando se comparou os escores de QV e cada uma das comorbidades dentro do grupo de TA como um todo não foram encontradas diferenças significativas. O mesmo ocorrendo quando se comparou os escores de acordo com cada subtipo de TA. No entanto, quando se comparou a QV tanto geral como por domínios entre as pacientes com AN com e sem o Transtorno de Pânico, o teste t de Student mostrou diferença estatisticamente significativa em quase todos os domínios (exceto o físico e meio ambiente) e no escore de QV geral (conforme tabela 10).

Tabela 10 - Qualidade de Vida e Comorbidade com Transtorno de Pânico em AN

Anorexia Nervosa (N=34)					
Domínio	Sem Pânico (N= 22)		Com Pânico (N= 12)		p < 0,05
	Média	DP	Média	DP	
Físico	11,333	3,2383	9,639	3,5461	0,168
Psicológico	10,027	3,0918	7,833	1,9388	0,016
Nível Independência	11,898	3,5361	9,479	2,6851	0,047
Relações Sociais	12,576	2,7162	9,472	2,1199	0,002
Meio Ambiente	11,869	2,5578	10,99	1,9346	0,307
Espiritualidade	12,591	3,8626	8,833	3,2983	0,008
Geral	11,555	2,3486	9,597	1,9027	0,019

4.5. Análises adicionais

Foi analisada a possível correlação entre o tempo de doença e cada um dos domínios da QV, bem como da QV geral, não se encontrando correlação superior a 0,20; sem significância estatística em todos os casos. Compararam-se os escores de QV entre as três categorias relacionadas às tentativas de suicídio (nenhuma, de uma a três, quatro ou mais tentativas), sendo que a análise de variância não detectou qualquer diferença entre os grupos. Comparando-se as médias de QV, geral e por domínios, entre os grupos divididos pelo número de comorbidades (uma, duas, 3, 4 ou mais), também não foi verificada qualquer diferença estatisticamente significativa, a partir da análise de variância. Estratificando-se o grupo com TA, em “ter ou não uma religião” e “ter ou não um companheiro” (casado ou vivendo maritalmente), a QV geral e seus domínios não apresentaram diferença estatisticamente significativa no teste t de Student para amostras independentes. A análise sobre o tempo de estudo não apresentou correlação com a QV utilizando-se o teste de correlação linear de Pearson.

Na tentativa de buscar as variáveis que pudessem melhor explicar a QV, geral e em seus domínios, nos sujeitos com TA foi realizada a análise de regressão *Stepwise*, entretanto nenhuma variável pode ser incluída no modelo por não apresentarem correlações significativas. As variáveis dependentes foram: QV geral e cada um dos domínios e as independentes foram tempo de doença, tempo de diagnóstico, renda individual e número de comorbidades.

5. DISCUSSÃO

5.1. Características sociodemográficas e clínicas

O presente estudo examinou os prejuízos de QV em 69 pacientes, do sexo feminino, com Transtornos Alimentares (AN n = 34; BN n = 26 e TANE n = 9), com idades entre 18 a 45 anos; dos quais 68,1% eram solteiros; 75,4% sem filhos, 50,7% de etnia branca; 63,7% professavam alguma religião (39% católica, 19% evangélica/crente e 5,8 % outras), 39% estavam desempregados, 13% afastados em licença médica e apresentavam em média 13,3 anos de estudo (DP= 3,5 anos). A mediana da renda era de R\$500,00. As características sociodemográficas encontram-se detalhadas e apresentadas na tabela 1. A idade média encontrada ($27,8 \pm 6,4$ anos DP) é semelhante àquela identificada em outros trabalhos que também estudaram QV em TA (Hay et al., 2010; De la Rie et al., 2005; Mond et al., 2005).

A comparação dos dados sociodemográficos entre os grupos com e sem TA indicou algumas diferenças estatisticamente significantes (tabela 2). Observou-se que o grupo com TA mais frequentemente estava afastado de suas atividades profissionais, em licença médica, ou desempregado e apresentava rendimento proporcionalmente inferior. Notou-se diferença ainda quanto à religiosidade, o grupo com TA menos frequentemente professava uma religião. A questão da religiosidade não foi discutida nos trabalhos anteriores de QV em TA aos quais tivemos acesso e a razão para a este nosso achado nos é desconhecida. No entanto, esse ponto será retomado mais adiante ao discutirmos a QV das pacientes com TA. Chamou-nos atenção o fato da doença, aparentemente, não ter afetado; como seria esperado, o estado civil, bem como a condição de ter filhos em tais pacientes. Em estudos anteriores o grave prejuízo funcional de portadores de TA foi considerado comparável ao dos transtornos do humor e ansiosos (Mond et al., 2004) e à esquizofrenia (Arkell & Robinson, 2008). Nossos achados sugerem que as múltiplas complicações associadas aos TA tendem a resultar em funcionamento profissional e ocupacional empobrecido.

A análise das características clínicas do grupo de TA estudado indicou: maioria com AN do subtipo purgativo; presença de diversas comorbidades psiquiátricas; frequentes tentativas de suicídio, longo tempo de doença e demora entre o início dos sintomas e a realização do diagnóstico (vide tabela 4). Detectou-se um tempo médio de doença de aproximadamente 12 anos ($11,88 \pm 6,86$ anos DP), conforme tabela 4. Esse resultado está ligeiramente acima daquele encontrado no estudo de De la Rie et al., (2005), que igualmente encontrou uma média elevada ($9 \text{ anos} \pm 8,5 \text{ DP}$) e, embora não exista consenso para se definir cronicidade em TA, este dado sugere a gravidade do quadro clínico dos pacientes e o pior prognóstico.

A presença do comportamento purgativo em pacientes com AN já foi apontada como fator de maior gravidade em estudos anteriores (Padierna et al, 2000; Mond et al., 2004 b; Mond et al., 2005; Gonzalez-Pinto et al., 2004; De la Rie et al., 2007; Ackard et al, 2011). Em função das complicações clínicas da purgação (desequilíbrio eletrolítico e problemas cardíacos) também foram feitas associações com o aumento da mortalidade (Herzog et al., 2000) e à elevação na frequência de tentativas de suicídio (Milos et al., 2004; Foulon et al., 2007). O longo tempo de doença nos TA já foi relacionado à piores resultados após intervenção em estudo de Padierna e cols. (2004). Pacientes com igual prejuízo de QV no início do estudo apresentaram diferenças após dois anos de tratamento multidisciplinar em centro específico para TA, quando o grupo com menos de cinco anos de doença melhorou em todas as dimensões (exceto limitação por aspectos emocionais), na comparação com o grupo com tempo de doença maior que cinco anos. Portanto, tais características clínicas de nosso grupo, quando associadas são sugestivas de quadros de maior gravidade e pobre resposta a tratamento.

Em nosso grupo de estudo, quando consideradas uma ou várias tentativas de suicídio ao longo da vida (1 a 3; 4 ou mais), encontrou-se: BN (57,7%); TANE (55,5%) e AN (52,9%), conforme tabela 5. De acordo com a literatura, o número de tentativas de suicídio nos TA, tanto nos quadros completos como nas síndromes parciais, ou seja, nos quadros com manifestações mais brandas ou incompletas, apresenta-se aumentado em

relação à população normativa (Lewinsohn et al., 2000; Nagata et al., 2000) e comparável ou mais alto que em outras populações psiquiátricas (Bulik et al., 1999). Em alguns estudos que investigaram prevalência de tentativas de suicídio em TA e em outras populações psiquiátricas, observou-se que estas estariam associadas a um perfil mais impulsivo (Corcos et al., 2002), à possível presença de transtornos do eixo II (Shearer et al., 1988), à comorbidade com transtornos do humor, principalmente Depressão e Transtorno Bipolar, (Tondo et al., 2007; Rihmer, 2005) e à Transtornos relacionados ao uso de substâncias (Hatsukami et al., 1986), todos fatores comumente associados a risco aumentado de tentativas de suicídio ou a suicídio completo. Cabe, entretanto, destacar que estudos que compararam frequências de comportamento suicida em AN e BN não foram conclusivos, com alguns que não identificaram diferença entre os subtipos (Bulik et al., 1999; Corcos et al., 2002) e um que constatou menores taxas em AN que BN (Favaro & Santonastaso, 1996). Portanto, a elevada prevalência de tentativas de suicídio no grupo estudado é mais um indicativo importante da gravidade dos pacientes envolvidos, destacando-se que a tentativa de suicídio é tida como um potente e confiável fator de risco para o suicídio completo (Guillaume et al., 2011; Pompili et al., 2006). Infelizmente não foram investigados nesse estudo os Transtornos do eixo II, mas consideramos razoável prever uma tendência de que os encontraríamos com elevada prevalência, pois estes são tidos como muito frequentes nos TA e particularmente associados à cronicidade e comorbidades do eixo I (Shearer et al., 1988; Herzog et al., 1992; Skodol et al., 1993; Yager et al., 2006) à maior número de hospitalizações, comportamento suicida e pior evolução durante o tratamento (Yager et al., 2006). Não fazia parte do escopo deste trabalho a utilização de uma medida de impulsividade, por exemplo, a escala de Barratt (Patton et al., 1995), mas com base exclusiva em observação clínica de pacientes de nosso ambulatório de TA, nota-se a presença de comportamentos que sugerem de fato um perfil impulsivo.

5.1.1. Comorbidades

Como demonstrado na tabela 7 todos os pacientes apresentaram ao menos um transtorno comórbido e uma parte deles apresentava 4 ou mais comorbidades: BN (53,8%), AN (47,1%), e TANE (33,3%). Estudos como o de Milos et al., (2004), confirmam que apenas uma minoria (16%) das pacientes apresenta o quadro exclusivo de TA, como fora observado naquele grupo com longo tempo de doença (11,5 anos $\pm$ 9,8 DP). Os quadros comórbidos mais encontrados em nosso grupo com TA (vide tabela 6) foram os Transtornos do Humor, Transtornos Relacionados ao Abuso e Dependência de Alcool e Drogas, e ainda os Transtornos de Ansiedade. Tais comorbidades são similares às aquelas encontradas em outros estudos em população de TA (Halmi et al., 1991; Herzog et al., 1996, Hudson et al., 1983; Braun et al., 1994; Godart et al., 2002; Yager et al., 2006).

Dentre os Transtornos do Humor diagnosticados no grupo de TA, os Transtornos Depressivos apresentaram prevalência de: 59,4%, corroborando estudos anteriores que identificaram frequências de 17,7% a 77% (Halmi et al., 1991; Herzog et al., 1996, Braun et al., 1994; Hudson et al., 1983; Hudson et al., 2007). Os Transtornos Bipolares tipos I e II foram encontrados com prevalência de 34,7%. Alguns estudos prévios constataram frequências mais baixas, de 3% a 17% (Hudson et al., 1983; Hudson et al., 2007). No entanto, é possível supor que tais diferenças possam ser atribuídas, dentre outros fatores, a variações metodológicas na realização dos diagnósticos ou ao próprio estágio do tratamento nos quais os pacientes se encontravam quando acessados. Ao realizar revisão de 27 estudos Mc Elroy et al. (2005) observaram grande variação de prevalências de Transtorno Bipolar nas populações com Transtornos Alimentares (de 0 a 64%).

Em nosso grupo, quando considerados em conjunto os pacientes com TA, encontrou-se prevalências de 15,9% para Dependência de Alcool e 28,9% para Dependência de Outras Substâncias, em contraste com o grupo controle, no qual não foram diagnosticados sujeitos nestas categorias. A comparação dessas frequências com a literatura fica dificultada pela diferença

de classificações adotadas entre os estudos, quanto às drogas, bem como pela inclusão ou não de todos os subtipos de TA nas pesquisas. Estudos prévios, que analisaram em conjunto abuso/dependência de álcool e outras drogas encontraram prevalências dentro de uma faixa de 5,2% a 40%, incluindo-se AN e BN (Bulik et al., 2004; Herzog et al., 1992 b; Halmi et al., 1991; Franko et al., 2005; Hudson et al., 2007). Em nosso grupo de estudo, o achado relativo às prevalências de comorbidade com dependência de substâncias pode ser também um indicativo do comportamento compensatório de tais pacientes, que tendem a fazer uso de algumas dessas drogas inclusive para controle de apetite e peso.

Os quadros de Ansiedade mais observados no grupo com TA foram Transtorno de Pânico (39,1%); Transtorno de Ansiedade Social (39%) e Transtorno Obsessivo Compulsivo (24,6%), em comparação com o grupo controle, no qual os mesmos foram encontrados com as seguintes prevalências: 1,4%; 15,9% e 0%, respectivamente. Estudos anteriores sobre comorbidades em TA já indicaram a frequente associação destes com os Transtornos de Ansiedade, confirmando que eles são mais comuns entre pacientes com TA que na população geral (Swinbourne & Touyz, 2007). Diferentes estudos têm demonstrado o surgimento de Transtornos de Ansiedade precedendo o início dos TA (Kaye et al., 2004; Kaye et al., 2008; Swinbourne & Touyz, 2007; Becker et al., 2004), sugerindo a possibilidade dos Transtornos Ansiosos aumentarem a vulnerabilidade para TA. Naqueles estudos destacou-se que os estados de desnutrição seriam responsáveis por exagerar traços ansiosos pré-morbidos e não por causá-los. Especificamente em relação ao Pânico, cuja prevalência em nosso grupo de TA fora significativa (39,1%) nota-se que estudos anteriores encontraram frequências inferiores, de 3% a 23,7% (Hudson et al., 2007; Godard et al., 2006). A razão desta prevalência aumentada em nossa população é desconhecida. As prevalências de TOC observadas em nosso grupo de TA, de 24,6% e 29,4% especificamente na AN, são similares às pesquisas anteriores, que focaram exclusivamente na AN e acharam 25% (Kaye et al., 2004; Halmi et al., 1991; Godart et al., 2002). Considera-se que AN e TOC apresentem uma relevante

sobreposição e que isso poderia refletir tanto elementos neurobiológicos, incluindo genéticos, como psicológicos comuns aos dois quadros (Swinbourne & Touyz, 2007). As elevadas prevalências de TOC em AN têm sido entendidas por alguns autores dentro de uma perspectiva funcional, sugerindo que comportamentos compulsivos reduzem os níveis de ansiedade e por essa razão especula-se que tal regulação seria buscada através do mecanismo envolvendo os comportamentos bulímicos e restritivos nos TA (Lockwood et al., 2004; Swinbourne & Touyz, 2007). A Ansiedade Social também é um dos Transtornos Ansiosos mais comumente encontrados nos TA, e a prevalência que achamos, de 39,0%, está dentro da faixa de variação encontrada por Hudson et al., (2007) que foi de 24,8% a 41,3%, incluindo-se BN e AN. No entanto, em ampla revisão de estudos de TA com comorbidade com Transtornos Ansiosos, Swinbourne & Touyz (2007) encontraram larga variação das prevalências de Ansiedade Social entre os trabalhos, com frequências de 16% a 88,2% em AN e de 17% a 67,8% em BN.

5.1.2. Transtorno alimentar não especificado

Parece-nos relevante fazer algumas observações no que se refere aos pacientes com o Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE), apesar do pequeno número de sujeitos em nosso grupo ($n=9$), o qual impossibilitaria inferências. A comparação com outros trabalhos ficou dificultada não só pela casuística pequena como também pela variedade de apresentações de TANE incluídas nos estudos disponíveis com esse subgrupo. A heterogeneidade dessa população, caracterizada por sintomatologia alimentar muito diversificada e gravidade, já fora destacada em estudos que evidenciaram tratar-se de quadros muito persistentes, com alta variabilidade no curso da doença (Herzog et al., 1993; Fairburn et al., 2007; Turner et al., 2010) e com taxas de mortalidade que podem inclusive ser mais elevadas que na BN (Arcelus et al., 2011).

A atual discussão sobre as mudanças previstas para o DSM-V envolve modificações na classificação dos casos hoje tratados como TANE. Críticas ao DSM-IV indicam que a classificação corrente está distante da realidade e das necessidades clínicas, por reconhecer exclusivamente as condições de AN e BN, em detrimento de outras. Desta forma, uma parte muito significativa dos pacientes (mais de 50% segundo Fairburn et al., 2005) ficaria relegada ao diagnóstico residual de TANE. Ter um número grande de pacientes classificados como TANE representa alguns problemas, de acordo com Uher & Rutter (2012), primeiro: trata-se de grupo muito diversificado em termos de apresentação, prognóstico, sequelas físicas e resultado de tratamento. Segundo, muitos casos de TANE representariam apenas uma fase de outros quadros (AN ou BN). Terceiro, por tratar-se de categoria residual, erroneamente pode-se ter a idéia de que são quadros pouco graves, o que não coincide com a realidade. Para solucionar tais problemas têm sido discutidas propostas tanto para o DSM-V como para o CID-11, sendo que as principais implicariam basicamente na expansão de alguns dos atuais critérios e no reconhecimento do TCAP como uma terceira categoria de TA, retirando-o da atual classificação de TANE.

De acordo com Fairburn & Cooper (2011) as mudanças sugeridas, embora bem-vindas, serão insuficientes. Os autores argumentam que os TA não são estáveis, pois os pacientes transitam entre os subtipos de TA ao longo da vida e então propõem o entendimento e manejo dos TA dentro de um conceito de “transdiagnóstico”. A proposta do “transdiagnóstico” apresenta similaridades com outro trabalho atual (Brooks, 2012), que com base em achados de genética e de neuroimagem, sugere a pertinência de uma abordagem que colocaria o TANE, o TCAP e os demais TA dentro de um espectro que levaria em conta o grau de impulsividade presente no quadro alimentar para classificá-lo num continuum. Portanto, os achados quanto às características clínicas de nosso subgrupo de TANE (múltiplas comorbidades, longo tempo de doença, várias tentativas de suicídio), que são similares àqueles observados nos demais TA, ao mesmo tempo em que requerem cautela na interpretação devido ao pequeno número de sujeitos, são indicativos de um grupo clinicamente tão prejudicado quanto os de BN ou AN.

5.2. Qualidade de vida em pacientes com TA e nos subtipos de TA

O objetivo principal desse trabalho foi o de avaliar a QV de pacientes com TA em comparação com a de indivíduos sem TA. Constatou-se, com base no instrumento utilizado, que a QV de pacientes com TA é pior que a dos indivíduos sem TA, confirmando a hipótese inicial desse estudo e corroborando estudos anteriores (Doll et al., 2005; Mond et al., 2005; De la Rie et al., 2005; Latner et al., 2008; Padierna et al., 2000; Gonzalez et al., 2001; Etcheberria et al., 2002; Scocco et al., 2006; Spitzer et al., 1995; Gonzalez-Pinto et al., 2004; Keillen, 1994; Herpertz-Dahlmann et al., 2008; Jones et al., 2008; Arkell & Robinson, 2008; Muñoz et al., 2009; Bamford & Sly, 2010; Arostegui et al., 2010; Hay et al., 2010). Nossos dados indicaram a QV marcadamente empobrecida nos pacientes com TA, em comparação com o grupo controle, confirmando o grau de devastação causado pela doença e seu impacto no funcionamento global destes.

A análise dos dados sociodemográficos havia indicado uma diferença quanto à religiosidade entre o grupo sem TA e o grupo com TA, sendo que

este último menos frequentemente professava uma religião. No entanto, a análise estatística indicou que “ter uma religião” não se correlacionou com maiores escores de QV (ou melhor QV) no grupo com TA. Esse achado nos chamou atenção em função de estudos que já investigaram a influência da religiosidade sobre a saúde mental e geral e que indicaram uma associação positiva entre religiosidade e melhores prognósticos, maior bem-estar e melhor QV (Lotufo et al., 2011; Rocha et al., 2008) sugerindo que esta funcionaria como um elemento protetor para a saúde. Acreditamos que tal aspecto mereceria investigação futura mais detalhada, eventualmente com um instrumento adequado para explorar tal dimensão, por exemplo, o WHOQOL-SRPB – módulo Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais. O WHOQOL-100 que utilizamos, por ser um instrumento geral, é considerado limitado para explorar a questão da religiosidade, por conter apenas quatro questões sobre este aspecto e, portanto, seria insuficiente para investigar as amplas inquietações existenciais contidas nessa dimensão e que provavelmente se refletem na percepção de QV de tais pacientes (Rocha et al., 2008).

Um dos objetivos secundários de nosso estudo foi investigar eventuais diferenças de QV entre os subtipos de TA (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e TANE). Não foram encontradas diferenças significativas quanto a QV, tanto na avaliação geral quanto analisada por domínios, entre os subtipos de TA, mas todos foram estatisticamente menores que o grupo controle, indicando pior QV.

Quanto a diferenças entre o subtipo de AN restritivo em comparação com a AN purgativa também não houve diferença significativa, possivelmente devido ao fato de que o número de sujeitos com o subtipo restritivo em nossa amostra era muito pequeno (cinco pacientes), dificultando qualquer inferência. A ausência de diferenças entre os subtipos de TA merece atenção, pois diferentes estudos sugerem pior prognóstico e maior comprometimento nos pacientes com AN (Keilen et al., 1994; Padierna et al., 2000; Turner et al., 2010), em particular do subtipo purgativo (Gonzalez-Pinto et al., 2004; Mond et al., 2004 b; Mond et al 2005; Ackard et al., 2011; Meguerditchian 2009). No

entanto, tal diferença parece não se refletir regularmente nos estudos de QV, nos quais os dados que encontramos em revisão não foram conclusivos. Algumas investigações não constataram diferenças entre os subtipos de TA comparados (Gonzalez et al., 2001; De la Rie et al., 2005). Doll et al., (2005), no entanto, constataram menor prejuízo de QV e maior satisfação em relacionamento social na AN restritiva que na AN purgativa e BN. Entretanto, em contraposição, naquele mesmo estudo, 29% dos pacientes com AN referiram ideação suicida, taxa superior à BN (15%) e TCAP (4,5%). Padierna et al., (2000) encontraram maior prejuízo nos relacionamentos familiares e sociais na AN que na BN. O estudo de Muñoz et al., (2009) chama atenção para maiores prejuízos na AN (sem diferenciar entre os subtipos restritivo ou purgativo) na comparação com TANE e BN. No entanto, a gravidade do quadro alimentar foi um fator que apareceu, em vários estudos, como diretamente relacionada ao prejuízo da QV (Danzl et al., 2001; Padierna et al., 2002; Padierna et al., 2004; Mond et al., 2004; Gonzalez et al., 2001; Munhõz et al., 2009; Bamford & Sly, 2010; Arostegui et al., 2010), indicando que quanto mais grave a sintomatologia alimentar, pior a QV. Alguns autores que consideraram que os resultados foram inconclusivos, quando se comparou os subtipos de TA, em especial para a AN (Hay & Mond, 2005), destacaram a natureza egossintônica da doença, como um fator que pode confundir os achados, na medida em que contribui para que a paciente negue a doença, subestime a gravidade de suas consequências clínicas e demonstre ambivalência diante do tratamento. Em nossa amostra, com quase 50% de pacientes com AN, é possível que o aspecto egossintônico da doença também tenha causado alguma influência na percepção das pacientes diante de uma autoavaliação de QV. Além disso, pareceu-nos que, possivelmente, a gravidade da sintomatologia alimentar associada às características clínicas, do grupo como um todo, responda melhor pela não diferença na QV entre os subtipos estudados.

5.3. Domínios de qualidade de vida prejudicados em TA

Outro objetivo secundário desse trabalho foi o de investigar eventuais domínios de QV mais prejudicados nas pacientes com TA. Em nosso estudo, todos os domínios avaliados pelo instrumento WHOQOL-100, mostraram-se rebaixados no grupo com TA quando comparados ao grupo controle: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade e qualidade de vida geral (vide tabela 8). Esse achado corrobora os dados encontrados por outros autores (De la Rie et al., 2005; Herpertz-Dahlmann et al., 2008; Gonzalez-Pinto et al., 2004; Scocco et al., 2006), que evidenciaram deterioração global de QV, tanto nos domínios físico e psicológico como social, em pacientes adultos e adolescentes.

Embora todos os domínios tenham se mostrado rebaixados no grupo de TA, quando estes foram comparados entre si, notou-se que a deterioração do domínio psicológico foi a mais evidente (vide tabela 8). Esse último achado é convergente com outros estudos, que embora tenham utilizado metodologias e instrumentos diferentes, igualmente constataram maiores impactos dentro de uma categoria ampla envolvendo saúde mental, social ou psicológica (Hay et al., 2010; Padierna et al., 2000; Latner et al., 2008). Dois estudos que utilizaram o WHOQOL-100 (Scocco et al., 2006; Arkell & Robinson, 2008), embora tenham trabalhado com um número muito pequeno de sujeitos com TA (12 e 11, respectivamente), encontraram prejuízos em todos os domínios, tendo sido o psicológico o mais pronunciado. Estudos que também investigaram domínios, mas focaram-se em sua evolução pós tratamento citaram que o psicológico teria sido aquele que menos melhorou ao longo do tempo (Padierna et al., 2004; Muñoz et al., 2009; Meguerditchian et al. 2009; Hay et al., 2010). Consideramos que esse resultado era esperado porque o domínio psicológico, da forma como é investigado pelo instrumento WHOQOL-100, avalia itens centrais dos TA, e que são fontes de constante insatisfação nessa população, tais como: autoestima, imagem corporal e aparência, além dos aspectos cognitivos (pensar, aprender, memória e concentração). Déficits cognitivos resultantes de períodos de desnutrição

prolongada, com implicações no funcionamento global tem sido referidos (Lauer et al., 1999; Chui et al., 2008), sendo que a possibilidade de reversão destes; mesmo após a remissão da doença; continua em discussão. Os aspectos ligados à autoimagem são fundamentais e fortemente impactados nos transtornos alimentares, pois tais pacientes enfatizam exageradamente sua imagem corporal e condicionam toda sua autoestima a elementos da aparência e a sua capacidade de autocontrole quanto à forma e peso corporais. Estudos também já indicaram que baixa autoestima e sentimentos de baixa efetividade são mais pronunciados em pacientes com TA (Jacobi et al., 2004). Em trabalho de De la Rie et al., (2005) a autoestima foi considerada, como o fator pessoal que, na visão das pacientes com TA, mais contribuiria para a QV, influenciando não só a QV em si como também as percepções das pacientes quanto aos estressores contextuais. A dimensão “bem-estar e auto-imagem” foi referida, pelas pacientes, em estudo de De la Rie (2007), como a segunda mais importante para sua QV. Assim, observa-se que pacientes com TA tendem a apresentar uma atitude peculiar frente ao corpo, visto por um lado como aquilo de que dispõem de mais precioso e ao mesmo tempo como o inimigo a ser mutilado ou até eliminado (Pompili et al., 2006). Portanto, o rebaixamento do escore no domínio psicológico, nos pareceu congruente e está refletindo adequadamente o nível de insatisfação com a imagem corporal e aparência, bem como a baixa autoestima destas pacientes.

5.4. Anorexia nervosa e comorbidade com o transtorno de pânico

A QV geral e quase todos os domínios (psicológico, nível de independência, relações sociais, e espiritualidade) apresentaram escores significativamente mais rebaixados quando da presença do Transtorno de Pânico (dentre os outros quadros comórbidos) em pacientes com AN no grupo de estudo, em comparação com aquelas que não apresentaram esta comorbidade (vide tabela 10). Parece-nos que esse achado foi um diferencial desse estudo, pelo menos até onde é de nosso conhecimento. Como já dito anteriormente, quadros ansiosos são frequentes nas populações com TA e

muitas vezes precedem ao aparecimento da psicopatologia alimentar. Em estudo anterior observou-se que pacientes com histórico de TOC precoce tenderiam a apresentar altas taxas de Transtorno de Pânico, TA e Transtornos de Personalidade ao longo da vida (Pinto et al., 2006). Quanto ao Transtorno de Pânico em comorbidade com TA, especificamente, foram encontrados alguns estudos que o associavam frequentemente à BN ou a sintomas bulímicos (Wu et al. 2008; Godart et al., 2006). Ter BN na adolescência também já foi considerado fator de risco para pânico na vida adulta (Buckner et al., 2010). Um estudo canadense (Gadalla et al., 2008), que utilizou dados de âmbito nacional (n = 20,211), encontrou associação entre pânico e todos os tipos de TA. Em pesquisa de Watson et al., (2011), considerou-se que ter uma comorbidade reduzia a QV em pacientes com Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno Bipolar e Transtorno de Pânico. Uma pesquisa que investigou fatores de risco para o comportamento suicida constatou o pânico como fator de risco, no sexo feminino, quando associado à TA, à Transtorno do Humor, à Transtorno ligado ao Uso de Substâncias, ou ainda à Transtorno de Personalidade (Warshaw et al., 2000). Alguns estudos de caso que avaliaram pacientes de TA com comorbidade com pânico concluíram que tais pacientes tenderiam a utilizar-se da comida como estratégia de enfrentamento para responder às sensações somáticas do pânico. Observou-se que tal comportamento exacerbava tanto o pânico como a sintomatologia alimentar, por contribuir para manter o ciclo compulsão versus restrição (Chesler et al., 1995).

Estudos de neurociência que investigaram as sobreposições entre TA e Transtornos de Ansiedade trazem alguma luz para o entendimento do pânico com a AN. Pesquisa de Strober et al., (2007) indicou que expressões da ansiedade que ocorrem de forma pré-morbida na AN podem ser resultantes de herança genética, a qual causaria maior susceptibilidade para o desenvolvimento da AN. O estudo levantou a hipótese de que alterações nos neurocircuitos ligados ao medo e ansiedade, quando herdadas, mediarão e responderiam por manifestações de medo e ansiedade de elevada magnitude, relacionadas ao corpo (peso e forma). Ainda segundo aquele

estudo, o porquê tais preocupações estariam focadas no corpo é algo que precisa ser mais investigado. Especula-se no estudo que isso talvez possa ser entendido pelas inquietações comuns da maturação que se dão na puberdade, as quais, segundo os autores funcionariam como estressores de âmbito social e psicológico.

Em nosso grupo de estudo, que apresentou pior QV quando da presença de AN com o Transtorno de Pânico, é possível inferir que o pânico, além de supostamente reforçar o ciclo compulsão/restrrição, como citado na literatura, possa ser percebido como muito impactante na piora da QV por ser extremamente devastador para a funcionalidade do indivíduo, em especial considerando-se que estava associado a outros quadros comórbidos reconhecidamente graves e muito debilitantes (por exemplo, Depressão e Transtorno Bipolar, dentre outros). Sabe-se que o Transtorno de Pânico, isoladamente, já provoca restrições graves no funcionamento social e profissional, gerando perda de dias de trabalho, aumento na busca de serviços de saúde e consequente impacto na independência financeira e autonomia geral dos pacientes. Estudo que investigou a QV de pacientes com pânico constatou QV mais empobrecida que a população normativa mesmo após tratamento e remissão dos sintomas (Davidoff et al., 2012). É possível especular, que pacientes com AN, tendo o pânico como comorbidade, com suas decorrentes limitações concretas, consigam avaliar sua QV como mais empobrecida, a despeito do aspecto egossintônico da AN, presente em algumas pacientes e impeditivo de uma avaliação mais realista. No entanto, mais pesquisas seriam necessárias para entendermos o quanto a baixa QV destas pacientes poderia ser atribuída isoladamente a cada um dos transtornos ou à sua concomitância, às comorbidades adicionais ou ainda à gravidade da sintomatologia alimentar.

6. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES

O presente trabalho tinha como objetivo principal avaliar o prejuízo da QV de pacientes com TA, na comparação com sujeitos sem esses transtornos. Buscava-se ainda verificar se haveria maior prejuízo de QV em algum dos subtipos de TA e pretendia-se conhecer as dimensões de QV mais afetadas pelos transtornos alimentares. Constatou-se significativo prejuízo de QV nos pacientes com TA, em todos os domínios e na QV geral, sem diferença entre os subtipos de TA, na comparação com o grupo controle. Todos os domínios avaliados pelo instrumento (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade) mostraram-se prejudicados e uma comparação do prejuízo entre tais domínios revelou maior impacto na dimensão psicológica. Constatou-se, no grupo com TA, a presença de diferentes comorbidades, como Transtornos do Humor, Abuso e Dependência de Alcool e Outras Substâncias e Transtornos de Ansiedade. Na presença do Transtorno de Pânico, quando em comorbidade com a AN, observou-se maior prejuízo da QV, indicando que tais pacientes devam ser avaliadas com mais cuidado.

As conclusões obtidas nesse trabalho devem ser consideradas à luz de algumas limitações. Nosso estudo baseou-se em instrumento único, subjetivo e de caráter geral para avaliar a QV. Familiares e profissionais de saúde que lidam com tais pacientes não foram ouvidos. É preciso também destacar o aspecto egossintônico da doença, que conforme já dito, contribui para que os pacientes minimizem suas complicações e riscos, constituindo-se como um fator que pode interferir em resultados baseados exclusivamente na autoavaliação. Dentre as comorbidades, não foram avaliados os Transtornos do Eixo II, ou Transtornos de Personalidade, reconhecidamente frequentes nessa população. Outra característica do estudo que demanda precaução na interpretação de seus resultados refere-se à amostra utilizada. O grupo de pacientes foi recrutado em um hospital terciário, único em suas

características, o qual concentra casos graves de TA e supostamente com pacientes com QV sensivelmente prejudicada. O grupo controle, por sua vez, foi artificialmente escolhido como referência de normalidade, e não a partir de amostra coletada aleatoriamente da população geral, e este procedimento pode ter influenciado positivamente os escores dos sujeitos sem TA em comparação com o grupo de pacientes. Por fim, o não controle de variáveis importantes, por exemplo, as comorbidades, pode ter funcionado como um elemento confundidor para a análise dos resultados.

A área de QV em TA poderia se beneficiar de um estudo futuro que investigasse a QV em pacientes com Anorexia Nervosa e Pânico, na comparação com outros TA, com um escopo de instrumentos mais amplo e que incluísse ferramentas de QV específicas para essa população, por exemplo, o EDQOL (Engel et al., 2006). A diferenciação entre o subtipo restritivo e purgativo poderia contribuir para um melhor entendimento dos quadros.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:
ENDEREÇO Nº: APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:
ENDEREÇO: Nº: APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: "OCORRÊNCIA E CORRELATOS DOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO BIPOLAR EM PACIENTES COM TRANSTORNO ALIMENTAR ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO ESPECÍFICO (PROJETO ESPECTRA)"
2. PESQUISADOR : Prof Dr Ricardo Alberto Moreno.
CARGO/FUNÇÃO: Coordenador do GRUDA Ipq do HC FMUSP. INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 48154.
UNIDADE DO HCFMUSP: GRUDA.
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 1 ano

O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de transtornos do espectro bipolar em pacientes atendidos no ambulatório de transtornos alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Os pacientes selecionados serão avaliados por uma equipe de psiquiatras, psicólogo(a) e nutricionista através de entrevista clínica, aplicação de testes e escalas para avaliação de sintomas de humor (depressão ou mania), impulsividade, imagem corporal, qualidade de vida e ajustamento social.

Serão avaliados os pacientes com idade entre 18 e 45 anos, atendidos ambulatorialmente ou internados (grupo experimental), e um grupo de pessoas recrutadas através de meios de comunicação que não apresentem diagnóstico de transtorno alimentar ou transtorno de humor (grupo controle). A avaliação será realizada em data pré-agendada de forma que não interfira no atendimento assistencial ou atividades do paciente/entrevistado.

A avaliação será realizada em parte como entrevista e em parte como preenchimento de questionário pelo próprio paciente/entrevistado. Nenhum procedimento invasivo será realizado (coleta de sangue e/ou material biológico, por exemplo) nem serão testadas medicações ou outras modalidades terapêuticas. O paciente não está sendo exposto a nenhum risco, e o possível desconforto da realização das avaliações será minimizado através de um intervalo no decorrer da entrevista.

Não há benefício imediato para o paciente uma vez que as informações obtidas não influenciarão seu tratamento, porém os resultados deste estudo poderão acrescentar ao entendimento dos transtornos avaliados e, conseqüentemente, na melhor assistência para os pacientes em geral.

O principal investigador é o Dr Ricardo Alberto Moreno, que pode ser encontrado no endereço a seguir: Rua dr Ovídio Pires de Campos, 785, prédio da psiquiatria, 3º andar, ala norte, sala 12. Telefone(s) 3069 6648/ 3069 7894. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com dados de outros pacientes, sem identificar nenhum paciente.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. "OCORRÊNCIA E CORRELATOS DOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO BIPOLAR EM PACIENTES COM TRANSTORNO ALIMENTAR ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO ESPECÍFICO (PROJETO ESPECTRA)". Eu discuti com o meu médico sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

7.2. ANEXO 2 – WHOQOL-100

WHOQOL-100

Versão em português
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre- RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

<i>Quanto você se preocupa com sua saúde?</i>				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas *"extremamente"*, coloque um círculo no número abaixo de *"extremamente"*. Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de *"nada"*. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre *"nada"* e *"extremamente"*, você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão *satisfeito(a)* ou não *satisfeito(a)* você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão *satisfeito(a)* você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão *satisfeito(a)* você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão *satisfeito(a)* você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão *satisfeito(a)* você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão *satisfeito(a)* você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão *satisfeito(a)* você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão *satisfeito(a)* você está com sua capacidade de tomar decisões?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a " *com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você as experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "trabalho" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se às últimas duas semanas.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "quão bem você é capaz de se locomover" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

7.3. ANEXO 3 – ENTREVISTA DA ABTB

Investigador:.....DATA:...../...../.....No. Paciente:.....Iniciais:.....Reg.HC:.....

ENTREVISTA DA ABTB

NOME/CÓDIGO: _____

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: _____

DATA DO 1º ATENDIMENTO: ____/____/____

Endereço : _____

Cidade: _____ CEP: _____ - _____

Telefone para contato: 1- _____ 2- _____

e-mail- _____

Contato de um familiar:

☐ Pai ou mãe ☐ Irmã (o) ☐ Filho (a) ☐ Outro _____

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ - _____

Telefone para contato: 1- _____ 2- _____

e-mail- _____

QUESTIONÁRIO MÉDICO E SOBRE FATORES DE RISCO

Este questionário será usado para a obtenção de informações sobre sua história pessoal e familiar, que são importantes para a compreensão do seu problema.

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ Peso: ____ Altura: ____ Sexo: ☐ M ☐ F

Estado Civil: _____ Número de Filhos: _____ ☐ Não Tem Filhos

Naturalidade (Cidade e Estado onde nasceu): _____

Adotado? ☐ Não ☐ Sim

Gêmeo? ☐ Não ☐ Sim, se sim: ☐ Monozigóticos ☐ Dizigóticos

Etnia: Branca Negra Amarela Parda/mulata Outros: _____

Religião: Católico Judeu
Protestante Testemunha de Jeová
Evangélico/Crente Espírita
Outra, qual: _____ Sem religião

Ocupação Atual: Trabalhando Desempregado
Aposentado por tempo de serviço Do lar
Aposentado por invalidez Afastado (licença médica)
Estudante Outro, qual: _____
Nunca trabalhou

Total do número de anos que já estudou (excluir repetência, contar a partir do 1º. ano do Ensino Fundamental)

Renda Individual: ☐ Não ☐ Sim R\$ _____ (____ N° de salários mínimos)

Renda Familiar: N° de pessoas na casa ____ Total de todos que moram na casa: R\$ _____ (____ N° de salários mínimos)

Investigador:.....DATA:...../...../.....No. Paciente:.....Iniciais:.....Reg.HC:.....

ENTREVISTA DA ABTB

Citalopram (Cipramil, Procimax, Denyl, Alcytam)	S	N			
Escitalopram (Lexapro)	S	N			
Venlafaxina (Efexor, Venlift)	S	N			
Mirtazapina (Remeron)	S	N			
Bupropiona (Welbutrin, Zetron)	S	N			
ANTIDEPRESSIVOS – TCC e OUTROS					
Amitriptilina (Amitril, Tryptanol)	S	N			
Nortriptilina (Pamelor)	S	N			
Imipramina (Tofranil)	S	N			
Clomipramina (Anafranil)	S	N			
Minalciprano (Ixel)	S	N			
OUTROS	S	N			
ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS					
Alprazolam (Frontal, Apraz, Altrox, Tranquinal)	S	N			
Clonazepam (Rivotril, Clonotril)	S	N			
Diazepam (Diempax, Valium)	S	N			
OUTROS	S	N			
NEUROLÉPTICOS – ATÍPICOS					
Clozapina (Leponex)	S	N			
Olanzapina (Zyprexa)	S	N			
Ziprasidona (Geodon)	S	N			
Quetiapina (Seroquel)	S	N			
Aripiprazol (Abilify)	S	N			
Risperidona (Risperdal, Zargus, Risperidon, Respiron)	S	N			
Sulpirida (Equilid; Sulpan, Dogmatil)	S	N			
NEUROLÉPTICOS – TÍPICOS					
Clorpromazina (Amplictil, Longactil)	S	N			
Haloperidol (Haldol)	S	N			
Pimozida (Orap)	S	N			
OUTROS	S	N			
ESTIMULANTES					
Metilfenidato (Ritalina; Concerta; RitalinaLA)	S	N			
Hormônio T4 (Euthyrox, Synthroid, Puran T4)	S	N			
Outros Qual?	S	N			

Você já realizou Psicoterapia? ☐ Não ☐ Sim; Tempo (meses): ____Você já fez Eletroconvulsoterapia? ☐ Não ☐ Sim; Nº sessões: ____Medicações clínicas não psiquiátricas em uso atual: ☐ Não ☐ Sim, descreva:

Investigador:.....DATA:...../...../.....No. Paciente:.....Iniciais:.....Reg.HC:.....

ENTREVISTA DA ABTB

PAI	Não	Sim	Não sei	☐ <i>Bipolar</i> ☐ Depressão	☐ Outro _____
MÃE	Não	Sim	Não sei	☐ <i>Bipolar</i> ☐ Depressão	☐ Outro _____
IRMÃO*	Não	Sim	Não sei	☐ <i>Bipolar</i> ☐ Depressão	☐ Outro _____
IRMÃO*	Não	Sim	Não sei	☐ <i>Bipolar</i> ☐ Depressão	☐ Outro _____
IRMÃ*	Não	Sim	Não sei	☐ <i>Bipolar</i> ☐ Depressão	☐ Outro _____
IRMÃ*	Não	Sim	Não sei	☐ <i>Bipolar</i> ☐ Depressão	☐ Outro _____
FILHO	Não	Sim	Não sei	☐ <i>Bipolar</i> ☐ Depressão	☐ Outro _____
FILHO	Não	Sim	Não sei	☐ <i>Bipolar</i> ☐ Depressão	☐ Outro _____
FILHA	Não	Sim	Não sei	☐ <i>Bipolar</i> ☐ Depressão	☐ Outro _____
FILHA	Não	Sim	Não sei	☐ <i>Bipolar</i> ☐ Depressão	☐ Outro _____

* Irmã(o) do mesmo pai e mãe

Outros parentes

Transtorno Psiquiátrico

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Você já foi submetido a algum tratamento psiquiátrico?

☐ Não☐ SimQuais **medicamentos** você toma para qualquer dos comportamentos / problemas discutidos neste questionário?NÃO SE LEMBRA ☐ _____

Medicação Atual	Tomando agora? SIM NÃO	Idade em que começou? (em anos)	Duração do tratamento (em meses)	Dose atual
Carbonato de lítio (Carbolitium)	S N			
ANTI-CONVULSIVANTES				
Valproato/ Divalproato de sódio (Depakene, Valpakene, Depakote)	S N			
Carbamazepina (Tegretol, Tegretard)	S N			
Oxcarbazepina (Trileptal)	S N			
Lamotrigina (Lamictal, Neural)	S N			
Topiramato (Topamax)	S N			
OUTROS	S N			
ANTIDEPRESSIVOS - ISRS e ISRSN				
Fluoxetina (Prozac, Verotina, Fluxene, Daforin, Eufor, Nortec, Deprax, Psiquial)	S N			
Fluvoxamina (Luvox)	S N			
Paroxetina (Aropax, Cebrilin, Pondera, Roxetin)	S N			
Sertralina (Zoloft, Tolrest, Serenata, Sercerin, Assert, Novativ, Seronip)	S N			

Investigador:.....DATA:...../...../.....No. Paciente:.....Iniciais:.....Reg.HC:.....

ENTREVISTA DA ABTB**HISTÓRIA MÉDICA GERAL**

Quais dessas doenças abaixo foram diagnosticadas por um médico? Marcar com um "X" e colocar a idade

(Por favor, não deixe nada em branco)

Sim	Não	Não sei	Idade:	Convulsão/ataques
Sim	Não	Não sei	Idade:	Ferimentos na cabeça (com perda de consciência)
Sim	Não	Não sei	Idade:	Enxaqueca
Sim	Não	Não sei	Idade:	Asma
Sim	Não	Não sei	Idade:	Diabetes
Sim	Não	Não sei	Idade:	Hipotireoidismo
Sim	Não	Não sei	Idade:	Hipertireoidismo
Sim	Não	Não sei	Idade:	Pressão alta
Sim	Não	Não sei	Idade:	Derrame cerebral

Você é portador de alguma doença não perguntada? ☐ Sim ☐ Não

Qual(Quais)? _____

HábitosTabagismo Passado: 0 ☐ não 1 ☐ sim Se sim, tempo uso: _____anosTabagismo Atual: 0 ☐ não 1 ☐ sim Se sim, maior nº cigarros/dia: _____Uso Atual : Chá preto/Chimarrão 0 ☐ não 1 ☐ simCafé: 0 ☐ não 1 ☐ simRefrigerante de cola: 0 ☐ não 1 ☐ sim**FATORES RELACIONADOS AO SEXO FEMININO**Sexo masculino: 9 ☐ não se aplicaUso atual de método anticoncepcional: 0 ☐ não 1 ☐ sim Se sim, Qual (is):1 ☐ Anticoncepcional oral (pílula) 2 ☐ DIU 3 ☐ Camisinha4 ☐ Diafragma 5 ☐ Coito interrompido 6 ☐ L.Tubária7 ☐ Vasectomia do marido 8 ☐ Tabela 10 ☐ outro, qual: _____Menopausa: 0 ☐ não 1 ☐ sim Se sim, idade: ____anos.Terapia de Reposição Hormonal (atual): 0 ☐ não 1 ☐ sim**HISTÓRIA FAMILIAR**

Alguns parentes seu já foram diagnosticados com algum transtorno psiquiátrico, em especial Transtorno Bipolar ou Depressão?

7.4. ANEXO 4 – CÁLCULO DO PODER DA AMOSTRA

[1] -- Thursday, August 16, 2012 -- 12:16:41

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: Compromise: Compute implied α & power

Input: Tail(s) = Two

Effect size $d = 1.5876146$

β/α ratio = 1

Sample size group 1 = 69

Sample size group 2 = 69

Output: Noncentrality parameter $\delta = 9.3251243$

Critical $t = 4.7439749$

Df = 136

α err prob = $5.231361e-006$

β err prob = $5.231361e-006$

Power ($1-\beta$ err prob) = 0.9999948

8.REFERÊNCIAS

Abraham SF, Brown T, Boyd C, Luscombe G, Russell J. Quality of life: eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:150-5.

Abreu CN, Cangelli Filho, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Rev Psiq Clín*. 2004;31:177-83.

Ackard DM, Cronemeyer CL, Franzen LM, Richter SA, Norstrom J. Number of different purging behaviors used among women with eating disorders: psychological, behavioral, self-efficacy and Quality of Life Outcomes. *Eat Disord*. 2011;19:156–74.

Adair CE, Marcoux GC, Cram BS, Ewashen CJ, Chafe J, Cassin SE, et al. Development and multi-site validation of a new condition-specific quality of life measure for eating disorders. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:23.

APA - American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4rd.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Arkell J, Robinson P. A pilot case series using qualitative and quantitative methods: biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa). *Int J Eat Disord*. 2008;41:650-6.

Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:724-31.

Arostegui I, Padierna A, Quintana JM. Assessment of HRQoL in patients with eating disorders by the beta-binomial regression approach. *Int J Eat Disord*. 2010;43:455-63.

Assumpção Jr FB. Evolução histórica do conceito de qualidade de vida In: Assumpção Jr. FB, Kuczyński E, et al. Qualidade de vida na infância e adolescência: orientações para pediatras e profissionais da saúde mental. São Paulo: Artmed, 2010. p.21-41.

Bamford B, Sly R. Exploring quality of life in the eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18:147-53.

Berlim MT, Fleck MP. "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25:249-52.

Becker CB, DeViva JC, Zayfert C. Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: the importance of anxiety comorbidity assessment. *J Anxiety Disord*. 2004;18:255-74.

Bohn K, Fairburn CG. The Clinical Impairment Assessment questionnaire (CIA). In: Fairburn CG (ed.). *Cognitive behaviour therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press, 2008. p.315-17.

Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med*. 1994;24:859-67.

Brooks SJ, Rask-Andersen M, Benedict C, Schioth HB. A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model? *BMC Psychiatry*. 2012;12:76.

Buckner JD, Silgado J, Lewinsohn PM. Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *J Psychiatr Res*. 2010;44:781-7.

Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100:27–32.

Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, Halmi KA, Strober M, Woodside DB, Crow S, Mitchell JE, Rotondo A, Mauri M, Cassano GB, Keel PK, Berrettini WH, Kaye WH. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:1000–6.

Campos RN, Angst J, Cordás TA, Moreno RA. ESPECTRA: searching the bipolar spectrum in eating disorder patients. *BMC Psychiatry*. 2011;11:59.

Chachamovich E, Flech MPA. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: Fleck, Marcelo Pio de Almeida. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.60-73

Chachamovich E, Flech MPA. Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: Fleck, Marcelo Pio de Almeida. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008b. p.74-82

Chesler BE. The impact of stress, fear of fatness, and panic disorder with agoraphobia on eating disorder symptomatology: a case study. *Int J Eat Disord*. 1995;18:195-8.

Chui HT, Christensen BK, Zipursky RB, Richards BA, Hanratty MK, Kabani NJ, Mikulis DJ, Katzman DK. Cognitive function and brain structure in females with a history of adolescent-onset anorexia nervosa. *Pediatrics*. 2008;122:e426-37.

Clarke SA, Eiser C. The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:66.

Corcos M, Taieb O, Benoit-Lamy S, Paterniti S, Jeammet P, Flament MF.

Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106:381–6.

Cordás TA, Claudino, AM. Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl 3):3-6.

Danzl C, Kemmler G, Gottwald E, Mangweth B, Kinzl J, Biebl W. Quality of life of patients with eating disorders. A catamnestic study. *Psychiatr Prax*. 2001 Jan;28(1):18-23. German (tenho)

Davidoff J, Christensen S, Khalili DN, Nguyen J, IsHak WW. Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. *Qual Life Res*. 2012;21:945-59.

De la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res*. 2005;14:1511-22.

De la Rie S, Noordenbos G, Donker M, van Furth E. The patient's view on quality of life and eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2007;40:13-20.

Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL. Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Qual Life Res*. 2005;14:705-17.

Engel SG, Wittrock DA, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Kolotkin RL. Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *Int J Eat Disord*. 2006;39:62-71.

Etxeberria Y, González N, Padierna JA, Quintana JM, Velasco IR. Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación. *Psicothema*. 2002;14:399-404.

Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther*. 2005;43:691–701.

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, Wales JA, Palmer RL. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*. 2009;166:311-9.

Fairburn CG, Harrison PJ. Eating Disorders. *Lancet*. 2003;361:407-16.

Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther*. 2007;45:1705-15.

Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry*. 2011;198:8-10.

Favaro A, Santonastaso P. Purging behaviors, suicide attempts, and psychiatric symptoms in 398 eating disordered subjects. *Int J Eat Disord*. 1996;20:99–103.

First MB, Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1997.

Foulon C, Guelfi JD, Kipman A, Adès J, Romo L, Houdeyer K, Marquez S, Mouren JC, Fouillon F, Gorwood P. Switching to the bingeing/purging subtype of anorexia nervosa is frequently associated with suicidal attempts. *Eur Psychiatry*. 2007;22:513-9.

Fleiss, J.L. Statistical Methods for Rates and Proportions. New York: John Wiley & Sons, 1973.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5:33-38.

Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP, Herzog DB. How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *Int J Eat Disord*. 2005;38:200–7.

Gadalla T, Piran N. Psychiatric comorbidity in women with disordered eating behavior: a national study. *Women Health*. 2008;48:467-84.

Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67:320-31.

Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int J Eat Disord*. 2002;32:253–70.

Godart N, Berthoz S, Rein Z, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, Halfon O, Bizouard P, Loas G, Corcos M, Jeammet P, Flament M, Curt F. Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *Int J Eat Disord*. 2006;39:772–8.

González N, Padierna A, Quintana JM, Aróstegui I, Horcajo MJ. Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gac Sanit*. 2001;15:18-24.

González-Pinto A, Inmaculada F, Cristina R, de Corres Blanca F, Sonsoles E, Fernando R, Purificacion L. Purging behaviors and comorbidity as predictive factors of quality of life in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2004;36:445-50.

Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Rowlands L, Roots P. A randomized controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including

assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. *Health Technol Assess*. 2010;14:1-98.

Guillaume S, Jaussent I, Oli E, Genty C, Bringer J, Courtet P, Schmidt U. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. *PLoS One*. 2011;6:e23578.

Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:712–8.

Hatsukami D, Mitchell JE, Eckert ED, Pyle R. Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorder and bulimia with substance abuse problems. *Addict Behav*. 1986;11:399-406.

Hay P, Buttner P, Mond J, Paxton SJ, Rodgers B, Quirk F, Darby A. Quality of life, course and predictors of outcomes in community women with EDNOS and common eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18:281-95.

Hay PJ, Mond, J. How to ‘count the cost’ and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. *J Ment Health*. 2005;14:539-52.

Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;7:CD000562.

Herpertz-Dahlmann B, Wille N, Hlling H, Vloet TD, Ravens-Sieberger U; BELLA study group. Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(Suppl 1):82-91.

Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, Blais MA, Keller MB. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord*. 2000;28:20-6.

Herzog DB, Hopkins JD, Burns CD. A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *Int J Eat Disord*. 1993;14:261–7.

Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM, Sacks NR. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J Clin Psychiatry*. 1992;53:147-52.

Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992b;31:810–8.

Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19:843–59.

Hudson JI, Pope HG Jr, Jonas JM, Yurgelun-Todd D: Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatry Res.* 1983;9:345–54.

Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;61:348-58.

Jacobi C, Paul T, de Zwaan M, Nutzinger DO, Dahme B. Specificity of self-concept disturbances in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2004;35:204-10.

Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2011;31:113-21.

Jones A, Evans M, Bamford B, Ford H. Exploring quality of life for eating-disordered patients. *Eur Eat Disord Rev.* 2008;16:276-86.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.* 7a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Katschnig H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry.* 2006;5:139-45.

Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.* 2004;161:2215-21.

Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa purdue ingestive behavior research center symposium influences on eating and body weight over the lifespan: children and adolescents. *Physiol Behav.* 2008;94:121-35.

Keilen M, Treasure T, Schmidt U, Treasure J. Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: are they comparable? *J R Soc Med.* 1994;87:441- 4.

Las Hayas C, Quintana JM, Padierna JA, Bilbao A, Muñoz P, Francis Cook E. Health-Related Quality of Life for Eating Disorders questionnaire version-2 was responsive 1-year after initial assessment. *J Clin Epidemiol.* 2007;60:825-33.

Las Hayas C, Quintana JM, Padierna A, Bilbao A, Muñoz P, Madrazo A, Urresti B, Cook EF. The new questionnaire health-related quality of life for eating disorders showed good validity and reliability. *J Clin Epidemiol.* 2006;59:192-200.

Latner JD, Vallance JK, Buckett G. Health-related quality of life in women with eating disorders: association with subjective and objective binge eating. *J Clin Psychol Med Settings.* 2008;15:148-53.

- Lauer CJ, Gorzewski B, Gerlinghoff M, Backmund H, Zihl J. Neuropsychological assessments before and after treatment in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res.* 1999;33:129-38.
- Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:1284-92.
- Lockwood R, Lawson R, Waller G. Compulsive features in the eating disorders: a role for trauma? *J Nerv Ment Dis.* 2004;192:247-9.
- Lotufo Neto F, Leão FC, Lotufo Jr Z. *Psiquiatria e Religião*. In: Miguel, Euripedes Constantino; Gentil, Valentim; Gattaz, Wagner Farid. *Clínica Psiquiátrica*. Barueri, SP: Manole, 2011. v.1. p.105-13.
- McElroy SL, Kotwal R, Keck PE Jr, Akiskal HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord.* 2005;86:107-27.
- Meguerditchian C, Samuelian-Massat C, Valéro R, Begu-Le Corroller A, Fromont I, Mancini J, Sparrow JD, Poinso F, Vialettes B. The impact of weight normalization on quality of recovery in anorexia nervosa. *J Am Coll Nutr.* 2009;28:397-404.
- Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26:129-35.
- Mond J, Rodgers B, Hay P, Korten A, Owen C, Beumont P. Disability associated with community cases of commonly occurring eating disorders. *Aust N Z J Public Health.* 2004;28:246-51.
- Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJV. Relationships between exercise behaviour, eating-disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: when exercise is 'excessive'? *Eur Eat Disord Rev.* 2004;12:265-72.
- Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beaumont PJ. Assessing quality of life in eating disorder patients. *Qual Life Res.* 2005;14:171- 8.
- Muñoz P, Quintana JM, Las Hayas C, Aguirre U, Padierna A, González-Torres MA. Assessment of the impact of eating disorders on quality of life using the disease-specific, Health-Related Quality of Life for Eating Disorders (HeRQoLED) questionnaire. *Qual Life Res.* 2009;18:1137-46.
- Nagata T, Kawarada Y, Kiriike N, Iketani T. Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Res.* 2000;94:239-50.

NICE - National Institute for Clinical Excellence. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders; 2004.[Clinical Guideline 9]. London: Nice [cited 2011 jun02] Available from:<<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10932/29218/29218.pdf>>

Noll, H.H. Social Indicators and Quality of Life Research: Background, Achievements and Current Trends. In: Genov, N. (org). *Advances in Sociological Knowledge – over half a century*. Paris: International Social Science Council, 2004.

Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL.Br J Psychiatry.1998;172:291-3.

González N, Padierna Acero A, Quintana JM, Aróstegui I, Horcajo MJ. Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. Gac Sanit. 2001;15(1):18-24.

Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ. The health-related quality of life in eating disorders.Qual Life Res. 2000;9:667-74.

Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ. Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. Qual Life Res. 2002;11:545-52.

Padierna Acero A, Horcajo MJ, Quintana López JM, Madrazo A, Ecenarro R. Cronicidad y calidad de vida en los trastornos de la conducta alimentaria. An Psiquiatr. 2004;20:16-21.

Palermo TM, Long AC, Lewandowski AS, Drotar D, Quittner AL, Walker LS.Evidence-based assessment of health-related quality of life and functional impairment in pediatric psychology. J Pediatr Psychol. 2008;33:983-96.

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES.Factor structure of the Barratt impulsiveness scale.J Clin Psychol. 1995;51:768-74.

Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. J Clin Psychiatry. 2006;67:703-11.

Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. Eat Behav. 2006;7:384-94.

Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders.Clinical Neuropsychiatry.2005;2:48–54.

Rocha NS, Panzini RG, Pargendler JS, Fleck MPA. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB) In: Fleck, Marcelo Pio de Almeida. A avaliação

de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.93-101

Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979 Aug;9(3):429-48.

Salzano FT, Cordás TA. Transtornos da alimentação In: Abreu CN, Salzano FT, Vasques F, Cangelli Filho R, et al.. *Síndromes psiquiátricas: Diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental.* Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 112-7.

Scocco P, Fantoni G, Mondini S, Placentino A. Quality of life and eating disorders: patients' and informants' point of view. *Bridging Eastern and Western Psychiatry.* 2006; 4(1):46-52

Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Wadman BE. Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *Am J Psychiatry.* 1988 Nov;145(11):1424-7.

Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, Kellman HD, Doidge N, Davies M. Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *Int J Eat Disord.* 1993 Dec;14(4):403-16.

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, de Gruy FV 3rd, et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA.* 1995;274(19):1511-7.

Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J. The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *Int J Eat Disord.* 2007 Nov;40 Suppl:S46-51.

Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disord Rev.* 2007 Jul;15(4):253-74.

Tirico PP, Stefano SC, Blay SL. Validity studies of quality of life instruments for eating disorders: systematic review of the literature. *J Nerv Ment Dis.* 2010 Dec;198(12):854-9.

Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Dec;116(6):419-28.

Turner H, Bryant-Waugh R, Peveler R. The clinical features of EDNOS: relationship to mood, health status and general functioning. *Eat Behav.* 2010 Apr;11(2):127-30.

Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry.* 2012 Jun;11(2):80-92.

Varni JW, Burwinkle TM, Lane MM. Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application. *Health Qual Life Outcomes*. 2005 May 16;3:34.

Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB. Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *Am J Psychiatry*. 2000 Nov;157(11):1876-8.

Watson HJ, Swan A, Nathan PR. Psychiatric diagnosis and quality of life: the additional burden of psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry*. 2011 May-Jun;52(3):265-72.

Welch SL, Fairburn CG. Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br J Psychiatry*. 1996 Oct;169(4):451-8.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403-9.

Wilson G.T., Grilo C.M., Vitousek K.M. Psychological treatment of eating disorders. *Am Psychol*. 2007; 62(3): 199-216

Wonderlich AS, Swift WJ, Slotnick HB, Goodman S. DSM-III Personality Disorders in eating disorders subtypes. *Int J Eat Disord*. 1990; 9(6):607-16.

Wu KD. Eating disorders and obsessive-compulsive disorder: A dimensional approach to purported relations. *J Anxiety Disord*. 2008 Dec;22(8):1412-20.

Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell III JE, Powers P, Zerbe KJ. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3a ed. Washington: American Psychiatric Association, 2006.