

Lorena Soares Lins de Carvalho

**Fatores de risco para o abandono do tratamento
hospitalar para 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

Carvalho, Lorena Soares Lins de

Fatores de risco para o abandono do tratamento hospitalar para transtornos alimentares / Lorena Soares Lins de Carvalho. -- São Paulo, 2013.

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

Orientador: Táki Athanássios Cordás.

Descritores: 1.Transtornos alimentares 2.Anorexia nervosa 3.Bulimia nervosa
4.Hospitalização 5.Pacientes desistentes do tratamento

USP/FM/DBD-144/13

Dedico este trabalho aos meus pais, Tereza e Eduardo Lins pelo amor e apoio incondicionais que sempre demonstraram. Sem vocês, nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás, por ter acreditado nos objetivos da pesquisa, pela atenção e dedicação ao trabalho e pelo carinho e compreensão que sempre demonstrou durante o desenvolvimento do estudo.

Ao meu irmão, Eduardo, pela dedicação a nossa família, estando sempre presente nos momentos difíceis os quais temos passado. É impossível colocar em palavras a gratidão que sinto por cuidar dos nossos pais. Desculpe-me pela minha constante ausência.

À minha companheira de mestrado, Rogéria Taragano, por sempre se mostrar disposta a trocar informações, dúvidas e sugestões.

Às “Chefes” do AMBULIM – Elaine Carli e Ingrid Jover. Sempre que precisei, vocês estavam presentes, me ajudando com todos os problemas que pareciam sem solução.

Aos amigos do AMBULIM, que possuem o dom de transformar o trabalho em algo leve e descontraído. Em especial, às amigas Anny Maciel e Maria Antônia Simões, pelo companheirismo e cumplicidade.

Aos funcionários da Divisão de Arquivo Médico do IPq-HC-FMUSP, Alfredo Aoki, Kátia Moreira, Daniel Rabelo, Renato Oliveira, Rodrigo Fernandes e Rogério Pavão. Sem sua dedicação, com sucessivas tentativas de localização dos prontuários, eu não conseguiria concluir esta pesquisa.

As irmãs Janaína Garretti e Marla Ibrahim por sempre estarem presentes apesar dos milhares de quilômetros que nos afastam.

As amigas Adelle Moade, Alba Lucia Reyes e Danyella Mello pelo constante incentivo e apoio.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

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

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão 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 F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Conteúdo

RESUMO

SUMARY/ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Transtornos alimentares	1
1.1.2 Anorexia nervosa.....	7
1.1.3 Bulimia nervosa.....	14
1.2 Tratamento hospitalar para transtornos alimentares.....	22
1.3 Abandono do tratamento para pacientes psiquiátricos	27
1.4 Transtornos alimentares e abandono do tratamento	34
1.5 Definição de abandono do tratamento.....	45
2. JUSTIFICATIVA.....	46
3. OBJETIVOS	48
4. HIPÓTESES.....	49
5. CASUÍSTICA E MÉTODOS:	51
5.1 Desenho do estudo	51
5.2 Local do estudo	51
5.3 População	54
5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	55
5.3.2 Seleção da população	56
5.4 Instrumento	57
5.4.1 Dados extraídos dos prontuários	59
5.5.1 Aspectos prévios a hospitalização.....	59
5.5.2 Aspectos clínicos presentes no ato da internação e tipo de internação	60
5.5.3 Fatores relacionados ao período do tratamento hospitalar	62
5.5 Aspectos éticos.....	64

5.6 Análise estatística dos dados coletados	65
6. RESULTADOS	66
6.1 Aspectos prévios a hospitalização	67
6.2 Aspectos diagnósticos	74
6.3 Fatores relacionados ao período do tratamento hospitalar	87
6.4 Análise multivariada	91
7. DISCUSSÃO.....	92
7.1 Limitações do estudo.....	110
8. CONCLUSÕES.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

RESUMO

Carvalho, LSL. *Fatores de risco para o abandono do tratamento hospitalar para transtornos alimentares* [Dissertação]. São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

INTRODUÇÃO: Embora seja um evento freqüente, não existe um consenso de quais fatores estariam envolvidos no abandono do tratamento para transtornos alimentares. O presente estudo teve por objetivo a identificação de fatores de risco para o abandono do tratamento hospitalar para anorexia nervosa e bulimia nervosa. Aspectos prévios a hospitalização, aspectos clínicos presentes no ato da internação e fatores relacionados ao período do tratamento hospitalar de pacientes que abandonaram e completaram o tratamento foram comparados **MÉTODOS:** Foi executado um estudo de caráter retrospectivo, do tipo caso-controle, com o abandono do tratamento sendo considerada a condição de interesse. Prontuários de pacientes do sexo feminino admitidas em uma enfermaria especializada no tratamento de anorexia e bulimia nervosas entre os anos de 2005 e 2010 foram revisados. **RESULTADOS:** Do total de 259 internações e 178 pacientes, foram sujeitos da pesquisa 103 mulheres, das quais 83 completaram o tratamento e 20 o abandonaram, resultando em uma taxa de abandono do tratamento de 19,42%. Para o tratamento estatístico dos dados, foi realizada análise univariada, com posterior análise multivariada das variáveis consideradas significantes, através de regressão logística do tipo passo a passo com seleção para trás. Na análise univariada, afastamento profissional devido à gravidade da doença, existência de relacionamento afetivo, IMC mais baixo na admissão, internações motivadas por baixo peso, diagnóstico de anorexia nervosa e presença de comportamentos purgativos (presente em todas as pacientes que abandonaram o tratamento) foram considerados como fatores relacionados ao abandono do tratamento. Após a condução da regressão logística, encontramos que pacientes que no momento da internação estavam afastadas do emprego devido à gravidade da doença, mantinham um relacionamento amoroso e foram hospitalizadas devido ao baixo peso foram mais propensas a abandonar o tratamento. **CONCLUSÕES:** Na presente amostra, o abandono do tratamento foi influenciado por fatores sociodemográficos (licença médica e existência de relacionamento amoroso), por variáveis diagnósticas (diagnóstico de anorexia nervosa e presença de sintomas purgativos) e aspectos da gravidade dos sintomas (IMC mais baixo e internação motivada por baixo peso). Tais resultados nos remetem ao caráter egosintônico dos transtornos alimentares, especialmente da anorexia nervosa, além de trazer um paradoxo: pacientes que na admissão apresentavam quadros mais grave do transtorno (com menor peso e impossibilitadas de exercer funções laborais) foram mais propensas a abandonar o tratamento. Embora apresente diversas limitações, principalmente em função do desenho retrospectivo, a presente pesquisa é o primeiro

estudo sobre o abandono do tratamento hospitalar para transtornos alimentares realizada no Brasil. Sugere-se a execução de investigações com delineamento prospectivo que confirmem ou refutem os resultados aqui encontrados.

Descritores: Transtornos alimentares; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Hospitalização; Pacientes desistentes do tratamento.

SUMMARY/ABSTRACT

Carvalho, LSL. *Risk factors for dropping out of inpatient treatment for eating disorders* [Dissertação]. São Paulo, “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2013.

INTRODUCTION: Although is a frequent event, there is no consensus on what factors would be involved in the dropout of treatment for eating disorders. This study aimed to identify risk factors for the dropout of an inpatient treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. Aspects previous to the hospitalization, clinical features present at the admission and factors related to the period of the inpatient treatment of patients who dropped out and completed treatment were compared. **METHODS:** We performed a retrospective study, case-control, with the dropout of the treatment being considered the interest condition. Medical records of female patients admitted to a specialized ward in treating anorexia nervosa and bulimia nervosa between the years 2005 and 2010 were reviewed. **RESULTS:** A total of 259 admissions and 178 patients, research subjects were 103 women, of which 83 completed treatment and 20 dropped out, resulting in a dropout rate of treatment of 19.42%. For the statistical treatment of the data was performed univariate analysis with subsequent multivariate logistic regression with backward stepwise selection analysis of the variables considered significant. In univariate analysis, professional removal due to illness severity, existence of affective relationship, lower BMI at admission, admissions motivated by low weight, diagnosis of anorexia nervosa and existence of purging behaviors (present in all patients who dropped out the treatment) were considered as factors related to dropout treatment. After conducting the logistic regression, we found that patients at admission who were removed from the job due to the illness severity, maintained a romantic relationship and were hospitalized due to low weight were more likely to dropout the treatment. **CONCLUSIONS:** In this sample, the dropout of treatment was influenced by sociodemographic factors (professional removal due to illness severity and existence of a romantic relationship), for diagnostic variables (diagnosis of anorexia nervosa and purging symptoms) and aspects of symptom severity (lower BMI and hospitalization motivated by low weight). These results lead us to the egosyntonic character of eating disorders, especially anorexia nervosa, and bring a paradox: patients that on admission showed more severe symptoms of the Eating Disorder (with lower weight and disabled to work) were more likely to dropout of the treatment. Although it has several limitations, mainly due to the retrospective design, the present research is the first study of dropout of inpatient treatment for eating disorders held in Brazil. It is suggested to run with prospective investigations to confirm or refute our findings.

Descriptors: Eating Disorders; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Hospitalization, Patient Dropout.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos alimentares

Transtornos alimentares (TA) são doenças psiquiátricas que possuem como principais características uma constante insatisfação com o corpo e o engajamento em comportamentos que objetivam a perda de peso. Tais tentativas de emagrecimento são acompanhadas de prejuízos físicos e complicações clínicas graves e algumas vezes irreversíveis (Faiburn e Harrison, 2003; Treasure, et al. 2010). Pacientes que sofrem dessas síndromes costumam ter uma alteração grave na imagem corporal, onde descrevem-se como obesos, mesmo possuindo peso adequado ou extremamente baixo para a sua idade e altura (OMS, 1993; APA, 2002).

Ocorrendo geralmente em mulheres jovens, com idade entre 10 e 19 anos (Currin et al., 2005), os principais transtornos alimentares são a Anorexia e a Bulimia Nervosas, embora tanto no *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) quanto na décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) outros transtornos alimentares atípicos sejam incluídos como transtornos alimentares (OMS, 1993; APA, 2000). Para tentar emagrecer, pacientes com transtornos alimentares engajam-se em comportamentos que incluem desde práticas exacerbadas de exercícios físicos e grande restrição alimentar, até a utilização de métodos purgativos – como vômitos auto-induzidos, ingestão de laxantes e diuréticos (Treasure et al., 2010).

Embora possuam critérios diagnósticos distintos, os subtipos de transtornos alimentares caracterizam-se por aspectos comportamentais, psicopatológicos e físicos

comuns que auxiliam na sua identificação (Treasure et al, 2010). Tais aspectos são melhores descritos no quadro 1.

Quadro 1: Aspectos do comportamento, psicopatológicos e físicos dos transtornos alimentares

Aspectos do comportamento	Aspectos psicopatológicos
<p><i>comportamentos restritivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • diminuição da quantidade de alimentos ingeridos • normatização de regras do hábito alimentar • espaço longo de tempo entre refeições • competição com outras pessoas sobre o quanto se come • comer sozinho por sentir-se envergonhado • sentir-se enojado, deprimido ou muito culpado devido ao comportamento alimentar <p><i>comportamentos purgativos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • vômito auto induzido, mastigar alimentos e cuspir • uso indevido de laxantes, diuréticos, remédios para emagrecer, enemas, etc <p><i>exercícios excessivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • prática excessiva de exercícios físicos, associada a prejuízo social ou físico ou ambos <p><i>comportamentos impulsivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de alimentos numa quantidade muito exagerada de comida num curto espaço de tempo • Sensação de ter ingerido uma grande quantidade de comida num curto espaço de tempo, mesmo que esta quantidade não seja considerada exagerada para a maioria das pessoas • comer até sentir-se muito cheio • alimentar-se de uma forma mais rápida do que o habitual <p><i>checagem corporal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pesar-se de forma excessiva e constante • constante checagem de medidas e circunferências corporais • olhar-se muito no espelho 	<p><i>transtorno da imagem corporal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • preocupação excessiva com peso e forma corporal • supervalorização da forma e peso corporal para a determinação do auto-conceito • minimização ou negação da severidade dos sintomas • medo intenso de ganhar peso, embora esteja abaixo do peso <p>Sintomas físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • perda de peso ou prejuízos no desenvolvimento associada com fatores da desnutrição (amenorreia por exemplo) • Em mulheres, ausência de ao menos três ciclos menstruais • redução da libido • Em homens, diminuição de ereções • aumento da sensibilidade ao frio • fraqueza e cansaço excessivos

Fonte: Adaptado de Treasure et al (2010)

Pacientes diagnosticados com transtornos alimentares foram descritos como perfeccionistas ou anancásticos, com elevado neuroticismo e traços de personalidade esquiva (Cassin e von Ranson, 2005), prejuízos na esfera sexual (Pinheiro et al, 2010), maior risco de auto-agressão ou de cometer suicídio (Ahrén-Moonga, 2008). A insatisfação corporal foi associada à alterações neuropsicológicas (Guarda, 2008), necessidade por aprovação e sintomatologia depressiva (Abbate-Daga et al., 2010). As diferentes tentativas de perda de peso podem incluir o uso de substâncias como tabaco, bebidas alcoólicas, cocaína, derivados anfetamínicos e pilulas emagrecedoras com diuréticos e hormônios da tireóide, ou negligencia do uso de insulina em indivíduos diabéticos (Krug et al, 2008; Root et al, 2010; Alves et al., 2011; Pinhas-Hamil e Levy-Shraga, 2013).

Transtornos alimentares são quadros de curso instável, com períodos de remissão de sintomas, seguidos de períodos de recaída. Em seus episódios de recaída, um paciente pode voltar a preencher os critérios diagnósticos de seu transtorno alimentar de origem ou migrar para outro diagnóstico (Milos et al, 2005), sendo mais comum a migração da anorexia nervosa para a bulimia nervosa e raramente o inverso (Castellini et al, 2011).

Após a revisão de uma série de estudos sobre o tema, Bardone-Cone et al (2010) delinearão alguns parâmetros de recuperação clínica para a sua pesquisa, nos quais o paciente deveria preencher alguns critérios físicos, comportamentais e psicológicos para ser considerado recuperado. Assim, o indivíduo para ser considerado recuperado não deveria preencher os critérios diagnósticos para nenhum transtorno alimentar (anorexia nervosa, bulimia nervosa ou transtorno alimentar não especificado), ausência de episódios de compulsão alimentar ou purgação nos últimos 3 meses, IMC maior ou

igual a 18,5Kg/m² e apresentar escores nas subescalas de restrição, preocupação com a alimentação, preocupação com o peso e preocupação com a forma do corpo do *Eating Disorder Examination* (EDE-Q) dentro dos parâmetros considerados normais. Aqueles que atingiam todos os critérios, exceto valores nos escores no EDE-Q dentro dos parâmetros considerados normais, eram considerados como recuperados parcialmente.

Utilizando-se de instrumentos que mensuravam aspectos dos transtornos alimentares e sintomas psicopatológicos (SCID, LIFE EAT II, EDE_Q), nesse mesmo estudo, os autores compararam um grupo de pacientes recuperados (20 sujeitos) a um grupo de controles saudáveis (67 sujeitos). O grupo de pacientes considerados recuperados dentro dos critérios descritos apresentou resultados semelhantes aos resultados do grupo de controles saudáveis. Os autores concluíram o estudo de forma otimista, pois, para eles, a semelhança entre os dois grupos na sintomatologia alimentar e sintomas psicopatológicos demonstra que uma vez recuperados dos transtornos alimentares, os pacientes atingem padrões normais de funcionamento.

Fichter e Quadiflieg (2004) e Fichter et al (2006) investigaram o curso e evolução da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa, através da avaliação, respectivamente, de 103 e 196 pacientes, realizando avaliações por meio de instrumentos que mensuravam sintomas alimentares, sintomas da psicopatologia geral, e prejuízos decorrentes do transtorno alimentar, como dificuldades na integração social e sexualidade. Os instrumentos foram aplicados no início do tratamento, logo após o término do tratamento hospitalar, 2, 6 e 12 anos após o fim da internação. Após 12 anos de seguimento, pacientes que não mais preenchiam critérios para qualquer transtorno alimentar, quando comparados a controles saudáveis, ainda exibiam atitudes disfuncionais em relação ao ideal de peso e magreza, integração social e sexualidade.

A discrepância de resultados entre as pesquisas de Fichter e Quadiflieg (2004) e Fichter et al (2006) e Bardone-Cone et al (2010) talvez possa ser explicada por alguns fatores: ao contrário do estudo conduzido por Bardone-Cone et al (2010), nas pesquisas de Fichter e Quadiflieg (2004) e Fichter et al (2006) a anorexia e a bulimia nervosas foram analisadas de forma separada e houve uma perda muito pequena de sujeitos durante o estudo, além de um longo período de seguimento – 12 anos – o que trouxe maior confiabilidade aos resultados.

Através das pesquisas acima mencionadas, corroborando impressões clínicas, podemos deduzir que o prognóstico dessas doenças em geral não é favorável. É comum encontrarmos pacientes que passaram por diversos tratamentos, com vários episódios de internações. Além disso, entre aqueles que se recuperam dos sintomas centrais da doença (como baixo peso, vômitos auto-induzidos e restrição alimentar), parece haver a manutenção de um déficit nas relações interpessoais, traços da psicopatologia geral, além de uma preocupação exagerada com o peso e altura (Steinhausen, 2002, Steinhausen e Weber, 2009).

A seguir, após esse breve panorama dos aspectos comuns aos principais transtornos alimentares, características específicas da anorexia e bulimia nervosas serão descritas separadamente. Serão apresentados critérios diagnósticos, aspectos epidemiológicos, fatores de recuperação, curso e evolução do quadro, além de fatores prognósticos.

1.1.2 Anorexia nervosa

A anorexia nervosa é um transtorno psiquiátrico grave, de elevado risco de óbito, seja por complicações clínicas do quadro ou por suicídio, além da possibilidade de tornar-se uma doença crônica (Steinhausen, 2008). Diferentes aspectos parecem estar envolvidos em seu desenvolvimento, incluindo fatores biológicos, socioculturais e psicológicos, aspectos familiares e a transição da infância para a adolescência. A anorexia traria consigo um conjunto rígido de regras que parecem organizar e simplificar a vida, deixando o indivíduo psicológica e fisicamente imaturo e dependente (Pike e Wilfley, 1996; Eivors et al., 2003; Faiburn e Harrison, 2003).

Os critérios diagnósticos para a Anorexia Nervosa incluem peso menor do que o esperado para idade e estatura, um medo intenso de vir a engordar, distúrbio na imagem e no peso corporal e ausência de ciclos menstruais. Sendo frequentemente observados nos pacientes com este transtorno, os comportamentos purgativos são descritos nos dois sistemas classificatórios de doenças internacionalmente utilizados – o DSM-IV-TR e o CID-10. No DSM-IV-TR, a presença ou ausência de comportamentos purgativos subdivide a anorexia nervosa em dois tipos: purgativo ou restritivo. Já no CID-10 essa subdivisão não existe, sendo apenas mencionada a possibilidade da presença de tais comportamentos (quadro 2). Profissionais de saúde devem utilizar os critérios diagnósticos com cautela. O peso deve ser avaliado levando-se em conta o histórico ponderal e a constituição corporal do indivíduo. O medo de ganhar peso não é proporcional ao peso – quanto mais o indivíduo perde peso, maior é o seu medo de vir a tornar-se gordo (OMS, 1993; APA, 2002).

Quadro 2: Critérios diagnósticos para Anorexia nervosa pelo DSMIV-TR e pela CID-10

DSMIV-TR	CID-10
a) Manutenção de peso corporal abaixo 85% do indicado para sua idade e altura	a) Perda de peso, levando a um peso ponderal pelo menos 15% abaixo do esperado para idade e altura, ou IMC menor que 17,5 Kg/m ²
b) Medo intenso de ganhar peso ou engordar	b) A perda de peso é auto-induzida através da evitação de alimentos que "engordam"
c) Distorções na imagem corporal e na vivência do peso	c) Medo de engordar e percepção de estar muito gordo
d) Ausência de ciclos menstruais em mulheres pós-menarca	d) distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia em mulheres e perda de interesse e potência sexuais em homens) e atraso no desenvolvimento puberal
Subtipos	Vômitos auto-induzidos, prática de exercícios físicos em excesso e uso de anorexígenos, diuréticos, laxantes podem estar presentes
Restritivo - a perda de peso é conseguida através apenas de dietas, jejuns ou prática de exercícios físicos em excesso.	
Purgativo - Além da restrição alimentar, o indivíduo envolve-se em episódios de compulsão alimentar e comportamentos purgativos como indução de vômitos e uso indevido e laxantes, diuréticos e enemas.	

Fonte: adaptado do CID-10 e do DSM-IV-TR

Pacientes com anorexia nervosa costumam apresentar um medo intenso de ganhar peso, acompanhado de um temor de perda de controle em relação à comida, dificuldade em perceber seus sentimentos, uma grande capacidade de controlar sua vontade de comer, além de inatividade sexual – com perda da libido e presença de sintomas ansiosos direcionados a sexualidade. Neste transtorno há uma busca constante e determinada pela perda de peso. Uma vez que esse objetivo é alcançado, o quadro alimentar não é visto como um problema, desmotivando a busca por tratamento. Embora sintomas depressivos, ansiosos, irritabilidade, oscilações de humor, dificuldade de concentração e traços obsessivos sejam comuns, pacientes anoréxicos freqüentemente negam sua doença e se opõem ao tratamento, chegando até o serviço especializado contra a sua vontade, trazidos por parentes e amigos em decorrência de complicações clínicas (Haller, 1992; Herscovici e Bay, 1997; Arnow, 1999; Faiburn e Harrison, 2003; Pinheiro et al., 2010).

Embora tanto pacientes do subtipo restritivo quanto do subtipo purgativo apresentem altos níveis de persistência, perfeccionismo, necessidade de controle, traços obsessivo-compulsivos, pacientes diagnosticados com anorexia nervosa purgativa apresentam maiores níveis de busca por novas sensações e impulsividade, além de maior risco de uso de tabaco, drogas e álcool ao longo da vida (Cassin e von Ranson, 2005; Krug et al, 2008; Root et al., 2010).

A anorexia nervosa geralmente acomete meninas jovens, sendo rara a ocorrência em mulheres com mais de 30 anos (Currin et al., 2005; Scholtz et al., 2010). Em uma revisão sistemática recente sobre aspectos epidemiológicos dos transtornos alimentares Smink et al (2012) encontraram um crescimento na incidência da anorexia nervosa entre

mulheres com idade entre 15 e 19 anos de idade, com 270 a 1204 casos novos por 100,000 pessoas ao ano na população em geral e de 4,2 a 7,7 casos novos por 100,000 pessoas ao ano em estudos conduzidos entre adolescentes e adultos jovens do sexo feminino que procuram cuidados médicos. Já entre menores de 13 anos, a taxa de incidência vão de 1,1 a 2,6 ocorrências por 100,000 pessoas ao ano. A ocorrência em homens é rara, com taxas de incidência menores que um caso para cada 100,000 pessoas ao ano. Ainda no mesmo estudo, os autores encontraram prevalência ao longo da vida entre 1,2% e 2,2% em pesquisas com gêmeas, entre 0,6% e 0,9% na população feminina em geral e cerca de 0,3% na população masculina.

Anorexia nervosa é apontada, entre os transtornos psiquiátricos, o que apresenta maiores índices de mortalidade (Harris e Barraclough, 1998), com taxas de mortalidade de 0,51% ao ano (Arcelus et al, 2011) e cumulativa de 2,8% após uma média 11 anos de seguimento (Keel e Brown, 2010). Segundo Steihausen, (2008) taxas de mortalidade são maiores entre pacientes que tiverem o início tardio da doença. Entre as causas, um terço das mortes é causado por complicações cardíacas, especialmente morte súbita (Jáuregui-Garrido e Jáuregui-Lobera, 2012) e uma a cada cinco pacientes comete suicídio (Arcelus et. al, 2011).

Em um estudo retrospectivo realizado na Suécia, registros de óbito da população deste país foram revisados e analisados em conjunto com registros de altas hospitalares de pacientes diagnosticadas com anorexia nervosa, ocorridas entre 1973 e 2003. A mortalidade foi seis vezes maior nas pessoas com anorexia nervosa, quando comparadas com a população geral, sendo significativamente maior mesmo 20 anos após a primeira internação. O risco de morte entre indivíduos diagnosticados com anorexia nervosa persistiu ao longo da vida, tanto por causas naturais (câncer, complicações clínicas

decorrentes do transtorno alimentar, etc) como por causas não naturais (suicídio, acidentes, homicídio) (Papadopoulos et al, 2009).

Relacionamentos acolhedores, amadurecimento e realização de psicoterapia foram apontados como fatores que contribuiriam para a recuperação (Tozzi et al., 2003), embora apenas cerca da metade dos pacientes atinjam a recuperação total dos sintomas. Se falarmos estritamente de sintomas centrais da doença, a normalização do peso ocorre em 60% das pacientes, normalização dos ciclos menstruais em 57% e adequação do comportamento alimentar em 47% (Steihausen, 2002). Entretanto, esse transtorno tem conseqüências sociais, psicológicas e interpessoais importantes. Um dado alarmante foi encontrado na pesquisa de Fichter et al (2006). Quando comparadas a mulheres que nunca receberam diagnóstico de nenhum transtorno alimentar, após 12 anos de seguimento, pacientes recuperadas da anorexia nervosa apresentavam maiores níveis de problemas sexuais, pior integração social, preocupação com a imagem corporal e ideal de magreza e sintomas psicopatológicos gerais. Da mesma forma, níveis maiores de ansiedade e de pensamentos obsessivos relativos à alimentação foram encontrados em pacientes que atingiram a remissão de sintomas anoréxicos quando comparadas a controles saudáveis (Yackobovitchi-Gavan et al., 2009).

O tempo parece influenciar a evolução da anorexia nervosa. Steihausen (2002) utilizou quatro parâmetros para avaliar o resultado do tratamento para anorexia nervosa em sua revisão de artigos sobre o tema: mortalidade, recuperação, melhora e cronicidade. Nos 119 estudos revisados, o autor sugere que quanto maior o tempo de seguimento (*follow up*), maiores eram as porcentagens de mortalidade e entre os pacientes que sobreviviam, havia uma maior tendência à recuperação. Menores taxas de

remissão também foram associadas à menor duração do *follow up* em uma revisão mais recente. Nesse mesmo estudo, entre aqueles que não atingiram a remissão de sintomas, alguns transitaram entre os diagnósticos alimentares, passando a preencher critérios de bulimia nervosa ou de um transtorno alimentar não especificado (Keel e Brown, 2010).

Define-se cronicidade como a permanência da doença ao longo do tempo, mesmo com repetidas tentativas de tratamento (Strober, 2004). Embora o curso da anorexia nervosa pareça ser mais favorável entre indivíduos que tem o início do quadro ainda na adolescência, estima-se cronicidade em 20% dos casos, independentemente da idade de início dos sintomas (Steinhausen, 2008). Fatores como ausência de um tratamento adequado e conflitos familiares não resolvidos podem contribuir para a cronificação da doença (Herscovici e Bay, 1997). Pacientes mais velhas, que enfrentam há muito tempo os sintomas anoréxicos e suas conseqüências – dependência de outras pessoas, exposição a situações alimentares e ganho de peso – podem sentir-se sem esperanças de melhora, tornando-se resignadas aos sintomas anoréxicos (Pike e Wilfley, 1996; Nordbø et al, 2012).

Em sua revisão sistemática, Steihausen (2002) afirma que algumas variáveis estão bem estabelecidas quanto a sua influência no prognóstico da anorexia nervosa. Assim, a presença de comportamentos purgativos, cronicidade dos sintomas, e traços de personalidade obsessivo-compulsivos estariam relacionados a um prognóstico ruim entre pacientes anoréxicos. Entre os fatores de bom prognóstico, apenas a presença de traços histriônicos de personalidade é uma variável bem estabelecida. O início precoce dos sintomas alimentares, tratamento hospitalar de curta duração, e bom relacionamento familiar seriam aspectos relacionados a um bom prognóstico, entretanto, ainda segundo

o autor, tais dados apresentam resultados conflitantes entre os estudos. Mais recentemente, revisões sistemáticas realizadas por Berkman et al. (2007) e Keel e Brown (2010) evidenciaram que a presença de comorbidades com síndromes depressivas, transtornos ansiosos, abuso e dependência de álcool e drogas, prejuízos no funcionamento social, longa duração da doença, abuso de substâncias, necessidade de tratamento hospitalar são fatores associados a piores resultados no tratamento para a anorexia nervosa e um prognóstico ruim.

1.1.3 Bulimia nervosa

Episódios caracterizados por um consumo exagerado de comida são comuns em algumas ocasiões como situações estressantes e acontecimentos sociais. O que vai diferenciar esse consumo exagerado do comportamento alimentar característico da Bulimia Nervosa é o retorno ou não ao normal da ingestão alimentar após esse período, a frequência desses comportamentos e as conseqüências na vida do indivíduo (Herscovici e Bay, 1997).

Assim como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa caracteriza-se por um medo exagerado de ganhar peso ou tornar-se gordo e a presença da distorção da imagem corporal. Ao contrário dos pacientes anoréxicos e embora desejem um peso muito menor do que o adequado para a sua idade e altura, os indivíduos bulímicos permanecem com um peso normal, o que muitas vezes dificulta o seu diagnóstico em serviços não específicos de saúde (Keski-Rahkonen et al, 2009). O início do quadro costuma acontecer no meio e final da adolescência ou no início da idade adulta, sendo geralmente precipitada pelo engajamento em uma dieta para a perda de peso (Kaye et al, 2000).

Os critérios diagnósticos para a Bulimia Nervosa incluem episódios de compulsão alimentar (ou episódios bulímicos) recorrentes e comportamentos compensatórios (vômitos, exercícios físicos em excesso, usos de laxantes) para evitar o ganho de peso. Esses comportamentos devem ocorrer no mínimo duas vezes por semana, por três meses consecutivos. Assim como na anorexia nervosa, o DSM-IV-TR subdivide a bulimia nervosa em purgativa e não-purgativa. Novamente, o que difere os dois subtipos é a presença ou ausência de vômitos auto-induzidos e o uso de laxantes,

enemas e diuréticos. Pacientes que sofrem de bulimia nervosa não-purgativa utilizam outros métodos compensatórios, como jejuns e prática de exercícios físicos (OMS, 1993; APA, 2002). Os critérios diagnósticos para a bulimia nervosa segundo os dois sistemas classificatórios podem ser visualizados no quadro 3.

Quadro 3: Critérios diagnósticos para Bulimia Nervosa pelo DSMIV-TR e pela CID-10

DSMIV-TR	CID-10
<p>a) Episódios recorrentes de compulsão alimentar</p> <p>b) Utilização de métodos compensatórios para a prevenção de perda de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, prática de exercícios físicos e jejum.</p> <p>c) Os episódios de comer compulsivo devem ocorrer em média por pelo menos duas vezes na semana por três meses consecutivos</p> <p>d) A auto-avaliação é influenciada de forma indevida pelo peso/forma corporal</p>	<p>a) episódios recorrentes de comer compulsivo (pelo menos duas vezes por semana por no mínimo três meses consecutivos)</p> <p>b) uso de métodos compensatórios para evitar o ganho de peso: indução de vômitos, ingestão de enemas, laxantes, diuréticos, prática de exercícios físicos e jejum.</p> <p>c) Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do adequado para idade e altura * Pacientes diabéticos podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sanguínea)</p>
<p>Subtipos</p> <p>Purgativo - o indivíduo envolve-se em episódios de compulsão alimentar e comportamentos purgativos como indução de vômitos e uso indevido e laxantes, diuréticos e enemas.</p> <p>Não purgativo - utilização de jejuns ou prática de exercícios físicos como método compensatório</p>	

Fonte: Adaptado do CID-10 e do DSM-IV-TR

Ao contrário dos pacientes com anorexia nervosa, normalmente os pacientes com bulimia nervosa têm crítica do seu estado mórbido e sentem que o problema alimentar pode tomar conta de sua existência, não sendo possível o investimento em outros aspectos da vida. É comum a presença de uma personalidade com componentes depressivos e ansiosos – intenção e tentativas de suicídio, distúrbios do sono, perda de interesse em atividades antes prazerosas, culpa e desespero. Quando comparados aos pacientes anoréxicos, indivíduos que possuem o diagnóstico de bulimia nervosa geralmente possuem maiores níveis de hostilidade, impulsividade e maiores dificuldades no ajustamento social (Vindreau, 2003; Ahrén-Moonga et al., 2008).

Comparando-as a controles saudáveis, o diagnóstico de bulimia nervosa em mulheres foi associado a um maior risco de transtorno de abuso de álcool ou drogas ilícitas (Baker et al, 2010) e uso regular do cigarro (Keshi-Rhakonen et al, 2012), associado a presença de sintomas depressivos (Sandagar et al, 2008). O consumo de drogas, álcool e tabaco está especialmente ligado ao objetivo de emagrecer, mas também funciona como uma forma de estimular-se e preencher a sensação de vazio e solidão que costuma acompanhar tais pacientes (Vindreau, 2003; Ahrén-Moonga et al., 2008).

Estudos sobre a incidência e prevalência da bulimia nervosa são escassos, e segundo Smink et al. (2012) houve uma queda na incidência da bulimia nervosa nos últimos anos, embora este índice se mantenha estável em mulheres com idade entre 10 a 19 anos, com taxas de 40 por 100 000 pessoas ao ano em mulheres desta faixa etária e de 200 pessoas a cada 100 000 pessoas por ano entre mulheres com idade

entre 16 e 20 anos. A prevalência ao longo da vida em mulheres jovens é de 2% e em homens de 0,5%.

Encontramos taxas de mortalidade menores para a bulimia nervosa comparando-as as encontradas para a anorexia nervosa – revisões sistemáticas encontraram taxas brutas que variam entre 0 e 2% (Keel e Brown, 2010) e 1,74 por 1000 pessoas ao ano, totalizando uma média de 0,17% de mortes entre pacientes com bulimia nervosa (Arcelus, 2011). As causas de morte de pacientes com bulimia nervosa foram descritas por Quadflieg e Fichter (2003) como sendo de difícil identificação. Estes autores revisaram diversas pesquisas de seguimento e encontraram um dado interessante – nos estudos analisados, nenhuma das mortes foi provocada por aspectos alimentares ou purgativos da bulimia nervosa. Entretanto, foram reportadas algumas mortes causadas por suicídio e acidentes de carro.

A recuperação parece ser mais comum entre pacientes com bulimia nervosa do que entre os diagnosticados com anorexia nervosa. Em uma revisão sistemática sobre o desfecho da bulimia nervosa, Steihausen e Weber (2009), encontraram taxas de recuperação total em 45% dos pacientes, melhora de sintomas em 27% dos pacientes e cerca de 23% dos pacientes mantiveram um curso crônico. Entretanto, embora o curso da bulimia nervosa seja mais favorável do que o da anorexia nervosa, pacientes bulímicos recuperados também apresentam prejuízos em aspectos que não são considerados como critérios diagnósticos dos transtornos alimentares. Fichter e Quadflieg (2004) realizaram uma pesquisa com a mesma metodologia aplicada em um estudo anteriormente mencionado (Fichter et al, 2006). Ao fim de 12 anos de seguimento, encontraram recuperação em 70% dos pacientes e melhora significativa

de sintomas entre os pacientes que ainda preenchiam critérios para a bulimia nervosa. Entretanto, pacientes considerados recuperados, quando comparados a indivíduos que nunca foram diagnosticados com transtorno alimentar, apresentavam prejuízos na integração social e em aspectos relacionados à sexualidade, maior insatisfação com a imagem corporal e maiores níveis de sintomas da psicopatologia geral.

Na Finlândia, gêmeos nascidos entre 1975 e 1979 foram convidados a participar de uma pesquisa sobre o curso natural da bulimia nervosa. Indivíduos que concordaram em participar do estudo e seus familiares foram entrevistados sobre a presença de sintomas de bulimia nervosa aos 16 anos, 17, 18 e entre 21 e 27 anos de idade. Corroborando os dados encontrados por Fichter e Quadflieg (2004), ao fim da pesquisa, indivíduos recuperados do quadro há mais de cinco anos apresentavam baixa autoestima, ansiedade e prejuízos na imagem corporal, além de maiores níveis de sintomas psicossomáticos, quando comparados a controles saudáveis. Nesta mesma pesquisa, o grupo de gêmeos que nunca desenvolveram quadros de transtornos alimentares eram mais perfeccionistas do que o grupo de controles saudáveis não gêmeos (Keski-Rahkonen et al, 2009). Maior gravidade de sintomas depressivos e ansiosos, maior impulso a magreza e sentimento de ineficácia e menor sensação de bem-estar também foram encontrados em pacientes recuperados de quadros de bulimia nervosa (Stein, et al, 2002).

Sendo também bastante influenciado pelo tempo, o curso da bulimia nervosa parece ser mais favorável do que o da anorexia nervosa, embora o desfecho do quadro seja pior quanto maior o tempo de seguimento. Ainda na revisão de Steihausen e Weber (2009) os autores encontraram maiores taxas de recuperação

entre 4 e 9 anos de seguimento, com posterior declínio, além de aumento e estabilidade da cronicidade após esse período. Já na revisão de Keel e Brown (2010) períodos de seguimento compreendidos entre cinco e 20 anos foram caracterizados por taxas de remissão de cerca de 70%. Para os autores, tais resultados sugerem que enquanto a maioria dos indivíduos com bulimia nervosa atinge a remissão, aqueles que não a atingem cinco anos após o início do tratamento podem demonstrar um curso crônico do quadro.

A migração da bulimia nervosa para o diagnóstico de anorexia nervosa parece ser incomum. Foram reportadas taxas entre 1,6 e 3,7% (Quadflieg e Fichter, 2003). Entretanto, em um estudo prospectivo recente conduzido por Castellini et al. (2011) foram investigadas taxas de migração de um transtorno alimentar para outro, tanto nos critérios do DSM-IV-TR quanto nos critérios propostos para o DSM-V. Sendo associada a presença de transtorno depressivo, após seis anos de *follow up*, 9,2% e 8,4% dos pacientes que possuíam diagnóstico de bulimia nervosa no início do estudo, agora preenchiam os critérios para anorexia nervosa de acordo com o DSM-IV e DSM-V, respectivamente.

O prognóstico parece ser mais favorável para os pacientes com bulimia nervosa quando comparados aos pacientes com anorexia nervosa, embora os fatores que o influenciariam não estejam muito claros (Haller, 1992; Steihausen, 2008; Keel e Brown, 2010). Fatores estressores, como problemas no trabalho e nas relações sociais, além de pouca motivação para o tratamento e a necessidade de tratamento hospitalar foram associados maiores riscos de recaída (Steinhausen e Weber, 2009; Grilo et al, 2012). Entre características de personalidade, a

incapacidade no controle de impulsos e baixa auto-estima são fatores associados a um pior resultado no tratamento para bulimia nervosa (Berkman et al., 2007, Steihausen, 2008).

Idade para o início do transtorno, duração da doença antes do tratamento, gravidade da doença e histórico de abuso de álcool são consideradas em algumas pesquisas como possíveis variáveis relacionadas ao prognóstico, mas sem nenhum dado conclusivo (Quadflieg e Fichter, 2003; Steihausen, 2008). A influência de quadros comórbidos de transtornos psiquiátricos do eixo I é contraditória, com pouco impacto no prognóstico desses pacientes, embora o diagnóstico de depressão e o abuso de álcool e drogas possam estar associados a um pior desfecho da doença (Quadflieg e Fichter, 2003; Steihausen, 2008). Entre os transtornos do Eixo II, a presença de transtorno de personalidade *borderline*, está associada um pior prognóstico (Quadflieg e Fichter, 2003; Steihausen, 2008), relacionando-se a presença de comportamentos de auto-agressão e tentativas de suicídio em pacientes bulímicos (Favaro et al, 2008).

1.2 Tratamento hospitalar para transtornos alimentares

Os transtornos alimentares são únicos dentre os transtornos mentais, pois o indivíduo apresenta sintomas físicos tão proeminentes quanto os psicológicos. Essa sobreposição de problemas pode causar confusão, sendo o paciente muitas vezes tratado apenas de seus sintomas físicos em hospitais gerais (Wiseman e col., 2001). A gravidade dos sintomas fará com que médicos e outros profissionais de saúde escolham qual a modalidade de tratamento é indicada: o atendimento ambulatorial, a hospitalização parcial – ou internação em hospital dia – e a hospitalização total do paciente.

A escolha pela hospitalização de um paciente deve ser baseada em fatores psiquiátricos, comportamentais e clínicos que incluem: declínio rápido ou persistente da ingestão oral da alimentação, perda de peso corporal progressiva apesar da intervenção ambulatorial, risco de suicídio, existência de problemas clínicos graves (como anormalidades metabólicas), presença de comorbidade psiquiátrica com magnitude que justifique a hospitalização (APA, 2006; Williams, 2008). Mas, muitas vezes, fatos circunstanciais, como fatores econômicos ou familiares, podem ter influência maior do que fatos baseados em dados científicos na decisão de internar ou não o paciente (Vandereycken, 2003). As principais indicações para a internação de um paciente diagnosticado com transtornos alimentares podem ser visualizadas no quadro 3.

Quadro 3: Indicações para a hospitalização total de pacientes com Transtornos Alimentares

Condição médica	Frequência cardíaca < 40bpm; pressão arterial < 90/60 mmHg; glicose < 60 mg/dL; potássio < 3 mEq; desequilíbrio eletrolítico, temperatura < 36°C; desidratação; comprometimento hepático, renal ou cardiovascular, exigindo tratamento agudo; diabete mal-controlado
Tendência Suicida	Plano específico com alta letalidade ou muito intenso.
Porcentagem de peso corporal considerado saudável	< 85%; ou declínio ponderal agudo com recusa de alimentos, mesmo que não seja < 85% ou peso corporal saudável
Motivação para recuperar-se	Motivação muito fraca ou fraca; paciente apresenta pensamentos intrusivos e repetitivos; paciente não cooperativo com o tratamento
Transtornos comórbidos	Qualquer transtorno psiquiátrico existente que exija hospitalização
Estrutura necessária para comer/ganhar peso	Necessita de supervisão durante e após todas as refeições ou de alimentação nasogástrica
Controle de atividades físicas compulsivas	Dificuldades de auto-controle da intensidade de atividades físicas, necessitando de controle externo
Comportamentos purgativos	Necessita de supervisão durante e após todas as refeições e no banheiro; incapaz de controlar múltiplos episódios diários de purgação graves, persistentes e incapacitantes, apesar de tentativas adequadas de tratamento ambulatorial.
Estresse ambiental	Conflito ou problemas familiares graves ou ausência de família que possa oferecer acompanhamento residencial adequado; paciente mora só, sem apoio necessário adequado
Disponibilidade geográfica	paciente reside em um local muito distante do centro de tratamento

Fonte: Adaptado de APA (2006)

Wiseman e col. (2001) realizaram um estudo no qual investigaram os parâmetros para a internação de 1185 pacientes com TA ao longo de 15 anos nos Estados Unidos. Por meio dos dados coletados, constataram que houve diminuição significativa no número de dias em que o paciente permanecia internado – uma média de 149,5 dias em 1984 para 23,7 dias em 1998. O Índice de Massa Corporal (IMC – Kg/m²) necessário para o paciente receber alta também diminuiu de forma significativa ao longo dos anos – entre 19 e 20kg/m² antes de 1995 para uma média de 17,64kg/m² em 1998. Outro aspecto importante levantado pelos autores se refere ao número de readmissões – no ano de 1984 não houve nenhum caso de paciente readmitido nos serviços de hospitalização; já em 1998 as readmissões representavam 27% do total de internações. Os autores concluíram que, durante esses 15 anos, a hospitalização de pacientes com TA passou de um tratamento de longo prazo para a estabilização da saúde em momentos de crise. O aumento nos custos para manter um paciente internado foi apontado no estudo como principal razão para essas mudanças. Embora não apontem para uma relação causal, os autores sugerem que aumentando o tempo de permanência do paciente na internação haverá uma diminuição no número de readmissões.

Devido ao alto custo necessário para se manter um paciente internado, é indispensável que os profissionais reexaminem os objetivos do tratamento hospitalar para TA, restabelecendo marcas para a interrupção desse tipo de tratamento (Treat e col., 2005). Embora a estabilização médica seja o principal objetivo da hospitalização, é de extrema importância oferecer recursos especializados durante a internação, com a finalidade de avançar em outros aspectos do quadro e manter

ganhos conquistados durante essa etapa do tratamento após a alta hospitalar (Sylvester e Forman, 2008). Portanto, assim como no tratamento ambulatorial, o tratamento hospitalar para transtornos alimentares deve estar baseado em abordagens multidisciplinares que incluam o atendimento médico, psicoterapia individual e familiar, estratégias psicoeducacionais e aconselhamento nutricional (APA, 2006; Halmi, 2010).

A realização das refeições talvez seja o aspecto mais dramático no tratamento dos transtornos alimentares, pois embora a realimentação oral seja considerada a melhor abordagem para a restauração do peso, alguns pacientes recusam-se a fazê-la. Para facilitar esse processo, especialmente nas fases iniciais do tratamento, a equipe terapêutica pode utilizar-se do recurso da alimentação por meio de sonda nasogástrica. Entretanto, este instrumento costuma ser visto como coercivo e traumatizante pelos pacientes e seus familiares (Sylvester e Forman, 2008). Outro aspecto importante é a manutenção de comportamentos purgativos durante a internação, especialmente após a ingestão alimentar. Para evitar tais práticas, após as refeições, os pacientes internados devem ser monitorados de forma rigorosa para as tentativas de vomitar. É aconselhável que membros da equipe permaneçam no mesmo local que os pacientes após as refeições, evitando o acesso ao banheiro e a purgação (Halmi, 2010).

A alimentação por meio da sonda nasogástrica também pode ser aplicada em outra situação – a internação involuntária. Este tipo de hospitalização é prevista na legislação brasileira através da Lei Federal 10.216/2001 promulgada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso. Tal lei prescreve três tipos de internação

para as pessoas portadoras de transtornos mentais: a voluntária, consentida pelo paciente; involuntária, sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiro; e compulsória, que é determinada pela justiça. A Anorexia nervosa foi descrita como um dos transtornos psiquiátricos nos quais a internação involuntária acontece mais frequentemente (Barros e Serafim, 2009). Ela pode ser necessária quando o paciente recusa-se a tratar-se e cooperar com o tratamento, mesmo correndo risco agudo de complicação clínica ou até morte (Halmi, 2010).

Além do enfoque no ganho de peso, o tratamento hospitalar para transtornos alimentares deve possuir intervenções psicossociais que auxiliem o paciente a entender e cooperar com sua reabilitação nutricional e física, com as mudanças de comportamentos e atitudes alimentares disfuncionais além de proporcionar melhora nos seus relacionamentos interpessoais e funcionamento social (APA, 2006). A hospitalização e o tratamento ambulatorial devem ser combinados e se completarem como uma forma de atender as necessidades dos pacientes e de manejar questões práticas. Treat et al (2005) demonstraram que programas breves de tratamento hospitalar para transtornos alimentares são suficientes para resolver problemas médicos mais urgentes, para dar início a realimentação e interromper comportamentos compensatórios, sendo indispensável dar continuidade ao tratamento ambulatorial para uma recuperação completa do paciente.

1.3 Abandono do tratamento para pacientes psiquiátricos

Embora seja um evento freqüente no tratamento para pacientes psiquiátricos, não existe um consenso do que se considera abandono do tratamento e sua terminologia (Brook et al., 2006; O'Brien et al., 2009). Em um sentido amplo, seria a descontinuidade do tratamento antes do que foi planejado pela equipe terapêutica. Entretanto, ao estudarmos o assunto, muitas vezes não fica claro de quem seria essa decisão – se do profissional/equipe, do paciente ou de ambas as partes – e em que momento deixar o tratamento é considerado abandono – após o primeiro contato com o centro de tratamento ou após algumas intervenções.

Em inglês, idioma mais utilizado na publicação de artigos, vários são os termos utilizados para esse fenômeno: *Discharge against medical advice* (DAMA ou leaving AMA), *Premature termination*, *Dropout*, *Attrition*, *Absconding*, *Absent without leave*. Já em português, nos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (DECS-BVS), encontramos o descritor *Pacientes Desistentes do Tratamento*. Brook et al. (2006) realizaram uma revisão sobre AMA em internações psiquiátricas. Para estes autores, a fuga (ou *absconding*, em inglês) não estaria nessa categoria, pois como o nome já diz, no conceito de *discharge against medical advice* está implícito o aconselhamento médico para que o paciente permaneça no tratamento. Na fuga (*absconding*), essa conversa entre médico e paciente não existe, sendo muitas vezes efeito de uma ação impulsiva do paciente sem a possibilidade de reflexão.

Baekeland e Lundwal (1975) realizaram uma revisão bibliográfica sobre o abandono do tratamento para transtornos psiquiátricos e outras condições clínicas. Os

autores concluíram que a permanência ou não do paciente no tratamento até o seu término depende do resultado da interação de alguns fatores: 1) um conjunto de variáveis relacionadas a fatores ambientais – atitudes familiares frente ao tratamento, eventos da vida, problemas de transporte e custo do tratamento; 2) fatores pessoais favoráveis ou não à disposição do paciente ao tratamento e aos agentes de mudança (fatores demográficos, clínicos e de personalidade); 3) um conjunto de variáveis relacionadas a personalidade do terapeuta, suas atitudes frente aos pacientes e seu estilo terapêutico.

Brook et al. (2006) realizaram uma revisão de literatura, utilizando artigos científicos escritos entre a década de 60 e o início dos anos 2000, onde procuraram investigar o fenômeno do desligamento do tratamento sem o aconselhamento médico em leitos psiquiátricos. Os autores encontraram uma variação da taxa de abandono entre três e 51%, com uma média de 17%, mas alertam que não se deve levar em conta essa prevalência de forma linear. Nos últimos 50 anos a saúde mental passou por várias transformações (movimento de desinstitucionalização) que trouxeram conseqüências morais, sociais e legais para a internação e manutenção de pacientes em regime hospitalar. Em uma revisão sistemática mais recente, realizada por O'Brien et al. (2009), os autores encontraram que cerca de 30% dos pacientes com problemas de saúde mental abandonam o tratamento.

Em geral, ser mais jovem, do sexo masculino e estar desempregado são fatores relacionados a uma probabilidade maior de abandono de tratamento psiquiátrico (Tehrani et al., 1996; Chiesa et al., 2000; Percudani et al., 2002; Brook et al., 2006; O'Brien et al., 2009). A percepção que o paciente tem sobre o

tratamento em saúde mental também foi encontrada como variável influenciadora do abandono do tratamento. Uma visão negativa frente ao diagnóstico psiquiátrico e a crença de que o tratamento em saúde mental é ineficaz foram encontrados como fatores de risco para o abandono (Rüsch et al, 2008; Edlund et al, 2002). Em uma revisão retrospectiva de prontuários em um hospital de veteranos de guerra, foram apontadas algumas razões pessoais influenciando a decisão por deixar o tratamento – problemas familiares, obrigações pessoais/financeiras, reconciliação com conjuge ou outros membros da família e problemas legais (Green et al, 2004).

A presença de um diagnóstico psiquiátrico foi encontrada como fator de risco para o abandono do tratamento em estudos realizados em centros de tratamento para diversas especialidades médicas (Duño et al, 2003; Seaborn Moyse e Osmun, 2004). Entre os diagnósticos psiquiátricos, os transtornos de personalidade e de uso de substâncias são apontados como fatores de risco para o abandono do tratamento (Brook et al, 2006; O'Brien et al., 2009). Rüsch et al, (2008) através de um estudo conduzido especificamente para pacientes com transtorno de personalidade borderline que se submetiam a um regime de tratamento hospitalar encontraram que pacientes com um menor número de tentativas de suicídio e maiores níveis de esquiva e raiva-hostilidade eram as mais prováveis de abandonar o tratamento. Já Chiesa et al (2000), em sua investigação de fatores de risco para o abandono do tratamento para os transtornos da personalidade, encontraram que o diagnóstico de personalidade borderline (principalmente aqueles que participavam de um tipo mais longo de tratamento) foi um fator de proteção para a continuidade do tratamento.

O uso de substâncias é freqüentemente apontado como fator de risco para abandono do tratamento, seja esse tratamento realizado em unidades psiquiátricas ou em hospitais gerais. Em um estudo com metodologia qualitativa, pacientes, médicos e enfermeiros foram questionados sobre razões para o abandono do tratamento de pacientes em tratamento em um hospital universitário. Os três grupos apontaram o uso de drogas e a necessidade de usar drogas (pacientes com crise de abstinência) como um dos motivos para abandono do tratamento (Onukwugha et al, 2010). Em um hospital para veteranos de guerra, um em cada quatro pacientes que abandonavam o tratamento tinha historia de uso abusivo de álcool, contra um para cada 12 pacientes no grupo dos que completaram o tratamento (Glasgow et al, 2010). Em uma pesquisa no Japão pacientes internados para tratamento para transtornos do uso de substâncias que não tinham prejuízos físicos devido ao transtorno tinham uma probabilidade 2.24 vezes maior de abandonar o tratamento do que aqueles que já possuíam algum prejuízo. Os autores afirmam que talvez aqueles que possuem algum prejuízo físico devido ao transtorno, acreditam que devem continuar o tratamento, por precisar de cuidados médicos a longo prazo (Masaki e Toyomasu, 2010).

Ainda sobre o uso de substâncias, em um estudo de seguimento Messina et al (2001) procuraram investigar se serviços oferecidos para pacientes com transtorno do uso de substâncias em comunidades terapêuticas relacionavam-se à conclusão do tratamento. Pacientes adictos em heroína (primeira droga de escolha) eram mais propensos a concluir o tratamento, embora o uso de agulhas tenha sido considerado fator de risco para o abandono. O uso de drogas injetáveis também foi encontrado como fator de risco para o abandono do tratamento entre pacientes em tratamento

para HIV (Anis et al, 2002). Entre adolescentes, foram encontrados como fatores protetores para a conclusão do tratamento para o uso de drogas o gênero feminino, morar com pais biológicos e diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico (exceto depressão maior). O uso de crack, cocaína, presença de comportamentos antisociais, ter sido preso duas ou mais vezes e ter sido molestado foram considerados fatores de risco para o abandono do tratamento (Vourakis, 2005). Elevados níveis de ideação suicida em pacientes dependentes de drogas também foram relacionados a um maior risco de abandono do tratamento (Ries et al, 2009).

No Brasil, em um estudo realizado em Belo Horizonte foram investigados fatores de risco para o abandono do tratamento entre pacientes que freqüentavam um Centro de Referência em Saúde Mental pós-reforma psiquiátrica (CERSAM-Pampulha). Foram revisados prontuários de 295 pacientes que receberam tratamento na instituição entre janeiro de 1997 e abril de 1998. O critério de abandono foi o não comparecimento ao serviço por um período de pelo menos quatro meses, existindo indicação para o retorno. Entre todos os fatores investigados, a procura espontânea pelo tratamento, não ter sido admitido em tratamento psiquiátrico anteriormente e o diagnóstico de alcoolismo foram considerados fatores de risco para a desistência do tratamento. Os pacientes que não moravam em Belo Horizonte e cidades adjacentes e não receberam vale-transporte também foram mais propensos a abandonar o tratamento (Melo e Guimarães, 2005). A falta de recursos financeiros também foi encontrada como fator de risco para o abandono do tratamento no estudo de Edlund et al (2002). Esse estudo investigou o abandono do tratamento em centros de saúde mental nos Estados Unidos e em Ontário, Canadá. Na amostra Norte-americana da

pesquisa, onde não há cobertura de saúde pública para toda a população, ter um seguro que não cobre o tratamento para saúde mental foi considerado fator de risco para o abandono do tratamento.

Por ser um problema que pode comprometer a confiabilidade e generalização de resultados de estudos de seguimento, Fischer et al (2001) decidiram investigar características de pacientes que abandonam esse tipo de estudo, enfocando nas diferenças entre essa população e aqueles que participam de todas as etapas de pesquisas de seguimento. Informações sociodemográficas, diagnóstico e informações sobre o tratamento recebido de 1744 sujeitos foram coletadas na admissão, ao fim do tratamento, e após 3, 6 e 12 meses do fim do tratamento. O grupo de pacientes que foram contatados com sucesso tinha em sua composição mais mulheres, crianças, menores de 18 anos, adultos que tinham uma situação de moradia estável, menor frequência de internações psiquiátricas prévias e de abuso de substâncias. Pacientes diagnosticados com transtornos de ansiedade e humor eram mais propensos a participar de todas as etapas do estudo, quando comparados a pacientes diagnosticados com esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, uso de substâncias ou transtornos psiquiátricos de origem orgânica.

Embora na pesquisa de Messina et al (2001) sobre o abandono do tratamento para uso de substâncias em comunidades terapêuticas a presença de tratamentos prévios foi um fator protetor para a conclusão do tratamento, ter sido internado anteriormente foi descrito como fator de risco para o abandono do tratamento (Pages et al, 1998), especialmente entre aqueles pacientes que já haviam deixado um tratamento sem a concordância da equipe terapêutica anteriormente (Brook et al,

2006). Essa questão está intimamente ligada ao prognóstico desses pacientes, uma vez que é quase um consenso entre os autores que aqueles que abandonam o tratamento tem um pior prognóstico (Brook et al., 2006), com maior risco de suicídio (Kuo et al., 2010), maior risco para novas internações psiquiátricas (Pages et al, 1998; Callaghan e Cunningham, 2002; Bottlender e Soyka, 2005; Oyffe et al, 2009; Ries et al, 2009) e recaída entre dependentes de álcool e drogas (Callaghan e Cunningham, 2002; Bottlender e Soyka, 2005).

Pode-se concluir, a partir do que foi exposto, que o abandono do tratamento é um fenômeno freqüente entre os pacientes psiquiátricos e com achados mais consistentes entre os pacientes com abuso de substâncias. Além disso, a decisão em deixar o tratamento sem o aconselhamento médico parece piorar o prognóstico desses pacientes.

1.4 Transtornos alimentares e abandono do tratamento

Embora os transtornos alimentares sejam doenças graves e crônicas, com repercussão em vários aspectos da vida, a aderência ao tratamento e o abandono do mesmo são problemas frequentemente encontrados pelas equipes terapêuticas (Mahon, 2000; Bell, 2001). Taxas de abandono do tratamento para transtornos alimentares variam entre 20,2% a 49,6% para anorexia nervosa e entre 15 a 30% para a bulimia nervosa (Mahon, 2000; Wallier et al., 2009). Quando falamos estritamente sobre abandono do tratamento hospitalar para esses transtornos encontramos taxas de abandono entre 20 e 51% para a anorexia nervosa (Masson et al., 2007; Woodside et al., 2004) e entre 4,8 e 18,42% para a bulimia nervosa (Zeeck et al., 2009; Masson et al., 2007).

Em transtornos alimentares a falta de consenso no nome e conceito de abandono do tratamento permanece através dos estudos. Nas suas considerações sobre abandono do tratamento em transtornos alimentares, Sly (2009) considera o termo *the dropout* (algo como desistente em português) pejorativo, pois torna o paciente culpado por falhar no tratamento e deve haver uma distinção entre desistir de tratar-se e desistir de um determinado tratamento. O autor sugere que seria prudente adotar uma única classificação – *premature termination of treatment* (PTT) para pacientes que deixam o tratamento por uma decisão unilateral em interromper o tratamento, independente de quem tomou essa decisão – equipe ou o próprio paciente. Para pacientes que deixam o tratamento por escolha própria, *patient-initiated discharge* e para pacientes que são convidados pela equipe a sair do tratamento, *staff-initiated discharge*.

Outro problema encontrado ao se estudar o abandono do tratamento para transtornos alimentares é a falta de consenso sobre quais os critérios que o qualificam. Diversos aspectos são sugeridos – como tempo de permanência no tratamento (Zeeck et al., 2005), se a decisão de encerrar o tratamento foi da equipe terapêutica ou do paciente (Masson et al., 2007), junção entre esses dois aspectos com aspectos clínicos e/ou físicos do paciente (Bandini et al. 2006) – dificultando a comparação entre resultados de pesquisas. Em sua revisão sobre o tema, Mahon (2000) afirma que os motivos para um indivíduo deixar um estudo são diferentes das razões que levam um paciente a deixar um tratamento ou das razões que levam o terapeuta/equipe a determinar o fim do tratamento. Por essa razão, a autora sugere que o termo *attrition* seja usado quando pacientes deixam um estudo, *Drop-out* para pacientes que tomam uma decisão unilateral de deixar um tratamento regular e *premature termination* quando um tratamento acaba com a decisão unilateral do terapeuta/equipe.

As pesquisas sobre o tema têm se concentrado principalmente na investigação de fatores de risco, geralmente acessados na admissão do paciente no centro de tratamento. Entretanto, embora diversas variáveis venham sendo estudadas, não há um consenso sobre preditores do abandono do tratamento para transtornos alimentares. Revisões sistemáticas sobre o tema são unânimes em apontar a falta da homogeneidade metodológica ao se estudar o tema como uma das causas para a discrepância de resultados. Em vários estudos, não há uma distinção entre modalidades de tratamento, gênero e idade (Mahon, 2000, Wallier et. al, 2009; Fassino et al, 2009) .

Fatores sociodemográficos são frequentemente investigados como preditores do abandono do tratamento em transtornos alimentares. Muitas pesquisas não encontraram relação alguma entre tais variáveis (Zeeck et al 2004, Franzen et al, 2004; Treat et al., 2005; Masson et al, 2007). Arcelus e Button (2007) em sua descrição de fatores sociodemográficos e da sintomatologia alimentar de universitários que procuraram tratamento em um serviço especializado em Transtornos alimentares na cidade de Leicester, Inglaterra, encontraram maior abandono entre o grupo de estudantes que não moravam nessa cidade e suas adjacências. Em oposição a esses resultados, no estudo conduzido por Swan-kreimer et al. (2005) pacientes que moravam mais longe do centro de tratamento ambulatorial para transtornos alimentares eram mais propensos a completarem o tratamento. Nesse mesmo estudo, ter um emprego fixo foi considerado um fator de risco para o abandono do tratamento.

Huas et al. (2011) na sua pesquisa sobre fatores de risco para o abandono do tratamento hospitalar para anorexia nervosa encontraram pacientes que tinham pelo menos um filho, nível educacional mais baixo como mais propensos a deixar o tratamento antes do término. Nesse mesmo estudo, ser mais novo também foi um fator de risco para o abandono do tratamento. Mahon et al. (2001a) também encontraram uma média de idade menor entre aqueles que abandonaram o tratamento ambulatorial para bulimia nervosa, mas esse achado não foi encontrado quando o estudo foi replicado (Mahon et al., 2001b). Outras pesquisas também não encontraram a idade como um fator de risco para o abandono do tratamento para TA (Franzen et al., 2004; Masson et al., 2007; Dalle Grave et al., 2008).

A percepção que o paciente tem de si, da gravidade dos sintomas e do tratamento recebido também foram investigados como fatores relacionados ao abandono do tratamento. Waller em 1997 investigou características de pacientes com bulimia nervosa e anorexia nervosa purgativa que abandonaram a terapia cognitivo-comportamental para esses transtornos. As pacientes que deixaram o tratamento percebiam seus sintomas bulímicos mais graves do que aquelas que concluíram o tratamento. Embora esperassem um pior auto-conceito por parte das pacientes que abandonaram o tratamento, os autores de dois estudos na Suécia encontraram índices menores de autculpa, auto-ódio e melhor auto-imagem entre os pacientes que não completaram o tratamento para a anorexia nervosa (Björck et al. 2008; Björk et al. 2009).

Existem alguns aspectos de personalidade, psicológicos e ambientais que possuem uma relação direta com os transtornos alimentares. Assim, medo da maturidade, impulsividade, baixa auto-estima, inibição social são fatores investigados como se relacionando ao abandono do tratamento, mas sem resultados consistentes (Fassino et al., 2003; Zeeck et al, 2005; Franzen et al, 2004; Halmi et al., 2005). Para investigar a influência de traços da personalidade no abandono do tratamento, Dalle Grave et al. (2008) utilizaram um instrumento de personalidade (Inventário de Temperamento e Cáriter) em 145 pacientes admitidas em uma unidade hospitalar para transtornos alimentares na Itália. Instrumentos sobre a sintomatologia alimentar e depressiva também foram utilizados. Não houve diferenças no diagnóstico recebido, fatores demográficos ou sintomas depressivos. Entretanto, aqueles que abandonaram o tratamento tinham menores níveis de

persistência do que os que completaram o tratamento. Após realizarem uma análise multivariada por meio de regressão logística, a cada aumento de um ponto na subescala de persistência, o risco do abandono diminuía em 20%.

Mahon et al. (2001a e 2001b) executaram dois estudos retrospectivos, investigando a influência de traumas infantis – como abuso sexual, separação e morte dos pais – e o abandono do tratamento ambulatorial para bulimia nervosa. Nos dois estudos, o abandono do tratamento foi relacionado a ter presenciado a separação dos pais na infância. Aspectos familiares também foram fatores preditivos do abandono do tratamento no estudo de Waller (1997). Os pacientes que abandonaram o tratamento ambulatorial para bulimia e anorexia nervosa purgativa percebiam suas famílias como piores em demonstrar preocupação uns com os outros.

Ainda como uma tentativa de observar a influência familiar no abandono do tratamento, Hoste et al (2007) criaram estratégias para manter adolescentes no tratamento ambulatorial para bulimia nervosa. Durante todo o tratamento, o envolvimento dos pais no processo era estimulado – consultas que precisavam ser remarçadas eram agendadas com os pais; no dia anterior a cada consulta, os pais eram contatados para a confirmação da consulta dos filhos – mesmo que o paciente participasse apenas de terapia individual. A aplicação de tais intervenções resultou em uma taxa de abandono do tratamento de apenas 11%. Os autores acreditam que esse envolvimento parental pode ter auxiliado a aderência do tratamento em pacientes que normalmente são ambivalentes quanto ao transtorno alimentar.

A presença de sintomas purgativos é o fator de risco com resultados mais consistentes para o abandono do tratamento, sendo encontrado tanto em estudos que

investigam o abandono do tratamento para a anorexia nervosa, como em estudos sobre o abandono do tratamento para transtornos alimentares em geral (Kanh e Pike, 2001; Surgenor et al, 2004; Fassino et al., 2009). Na busca por fatores preditivos do abandono do tratamento hospitalar para anorexia nervosa, Woodside et al. (2004) realizaram uma pesquisa onde era realizada uma entrevista diagnóstica na admissão. As pacientes também eram convidadas a submeter-se a instrumentos psicométricos que investigavam patologia alimentar e comorbidades associadas. Com uma taxa de abandono de 51%, os autores encontraram o subtipo purgativo da anorexia nervosa como o preditor mais forte do abandono do tratamento. Além disso, entre todas que abandonaram, aquelas diagnosticadas como anorexia nervosa purgativa abandonavam o tratamento mais precocemente. Em outra pesquisa, realizada com pacientes diagnosticados com transtornos alimentares em tratamento em hospital-dia, em uma primeira análise o tipo de transtorno alimentar não foi preditivo para o abandono do tratamento. Entretanto, quando os autores separaram os sujeitos em dois grupos de acordo com a presença ou ausência de sintomas purgativos, somente 5,6% dos que abandonaram o tratamento não apresentavam estes sintomas (Franzen et al., 2004).

Fator central para o diagnóstico de transtorno alimentar, o Índice de Massa Corporal (IMC) foi também avaliado como se relacionando ao abandono do tratamento. Muitos estudos investigaram o IMC do paciente na admissão e alguns encontraram IMC mais baixos como relacionados ao abandono do tratamento (Kahn e Pike, 2001; Surgenor et al., 2004; Zeeck et. Al, 2005). Mewes et al (2008) conduziram uma pesquisa com pacientes em tratamento hospitalar para anorexia

nervosa, avaliando o IMC e o ganho de peso de forma longitudinal. Utilizando-se de uma regressão linear, os autores analisaram a relação entre dados demográficos, história da doença, ganho de peso e alterações no IMC até a alta. Para cada paciente (um total de 100, onde 50 completaram o tratamento e 50 abandonaram) foi criada uma curva de peso, considerando a média semanal de aumento de IMC, média do número de episódios de perda de peso, magnitude da perda de peso e a duração em dias dos episódios de perda de peso. O risco de abandono do tratamento foi maior para os pacientes com um baixo ganho de peso semanal e maior perda de peso durante o tratamento.

Além da inadequação do comportamento alimentar, indivíduos que sofrem de transtornos alimentares freqüentemente possuem outros sintomas psicopatológicos, como humor deprimido, ansiedade, abuso de substâncias e aspectos disfuncionais da personalidade (Kaye et al., 2000). Na investigação do impacto de comorbidades psiquiátricas na decisão de continuar um tratamento para transtornos alimentares, são utilizados tanto diagnósticos estabelecidos quanto a presença de sintomas psiquiátricos. O diagnóstico do transtorno de personalidade borderline ou a presença de sintomas borderline foi relacionada ao abandono do tratamento para transtornos alimentares em diversos estudos (Coker, et al., 1993; Waller, 1997; Fassino et al., 2002; Fassino et al., 2003; Surgenor et al., 2004; Woodside et al., 2004; Zeeck et al., 2005). Maiores níveis de sintomas depressivos foram encontrados como fator de risco para o abandono do tratamento tanto para a anorexia como para a bulimia nervosa (Coker et al., 1993; Steel et al., 2000; Woodside et al., 2004). Entretanto, Zeeck et al. (2005) encontraram uma relação positiva entre depressão e a conclusão

do tratamento. Em sua pesquisa, conduzida em um serviço de internação para pacientes de anorexia nervosa, pacientes que na admissão apresentavam comorbidade com transtorno depressivo eram mais propensos a completar o tratamento. Nesse mesmo estudo, os que abandonaram o tratamento tinham maior número de sintomas psicopatológicos, embora a presença de outros transtornos psiquiátricos não tenha sido relacionada ao abandono ou a conclusão do tratamento.

Aspectos do tratamento oferecido e sua influência na decisão do paciente por deixar o tratamento são pouco abordados nas pesquisas sobre o abandono do tratamento para transtornos alimentares. O tempo na lista de espera prévio ao início do tratamento ambulatorial para bulimia nervosa e a relação com o abandono do tratamento foi investigado por Carter et al. (2012). Assim como encontrado anteriormente por Zeeck et al. (2009), aqueles que abandonaram o tratamento ficaram mais tempo na lista de espera. A investigação da existência de tratamentos prévios enquanto fator de risco para o abandono do tratamento traz resultados contraditórios alternando-se entre fator de risco para o abandono (Mahon et al., 2001) ou fator protetor a conclusão do tratamento (Zeeck et al., 2005).

Vandereycken e Vansteenkiste (2009) introduziram uma questão importante sobre o tratamento involuntário e abandono do mesmo: será que permitir o paciente decidir se quer ser ou não internado causa algum impacto no abandono do tratamento para TA? Para responder essa questão os autores compararam dois tipos de tratamento: no primeiro (estratégia antiga) o paciente que tivesse indicação para tratamento hospitalar e não o desejasse era internado sob a responsabilidade de um familiar. Já no segundo tipo (estratégia nova) o paciente que recebia a indicação do

tratamento hospitalar era convidado a permanecer na unidade de internação por cinco dias. Ao término desse período, deveria decidir-se pela internação, sem a influência de membros da equipe, familiares ou amigos. Como resultado, os autores encontraram uma taxa de abandono muito maior no primeiro mês de tratamento entre o grupo de pacientes internados na estratégia antiga.

Alguns autores foram além e tentaram construir modelos para fatores de risco para o abandono do tratamento, através de tratamento estatístico – análises multivariadas que permitem um melhor entendimento da interação entre os fatores investigados. Esse tipo de análise começou a ser mais utilizada a partir dos anos 2000 (Wallier et al, 2009), entretanto já em 1997 Waller encontrou que pacientes que abandonaram o tratamento ambulatorial para bulimia nervosa possuíam altos níveis de sintomatologia de transtorno de personalidade borderline, percepção de maior gravidade dos sintomas bulímicos e percebiam suas famílias como pobres em expressar a preocupação emocional uns com os outros. Outra tentativa de criação de um modelo de fatores de risco para o abandono do tratamento para bulimia nervosa foi executada por Mahon et al. (2001). Nessa pesquisa, a análise realizada através da regressão logística demonstrou que pacientes mais jovens, empregadas, que presenciaram separação dos pais na infância e que haviam sofrido internações psiquiátricas tinham mais risco de abandonar o tratamento.

Esses tipos de modelos também foram criados por autores que investigavam o abandono do tratamento para a anorexia nervosa. No modelo proposto por Zeeck et al (2005) pacientes internados para anorexia nervosa com maior número de sintomas da psicopatologia geral e possuíam depressão como comorbidade apresentavam

menor risco de abandonar o tratamento. Huas et al. (2011) através de análises multivariadas encontraram fatores de risco que não haviam sido encontrados anteriormente para o abandono do tratamento hospitalar para a anorexia nervosa: ter um ou mais filhos, IMC mais baixo ao longo da vida, desejar valores mais baixos de IMC e presença de ideação paranoide. Os autores encontraram ainda três fatores protetores para a conclusão do tratamento: uso de laxantes, IMC mínimo mais alto ao longo da vida, o desejo de um IMC mais alto e presença de internações prévias devido ao transtorno alimentar. Essa pesquisa é muito importante por dois fatores: o grande número de sujeitos – 601 mulheres – e a rigidez metodológica. Além de fatores encontrados como relacionados com o abandono do tratamento na análise bivariada, aspectos descritos na literatura e aspectos considerados clinicamente relevantes por um especialista em transtornos alimentares também foram submetidos à análises multivariadas.

Na investigação de fatores relacionados ao abandono do tratamento para transtornos alimentares, o momento em que o paciente decide deixar o tratamento tem demandado bastante interesse pelos pesquisadores (Fassino et al, 2009). Para tal propósito, os autores lançam mão de outro recurso estatístico – as curvas de sobrevivência. No estudo de Woodside et al. (2004) a curva de sobrevivência mostrou um declínio gradual e constante da porcentagem de pacientes permanecendo no tratamento hospitalar voluntário para anorexia nervosa após a 15ª semana. Já na pesquisa de Masson et al. (2007), realizada com pacientes diagnosticados com transtornos alimentares em tratamento hospitalar, um declínio constante da

proporção de pacientes permanecendo no tratamento ocorreu após os 90º dia, com probabilidades maiores de abandono nos 15º, 55º e 75º dias.

A partir do que foi acima descrito, podemos perceber que vários são os fatores estudados como preditores do abandono do tratamento em transtornos alimentares. Podemos dividir tais elementos em três categorias: a) Aspectos prévios ao tratamento, como fatores sociodemográficos, duração da doença e existência de tratamentos prévios; b) Aspectos clínicos presentes na admissão do paciente, como IMC, diagnóstico principal e comorbidades; e c) fatores relacionados ao período de tratamento, como envolvimento familiar, expectativas quanto ao tratamento, progressão do ganho de peso e tempo de permanência. A escolha do paciente em tratar-se ou não foi muito investigada, com apenas um estudo levando em conta o abandono do tratamento para pacientes que foram internados de forma voluntária ou involuntária (Vandereycken e Vansteenkiste, 2009). Tal fator merece investigação, uma vez que estar presente no centro de tratamento muitas vezes não é sinônimo de tratar-se.

1.5 Definição de abandono do tratamento

No presente estudo, abandono do tratamento, também chamado de alta a pedido, foi definido como a decisão unilateral do paciente em interromper o tratamento, sem a concordância da equipe terapêutica, independente do tempo de permanência na internação ou do peso atingido. Tal definição segue o que foi sugerido por Mahon (2000) para a conceituação de *Drop-out*. A alta recebida pelo paciente com o aval da equipe foi chamada de alta clínica.

Conforme já foi citado anteriormente e como poderemos perceber na descrição do local de estudo posteriormente, uma vez que infrinjam as regras da instituição, alguns pacientes são convidados pela equipe terapêutica a deixar o tratamento antes do que havia sido planejado. A decisão da equipe em interromper o tratamento devido a não adesão por parte do paciente às condutas prescritas foi nomeada como alta administrativa. Esse fenômeno não foi objeto de estudo desta pesquisa.

2. JUSTIFICATIVA

O abandono do tratamento foi apontado como um fator de mau prognóstico para pacientes que procuram serviços psiquiátricos (Rossi et al, 2008). Transtornos alimentares são síndromes que trazem consigo graves conseqüências físicas, com indicação de tratamento hospitalar para aqueles casos mais graves, como pacientes que estão em grave risco de óbito, seja por conseqüências clínicas do transtorno – risco de parada cardíaca, por exemplo – seja por sintomas psiquiátricos comórbidos – como risco de suicídio. Este dado faz com que a decisão do paciente hospitalizado em deixar essa modalidade de tratamento possa trazer conseqüências graves para si.

Embora vários estudos tenham sido desenvolvidos, não há um consenso sobre quais fatores estariam relacionados com o fenômeno do abandono do tratamento em transtornos alimentares, sendo muitas vezes diferentes modalidades de tratamento sendo pesquisadas de forma indiscriminada. No Brasil o abandono do tratamento para transtornos alimentares foi pouquíssimo estudado, com apenas um estudo investigando o abandono do tratamento ambulatorial para bulimia nervosa (Guimarães, 2002). No nosso país, são poucos os centros de tratamento específicos para tais patologias, com apenas uma instituição possuindo enfermaria específica, com profissionais especializados para o tratamento desses transtornos.

Assim, o presente estudo pretende investigar esse fenômeno tão comum em transtornos psiquiátricos em geral, e mais especificamente em transtornos alimentares. Uma vez que nunca antes no Brasil se estudou o abandono do

tratamento hospitalar para transtornos alimentares e a unidade de internação em questão ter sido criada em 2005, decidiu-se por um estudo de caráter retrospectivo e a investigação de registros dos prontuários dos pacientes. Parece-nos relevante uma investigação de quais variáveis estariam associadas à decisão do paciente em deixar o tratamento hospitalar para transtornos alimentares sem a concordância da equipe médica. Com esta pesquisa, pretendeu-se desenhar um panorama do abandono do tratamento hospitalar para transtornos alimentares, através da identificação de possíveis fatores de risco para tais acontecimentos, possibilitando uma primeira discussão sobre o assunto, com posteriores pesquisas e elaboração de estratégias de intervenção que possam tratar os aspectos aqui apresentados.

3. OBJETIVOS

O estudo teve como objetivo principal identificar fatores de risco para o abandono do tratamento hospitalar oferecido na Enfermaria do Comportamento Alimentar (ECAL) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). O estudo foi conduzido de forma a analisar fatores prévios ao tratamento, fatores presentes no momento da admissão do paciente na internação e fatores associados ao processo de tratamento hospitalar.

Assim sendo, a pesquisa teve como objetivos secundários:

- Identificar e comparar características sociodemográficas, aspectos clínicos, presença de comorbidades e fatores prévios a internação de pacientes que abandonaram e pacientes que completaram o tratamento.
- Analisar a relação entre fatores presentes no tratamento (evolução do IMC, manutenção de sintomas purgativos, necessidade de alimentação através de sonda nasogástrica, participação familiar no tratamento) e o abandono do tratamento para transtornos alimentares.

4. HIPÓTESES

A partir da revisão de literatura acima apresentada, as hipóteses testadas nesse estudo foram:

H1a: Existem diferenças entre os pacientes que completam e os que abandonam o tratamento hospitalar para transtornos alimentares quanto a aspectos prévios a hospitalização como fatores sociodemográficos, duração da doença, existência de tratamentos prévios e duração do tratamento ambulatorial.

H0a: Não existem diferenças entre os pacientes que completam e os que abandonam o tratamento hospitalar para transtornos alimentares quanto a aspectos prévios a hospitalização como fatores sociodemográficos, duração da doença, existência de tratamentos prévios e duração do tratamento ambulatorial.

H1b: Existem diferenças entre os pacientes que completam e os que abandonam o tratamento hospitalar para transtornos alimentares quanto a aspectos clínicos presentes no ato da internação como diagnóstico recebido, presença de comorbidades, sintomas purgativos, indicações para a internação e IMC, além do tipo de internação (voluntária, involuntária ou compulsória).

H0b: Não existem diferenças entre os pacientes que completam e os que abandonam o tratamento hospitalar para transtornos alimentares quanto aspectos clínicos presentes no ato da internação como diagnóstico recebido, presença de

comorbidades, sintomas purgativos, indicações para a internação e IMC, além do tipo de internação (voluntária, involuntária ou compulsória).

H1c: Existem diferenças entre os pacientes que completam e os que abandonam o tratamento hospitalar para transtornos alimentares quanto a fatores relacionados ao período do tratamento hospitalar, como a ocorrência de terapia familiar, alimentação através do uso de sonda nasogástrica, manutenção de sintomas purgativos e evolução do peso.

H0c: Não existem diferenças entre os pacientes que completam e os que abandonam o tratamento hospitalar para transtornos alimentares quanto a fatores relacionados ao período do tratamento hospitalar, como a ocorrência de terapia familiar, alimentação através do uso de sonda nasogástrica, manutenção de sintomas purgativos e evolução do peso.

5. CASUÍSTICA E MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Este é um estudo retrospectivo, com delineamento do tipo Caso-Controle. Estudos do tipo Caso-Controle envolvem a comparação de um grupo de pessoas que possuem a condição de interesse (casos) a um grupo de pessoas sem a condição de interesse (controles), sendo aplicável a diversas áreas da ciência (Barbosa et al, 2007). Na presente pesquisa, a condição de interesse foi o abandono do tratamento.

Os sujeitos foram avaliados quanto a fatores prévios a internação na Enfermaria de Comportamento Alimentar, aspectos diagnósticos e fatores presentes no tratamento oferecido nesta enfermaria. O estudo consistiu na revisão de registros de prontuários e do arquivo médico do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com posterior compilação e análise dos dados.

5.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi realizada na Enfermaria de Comportamento Alimentar (ECAL) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). A ECAL faz parte do Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM), no qual existem ainda outras duas modalidades de tratamento: o tratamento ambulatorial e a internação parcial em Hospital-Dia (HD).

A internação de um paciente na ECAL é indicada a partir de alguns critérios: risco de auto ou hétero-agressividade, rápido e persistente declínio da ingestão alimentar e do peso apesar da intervenção em ambulatório ou hospital-dia, presença de quadro psiquiátrico comórbido grave e resistente a intervenção em ambulatório e hospital-dia, impossibilidade em reduzir ou interromper comportamentos purgativos e restritivos, falta de suporte familiar ou social e alterações clínicas – como bradicardia, taquicardia, arritmia cardíaca, hipotemia, hipotensão ortostática grave, hipopotassemia, desidratação, insuficiência renal, crise epiléptica, risco fetal (em pacientes grávidas).

O Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) iniciou suas atividades em 1992, tratando-se do primeiro e maior programa de tratamento multidisciplinar de Transtornos Alimentares do Brasil. A Enfermaria de Comportamento Alimentar (ECAL) foi criada em 2005 e é composta por 10 leitos, reservados para pacientes diagnosticados com Transtorno Alimentar. No tratamento da ECAL é oferecida reabilitação nutricional e clínica, atendimento psiquiátrico e psicológico individual e familiar, psicoterapia de grupo, além do acompanhamento de uma equipe de enfermagem. A internação tem como objetivos gerais o retorno ao peso estipulado pela equipe, geralmente IMC 20Kg/m^2 , reabilitação do estado nutricional com o restabelecimento de um padrão alimentar adequado e controle de métodos purgativos, tratamento de complicações clínicas, tratamento das comorbidades psiquiátricas, aceitação da mudança corporal decorrente do ganho de peso, suporte e aconselhamento familiar, melhora da auto-estima, prevenção de recaídas e treinamento do paciente na manutenção de um repertório adequado de

comportamentos em relação à alimentação e controle do peso. Durante a hospitalização, para evitar o uso de métodos compensatórios e/ou purgativos, os pacientes fazem todas as refeições juntos e ao término, devem ficar repousando na presença de pelo menos um membro da equipe de enfermagem.

5.3 População

Foram incluídos na pesquisa pacientes que tenham sido internadas pela primeira vez na ECAL entre 1º de janeiro de 2005 e 31 de dezembro de 2010. Os sujeitos foram divididos em dois grupos, obedecendo a alguns critérios:

- a) Grupo I (Casos): Pacientes internados na ECAL entre os anos de 2005 e 2010 que solicitaram a alta sem a concordância da equipe terapêutica ou que saíram de licença, não retornando na data estipulada pela equipe.
- b) Grupo II (Controles): Pacientes internados na ECAL entre os anos de 2005 e 2010 que completaram o tratamento – alta clínica – de acordo com o que foi prescrito pela equipe.

5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Para atingir os objetivos da pesquisa foram estabelecidos os seguintes critérios de Inclusão e Exclusão:

Critérios de inclusão:

- Internação na enfermaria do AMBULIM, pela primeira vez, entre os anos de 2005 e 2010;
- Diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa;
- Pacientes do sexo feminino.

Critérios de exclusão:

- Pacientes menores de 18 anos;
- Pacientes que não foram internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- Pacientes com sintomas psicóticos;
- Pacientes que estavam grávidas no momento da internação;
- Pacientes que durante o tratamento na ECAL foram transferidas para outra enfermaria devido à piora de quadros comórbidos;
- Pacientes que foram convidadas pela equipe da ECAL a deixar o tratamento (alta administrativa).

5.3.2 Seleção da população

Inicialmente, foi solicitada a divisão de arquivo médico a relação de pacientes que haviam sido internados na ECAL entre 01 de janeiro de 2005 e 31 de dezembro de 2010. Numa primeira análise foram excluídos pacientes do sexo masculino. Como existiam pacientes que haviam sido internadas na ECAL mais de uma vez, foram incluídas no estudo as hospitalizações que tinham datas mais antigas de cada paciente, ou seja, a primeira internação na ECAL. Ainda nessa análise preliminar, também foram excluídas pacientes que não haviam sido internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os prontuários deste primeiro grupo de pacientes foram solicitados para análise. Após revisão dos prontuários, os sujeitos foram incluídos ou excluídos da pesquisa de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Assim, de um total de 178 pacientes e 259 internações, foram sujeitos da presente pesquisa 103 mulheres. Entre os sujeitos excluídos, 27 eram do sexo masculino, quatro foram diagnosticadas com transtorno alimentar não especificado, três foram internadas com menos de 18 anos, nove não foram internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), três apresentavam sintomas psicóticos, três estavam grávidas no momento da admissão, quatro tiveram alta administrativa, uma foi transferida para outra unidade hospitalar do IPq HC-FMUSP e 21 não apresentavam diagnóstico de algum transtorno alimentar.

5.4 Instrumento

Foram revisados os prontuários das pacientes incluídas na pesquisa, sendo utilizado o volume específico referente ao período da internação de interesse e verificando-se aspectos clínicos, prescrições e evoluções da equipe médica, de enfermagem e de outros profissionais da área da saúde. Anotações da equipe de nutrição sobre a evolução do peso e IMC anexadas aos prontuários também foram revisadas.

A resolução de número 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina define o prontuário médico como um documento único, no qual devem constar informações, sinais e imagens registradas sobre a saúde do paciente e assistência a ele prestada, de caráter legal e sigiloso. Essa resolução prevê a possibilidade da comunicação de tais registros entre membros de equipe multiprofissional. Complementando tal resolução, outras áreas da saúde também discorrem sobre o registro da evolução dos pacientes em prontuários, como a resolução nº429/2012 do Conselho Federal de Enfermagem e a resolução nº 001/2009 do Conselho Federal de Psicologia.

Os prontuários dos pacientes do IPq-HCFMUSP consistem em registros de profissionais da área da saúde sobre a evolução do quadro do paciente, esteja ele sendo tratado na modalidade ambulatorial ou em regime de internação parcial ou total. Constam neste documento informações sobre a triagem dos pacientes, intervenções e procedimentos médicos e de outras áreas da saúde as quais o paciente foi submetido e alguns formulários de caráter legal, como termo de internação voluntária ou involuntária do paciente, termo de responsabilidade legal e normas da enfermagem.

Os volumes mais recentes de prontuários de pacientes ainda em tratamento ou aqueles que receberam alta após 2007 ficam armazenados em uma sala específica no próprio IPq-HC-FMUSP. Já volumes mais antigos e não mais em uso, além de dos prontuários dos pacientes que receberam alta antes de 2007 ficam estocados na cidade de Indaiatuba, SP, sob responsabilidade de uma empresa contratada para organizar e armazenar tais documentos. Para ter acesso a esse material, a pesquisadora requisitou tais documentos a divisão de arquivo médico do IPq-HC-FMUSP, através de um formulário, com o nome e o Registro Geral no Hospital das Clínicas (RGHC) dos pacientes dos prontuários de interesse.

5.4.1 Dados extraídos dos prontuários

A coleta de dados teve duração de 18 meses, entre outubro de 2010 e abril de 2012. De cada prontuário foram coletados dados referentes aspectos prévios a hospitalização, aspectos clínicos e fatores relacionados ao período de tratamento na ECAL, conforme descrição a seguir.

5.5.1 Aspectos prévios a hospitalização

a) Foram coletados os seguintes fatores sociodemográficos:

- Idade na admissão;
- Escolaridade;
- Estado civil;
- Existência de relacionamento afetivo;
- Maternidade – se no momento da internação a paciente tinha pelo menos um filho;
- Situação de moradia – se no momento da internação a paciente morava só ou não;
- Vínculo empregatício – se no momento da internação estava empregada, desempregada ou afastada das atividades profissionais em decorrência de prejuízos na saúde e recebendo remuneração do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);
- Procedência – se a paciente residia cidade de São Paulo e adjacências ou em outras localidades.

b) A duração da doença foi calculada a partir da diferença entre a idade na internação e a idade em que a paciente referiu terem iniciado os sintomas de transtorno alimentar. A existência de tratamentos anteriores à internação na ECAL também foi investigada. Tais tratamentos deveriam ter o foco no tratamento da sintomatologia alimentar, podendo acontecer tanto no AMBULIM, quanto em outros centros de tratamento especializados ou em outras instituições que oferecessem tratamento para saúde mental como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Unidades Básica de Saúde (UBS), por exemplo. As médias de tempo em que as pacientes dos dois grupos recebiam tratamento ambulatorial no AMBULIM também foram calculadas e comparadas.

5.5.2 Aspectos clínicos presentes no ato da internação e tipo de internação

Foram coletados os seguintes aspectos clínicos:

a) Diagnóstico principal, comorbidades e sintomas purgativos – Os diagnósticos de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa e de comorbidades foram realizados por três psiquiatras seniores, responsáveis pelo tratamento oferecido na ECAL, em consenso, seguindo os critérios do DSM-IV-TR. As comorbidades foram subdivididas em seis grupos:

- Transtornos do Humor;
- Transtornos Ansiosos;

- Transtornos de Personalidade;
 - Transtornos do Uso de Substâncias;
 - Outros diagnósticos psiquiátricos;
 - Doenças clínicas não psiquiátricas.
- a) Registros em prontuário sobre a presença ou ausência de sintomas purgativos também foram coletados.
- b) Razões registradas pela equipe para a internação – registros médicos sobre a indicação da internação. As indicações clínicas não foram excludentes entre si, ou seja, uma mesma paciente poderia ter sido internada em função do baixo peso, a comportamentos de auto-agressão e uso de anfetaminas, por exemplo;
- c) Internação com a concordância ou não do paciente - tendo a internação caráter voluntário, involuntário ou compulsório.
- d) IMC – O Índice de Massa Corpórea ou IMC é um indicador calculado dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado do indivíduo. Seu uso permite uma comparação mais adequada entre sujeitos de diferentes alturas, pois através desse cálculo, conseguimos classificar o sujeito como possuindo peso abaixo do normal ($IMC < 18,50 \text{ Kg/m}^2$), peso normal ($IMC \text{ entre } 18,50 \text{ e } 24,99 \text{ Kg/m}^2$) ou sobrepeso ($IMC \text{ maior ou igual a } 25 \text{ Kg/m}^2$). Foram considerados registros sobre o IMC da paciente no dia da internação.

5.5.3 Fatores relacionados ao período do tratamento hospitalar

Alguns dados relacionados com o período da hospitalização também foram coletados:

- a) Duração, em número de dias, da internação;
- b) Manutenção de comportamentos purgativos durante a internação;
- c) Utilização de alimentação através de sonda nasogástrica;
- d) Registro da ocorrência de terapia familiar – se houve terapia familiar, ou se, por algum motivo, como recusa da paciente ou de sua família, essa modalidade de tratamento não pôde ser oferecida.
- e) IMC – no presente estudo, o IMC está sendo utilizado de diferentes formas. Além do cálculo do IMC na admissão, para avaliarmos a evolução do peso ao longo da internação, foram utilizados os conceitos de média do aumento semanal de IMC e a média da magnitude da perda de peso. Tais variáveis foram baseadas na pesquisa de Mewes et al. (2008) e foram assim definidas:

- Média do aumento semanal de IMC: o aumento no IMC para cada paciente durante o tratamento dividido pelo número de semanas em que permaneceu no tratamento.
- Média da magnitude da perda de peso: a magnitude de um período de perda de peso foi definida como a diferença em gramas entre o peso no primeiro dia de perda de peso e o peso no último dia de perda de peso. A magnitude de

todos os períodos de perda de peso foi somada e dividida pelo número de episódios de perda de peso.

5.5 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no 02/02/2011.

Uma vez que muitas das pacientes os quais foram revisados os prontuários não mais fazem tratamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, fica impossibilitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tal impossibilidade é prevista nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96). A presente pesquisa respeita o item III.3.i das diretrizes mencionadas, assegurando a confidencialidade e privacidade dos sujeitos.

5.6 Análise estatística dos dados coletados

Para análise estatística foi elaborado um banco de dados provenientes dos prontuários utilizando o pacote estatístico SPSS for Windows, versão 16.0. Dados contínuos foram representados por média e desvio padrão. A normalidade distribuição dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

Inicialmente, realizou-se uma análise univariada com a finalidade de verificar quais variáveis eram significativas para o abandono ou a conclusão do tratamento. Assim, foram aplicados os seguintes testes:

- a) Teste quiquadrado de Pearson para comparação das variáveis dicotômicas, como fatores sociodemográficos e diagnósticos recebido pelo paciente na admissão. Utilizamos o teste exato de Fischer quando o número esperado de células foi pequeno;
- b) Teste de Mann-Whitney para a comparação de variáveis contínuas e categóricas, como IMC, duração da doença, tempo de tratamento ambulatorial prévio a internação e idade na admissão.

Após essa primeira análise foi realizada uma regressão logística multivariada, do tipo passo a passo (stepwise) com seleção para trás (backward selection), onde a variável dependente foi o tipo de alta que a paciente recebeu. Com a finalidade de comparar a contribuição relativa dos preditores de abandono do tratamento encontrados no modelo final, foi utilizada a medida de razão de chance (Odds Ratio, OR). Um nível alfa de 0,05 foi utilizado em todos os testes.

6. RESULTADOS

Do total de 103 pacientes que foram admitidas para o tratamento hospitalar na ECAL entre 2005 e 2010 e que preenchiam os critérios para essa pesquisa, 20 (19,42%), abandonaram o tratamento, e 83 (80,58%) receberam alta clínica.

As 103 pacientes ficaram internadas em média por um período de 78,17 dias (DP=55,888). Como esperado, a média de permanência dos pacientes que abandonaram o tratamento foi significativamente menor do que as que completaram ($p=0,00$). As pacientes que abandonaram o tratamento ficaram internadas por uma média de 38,25 dias (DP=44,240). Já as pacientes que completaram o tratamento permaneceram internadas por uma média de 87,78 dias (DP=54,310). A média de idade na admissão foi de 27,35 anos (DP=7,724) e não houve diferença significativa ($p=0,467$) entre as médias de idade das pacientes que abandonaram o tratamento e o completaram – 26,30 anos (DP=7,04227) e 60 anos (DP=7,899), respectivamente.

Por ser uma pesquisa de caráter retrospectivo na qual a coleta de dados consistiu em análise de prontuários, para algumas variáveis não foi possível encontrar todos os dados pesquisados em todas 103 participantes do estudo. Nas tabelas nas quais serão apresentados os resultados o número de pacientes em que o registro das variáveis estava presente nos prontuários será informado. Portanto, as porcentagens apresentadas são sempre relacionadas ao número de sujeitos dos quais foram encontrados registros e não à totalidade de pacientes de cada grupo.

6.1 Aspectos prévios a hospitalização

Todas as 103 pacientes foram avaliadas quanto à escolaridade. Entre as pacientes que abandonaram o tratamento, seis pacientes (30%) concluíram o ensino médio, outros seis sujeitos (30%) possuíam ensino superior incompleto, quatro sujeitos (20%) concluíram o ensino superior, três pacientes (15%) possuíam ensino médio incompleto e um paciente (5%) concluiu o ensino fundamental. Nenhuma das pacientes que abandonou o tratamento possuía ensino fundamental incompleto ou pós-graduação. Já No grupo de sujeitos que receberam alta clínica 32 (38,6%) possuíam ensino médio completo, 20 (24,1%) possuíam ensino superior incompleto, 16 (19,3%) possuíam ensino superior completo, sete (8,4%) possuíam ensino médio incompleto, quatro (4,8%) pacientes completaram o ensino fundamental, três (3,6%) possuíam ensino fundamental incompleto e um paciente (1,2%) concluiu curso de pós-graduação. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre escolaridade e o abandono do tratamento. Tais dados podem ser visualizados na tabela1.

Tabela 1: dados sociodemográficos das participantes da pesquisa

	ALTA CLÍNICA N=83	ABANDONO N=20	gl	p
ESCOLARIDADE			6, N=103	0,819
Fundamental incompleto	3(3,6%)	0(0%)		
Fundamental completo	4(4,8%)	1(5,0%)		
Médio incompleto	7(8,4%)	3(15,0%)		
Médio completo	32(38,6%)	6(30,0%)		
Superior incompleto	20(24,1%)	6(30,0%)		
Superior completo	16(19,3%)	4(20,0%)		
Pós-graduação	1(1,2%)	0(0%)		
ESTADO CIVIL			3, N=103	0,14
Solteiro	60(72,3%)	13(65,0%)		
Casado	15(18,1%)	7(35%)		
Separado	6(7,2%)	0(0%)		
Viúvo	2(2,4%)	0(0%)		
RELACIONAMENTO			1, N=103	0,047
Namorando	18(21,7%)	9(45,0%)		
Não namorando	65(78,3%)	11(55,0%)		
MATERNIDADE			1, N=97	0,519
Com filhos	14(17,9%)	5(26,3%)		
Sem filhos	64(82,1%)	14(73,7%)		
SITUAÇÃO DE MORADIA			1, N=97	0,68
Mora só	8(10,4%)	1(5,0%)		
Não mora só	69(89,6%)	19(95,0%)		
VÍNCULO EMPREGATÍCIO			2, N=89	0,013
Desempregado	37(52,1%)	4(22,22%)		
Empregado	24(33,8%)	6(33,33%)		
Afastado	10(14,1%)	8(44,44%)		
PROCEDÊNCIA			1, N=103	0,556
São Paulo	65(78,3%)	14(70%)		
Outra cidade	18(21,7%)	6(30%)		

Foram encontrados registros sobre o estado civil das 103 participantes da pesquisa. As pacientes que abandonaram o tratamento, treze (65%) pacientes eram solteiras, sete (35%) eram casadas e não havia pacientes viúvas ou divorciadas. Já as pacientes que receberam alta clínica, 60 (72,3%) eram solteiras, quinze pacientes (18,1%) estavam casadas, seis (7,2%) estavam divorciadas e duas pacientes (2,4%) eram viúvas no início do tratamento. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre estado civil e tipo de alta recebida. A distribuição do estado civil dos sujeitos da pesquisa no momento da admissão pode ser visualizada na tabela 1.

Todas as 103 pacientes foram avaliadas a respeito da existência ou ausência de relacionamento afetivo no momento da admissão. Entre as pacientes que abandonaram o tratamento, 11 (55%) não tinham um parceiro(a) e 9 (45%) mantinham um relacionamento amoroso no momento da internação. Já no grupo de pacientes que completaram o tratamento, 65 (78,3%) não estavam envolvidas em uma relação amorosa no início do tratamento, e 18 (21,7%) pacientes deste grupo referiram ter um(a) namorado(a)/companheiro(a) no momento da admissão. Como podemos visualizar na tabela 1, houve relação estatisticamente significativa entre relacionamento afetivo e tipo de alta recebida, com a existência de um relacionamento afetivo sendo considerada como fator de risco para o abandono do tratamento ($p=0,047$).

A maternidade foi avaliada em 97 dos 103 sujeitos da pesquisa. Este dado estava presente nos prontuários de 19 pacientes entre as 20 que abandonaram o tratamento e de apenas 78 das 83 pacientes que receberam alta clínica. Assim, conforme demonstrado na tabela 1, entre as pacientes que abandonaram o tratamento,

14 (73,7%) não eram mães e cinco (26,3%) tinham ao menos um filho. Já entre as pacientes que completaram o tratamento, 64 (82,1%) não eram mães e 14 (17,9%) tinham ao menos um filho. Não foi encontrada relação significativa entre maternidade e o tipo de alta recebida ($p=0,519$).

Entre as 103 pacientes que foram sujeitos da pesquisa, 97 foram avaliadas quanto à situação de moradia – se moravam sozinhas ou acompanhadas. No grupo de pacientes que abandonaram o tratamento, a situação de moradia foi encontrada para as 20 participantes desse grupo, com apenas uma (5%) paciente referindo morar sozinha e 19 (95%) pacientes referindo morar com outra pessoa. Foram encontrados nos prontuários registros sobre a situação de moradia de 77 pacientes do grupo que recebeu alta clínica. Assim, 69 (89,6%) das pacientes moravam acompanhadas no momento da admissão e oito (10,4%) moravam sozinhas. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a situação de moradia e o tipo de alta recebida ($p=0,68$) (tabela1).

Foram avaliadas 89 pacientes quanto ao vínculo empregatício. Entre as pacientes que abandonaram o tratamento, foi possível coletar este dado de 18 sujeitos. Destes, a maioria estava afastada do trabalho devido a gravidade do transtorno alimentar e recebendo auxílio doença – oito (44,44%) pacientes. Seis (33,33%) pacientes encontravam-se empregadas e quatro (22,22%) estavam desempregadas no momento da admissão. Já entre as 71 pacientes que receberam alta clínica e que foi possível encontrar registro sobre o vínculo empregatício, 37 (52,1%) estavam desempregados na admissão, 24 (33,8%) estavam empregados e 10 (14,1%) estavam afastados do emprego devido à gravidade da doença no início do tratamento.

Tal diferença representou diferença estatisticamente significante, na qual o afastamento profissional foi relacionado ao abandono do tratamento ($p=0,013$) (tabela 1).

Todos os 103 sujeitos da pesquisa foram avaliados quanto ao local que residiam. Tanto entre o grupo de pacientes que abandonou o tratamento como entre o grupo de pacientes que completou, a maioria dos sujeitos morava na cidade de São Paulo e adjacências – 14 (70%) e 65 (78,3%), respectivamente. Seis (30%) pacientes que receberam alta a pedido e 18 (21,7%) pacientes que receberam alta clínica moravam fora da cidade de São Paulo e adjacências. Não foi encontrada relação estatisticamente significante entre os pacientes que moravam em São Paulo ou em outras cidades e o tipo de alta (tabela1).

Do total de 103 sujeitos da amostra, foi possível determinar a duração da doença para 93 pacientes, resultando em uma média de 9,88 anos ($DP=8,535$). Desses 93 pacientes, 17 pertenciam ao grupo que abandonou o tratamento e 76 pacientes pertenciam ao grupo que completou o tratamento. A média em anos da duração da doença para o grupo de pacientes que abandonou o tratamento foi de 9,65 anos ($DP=7,913$) e para o grupo de pacientes que completou o tratamento foi de 9,93 anos ($DP=8,717$). Não foi encontrada significância estatística na diferença entre as médias da duração da doença dos dois grupos, não sendo possível estabelecer uma relação entre tal variável e o tipo de alta recebida (tabela 2).

Tabela 2: Médias da duração da doença e tempo de tratamento no AMBULIM, existência de tratamentos prévios a internação na ECAL e o tipo de alta recebida

	Alta Clínica (n=83)	Abandono (n=20)	gl, N	p
	Média (DP)	Média (DP)		
Duração da doença	9,93(8,717)	9,88(8,535)	N=93	0,909
Tempo no AMBULIM	10,66(25,037)	2,35(4,04)	N=103	0,183
Outro tratamento	62(80,5%)	16(88,9%)	1, N=80	0,513

Na amostra total, a média em meses de tratamento no AMBULIM prévio a internação na ECAL foi de 9,05 meses (DP= 22,757). Aquelas que abandonaram o tratamento oferecido na ECAL estavam, em média, há apenas 2,35 (DP=4,043) meses recebendo tratamento no AMBULIM. Já entre as pacientes que completaram o tratamento na ECAL, o tempo médio em meses de tratamento prévio no AMBULIM foi de 10,66 (DP=25,037). Embora as pacientes que receberam alta clínica estivessem tratamento ambulatorial por uma média de tempo cerca de 4 vezes maior do que as pacientes que abandonaram o tratamento, para tal resultado não foi encontrada relação estatisticamente significativa com o tipo de alta recebida (p=0,183) (tabela 2).

Foram coletados dados sobre a presença de tratamentos anteriores, cujo foco fosse o Transtorno Alimentar, podendo ocorrer nas modalidades ambulatorial e hospitalar, no AMBULIM, em outros Centros de Tratamento específicos e outras instituições de saúde mental, como CAPS e UBS, por exemplo. Foi possível acessar esta variável nos prontuários de 95 pacientes – 18 pacientes que abandonaram o tratamento e 77 pacientes que completaram o tratamento. Entre as pacientes que

abandonaram o tratamento, 16 (88,9%) já haviam recebido tratamento anteriormente. Já entre as pacientes que completaram o tratamento, 62 (80,5%) já haviam recebido tratamento anteriormente (Tabela 2). Não foi possível encontrar relação significativa, do ponto de vista estatístico entre tal variável e o tipo de alta recebida.

6.2 Aspectos clínicos presentes no ato da internação e tipo de internação

No momento da admissão, o diagnóstico de Anorexia Nervosa estava presente em 71 (68,93%) e o de Bulimia Nervosa em 32 (31,07%) das 103 pacientes da amostra total. Entre as 20 pacientes que abandonaram o tratamento, 18 (90%) foram admitidas com o diagnóstico de Anorexia Nervosa e 2 (10%) com o diagnóstico de Bulimia Nervosa. Já entre as 83 pacientes que receberam alta clínica, 53 (63,9%) receberam o diagnóstico de Anorexia Nervosa e 30 (36,1%) pacientes de Bulimia Nervosa. Esta diferença na distribuição dos diagnósticos entre os dois grupos apresentou significância estatística ($p=0,03$), onde o diagnóstico de anorexia nervosa foi considerado fator de risco para o abandono do tratamento (tabela 3).

Tabela 3: Aspectos diagnósticos e o tipo de alta recebida

	Alta Clínica (n=83)	Abandono do tratamento (n=20)	gl, N	p
Diagnóstico			1, N=103	0,03
Anorexia nervosa	53(63,9%)	18 (90%)		
Bulimia nervosa	30(36,1%)	2(10%)		
Presença de sintomas purgativos	67(80,7%)	20(100%)	1, N=103	0,037
Comorbidades				
Transtorno afetivo	36(43,4%)	9(45%)	1, N=103	1
Depressão	27(32,5%)	9(45%)	1, N=103	0,308
TAB	9(10,8%)	0(0%)	1, N=103	0.2
Transtornos Ansiosos	5(9,4%)	1(5%)	1, N=103	1
TOC	4(4,8%)	1(5%)	1, N=103	1
TEPT	1(1,2%)	0(0%)	1, N=103	1
Transtornos de Personalidade	19(22,9%)	2(10%)	1, N=103	0,352
Borderline	15(18,1%)	1(5%)	1, N=103	0,187
Histriônico	3(3,6%)	1(5%)	1, N=103	1
Factício	1(1,2%)	0(0%)	1, N=103	1
Transtorno do Uso de Substâncias	5(6%)	2(10%)	1, N=103	0,619
Outro Transtorno Psiquiátrico	7(8,4%)	0(0%)	1, N=103	0,341
Doença não Psiquiátrica	13(15,7%)	0(0%)	1, N=103	0,068
Número de Comorbidades psiquiátricas			2, N=103	0,267
0	27(32,5%)	7(35%)		
1	41(49,4%)	12(60%)		
2 ou +	15(18,1%)	1(5%)		

Os sintomas purgativos (anorexia nervosa purgativa, AN-P, ou bulimia nervosa purgativa, BN-P) estavam presentes em todas as 20 (100%) pacientes que abandonaram o tratamento e em 67 (80,7%) das 83 pacientes que receberam alta clínica. Assim, apenas pacientes que receberam alta clínica não possuíam sintomas purgativos no momento da admissão (anorexia nervosa restritiva, AN-R, ou bulimia nervosa não purgativa, BN-R). Tais dados apresentaram significância estatística ($p=0,037$), onde a presença de sintomas purgativos estava relacionada ao abandono do tratamento (tabela 3).

A presença de comorbidades foi avaliada em todas as 103 pacientes do nosso estudo. Os transtornos afetivos foram os mais prevalentes entre as comorbidades psiquiátricas, sendo diagnosticados em 9 (45%) das 20 que abandonaram o tratamento e em 36 (43,4%) das 83 pacientes que receberam alta clínica. O transtorno depressivo maior foi diagnosticado em nove (45%) das pacientes que abandonaram o tratamento e em 27 (32,5%) das pacientes que completaram o tratamento. O transtorno afetivo bipolar (TAB) estava presente somente em nove (10,8%) pacientes que completaram o tratamento (tabela 3).

Os transtornos ansiosos estavam presente em 1 (5,6%) pacientes que abandonou o tratamento e em 5 (9,4%) pacientes que completaram o tratamento. O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) foi diagnosticado em uma (5%) paciente que abandonou o tratamento e em quatro (4,8%) pacientes que receberam alta clínica. Nenhuma das pacientes que abandonou o tratamento foi diagnosticada com transtorno do stress pós-traumático (TEPT), diagnostico recebido por uma (1,2%) paciente que recebeu alta clínica (tabela 3).

Os transtornos de personalidade foram diagnosticados em 2 (10%) que abandonaram o tratamento e em 19 (22,9%) pacientes que completaram o tratamento. O transtorno de personalidade borderline foi diagnosticado em uma (5%) paciente que abandonou o tratamento e em 15 (18,1%) pacientes que receberam alta clínica. Uma (5%) paciente que abandonou o tratamento recebeu o diagnóstico de transtorno da personalidade histriônica, diagnóstico recebido por 3 (3,6%) pacientes que completaram o tratamento. O transtorno factício foi diagnosticado em uma (1,2%) paciente que recebeu alta clínica e nenhuma paciente que abandonou o tratamento recebeu este diagnóstico (tabela 3). Já os transtornos de uso de substâncias foram diagnosticados em 2 (10%) pacientes que abandonaram o tratamento e em 5 (6%) que completaram o tratamento (tabela 3).

Nenhuma paciente que abandonou o tratamento apresentava quaisquer outros diagnósticos psiquiátricos, além dos acima mencionados, embora sete (8,4%) pacientes que completaram o tratamento os tenham recebido. nenhuma das pacientes que abandonaram o tratamento apresentava comorbidades com doenças clínicas não psiquiátricas graves na admissão, diagnóstico não recebido por 13 (15,7%) pacientes que completaram o tratamento (tabela 3).

Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o abandono do tratamento e comorbidades associadas. Nos testes realizados, encontramos valor $p > 0,05$ (tabela 3).

Ainda no que se refere às comorbidades, realizamos o cálculo do número de comorbidades psiquiátricas associadas para cada paciente dos dois grupos. Encontramos pacientes sem nenhuma comorbidade associada, com uma, com duas e

apenas uma paciente com três comorbidades psiquiátricas associadas. Assim, subdividimos as pacientes em três categorias: 0 comorbidades, 1 comorbidade e 2 ou mais comorbidades. Entre as pacientes que abandonaram o tratamento, 7 (35%) não foi diagnosticada com qualquer comorbidade psiquiátrica, 12 (60%) apresentava uma comorbidade e 1 (5%) paciente apresentava duas comorbidades associadas. Já entre as pacientes que completaram o tratamento, 27 (32,5%) não tinha qualquer comorbidade psiquiátrica associada, 41 (49,4%) possuía uma comorbidade, e 15 (18,1%) apresentava duas ou mais comorbidades. Já (tabela 3). Podemos perceber que nos dois grupos a maioria das pacientes apresentava uma comorbidade psiquiátrica. Para tal resultado não houve uma relação estatisticamente significativa ao tipo de alta recebida ($p=0,267$).

Comorbidades interagem de forma diferente com a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, sendo sua gravidade a principal indicação de internação para este segundo transtorno. Assim, a presença de comorbidades e sua relação com o abandono do tratamento foi investigada de forma distinta para cada um dos dois transtornos alimentares.

Entre as pacientes com anorexia nervosa, os transtornos afetivos estavam presente em 9 (50%) que abandonaram o tratamento e em 25 (47,2%) pacientes que completaram o tratamento. A depressão maior foi diagnosticada em 9 (50%) pacientes que abandonaram o tratamento e em 22 (41,5%) pacientes que completaram o tratamento. O transtorno afetivo bipolar foi diagnosticado em apenas 3 (5,7%) pacientes que completaram o tratamento (tabela 4).

Tabela 4: comorbidades psiquiátricas e tipo de alta
(pacientes diagnosticadas com anorexia nervosa)

	Alta Clínica (n=53)	Abandono do tratamento (n=18)	N	p
Comorbidades				
Transtorno afetivo	25(47,2%)	9(50%)	N=71	1
Depressão	22(41,5%)	9(50%)	N=71	0,589
TAB	3(5,7%)	0(0%)	N=71	0,566
Transtornos Ansiosos	5(9,4%)	1(5,6%)	N=71	1
TOC	4(7,5%)	1(5,6%)	N=71	1
TEPT	1(1,9%)	0(0%)	N=71	1
Transtornos de Personalidade	8(15,1%)	1(5,6%)	N=71	0,432
Borderline	6(11,3%)	0(0%)	N=71	0,327
Histriônico	1(1,9%)	1(5,6%)	N=71	0,445
Factício	1(1,9%)	0(0%)	N=71	1
Transtorno do Uso de Substâncias	1(1,9%)	1(5,6%)	N=71	0,445
Outro Transtorno Psiquiátrico	5(9,4%)	0(0%)	N=71	0,32
Doença não Psiquiátrica	11(20,8%)	0(0%)	N=71	0,055

Entre as pacientes que abandonaram o tratamento e apresentavam anorexia nervosa, os transtornos ansiosos foram diagnosticados em apenas uma (5,6%), que sofria com transtorno obsessivo compulsivo. Já 5 (9,4%) pacientes com anorexia nervosa que completaram o tratamento apresentavam transtornos ansiosos, das quais

4 (7,5%) tinham transtorno obsessivo compulsivo e 1 (1,9%) transtorno do stress pós traumático (tabela 4).

Os transtornos de personalidade, especificamente o transtorno de personalidade histriônica, foram diagnosticados em apenas 1 (5,6%) paciente que apresentava anorexia nervosa e abandonou o tratamento. Já 8 (15,1%) pacientes que apresentavam anorexia nervosa e completaram o tratamento apresentavam transtornos de personalidade, sendo 6 (11,3%) transtorno de personalidade borderline, 1 (1,9%) transtorno de personalidade histriônica e 1 (1,9%) transtorno factício (tabela 4).

O transtorno de uso de substâncias foi diagnosticado em 1 (5,6%) paciente com anorexia nervosa que abandonou o tratamento e em 1 (1,9%) que completou o tratamento. Cinco (9,4%) pacientes que completaram o tratamento tinham outro diagnóstico psiquiátrico além dos acima mencionados e 11 (20%) pacientes desse mesmo grupo possuíam doenças clínicas não psiquiátricas (tabela 4).

Nenhuma paciente com diagnóstico de bulimia nervosa que abandonou o tratamento apresentava algum transtorno afetivo. Já entre as pacientes que apresentavam bulimia nervosa e completaram o tratamento, os transtornos afetivos foram diagnosticados em 11 (36,6%), sendo o transtorno depressivo diagnosticado em 5 (16,6%) pacientes e o transtorno afetivo bipolar diagnosticado em 6 (20%) pacientes (tabela 5).

Tabela 5: comorbidades e o tipo de alta (pacientes com bulimia nervosa)

	Alta Clínica (n=30)	Abandono do tratamento (n=2)	N	p
Comorbidades				
Transtorno afetivo	11(36,6%)	0(0%)	N=32	0.5343
Depressão	5(16,6%)	0(0%)	N=32	1
TAB	6(20%)	0(0%)	N=32	1
Transtornos Ansiosos	0(0%)	0(0%)	N=32	
TOC	0(0%)	0(0%)	N=32	
TEPT	0(0%)	0(0%)	N=32	
Transtornos de Personalidade	11(36,6%)	1(50%)	N=32	1
Borderline	9(30%)	1(50%)	N=32	0.5343
Histriônico	2(6,6%)	0(0%)	N=32	1
Factício	0(0%)	0(0%)	N=32	
Transtorno do Uso de Substâncias	4(13,3%)	1(50%)	N=32	0.2923
Outro Transtorno Psiquiátrico	2(6,6%)	0(0%)	N=32	1
Doença não Psiquiátrica	2(6,6%)	0(0%)	N=32	1

Nenhuma das pacientes com bulimia nervosa apresentava algum transtorno ansioso. Entre as pacientes que apresentavam bulimia nervosa e abandonaram o tratamento, 1 (50%) foi diagnosticada com o transtorno de personalidade borderline. Já entre aquelas que completaram o tratamento e apresentavam diagnóstico de bulimia nervosa, os transtornos de personalidade foram diagnosticados em 11

(36,6%) pacientes – 9 (30%) receberam o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline e 2 (6,6%) transtorno de personalidade histriônica. (tabela 5).

O transtorno do uso de substâncias foi diagnosticado em 1 (50%) que apresentava bulimia nervosa e abandonou o tratamento e em 4 (13,3%) pacientes completaram o tratamento. Duas (6,6%) pacientes que completaram o tratamento receberam outro diagnóstico psiquiátrico, além dos acima mencionados. Duas (6,6%) pacientes que completaram o tratamento tinham alguma doença clínica não psiquiátrica na admissão (tabela 5).

Tanto entre as pacientes que apresentavam anorexia nervosa quanto entre as pacientes que apresentavam bulimia nervosa no momento da admissão, não foi encontrada relação entre o tipo de alta recebida e a presença de comorbidades.

Entre as indicações para a internação, apenas ter sido internada devido ao baixo peso foi uma variável considerada como relacionada ao tipo de alta recebida, conforme abaixo descrito (tabela 6):

- 17 (85%) pacientes que abandonaram o tratamento e 41 (49,4%) pacientes que receberam alta clínica foram internadas devido o baixo peso. Tal diferença percentual representou significância estatística ($p=0,003$), sendo o baixo peso considerado fator de risco para o abandono do tratamento;
- O descontrole nos episódios de purgação foi indicação de internação para 9 (45%) pacientes que abandonaram o tratamento e para 49 (59%) pacientes que completaram o tratamento;

- A perda de controle no uso de laxantes foi um dos critérios de internação para 6 (30%) pacientes que deixaram o tratamento sem a concordância médica e para 37 (44,6%) pacientes que receberam alta clínica;
- Auto-agressividade foi uma das razões para a internação de 2 (10%) pacientes que o abandonaram o tratamento e de 12 (14,5%) pacientes que completaram o tratamento;
- O uso de anfetaminas foi critério de internação apenas para uma (1,2%) paciente que completou o tratamento;
- 8 (40%) pacientes que abandonaram o tratamento e 37 (44,6%) que receberam alta clínica foram internadas devido a perda rápida e progressiva do peso;
- A prática excessiva de exercícios físicos foi um dos critérios de internação para uma (5%) paciente que abandonou o tratamento e para 8 (9,6%) pacientes que completaram o tratamento;
- Por fim, a falha no tratamento ambulatorial foi indicação para a internação de 10 (50%) pacientes que abandonaram o tratamento e de 41 (49,4%) pacientes que completaram o tratamento.

Tabela 6: indicações para a hospitalização, tipo de internação, IMC e o tipo de alta

	Alta Clínica (n=83)	Abandono do tratamento (n=20)	gl	p
Baixo peso	41(49,4%)	17(85%)	1, N=103	0,003
Purgação	49(59%)	9(45%)	1, N=103	0,318
Abuso de laxantes	37(44,6%)	6(30%)	1, N=103	0,314
Risco de suicídio	25(30,1%)	5(25%)	1, N=103	0,787
Auto-agressividade	12(14,5%)	2(10%)	1, N=103	1
Abuso de anfetaminas	1(1,2%)	1(5%)	1, N=103	0,272
Excesso de exercícios	8(9,6%)	1(5%)	1, N=103	1
Falha no tratamento ambulatorial	41(49,4%)	10(50%)	1, N=103	1
Perda rápida de peso	37(44,6%)	8(40%)	1, N=103	0,804
Tipo de internação			1, N=103	0,313
Internação voluntária	71(85,5)	15(75)		
Internação involuntária	12(14,5)	5(25)		
	Média(DP)	Média(DP)	N=93	0,007
IMC na admissão	18,72(6,672)	15,88(4,577)		

Nenhuma das pacientes, tanto do grupo controle quanto do grupo casos, foi internada de forma compulsória, ou seja, por determinação judicial. Quinze pacientes (75%) que abandonaram o tratamento e 75 pacientes (85,5%) que receberam alta clínica foram hospitalizados de forma voluntária. A Internação involuntária foi necessária para 5 (25%) pacientes que abandonaram o tratamento e para 12 (14,5%)

pacientes que receberam alta clínica. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre tipo de internação e tipo de alta recebida (tabela 6).

Do total de 103 pacientes que foram sujeitos da pesquisa, foi possível coletar dados referentes ao IMC na admissão de 93 pacientes, sendo 18 pacientes do grupo de sujeitos que abandonou o tratamento e 75 pacientes do grupo que recebeu alta clínica. A soma do IMC dessas 93 pacientes resultou em uma média de 18,17 Kg/m², com desvio padrão de 6,39. A soma do IMC das 18 pacientes com dados registrados resultou em uma média de 15,88 Kg/m² e desvio padrão de 4,577. Já entre as pacientes que completaram o tratamento, a média do IMC foi de 18,72 Kg/m² e desvio padrão de 6,672. Tal diferença nas médias do IMC entre os dois grupos apresentou significância estatística ($p=0,007$), onde a média mais baixa do IMC foi relacionada ao abandono do tratamento (tabela 6).

O baixo IMC é um dos critérios necessários para o diagnóstico da anorexia nervosa. Portanto, além de avaliarmos este fator para a amostra total, comparamos as médias de IMC no ato da internação entre as pacientes que apresentavam diagnóstico de anorexia nervosa. Das 71 pacientes diagnosticadas com este transtorno, foi possível calcular o IMC inicial de 67, sendo 16 do grupo de pacientes que abandonou o tratamento e 51 do grupo que completou o tratamento. A média do IMC das pacientes que abandonaram o tratamento foi de 14,53 (DP=2,067) e das pacientes que completaram o tratamento foi de 16,04 (DP= 2,263). Como na amostra total, entre as pacientes diagnosticadas com anorexia nervosa uma menor média no IMC foi relacionada ao abandono do tratamento, com $p=0,025$ (tabela 7).

Tabela 7: IMC na admissão e tipo de alta (pacientes com anorexia nervosa)

	Alta Clínica (n=53)	Abandono do tratamento (n=18)	N	p
IMC na admissão	Média(DP) 16,04(2,263)	Média(DP) 14,53(2,067)	N=67	0,025

6.3 Fatores relacionados ao período do tratamento hospitalar

Foi possível coletar registros sobre a manutenção de episódios de purgação durante o período hospitalar em 94 prontuários, dos quais 18 eram de pacientes que abandonaram o tratamento e 76 de pacientes que receberam alta clínica. Entre as que abandonaram o tratamento cinco (27,8%) apresentaram episódios de purgação durante a internação. Já Entre as pacientes que completaram o tratamento, 39 (51,3%) apresentaram tais episódios (tabela 8).

Tabela 8: Fatores relacionados ao período do tratamento hospitalar e o tipo de alta recebida.

	Alta Clínica (n=83)	Abandono do tratamento (n=20)	gl, N	p
Purgação	39(51,3%)	5(27,8%)	1, N=94	0,114
Sonda	11(14,3%)	2(10,5%)	1, N=96	1
Terapia Familiar	60(76,9%)	11(57,9%)	1, N=97	0,146
	Média (DP)	Média (DP)		
Magnitude da perda de peso	1,09(1,062)	0,65(0,666)	N=65	0,136
Média semanal de aumento do IMC	0,13(0,388)	0,17(0,288)	N=82	0,852

Foram encontrados registros nos prontuários sobre a utilização ou não de alimentação por meio de sonda nasogástrica de 96 pacientes, das quais 19 abandonaram o tratamento e 77 receberam alta clínica. A alimentação através de sonda nasogástrica foi necessária em dois (10,5%) pacientes que abandonaram o tratamento e em 11 (14,3%) pacientes que completaram o tratamento (tabela 8).

Já o registro da ocorrência da terapia familiar estava presente em 97 prontuários revisados, sendo 19 de pacientes que abandonaram o tratamento e 83 de pacientes que receberam alta clínica. Entre os pacientes que abandonaram o tratamento, 11 (57,9%) participaram desta modalidade psicoterapêutica. Já entre os pacientes que completaram o tratamento, 60 pacientes (76,9%) participaram deste tipo de terapia (tabela 8).

Foi possível calcular a média na magnitude perda de peso – a soma do peso em gramas perdido durante a internação, dividida pelo número de episódios de perda de peso – em 75 pacientes da amostra total. Entre as pacientes que abandonaram o tratamento, foi obtida a magnitude da perda de peso de 15 sujeitos, resultando em uma média da magnitude de perda de peso de 0,65 (DP=0,666). Do grupo que recebeu alta clínica, foi possível coletar tais dados nos prontuários de 60 pacientes, totalizando uma média da magnitude de perda de peso de 1,09 (DP=1,062) (tabela 8).

Do total de 103 pacientes, foi possível coletar dados referentes ao aumento semanal no IMC de 82 sujeitos, sendo 15 sujeitos do grupo de pacientes que abandonaram o tratamento e 67 sujeitos do grupo de pacientes que receberam alta clínica. A média semanal de ganho de IMC para os 82 sujeitos da amostra foi de 0,14 Kg (DP=0,370). Entre os 15 sujeitos da amostra de pacientes que abandonaram o tratamento, a média semanal de aumento no IMC foi de 0,17 Kg (DP=0,288). Já entre os 67 sujeitos da amostra de pacientes que receberam alta clínica, a média semanal de aumento no IMC foi de 0,13 Kg (DP=0,388) (tabela 8).

A partir da análise estatística dos dados, não foi possível estabelecer uma associação entre alguma das variáveis relacionadas ao período de tratamento

hospitalar e o tipo de alta recebida. A distribuição desses dados pode ser visualizada na tabela 8.

A média da magnitude da perda de peso e a média semanal de aumento do IMC também foram calculadas para as pacientes que possuíam o diagnóstico de anorexia nervosa. Das 71 pacientes que foram diagnosticadas com este transtorno, foi possível calcular a média da magnitude da perda de peso de 53 pacientes, das quais 13 abandonaram o tratamento e 40 o completaram. A média da magnitude da perda de peso das pacientes que abandonaram o tratamento foi de 0,608 (DP=0,592) e das pacientes que completaram o tratamento foi de 0,815 (DP=0,856) (tabela 9).

Tabela 9: médias da magnitude da perda de peso e do aumento semanal do IMC das pacientes com anorexia nervosa e o tipo de alta

	Alta Clínica (n=53)	Abandono do tratamento (n=18)	N	p
Magnitude da perda de peso	Média (DP) 0,815(0,856)	Média (DP) 0,608(0,592)	N=53	0,39
Média semanal de aumento do IMC	0,1849(0,173)	0,18(0,291)	N=58	0,271

A média semanal de aumento do IMC foi calculada para 58 das 71 pacientes diagnosticadas com anorexia nervosa, das quais 13 abandonaram o tratamento e 45 completaram. A média do aumento semanal do IMC das pacientes que abandonaram

o tratamento foi de 0,18 (DP=0,291) e das pacientes que abandonaram o tratamento foi de 0,1849 (DP=0,173) (tabela 9).

Assim como na amostra total, entre as pacientes que apresentavam anorexia nervosa na admissão não foi encontrada relação entre as médias da magnitude da perda de peso e do aumento semanal do IMC e o tipo de alta recebida.

6.4 Análise multivariada

Após análise univariada, as variáveis consideradas com significância estatística foram submetidas a uma análise multivariada, por meio de uma regressão logística do tipo do tipo passo a passo (stepwise) com seleção para trás (backward selection). Foram incluídas nesta análise as variáveis emprego, relacionamento afetivo, IMC na admissão, baixo peso e anorexia nervosa. A variável transtorno alimentar do tipo purgativo, embora tenha apresentado significância estatística como fator de risco para o abandono do tratamento na análise univariada, não pôde ser incluída na regressão logística, pois todos os pacientes que abandonaram o tratamento foram caracterizados como possuindo um transtorno de caráter purgativo, impossibilitando o trabalho com esses dados (tabela 10).

Tabela 10: análise multivariada

	gl	p	OR	Mínimo	Máximo
IMC	1	0,515	0,935	0,763	1,146
EMPREGO	2	0,009			
DESEMPREGADO		---	---	---	---
EMPREGADO	1	0,127	3,277	0,713	15,061
AFASTADO	1	0,002	12,843	2,843	66,315
BAIXO PESO	1	0,004	12,075	2,254	64,683
ANOREXIA NERVOSA	1	0,951	1,09	0,072	16,418
RELAÇÃO	1	0,02	5,277	1,302	21,388

Após a condução da regressão logística, podemos observar que pacientes afastados do emprego (OR=12,843), internados devido ao baixo peso (OR=12,075) e que mantinham um relacionamento amoroso (OR=5,277) na admissão foram mais propensos ao abandonar o tratamento (tabela 10).

7. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi identificar fatores de risco para o abandono do tratamento hospitalar para transtornos alimentares, possibilitando o acesso de tais variáveis a profissionais e serviços especializados para posterior criação de estratégias de intervenção. Encontramos uma taxa de abandono do tratamento de 19,42% entre os anos de 2005 e 2010. Em outro estudo, onde o abandono do tratamento hospitalar para transtornos alimentares também foi investigado, a taxa de abandono foi semelhante à encontrada na nossa pesquisa – 23,4% (Dalle Grave et al., 2008). A pesquisa de Masson et al (2007), além do abandono também levou em consideração a alta administrativa para o tratamento hospitalar para transtornos alimentares. Contudo, ao calcular apenas a porcentagem de abandonos do tratamento, os autores encontraram uma taxa semelhante a obtida na nossa investigação – 22,1%.

A decisão por abandonar o tratamento para transtornos alimentares parece não ser influenciada pela idade de admissão. Grande parte das pesquisas que investigou esta relação, não encontrou diferenças significativas entre as médias de idade entre quem completou o tratamento ou decidiu interrompê-lo sem a concordância médica seja esse tratamento oferecido na modalidade ambulatorial (Waller, 1997; Steel et al., 2000; Fassino et al, 2002; Fassino et al, 2003; Grave; 2008) hospitalar (Zeeck et al, 2005; Surgenor et al, 2004; Masson et al, 2007), em hospital – dia (Franzen et al, 2004), ou para adolescentes (Lock et al, 2006; Hoste et al, 2007).

Na análise dos fatores prévios a internação, os fatores sociodemográficos escolaridade, maternidade, situação de moradia, a procedência e estado civil não foram considerados fatores de risco para o abandono do tratamento. Embora a escolaridade também não tenha sido considerada fator de risco para o abandono do tratamento em outros estudos (Fassino et al, 2003; Zeeck et al, 2005; Swan-Kreimer et al, 2005; Dalle Grave et al, 2007; Stein et al, 2011), não podemos generalizar esse resultado, pois não há uma uniformidade nessa classificação. Algumas pesquisas quantificam a escolaridade por anos de estudo, apresentando os dados através das diferenças nas médias e desvios-padrão e outras, como a atual investigação, em grau de escolaridade. Dados os diferentes sistemas educacionais existentes no mundo, talvez fosse mais prudente investigar o nível educacional através das diferenças nas médias da soma de anos de estudo. Entretanto, por ser um estudo de caráter retrospectivo, com acesso apenas de dados de prontuários e arquivos médicos, tal classificação não foi possível.

Embora na pesquisa de Huas et al. (2011) ter ao menos um filho tenha sido considerado um fator de risco para o abandono do tratamento, esperávamos que a maternidade fosse um fator protetor para a conclusão do tratamento. Em um estudo de seguimento por um período de seis anos conduzido na Noruega, houve uma melhora na sintomatologia alimentar, associada a uma diminuição de impulsividade, nas mulheres que tiveram filhos, quando comparadas a mulheres sem filhos (Von Soest e Wichstrøm, 2008). Mães que possuem transtornos alimentares são descritas como extremamente preocupadas em como elas podem influenciar os hábitos alimentares, imagem corporal e auto-estima dos filhos (Mazzeo et al., 2005).

Contudo, na discussão dos seus dados, Huas et al. (2011) afirmam que por ser um tratamento hospitalar, provavelmente as pacientes que tinham filhos não queriam deixá-los “sozinhos”. O nosso estudo e o conduzido por Huas et al. são os únicos que analisaram a influência da maternidade no abandono do tratamento. Tal aspecto merece investigações futuras, considerando outras variáveis como a idade do filho, por exemplo.

A situação de moradia foi aqui classificada em duas categorias: morando só ou não morando só, não sendo relevante qual o grau de parentesco ou relação entre o paciente e a(s) pessoa(s) com quem residia. Outras duas pesquisas investigaram a situação de moradia dos sujeitos de sua amostra, e utilizaram de diferentes formas de categorizar essa variável: no primeiro, os sujeitos foram subdivididos em quatro grupos – morando com os pais, dividindo o apartamento/casa, morando com um parceiro(a) e morando sozinho (Franzen et al, 2004); no segundo, os pacientes foram subdivididos em três grupos – morando com os pais, morando com um parceiro e morando sozinho (Zeeck et al., 2005). Como no estudo atual, os autores dessas pesquisas também não encontraram uma relação significativa entre o abandono do tratamento e a situação de moradia.

No nosso estudo, avaliamos se a procedência da paciente – da Grande São Paulo ou de outras cidades – estava relacionada ao abandono do tratamento. Em ambos os grupos, mais de 70% das pacientes residiam na Grande São Paulo, e o abandono do tratamento não sofreu influência de tal variável. Assim como no nosso estudo, a procedência não foi um fator relacionado ao abandono do tratamento hospitalar para anorexia nervosa na pesquisa de Surgenor et al. (2004). Em

tratamentos de caráter ambulatorial, a relação entre a procedência do paciente e o abandono do tratamento apresenta resultados conflitantes: uma maior distância entre a residência e o centro de tratamento foi apontada como fator protetor para a conclusão do tratamento na pesquisa Swan-Kreimer et al., 2005. Já no estudo conduzido por Arcelus e Button (2007) alunas que recebiam tratamento para transtornos alimentares em uma Universidade em Leicester e que não residiam nessa cidade eram mais propensas a abandonar o tratamento. Provavelmente tal aspecto esteja relacionado ao abandono do tratamento apenas na modalidade ambulatorial, pois, diferentemente dos pacientes que ficam internados, neste tipo de tratamento, o paciente necessita deslocar-se de sua residência, muitas vezes não sendo possível a realização de nenhuma outra atividade durante o dia, devido à grande distância entre seu lar e o centro de tratamento.

Assim como no presente estudo, o estado civil foi investigado como fator de risco para o abandono do tratamento em outras pesquisas (Surgenor et al, 2004; Woodside et al, 2004; Huas et al, 2011) que igualmente não encontraram relação significativa com essa variável. Entretanto, quando investigamos a existência de relacionamento amoroso e sua associação com o tipo de alta recebida, encontramos esta variável como fator de risco para o abandono do tratamento.

Em pacientes com transtornos alimentares, é escasso o número de pesquisas sobre o estado civil, a existências de relacionamentos afetivos e a satisfação conjugal. Uniões estáveis foram relacionadas, contrariamente ao senso comum, a atitudes alimentares disfuncionais e maior engajamento em dietas restritivas (Madanat et al, 2006; Keel et al, 2007). Opondo-se ao fato de a presença de um

relacionamento afetivo ter sido considerado fator de risco para o abandono do tratamento na nossa investigação, na pesquisa de Bussolotti et al (2002), pacientes com anorexia e bulimia nervosas que possuíam um companheiro, embora possuísem maior gravidade de sintomas, possuíam maiores níveis de motivação para a mudança. Entretanto, os autores não deixam claro qual a modalidade de tratamento que foi oferecida – ambulatorial ou hospitalar. Não foi possível avaliar qual o nível de motivação para mudança das participantes da nossa pesquisa. Talvez, o não entendimento da doença e da importância do tratamento pelo parceiro(a) e a possibilidade de ficar longe do companheiro(a) pode ter influenciado na decisão dessas pacientes, preferindo enfrentar o quadro alimentar em casa.

Alguns estudos sobre o abandono do tratamento em transtornos alimentares buscam investigar a relação entre este fenômeno e o vínculo empregatício. Todavia, não há uma homogeneidade na categorização de tais variáveis. Na nossa pesquisa, utilizamos três categorias: pacientes empregados, desempregados e pacientes afastados do trabalho devido à gravidade do transtorno alimentar, recebendo auxílio doença. Na nossa amostra, estar afastado do emprego devido a gravidade do transtorno alimentar foi considerado fator de risco para o abandono do tratamento.

Dois pesquisas sobre o abandono do tratamento em transtornos alimentares levam em conta a invalidez laboral na categorização do vínculo empregatício, Mahon et al (2001b) e Swan-Kremeier, et al, (2005). A primeira consistiu numa tentativa de replicar os resultados de um estudo anterior sobre a influência de traumas infantis e abandono do tratamento psicoterápico para bulimia nervosa. Já no segundo estudo,

os autores tinham como objetivo investigar se a distância entre a residência do paciente e o local onde ele recebia tratamento para transtornos alimentares influenciava a decisão em deixar o tratamento. Os resultados dessas duas pesquisas, quanto ao vínculo empregatício, são inconsistentes: embora no primeiro estudo pacientes que eram donas de casa, estudantes e inválidos fossem mais propensos a abandonar o tratamento, na amostra investigada por Swan-Kreimer et al (2009), a maioria dos pacientes que abandonaram o tratamento estavam empregados.

A legislação brasileira prevê a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, mediante exame médico-pericial, para pessoas impedidas de trabalhar em função de doenças ou acidentes (Brasil, 1999). Ganhos decorrentes dos transtornos alimentares, especialmente entre os pacientes que sofrem de anorexia nervosa, foram descritos na literatura. Estudos qualitativos demonstram que indivíduos que sofrem com tais quadros, embora apresentem prejuízos físicos e sociais, também percebem benefícios na manutenção dos sintomas, como sensação de segurança, de que há um significado e propósito para a vida, além cuidados e atenção da família e amigos e a evitação de situações problemáticas e desafiadoras (Nordbø et al., 2006; Nordbø et al., 2012). Podemos pensar no auxílio-doença como um benefício a mais que a manutenção do quadro alimentar traria consigo. Além do aspecto financeiro de tal auxílio governamental, ser considerada incapaz de exercer funções laborais evitaria o confronto com emoções e experiências as quais o indivíduo acredita não estar pronto para enfrentar.

A duração da doença não representou fator de risco para o abandono do tratamento. Outras pesquisas são concordantes com o fato de que a duração da

doença não se apresenta como fator de risco para o abandono do tratamento hospitalar para anorexia nervosa (Zeeck et al, 2005; Huas et al, 2011), em hospital dia para transtornos alimentares (Franzen et al, 2004), ambulatorial para bulimia nervosa (Fassino et al, 2003) e para a anorexia nervosa (Fassino et al, 2002) e internação hospitalar e domiciliar para transtornos alimentares (Dalle Grave et al, 2008). Uma maior duração da doença foi reportada como fator de risco para o abandono do tratamento ambulatorial para adolescentes com bulimia nervosa (Hoste et al., 2007) e em uma pesquisa sobre tratamento hospitalar para anorexia nervosa (Treat et al., 2005). Todavia nos dois estudos, os autores não realizam considerações sobre a relação entre uma maior duração da doença e o abandono do tratamento.

Transtornos alimentares são doenças com o curso influenciado pelo tempo, com a possibilidade de virem a se tornar crônicas, com poucas possibilidades de melhora espontânea (Steinhausen, 2008; Steinhausen e Weber, 2009). Como foi descrito anteriormente, doentes com transtorno alimentar que possuem o diagnóstico há muito tempo podem tornar-se resignadas, descrentes da possibilidade de remissão do quadro (Pike e Wilfley, 1996; Nordbø et al., 2012). Outra forma de investigar a relação entre o abandono do tratamento e a duração da doença consiste em analisar esta variável de forma categórica e não contínua. Assim, ao invés de verificarmos as diferenças entre as médias da duração da doença, podemos observar se alguma das categorias da duração da doença é mais freqüente para as pacientes que abandonam ou completam o tratamento – um ano, dois anos, três anos e assim por diante – acarretando em uma caracterização mais apurada da população estudada. Entretanto, a nossa amostra de paciente que abandonou o tratamento é muito pequena, apenas 20

pacientes. Dessas, foi possível o cálculo do tempo de doença de apenas 17 pacientes, inviabilizando a categorização da duração da doença em diferentes tempos.

A existência de tratamentos prévios específicos para transtornos alimentares também não representou fator de risco para o abandono do tratamento. Outras pesquisas também não encontraram relação entre existência de tratamentos anteriores e abandono do tratamento para transtornos alimentares (Kahn e Pike, 2001; Franzen et al, 2004; Woodside et al, 2004; Godart et al, 2005; Surgenor et al, 2004; Zeeck et al, 2005). Embora sem significância estatística, é curioso notar que as pacientes que abandonaram o tratamento eram pacientes do AMBULIM (ambulatório) por um pouco mais de dois meses em média, contra uma média de nove meses entre aquelas que completaram o tratamento. Uma vez que muitos dos membros da equipe do AMBULIM exercem suas funções tanto no ambulatório como na ECAL e que há uma continuidade e homogeneidade nas normas e práticas terapêuticas em ambas as modalidades de tratamento oferecidas, talvez para as pacientes que estavam há mais tempo recebendo cuidados neste serviço tenha sido um pouco mais fácil aceitar as limitações e regras impostas no tratamento hospitalar.

Dentre os aspectos clínicos investigados na nossa amostra, três variáveis encontradas como fatores de risco para o abandono interagem entre si: internações motivadas por baixo peso, uma média mais baixa de IMC e diagnóstico de anorexia nervosa. O IMC é constantemente avaliado nas pesquisas sobre o abandono do tratamento para transtornos alimentares. Menor IMC foi encontrado como fator de risco para o abandono do tratamento hospitalar para anorexia nervosa (Kahn e Pike, 2001; Surgenor et al. 2004; Zeeck et al., 2005). Na nossa amostra, quando avaliamos

o IMC apenas das pacientes que possuíam o diagnóstico de anorexia nervosa, uma média mais baixa no IMC na admissão, continuou a ser considerada fator de risco para o abandono do tratamento. Entre as pacientes com anorexia nervosa, a crítica sobre doença é bastante prejudicada pelo peso: quanto mais baixo o peso da paciente pior é sua crítica a respeito do seu estado clínico, forma corporal e necessidade de tratamento, tornando-se mais intenso o desejo de emagrecer (APA, 2002).

Pacientes que sofrem de bulimia nervosa costumam sentir vergonha do seu transtorno, especialmente dos episódios de purgação, vistos como repulsivos. Ficar internada consiste na possibilidade de frear tais comportamentos, que muitas vezes apresentam-se como incontroláveis. Anorexia nervosa é uma doença de caráter egosintônico, trazendo ao indivíduo uma sensação de controle que não possui em outras áreas da vida (Vitousek et al, 1998; Touyz et al, 2003). Apesar de para muitas pacientes ter seu início motivado pela tentativa de atingir um ideal cultural de magreza, ao longo do tempo, o emagrecimento característico da anorexia nervosa, começa a servir a várias funções adaptativas como sensação de vitória e controle sobre sua vida e enfrentamento de situações consideradas ameaçadoras pelo indivíduo (Touyz et al, 2003; Nordbø et al., 2012). Nesse sentido, de acordo com Vitousek et al (1998) na anorexia nervosa, o caráter egosintônico, também comum nos transtornos de uso de substâncias, apresenta-se de forma diferente a de um alcoolista. Este nega o transtorno e não o vê como uma virtude. Pacientes anoréxicas, embora possam também negar seu problema alimentar num primeiro momento, orgulham-se de sua capacidade de perder e controlar o peso.

Algumas pacientes, quando em tratamento relatam desejar mudanças, mas, muitas vezes, desejam tratar apenas dos prejuízos físicos e psicológicos, sem o ganho significativo de peso. Quando percebem o ganho de peso, a motivação para o tratamento cessa, sendo substituída por um intenso medo de tornar-se gorda (Guarda, 2008). Higbed e Fox (2010) realizaram um estudo qualitativo no qual investigaram a percepção que treze pacientes tinham sobre a anorexia nervosa. Segundo os relatos das pacientes, elas não se percebiam como sofrendo de um transtorno mental, sendo a anorexia nervosa uma maneira de relacionar-se com o mundo, com emoções negativas e parte da personalidade dessas garotas. Outras pesquisas com metodologia qualitativa chegaram a resultados semelhantes (Nordbø et al., 2006; Nordbø et al., 2012; Westwood et al, 2012).

O caráter egosintônico da anorexia nervosa dá, a qualquer tipo de tratamento, um cunho ameaçador, sob o ponto de vista dessas pacientes. Na ECAL são oferecidos tratamentos psicoterápicos com o foco na mudança de comportamentos e crenças sobre o peso e forma corporal. Uma vez que esses aspectos tenham sido tratados, todos os benefícios trazidos pela anorexia nervosa serão perdidos. A visão negativa do tratamento para a anorexia nervosa pode ser antecipada por aquelas pacientes que estejam muito doentes (Westwood et al, 2012).

A presença de sintomas purgativos parece se firmar como fator de risco para o abandono do tratamento. No nosso estudo, todas as pacientes que abandonaram o tratamento apresentavam tais sintomas. Em outras pesquisas, o subtipo purgativo da Anorexia Nervosa foi considerado fator de risco para o abandono do tratamento (Kahn e Pike, 2001; Surgenor et al, 2004; Woodside et al, 2004; Fassino et al, 2009).

Franzen et al (2004), assim como na atual pesquisa, analisaram se a presença de sintomas purgativos em pacientes diagnosticadas com transtornos alimentares e também encontraram tal variável como fator de risco para o abandono do tratamento.

Favaro e Santonastaso (2000) conduziram um estudo com o objetivo de analisar as dimensões impulsivas e compulsivas de comportamentos auto-agressivos, além de investigar sua relação com características clínicas da Anorexia Nervosa. Segundo os autores, comportamentos impulsivos auto-agressivos foram mais freqüentes em pacientes que apresentavam o subtipo purgativo da Anorexia Nervosa, quando comparadas as pacientes do subtipo restritivo. Ademais, a coexistência de comportamentos compulsivos e impulsivos de auto-agressão foi o principal preditor de abandono do tratamento. Sendo também considerado como um comportamento impulsivo, um maior risco de tentativa de suicídio foi associado à mudança do subtipo restritivo para o purgativo da Anorexia Nervosa (Foulon et al., 2007).

De acordo com a revisão sistemática conduzida por Waxman (2009), estudos sobre transtornos alimentares e impulsividade definem esta última como atos realizados sem julgamento consciente, resultando de uma inabilidade de enfrentamento de situações stressoras e caracterizados por serem realizados sem planejamento adequado e não direcionados a uma tarefa específica. Ainda segundo a autora, pesquisas sobre impulsividade e transtornos alimentares sugerem que mulheres com transtornos alimentares associados à sintomatologia purgativa, apresentam maiores níveis de comportamentos impulsivos do que as do tipo restritivo. Para a autora, além da divisão diagnóstica desses quadros, os transtornos

alimentares podem ser distinguidos pela presença ou ausência de características impulsivas.

Ao analisarmos o modelo hospitalar de tratamento para transtornos alimentares oferecido na ECAL, podemos depreender que ao longo de um dia de tratamento, várias situações estressantes para a paciente ocorrem: as refeições e a obrigatoriedade de ingerir tudo o que foi prescrito pela nutricionista, a impossibilidade de realização de comportamentos compensatórios (como vômitos auto-induzidos, prática de exercícios físicos e ingestão de laxantes) após as refeições, a constante vigilância da equipe de enfermagem, a separação da família e entes queridos, além das consultas com médicos, sessões de psicoterapia individual, de grupo e familiar, onde a paciente é convocada a declinar de seus comportamentos alimentares disfuncionais, aos quais já está adaptada e trazem algum senso de funcionalidade a sua existência e modo de interagir com o mundo. Por ser um estudo de caráter retrospectivo, não tivemos acesso às razões e nem o momento exato em que essas pacientes decidiram deixar o tratamento. Entretanto, é possível que o caráter impulsivo característico das pacientes que possuem sintomas purgativos pode ter influenciado tal decisão – ao vivenciar uma situação estressante, talvez tais pacientes não tenham conseguido refletir sobre a importância do tratamento ou sobre uma forma mais adequada de enfrentar o problema, encontrando como única saída o abandono do tratamento. Entretanto, pesquisas de caráter prospectivo podem elucidar de maneira apropriada tal questão.

O abandono do tratamento não sofreu influência da presença de quadros comórbidos. Existe um maior número de pesquisas sobre o abandono do tratamento

ambulatorial para transtornos alimentares em comparação ao tratamento hospitalar. Nesta última modalidade, a investigação dos fatores risco para o abandono do tratamento para a anorexia nervosa é privilegiada. Dois estudos, assim como o nosso, investigaram fatores de risco para o abandono do tratamento hospitalar para anorexia e bulimia nervosas. No primeiro, conduzido por Masson et al (2007), a presença de quadros comórbidos como depressão, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno do stress pós-traumáticos foi avaliada através de entrevistas clínicas conduzidas pela equipe terapêutica. Já na segunda pesquisa, Dalle Grave et al. (2008) utilizaram o Beck Depression Inventory – BDI – e um inventário que mede níveis de ansiedade – State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Assim como na presente pesquisa, em ambos os estudos não foi encontrada relação entre presença de comorbidades psiquiátricas e abandono do tratamento.

Quando subdividimos os pacientes da nossa amostra quanto ao diagnóstico recebido – anorexia nervosa e bulimia nervosa – também não encontramos relação entre o abandono do tratamento hospitalar e presença de comorbidades nos dois grupos. Esta interação já foi relatada em estudos sobre o abandono do tratamento ambulatorial para bulimia nervosa (Cooker et al, 1993; Waller, 1997; Steel et al, 2000) e para a anorexia nervosa (Lock et al, 2006; Lockwood, 2012), além de tratamento hospitalar para anorexia nervosa (Zeeck et al, 2005; Huas et al, 2011).

Por ser uma pesquisa de caráter retrospectivo, com dados coletados a partir de registros em prontuários, não foram realizadas entrevistas estruturadas como o *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) ou a aplicação de escalas e inventários padronizados que mensurassem a gravidade e intensidade de sintomas

comórbidos como o *Beck Depression Inventory* (BDI) e o *Symptom Checklist-90* (SCL-90). Os autores que investigam a presença de outros quadros psiquiátricos associados ao transtorno alimentar como fator de risco de abandono do tratamento costumam utilizar-se de diferentes instrumentos, proporcionando uma apreensão mais acurada dos sintomas e traços psicopatológicos.

Aspecto considerado coercivo por muitos pacientes e familiares, a internação involuntária não representou fator de risco para o abandono do tratamento na amostra do presente estudo. Uma vez que a maioria dos centros de tratamento para transtornos alimentares não aceitam pacientes que são internados contra sua vontade, estudos sobre tratamentos involuntários para esses transtornos são escassos (Guarda, 2008). Uma maior taxa de abandono no primeiro mês de um tratamento hospitalar no qual os pacientes poderiam ser internados de forma involuntária foi encontrada por Vandereycken e Vansteekiste (2009) (estudo já descrito anteriormente). Entretanto, ser internado de forma voluntária, não significa necessariamente que o paciente deseja tratar-se, pois muitos podem sofrer pressão de familiares, amigos, médicos, empregadores, etc, e acabar aceitando a hospitalização (Guarda, 2008). Este fato pode ter mascarado a influência de tal fator na decisão das pacientes em deixar o tratamento oferecido na ECAL, pois como já foi mencionado anteriormente, as pacientes que fizeram parte do estudo não foram entrevistadas.

No nosso estudo, o abandono do tratamento não foi influenciado por nenhum dos fatores relacionados ao período do tratamento hospitalar. Comportamentos purgativos são desestimulados por toda a equipe da ECAL. Algumas medidas comportamentais são adotadas como uma tentativa de evitar tais episódios: as

refeições e repousos posteriores são sempre acompanhados por membros da equipe, as pacientes não devem trancar-se no quarto ou banheiro. Além disso, ao usar o toalete, devem mostrar a algum membro da equipe de enfermagem o conteúdo do vaso sanitário. Através da observação clínica, percebemos que algumas pacientes não conseguem adaptar-se a esse aspecto do tratamento, tentando freqüentemente burlar tais regras. Assim, a manutenção de sintomas purgativos foi aqui avaliada por significar uma ruptura com as orientações recebidas pelas pacientes quando admitidas na ECAL. Esperávamos que a não adequação a tais normas fosse mais freqüente entre pacientes que abandonaram o tratamento. Todavia, não foi possível comprovar tal impressão.

Embora o uso da sonda nasogástrica seja considerado por muitas pacientes e familiares como aversivo e invasivo (Sylvester e Forman, 2008), este tipo de alimentação não foi considerado como fator de risco para o abandono do tratamento na nossa pesquisa. Halse et al (2005) realizaram uma pesquisa com metodologia qualitativa, na qual procuraram investigar a percepção sobre o uso da sonda nasogástrica de 23 adolescentes diagnosticadas com anorexia nervosa. Embora tenha sido considerada uma experiência física desagradável, que as faziam se perceber doentes, as pacientes acreditavam ser uma intervenção necessária, por não sentirem-se física e psicologicamente capazes de alimentar-se, além de mascarar o consumo de alimentos. Segundo os autores, a sonda pode reduzir a ansiedade de algumas pacientes, pois retira temporariamente a responsabilidade de apresentar melhora no comportamento alimentar.

Apesar de ser considerado um auxiliar importante no processo de tratamento para transtornos alimentares, a ocorrência de terapia familiar não foi relacionada ao abandono do tratamento, ocorrendo para um pouco mais da metade dos pacientes que abandonaram o tratamento e mais de 70% dos pacientes que completaram o tratamento. O manual de diretrizes para o tratamento dos transtornos alimentares da American Psychiatric Association recomenda a inclusão da terapia familiar, com frequência semanal, no tratamento dos transtornos alimentares (APA, 2006). Todavia, o número de pesquisas sobre o impacto da intervenção familiar no tratamento de adultos que sofrem de transtornos alimentares é escasso.

Em anorexia nervosa, a ocorrência de psicoterapia familiar para adultos foi associada a um maior ganho de peso durante o tratamento, além de redução do nível de stress para os familiares (Dare et al., 2001; Whitney et al., 2012). O envolvimento familiar foi apontado como estratégia eficaz na redução do abandono do tratamento ambulatorial para adolescentes com bulimia nervosa (Hoste et al., 2007). Esta intervenção pode ser útil também na prevenção do abandono do tratamento para pacientes adultos, pois embora a decisão de deixar o tratamento seja do paciente, em muitos casos – como nas internações que ocorrem de forma involuntária – é necessária a autorização de um familiar para que o paciente deixe o centro de tratamento sem a concordância médica. Intervenções familiares que incluam o aconselhamento, o treinamento de habilidades e aspectos psicoeducacionais podem ajudar a família a entender a importância do tratamento.

Não obstante na nossa amostra um menor IMC tenha sido considerado fator de risco para o abandono do tratamento, não houve diferença significativa entre as

médias semanais de aumento no IMC ou magnitude de perda de peso, mesmo quando analisamos apenas o grupo de pacientes que apresentavam anorexia nervosa na admissão. Devido à falta de registros diários do peso e do IMC alcançado ao término do tratamento em alguns prontuários, foi possível calcular a média semanal do aumento no IMC de apenas 82 pacientes da amostra total e 58 pacientes que sofriam de anorexia nervosa. A média da magnitude da perda de peso foi calculada para 75 pacientes da amostra total e 53 pacientes que apresentavam anorexia nervosa. A pesquisa de Mewes (et al., 2008), da qual baseamos tais cálculos, possuía uma amostra de 100 pacientes, todas com o diagnóstico de anorexia nervosa, as quais 50 completaram o tratamento e 50 o abandonaram. Possivelmente, pesquisas com maiores amostras e menor perda de dados poderá definir se há influência da evolução do peso no abandono do tratamento.

A análise univariada dos dados auxilia na obtenção de fatores relacionados ao abandono do tratamento. Já a análise multivariada dos dados possibilita um melhor entendimento das relações entre tais fatores, através do exame de sua interação (Wallier, et al, 2009). Após a regressão logística, através do modelo proposto encontramos que na nossa amostra, pacientes que mantinham um relacionamento afetivo, estavam afastadas do emprego devido à gravidade da doença e foram internadas em função do baixo peso apresentavam maiores chances de abandonar o tratamento. Contudo, embora não tenha sido possível a inclusão da variável presença de sintomas purgativos na análise multivariada, é apropriado supor que tal fator também tenha interagido com as variáveis consideradas como significativas nesta

etapa, pois todas as pacientes que abandonaram o tratamento apresentavam tais sintomas.

Na nossa amostra, o abandono do tratamento foi influenciado por uma interação entre aspectos prévios ao tratamento e aspectos diagnósticos. Um modelo resultante da interação entre aspectos prévios ao tratamento (ter um ou mais filhos, IMC mais baixo ao longo da vida e desejar um IMC mais baixo) e aspectos diagnósticos (presença de ideação paranóide) também foi proposto por Huas et al. (2011) na sua investigação sobre fatores de risco para o abandono do tratamento hospitalar para anorexia nervosa. Podemos inferir que talvez a interação destas classes de variáveis exerça uma influência na decisão do paciente em deixar o tratamento hospitalar para transtornos alimentares sem a concordância médica.

7.1 Limitações do estudo

Estudos de caráter retrospectivo costumam apresentar diferentes e várias limitações, como ocorreu na presente pesquisa.

A primeira, e talvez principal limitação, resultou da falta de registro de alguns dados nos prontuários das pacientes. Não foi possível para a amostra total da pesquisa o acesso de variáveis consideradas importantes no estudo de transtornos alimentares como IMC, duração da doença e existência de tratamentos anteriores. A ausência de dados de alguns pacientes como o IMC e vínculo empregatício é especialmente problemática, uma vez que tais dados foram considerados fatores de risco para o abandono do tratamento.

A não utilização de instrumentos padronizados impossibilitou a mensuração da gravidade e intensidade dos sintomas alimentares e de comorbidades associadas. Além disso, informações específicas sobre as circunstâncias nas quais as pacientes decidiram deixar o tratamento sem a concordância médica trariam o esclarecimento se o abandono do tratamento ocorreu devido a fatores pessoais ou a aspectos comuns a todas as pacientes. O delineamento retrospectivo também impossibilitou o exame de características específicas do tratamento oferecido na ECAL. Pesquisas com delineamento prospectivo, nas quais instrumentos adequados e entrevistas semi-estruturadas sejam utilizados podem proporcionar um maior entendimento de como reduzir efetivamente o abandono do tratamento para transtornos alimentares.

8. CONCLUSÕES

Através da análise dos dados obtidos, os resultados nos permitem concluir que há diferenças entre pacientes que completam ou abandonam o tratamento hospitalar para transtornos alimentares em relação a aspectos prévios ao tratamento (vínculo empregatício e relacionamento amoroso) e aspectos diagnósticos (indicação para internação, IMC, diagnóstico principal e sintomas purgativos). Não obstante, não encontramos diferenças entre os dois grupos de pacientes quando investigamos os fatores relacionados ao período do tratamento hospitalar. Assim, podemos concluir que apenas as hipóteses H1a e H1b são válidas.

Na nossa amostra, as variáveis que foram encontradas como relacionadas à decisão por parte das pacientes em deixar o tratamento podem ser consideradas decorrentes do caráter funcional e egosintônico característico dos transtornos alimentares, em especial a anorexia nervosa. Além disso, aparentemente, as pacientes que abandonaram o tratamento apresentavam quadros mais graves dos transtornos alimentares – em sua maioria, foram consideradas inválidas para o trabalho devido a gravidade da doença e tiveram suas internações motivadas pelo baixo peso, 90% apresentavam o diagnóstico de anorexia nervosa, todas possuíam sintomas purgativos, e a média do IMC foi de 15,88 Kg/m².

Um dado novo, e que merece a realização de pesquisas mais específicas é o surpreendente achado de que a presença de relacionamento afetivo está relacionada ao abandono do tratamento para transtornos alimentares. Todavia, a qualidade de tais relacionamentos não foi avaliada. Indivíduos com transtornos alimentares costumam

apresentar prejuízos no relacionamento interpessoal, além de dificuldades em aspetos sexuais, como perda de libido e desinteresse. Estudos específicos sobre relacionamentos amorosos, satisfação conjugal e transtornos alimentares podem auxiliar em um melhor entendimento de como se dá a interação entre relacionamentos amorosos e abandono do tratamento para transtornos alimentares.

A despeito das limitações apresentadas na discussão, o estudo possui alguns pontos fortes. É o primeiro estudo conduzido no Brasil sobre o abandono do tratamento hospitalar para transtornos alimentares, realizado em uma unidade de internação específica para tais quadros. Assim como todos os países, o Brasil possui particularidades culturais que podem trazer aspectos únicos no desenvolvimento, manutenção e tratamento dos transtornos alimentares. Tais contingências regem a política e estrutura de serviços de saúde. No nosso país, por exemplo, diferentemente de outros, há a possibilidade de internações involuntárias e compulsórias. A realização de estudos nacionais que investiguem fatores de risco para o abandono do tratamento para transtornos alimentares e outros transtornos psiquiátricos possibilitam uma melhor elucidação de aspectos que necessitem de criação de estratégias de intervenção que se adéquem a realidade brasileira.

Outro aspecto que nos parece relevante em nosso trabalho, diz respeito aos aspectos metodológicos. Como sugerido por Mahon (2000) foi utilizada uma definição clara de abandono do tratamento, onde a decisão em deixar o tratamento era unilateral e por parte do paciente. A população foi rigidamente selecionada, sendo excluídos sujeitos que poderiam enviesar os resultados, como pacientes do sexo masculino, ou que possuíssem sintomas psicóticos, por exemplo.

Por fim, devido ao caráter pioneiro, a pesquisa aponta algumas direções para futuras investigações – fatores de risco para o abandono do tratamento para Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa, de forma discriminada, a interação entre sintomas purgativos e abandono do tratamento e a influência de fatores sociodemográficos no abandono do tratamento, como relacionamentos amorosos e situação previdenciária. Sugere-se ainda que pesquisas com delineamento prospectivo e aplicação de instrumentos padronizados sejam conduzidas, para uma maior exatidão dos resultados, além de pesquisas qualitativas que explorem o abandono do tratamento hospitalar para transtornos alimentares tanto sob a perspectiva do paciente quanto dos profissionais envolvidos no tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbate-Daga, G, Gramaglia, C, Amianto, F, Marzola, E, Fassino, S. Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. *J Med Dis.* 2010;198:520-24.

Ahrén-Moonga, J, Holmgren, S, von Knorring, L, af Klinteberg, B. Personality traits and self-injurious behavior in patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2008;16:268-75.

Alves, M, Rodrigues, D, Gouveia, JP, Bastos, M, Carvalheiro, M. Doenças do comportamento alimentar e diabetes mellitus tipo 1. *Acta Med Port* 2011; 24(S3): 639-46.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry.* 2000; 157:1- 39 (January supplement).

American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (4ª. edição revisada)* Trad. Cláudia Dornelles; 2002; Porto Alegre: Artmed Editora.

American Psychiatric Association. Diretrizes para o tratamento de pacientes com transtornos da alimentação. Terceira edição. In: *Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos: compêndio 2006.* 2006 Porto Alegre: Artmed

Anis AH, Sun H, Guh DP, Palepu A, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. *CMAJ.* 2002;167(6):633-7.

Arcelus, J, Button, E. Clinical and socio-demographic characteristics of university students referred to an eating disorders service. *Eur Eat Disord Rev.* 2007; 15(2): 146-151

Arcelus, J, Mitchell, AJ, Wales, J, Nielsen, S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analyses of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-731.

Arnou, BA. Introduction. *Psychotherapy in Practice*. 1999; 55:669-674.

Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol Bull*. 1975; 82(5):738-83. Review. PubMed PMID: 1103201

Baker, JH, Mitchell, KS, Neale, MC, Kendler, KS. Eating disorders symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample. *Int J Eat Disord*. 2010;43:648-58.

Bandini,S, Antonelli, G, Pampanelli, P, Quartesan R, Perriello, G. Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. *Eating weight Disord*. 2006; 11: 179-184.

Barbosa, AJG, Merlim, M, Baptista, MN. Estudos de caso-controle (ECC). IN: Baptista, MM, Campos, DC. *Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

Bardone-Cone, A, Harney, MB, Maldonado, CR, Lawson, MA, Robinson, DP, Smith, R, Tosh, A. Defining recovery from an eating disorder: conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behav Res Ther*. 2010; 48(3):194-202.

Barros, DM, Serafim, AP. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev Psiq Clín*. 2009; 36(4):175-7

Bell, L. What Predicts Failure to Engage In or Drop Out from Treatment for Bulimia Nervosa and What Implications Does This Have for Treatment? *Clin. Psychol. Psychother*. 2001; 8: 424–435.

Berkman, ND, Lohr, KN., Bulik, CM. Outcomes of Eating Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Int J Eat Disord*. 2007; 40: 293-309.

- Björck C, Björk, T, Clinton, D, Sohlberg, S, Norring, C. Self-image and treatment drop-out in eating disorders. *Psychol psychother.* 2008; 81(pt1): 95-104
- Björk, T, Björck, C, Clinton, D, Sohlberg, S, Norring, C. What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review.* 2009; 17: 109-19.
- Bottlender M, Soyka M. Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. *Drug Alcohol Depend.* 2005;80(1):83-9
- Brasil. Decreto nº 3.048 – 6 de maio de 1999, faz regulamento da Previdência Social. Brasília (DF): Diário Oficial, 7 de maio de 1999
- Brook, M, Hilty, DM, Liu, W, Hu, R, Frye, MA. Discharge against medical advice from inpatient psychiatric treatment: a literature review. *Psychiatric Services.* 2006; 8: 1192-98
- Bussolotti, D, Fernández-Aranda, F, Solano, R, Jiménez-Murcia, S, Turón, V, Vallejo, J. Marital status and eating disorders: an analyse of its relevance. *Journal of Psychomatic research.* 2002; 53: 1139-45
- Callaghan, RC, Cuninigham, JA. Gender differences in detoxification: predictors of completion and re-admission. *Journal of substance abuse treatment.* 2002; 23:399-407.
- Carter, O, Pannekoek, L, Fursland, A, Allen, KL, Lampard, AM, Byrne, SM. Increased wait-list time predicts dropout from outpatient enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for eating disorders. *Behav Res Ther.* 2012; 50(7-8): 487-92.
- Cassim, SE, von Ranson, K. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review.* 2005;25:895-916.
- Castellini, G, Sauro, CL, Mannucci, E, Ravaldi, C, Rotella, CM, Faravelli, C, Ricca, V. Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to

DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*. 2011; 73:270-9.

Chiesa, M, Drahorad, C, Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality *disorder* treated in a psychotherapy hospital: quantitative and qualitative study. *Br j psychiatry*. 2000; 177: 107-11

Coker, S, Vize, C, Wade, T, Cooper, PJ. Patients with Bulimia Nervosa Who Fail to Engage in Cognitive Behavior Therapy. *Int J Eat Disord*. 1993; 13: 35-40.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 429/2012. Disponível em <http://novo.portalcofen.gov.br>

Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1638/2002. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm

Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº001/2009. Disponível em www.crsp.or.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_001-09.aspx

Conselho Nacional de saúde. Resolução nº196/1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm

Currin, L, Schmidt, U, Treasure, J, Jick, H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry*. 2005;186:132-35.

Dalle Grave, R, Calugi, S, Brambilla, F, Marchesini, G. Personality dimensions and treatment drop-outs among eating disorder patients treated with cognitive behavior therapy. *Psychiatric Res*. 2008; 158(3): 381-8.

Dare,C, Eisler, I, Russell, G, Treasure, J, Dodge, L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178:216-21.

Di Pietro, G, Valoroso, L, Fichelle, M, Bruno, C, Sorge, F. What Happens with Eating Disorders Outpatients who withdrew from Therapy? *Eating weight disorder*. 2002; 7: 298-303.

Duñó R, Pousa E, Sans J, Tolosa C, Ruiz A. Discharge against medical advice at a general hospital in Catalonia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(1):46-50.

Eivors, A, Button, E, Warner, S, Turner, K. Understanding the Experience of Drop-Out from Treatment for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2003; 11: 90-107.

Edlund, MJ, Wang, PS, Berglund, PA, Katz, SJ, Lin, E, Kessler, RC. Dropping out of mental health treatment: partners and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am j psychiatry*. 2002; 159(6): 845-51.

Faiburn, CG, Harrison, PJ. Eating disorders. *The Lancet*. 2003;361:407-16

Fassino, S, Daga, GA, Pierò, A, Leombruni, P, Rovera, GG. Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychoter Psychosom*. 2003; 72: 203-10

Fassino, S, Daga, GA, Pierò, A, Rovera, GG. Dropout from brief Psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychoter Psychosom*. 2002; 71(4): 2006-2006

Fassino, S, Pierò, A, Tomba, E, Abbate-Daga, G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*. 2009; 9: 9-67

Favaro, A, Santonastaso, P. Self-Injurious behavior in anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2000; 188(8): 537-42.

Favaro, A, Santonastaso, P, Monteleone, P, Bellodi, L, Mauri, M, Rotondo, A, Erzegovesi, S, Maj, M. Self-injurious behavior and attempted suicide in purging

bulimia nervosa: associations with psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 105:285-9.

Fichter, MM, Quadflieg, N. Twelve-year course and outcome predictors of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*. 2004;34:1395-406.

Fichter, MM, Quadflieg, N, Hedlund, S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2006;39:87-100.

Fischer EH, Dornelas EA, Goethe JW. Characteristics of people lost to attrition in psychiatric follow-up studies. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(1):49-55.

Foulon, C, Guelfi, JD, Kipman, A, Adès, J, Romo, L, Houdeyer, K, Marquez, S, Mouren, MC, Rouillon, F, Gorwood, P. Switching to the bingeing/purging subtype of anorexia nervosa is frequently associated with suicidal attempts. *European Psychiatry*. 2007; 22: 513-19.

Franzen, U, Backmund, H, Gerlinghoff, M. Day Treatment Group Programme for Eating Disorders: Reasons for Drop Out. *European Eating Disorders Review*. 2004; 12: 153-8.

Glasgow JM, Vaughn-Sarrazin M, Kaboli PJ. Leaving against medical advice (AMA): risk of 30-day mortality and hospital readmission. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(9):926-9.

Green P, Watts D, Poole S, Dhopes V. Why patients sign out against medical advice (AMA): factors motivating patients to sign out AMA. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004;30(2):489-93.

Grilo, CM, Pagano, ME, Stout, RL, Markowitz, JC, Ansell, EB, Pinto, A, Zinarini, MC, Yen, S, Skodol, AE. Stressful life events predict eating disorder relapse

following remission: six-year prospective outcomes. *Int J Eat Disord.* 2012; 45:185-92.

Godart, NT, Rein, Z, Perdereau, F, Curt, F, Jeanmet, P. Predictors of premature termination of anorexia nervosa treatment. *Am. J. Psychiatry.* 2005; 162: 2398-99.

Guarda, AS. Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. *Physiology & Behavior.* 2008; 94:113-20

Guimarães, DB. *Avaliação dos fatores de abandono no tratamento psicoterápico grupal ambulatorial da bulimia nervosa.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

Haller, E. Eating Disorders: a review and update. *West J Med.* 1992; 157: 658-62.

Halmi, KA. Tratamento da anorexia nervosa no âmbito hospitalar: internação integral e parcial. In: Yager, J, Powers, PS. *Manual clínico de transtornos da alimentação.* 2010, Porto Alegre: Artmed.

Halmi, KA, Agras, WS, Crow, S, Mitchell, J, Wilson, GT, Bryson, SW, Kraemer, Hc. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(7): 776-81.

Halse, C, Boughtwood, D, Clarke, S, Honey, A, Kohn, M, Madden, S. Illuminating multiple perspectives: meanings of nasogastric feeding in anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2005; 13: 264-72.

Harris, EC, Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry.* 1998;173:11-53

Herscovici, CR, Bay, L. *Anorexia Nervosa e Bulimia: ameaças à autonomia.* Tradução: Francisco Franke Settineri. 1997; Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

- Higbed, L, Fox, JR. Illness perceptions in anorexia nervosa: a qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology*. 2010; 49: 307-25.
- Hoste, RR., Zaitsoff, S, Hewell, K, le Grange, D. What Can Drop Outs Teach Us about Retention in Eating Disorder Treatment Studies? *Int J Eat Disord*. 2007; 00, 000-000.
- Huas. C, Godart, N, Foulon, C, Pham-Scottet, A, Diva, S, Fedorowicz, V, Peyracque, E, Dardennes, R, Falissard, B, Rouillon, F. Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: data from a large French sample. *Psychiatry Res*. 2011; 185(3): 421-26.
- Jáuregui-Garrido, B, Jáuregui-Lobera, I. Sudden death in eating disorders. *Vascular Health and Risk Management*. 2012;8:91-8.
- Kahn, C, Pike, KM. In Search of Predictors of Drop Out From Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*. 2001; 30: 237-244.
- Kaye, WH, Klump, KL, Frank, GKW, Strober, M. Anorexia and bulimia nervosa. *Annu. Rev. Med*. 2000;51:299-313.
- Keel, PK, Baxter, MG, Heatherton, TF, Joiner Jr, TE. A 20-year longitudinal study of body weight, dieting and eating disorders symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007; 116(2): 422-32.
- Keel, PK, Brown, TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2010;43:195-204
- Keski-Rahkonen, A, Hoek, HW, Linna, MS, Raevuori, A, Sihvola, E, Bulik, CM, Rissanen, A, Kaprio, J. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population based study. *Psychological Medicine*. 2009; 39(5):823-31.

Keski-Rahkonen, A, Raevuori, A, Bulik, CM, Hoek, HW, Sihvola, E, Kaprio, J, Rissanen. Depression and drive for thinness are associated with persistent bulimia nervosa in the community. *Eur Eat Disorders Rev.* 2012

Krug, I, Treasure, J, Anderluch, M, Bellodi, L, Cellini, E, di Bernardo, M, Granero, R, Karwautz, A, Nacmias, B, Penelo, E, Ricca, V, Sorbi, S, Tchanturia, K, Wagner, G, Collier, D, Fernández-Aranda, F. Presente and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence.* 2008;97:169-79

Kuo, CJ, Tsai, SY, Liao, YT, Lee, WC, Sung, XW, Chen, CC. Psychiatric Discharge against medical advice is a risk factor for suicide, but not for other causes of death. *J Clin Psychiatry.* 2010; 71(6): 808-9

Lei Federal 10.216 – Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

Lock, J, Couturier, J, Bryson, S, Agras, S. Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *Int J Eat Disord.* 2006; 39: 639-47

Lockwood, R, Serpell, L, Waller, G. Moderators of weight gain in early stages of outpatient cognitive behavioral therapy for adults with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2012; 45: 51-6.

Madanat, HN, Hawks, SR, Novilla, MLB. A comparison of disordered eating attitudes and behaviors among Filipino and American college students. *Eating Weight Disord.* 2006; 11: 133-8.

Mahon, J. Dropping Out from Psychological Treatment for Eating Disorders: What are the Issues? *European Eating Disorders Review.* 2000; 8: 198-216.

Mahon, J, Bradley, SN, Harvey, PK, Winston, AP, Palmer, RL. Childhood Trauma Has a Dose-Effect Relationship with Dropping Out from Psychotherapeutic Treatment for Bulimia Nervosa: a replication. *Int J Eat Disord.* 2001; 30: 138-48.

Mahon, J., Winston, AP, Palmer, RL, Harvey, PK. Do Broken Relationship in Childhood Relate to Bulimic Woman Breaking Off Psychotherapy in Adulthood? *Int J Eat Disord.* 2001; 29: 139-49.

Masaki N, Toyomasu K. Factors for drop-out psychiatric treatment in patients with substance-related disorders. *Kurume Med J.* 2010;57(3):67-72

Masson, PC, Perlman, CM, Ross, SA, Gates, AL. Premature Termination of Treatment in an Inpatient Eating Disorder Programme. *European Eating Disorders Review.* 2007; 15: 275-82.

Mazzeo, SE, Zucker, NL, Gerke, CK, Mitchell, KS, Bulik, CN. Parenting concerns of women with histories of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005; 37: S77-S79

Melo, APS, Guimarães, MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005; 27(2): 113-18.

Messina, N, Nemes, S, Wish, E, Wraight, B. Opening the black box: the impact of inpatient treatment services on client outcomes. *J Subst Abuse Treat.* 2001; 20(2): 177-83

Mewes, R, Tagay, S, Senf, W. Weight curves as predictors of short-term outcome in anorexia nervosa inpatients. *Eur Eat Disord Rev.* 2008; 16(1): 37-43.

Milos, G, Spindler, A, Schnyder, U, Faiburn, CG. Instability of eating disorder diagnosis: prospective study. *Br J Psychiatry.* 2005; 187:573-8.

Morlino, M, Di Pietro, G, Tucillo, R, Galietta, A, Bolzan, M, Senatore, I, Marozzi, M, Valoroso, L. Drop-out Rate in Eating Disorders: Could it be a function of patient-therapist relationship? *Eating weight disord.* 2007; 12: 64-7.

Nordbø, RHS, Espeset, EMS, Gullisken, KS, Skarderud, F, Holte, A. The meaning of self-starvation: qualitative study of patient's perception of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2006; 39: 556-64.

Nordbø, RHS, Espeset, EMS, Gullisken, KS, Skarderud, F, Geller, J, Holte, A. Reluctance to recover in anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev.* 2012;20:60-7.

O'Brien, A., Fahmy, R., Singh, S.P. Disengagement from mental health services. *Soc Psychiatry psychiatr epidemiol.* 2009; 44: 558-68.

Onukwugha E, Saunders E, Mullins CD, Pradel FG, Zuckerman M, Weir MR. Reasons for discharges against medical advice: a qualitative study. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(5):420-4.

Organização Mundial da Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Tradução: Dorgival Caetano. 1993; Porto Alegre: Artes Médicas.

Oyffe I, Kurs R, Gelkopf M, Melamed Y, Bleich A. Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: cross sectional study. *Croat Med J.* 2009;50(6):575-82.

Pages KP, Russo JE, Wingerson DK, Ries RK, Roy-Byrne PP, Cowley DS. Predictors and outcome of discharge against medical advice from the psychiatric units of a general hospital. *Psychiatr Serv.* 1998;49(9):1187-92.

Papadoulos, FC, Ekblom, A, Brandt, L, Ekselius, L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry.* 2009;194:10-7.

Percudani, M, Belloni, G, Contini, A, Barbui, C. Monitoring Community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. *Br j psychiatry.* 2002; 180: 254-59.

Pike, KM, Wilfley, DE. The Changing Context of Treatment. Em: Smolak, L., Levine, M. P., Striegel-Moore, R (organizadores). *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders: implications for research, prevention and treatment.* p. 365-397. 1996; Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Pinhas-Hamiel, O, Levy-Shraga, Y. Eating disorders in adolescents with type 1 and type 2 diabetes. *Curr Diab Rep* (2013); 13:289–97.

Pineiro, PA, Raney, TJ, Thornton, LM, Fichter, MM, Berrettini, WH, Goldman, D, Halmi, KA, Kaplan, AS, Strober, M, Treasure, J, Woodside, DB, Kaye, WH, Bulik, CM. Sexual functioning in women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2010;43:123-9.

Quadflieg N, Fichter MM. The course and outcome of bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12(Suppl 1):I99-109.

Ries RK, Yuodelis-Flores C, Roy-Byrne PP, Nilssen O, Russo J. Addiction and suicidal behavior in acute psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry*. 2009;50(2):93-9

Root, TL, Pisetsky, EM, Thornton, L, Lichtenstein, P, Pedersen, NL, Bulik, CM. Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females. *Psychological Medicine*. 2010;40:105-15.

Rossi, A, Amaddeo, F, Sandri, M, Marsilio, A, Bianco, M, Tansella, M. What happens to patients seen only once by psychiatric services? Findings from a follow-up study. *Psychiatric Research*. 2008; 157: 53-65.

Rüsch, N, Schiel, S, Corrigan, PW, Leihener, F, Jacob, GA, Olschewski, M, Lieb, K, Bohus, M. Predictors of drop out from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy And Experimental Psychiatric*. 2008; 39: 497-503

Sandager, N, Peterson, CB, Allen, S, Henderson, KE, Crow, S, Thuras, Paul. Tobacco use and comorbidity in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2008; 41:734-8

Scholtz, S, Hill, LS, Lacey, H. Eating disorders in older women: does late onset anorexia nervosa exist? *Int J Eat Disord*. 2010; 43:393–397

Seaborn Moyse H, Osmun WE. Discharges against medical advice: a community hospital's experience. *Can J Rural Med*. 2004;9(3):148-53.

Sly, R. What's in the name? Classifying the 'dropout' from treatment for anorexia nervosa. *European eating disorder review*, 2009; 17: 405-7.

Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406-14.

Steel, Z, Jones, J, Adcock, S, Clancy, R, Bridgford-West, L, Austin, J. Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *Int J Eat Disord*. 2000; 28: 209-14

Stein, D, Kaye, WH, Matsunaga, H, Orbach, I, Har-Even, D, Frank, G, McConaha, CW, Rao, R. Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study. *Int J Eat Disord*. 2002; 32:225-9.

Stein KF, Wing J, Lewis A, Raghunathan T. An eating disorder randomized clinical trial and attrition: profiles and determinants of dropout. *Int J Eat Disord*. 2011;44(4):356-68.

Steinhausen, HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Eur Eating Disorders Rev*. 2002;159:1284-93

Steinhausen, HC. Outcome of Eating Disorders. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2008;18:225-42.

Steinhausen, HC, Weber, S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am. J. Psychiatry*. 2009;166:1331-41.

Strober, M. Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2004;36:245-255.

Surgenor, LJ, Maguire, S, Beumont, PJV. Drop-out from Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: Can Risk Factors be Identified at Point of Admission? *European Eating Disorders Review*. 2004; 12: 94–100.

- Swan-Kremeier, LA, Mitchell, JE, Twardowski, T, Lancaster, K, Crosby, RD. Travel Distance and Attrition in Outpatient Eating Disorders Treatment *Int J Eat Disord.* 2005; 38: 367–70.
- Sylvester, CJ, Forman, SF. Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization. *Current Opinion in Pediatrics.* 2008; 20:390-7
- Tehrani E, Krussel, J, Borg, L, Munk-Jorgensen, P. Dropping out from psychiatric treatment: a prospective study of a first admission cohort. *Acta psychiatr scand.* 1996; 94: 266-71
- Touyz, S, Thornton, C, Rieger, E, George, L, Beumont, P. The incorporation of stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2003; 12: 65-71
- Treasure, J, Claudino, MA, Zucker, N. Eating disorders. *The Lancet.* 2010;375:583-93.
- Treat, TA, Gaskill, JÁ, McCabe, EB, Ghinassi, FA, Luczak, AD, Marcus, MD. Short-term outcome of psychiatric inpatients with anorexia nervosa in the current care environment. *Int J Eat Disord.* 2005; 38(2): 123-33.
- Vandereycken, W. The Place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. *Int J Eat Disord.* 2003; 34: 409-22.
- Vandereycken, W, Vansteenkiste, M. Let eating disorder patients decide: providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *Eur Eat Disord Rev.* 2009; 17: 177-83
- Vindreau, CA. Bulimia na Clínica Psiquiátrica. Em: Brusset, B., Couvreur, C., Fine, A. (organizadores). *A Bulimia.* Tradução de Monica Seincman. 2003; São Paulo, SP: Editora Escuta.

- Vitousek, K, Watson, S, Wilson, GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 1998; 18(4): 391-420.
- Von Soest, T, Wichstrøm, T. The impact of becoming a mother on eating problems. *Int J Eat Disord*. 2008; 41:215–23.
- Vourakis C. Admission variables as predictors of completion in an adolescent residential drug treatment program. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2005;18(4):161-70.
- Waller, G. Drop-out and Failure to Engage in Individual Outpatient Cognitive Behavior Therapy for Bulimic Disorders. *Int J Eat Disord*. 1997; 22: 35-41.
- Wallier, J, Vibert, S, Berthoz, S, Huas C, Hubert, T, Godart, N. Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. *International journal of eating disorders*. 2009; 42(7): 636-47.
- Waxman, SE. A systematic review of impulsivity in eating disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev*. 2009; 17: 408-25
- Westwood, LM, Kendal, SE. Adolescents clients views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and health mental nursing*. 2012; 19: 500-08.
- Whitney, J, Murphy, T, Landau, S, Gavan, K, Todd, G, Whitaker, W, Treasure, J. A practical comparison of two types of family intervention: an exploratory RCT of family day workshops and individual family work as a supplement to inpatient care for adults with anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev*. 2012; 20: 142–50
- Williams, PM, Goodie, J, Motsinger, C. Treating eating disorders in primary care. *Am. Fam. Physician*. 2008; 77(2):187-97.
- Wiseman, CV, Sunday, SR, Klapper, F, Harris, WA, Halmi, KA. Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *Int J Eat Disord*. 2001; 30: 69-74.

Woodside DB, Carter, JC, Blackmore, E. Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(12): 2277-281

Yackobovitchi-Gavan, M, Golan, M, Valevski, A, Kreitler, S, Bachar, E, Lieblich, A, Mitrani, E, Weizman, A, Stein, D. An integrative quantitative model of factors influencing the course of anorexia nervosa over time. *Int J Eat Disord*. 2009;42:306-317.

Zeeck, A, Hartmann, A, Buchholz, C, Herzog, T. Drop outs from In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 111: 29-37.

Zeeck, A, Weber, S, Sandholz, A, Wetzler-Burmeister, E, Wirsching, M, Hartmann, A. Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: a randomized trial. *Psychother Psychosom*. 2009; 78(3): 152-60