

**PATRÍCIA PASSARELLI TIRICO**

**REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA SOBRE ESTUDOS QUE AVALIAM  
QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

**Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para  
obtenção do Título de Mestre em Ciências pelo  
programa de pós-graduação em Psiquiatria.**

**Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luís Blay**

**Co-orientador: Dr. Sérgio Carlos Stefano**

**SÃO PAULO**

**2009**

Tirico, Patrícia Passarelli

**Revisão sistemática da literatura sobre estudos que avaliam qualidade de vida em pessoas com transtornos alimentares.** / Patrícia Passarelli

Tirico. - - São Paulo, 2009.

xvii, 222f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria.

Título em inglês: Systematic literature review of studies assessing quality of life in people with eating disorders.

1. Transtornos alimentares 2. Qualidade de vida 3. Revisão 4. Métodos de avaliação

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**

**Chefe do Departamento: Prof. Dr. José Cássio do Nascimento Pitta**

**Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Prof. Dr. Jair de Jesus Mari**

**PATRÍCIA PASSARELLI TIRICO**

**REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA SOBRE ESTUDOS QUE AVALIAM  
QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Angélica de Medeiros Claudino – Coordenadora do Programa de Orientação e Assistência aos Pacientes com Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria – UNIFESP/EPM.

Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck – Professor Associado Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal – UFRGS.

Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás – Coordenador geral do programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) e diretor técnico do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

## **Dedicatória**

Dedico este estudo a todas as pessoas que se dispõem a realizar o difícil trabalho de compreender, tratar e pesquisar na área dos transtornos alimentares.

## **Agradecimentos**

A meu marido, Eduardo, pelo apoio, compreensão e leitura cuidadosa deste trabalho.

A meus pais, Sérgio e Rosa Maria, e minha tia, Marina, por proporcionarem a minha formação.

A Dr. Sérgio Carlos Stefano pela orientação na realização desta revisão.

A Prof. Dr. Sérgio Luís Blay pela tranquilidade com que sempre me conduziu neste processo.

A Dra. Angélica de Medeiros Claudino por acreditar em mim e possibilitar a realização desta pesquisa.

A Dra. Christina Marcondes Morgan pelo incentivo e compreensão de sempre.

A Maria Beatriz Cytrynowicz por me acompanhar em todas as dificuldades.

## Sumário

<b>Dedicatória</b> _____	v
<b>Agradecimentos</b> _____	vi
<b>Lista de Tabelas</b> _____	xi
<b>Lista de Abreviaturas</b> _____	xiv
<b>Resumo</b> _____	xvi
<b>1. INTRODUÇÃO</b> _____	1
1.1 Qualidade de vida: características gerais _____	2
1.2 Instrumentos de qualidade de vida _____	4
1.3 Qualidade de vida na Psiquiatria _____	6
1.4 Qualidade de vida nos transtornos alimentares _____	8
<b>2. OBJETIVOS</b> _____	11
<b>3. MÉTODOS</b> _____	13
3.1 Revisão Sistemática _____	14
3.2 Critérios de inclusão dos estudos _____	14
3.3 Estratégias de Busca _____	15
3.4 Processo da seleção dos estudos _____	16
3.5 Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos _____	16
<b>4. RESULTADOS</b> _____	17
4.1 Estudos excluídos _____	19
4.2 Estudos incluídos _____	21
4.3 Estudos com amostras clínicas _____	39
4.4 Descrição dos estudos com amostras clínicas _____	41
4.4.1 Estudo 1 _____	41
4.4.2 Estudo 2 _____	43
4.4.3 Estudo 3 _____	46
4.4.4 Estudo 4 _____	47
4.4.5 Estudo 5 _____	49
4.4.6 Estudo 6 _____	52
4.4.7 Estudo 7 _____	54
4.4.8 Estudo 8 _____	57
4.4.9 Estudo 9 _____	59
4.4.10 Estudo 10 _____	62
4.4.11 Estudo 11 _____	65
4.4.12 Estudo 12 _____	67
4.4.13 Estudo 13 _____	70
4.4.14 Estudo 14 _____	72

4.4.15 Estudo 15 _____	75
4.4.16 Estudo 16 _____	77
4.4.17 Estudo 17 _____	79
4.4.18 Estudo 18 _____	81
4.4.19 Estudo 19 _____	83
4.4.20 Estudo 20 _____	85
4.4.21 Estudo 21 _____	88
4.4.22 Estudo 22 _____	90
4.4.23 Estudo 23 _____	94
4.4.24 Estudo 24 _____	96
4.5 Estudos com amostras populacionais _____	98
4.6 Análise da qualidade metodológica dos estudos de prevalência _____	99
4.7 Descrição dos estudos _____	101
4.7.1 Estudo 1 _____	101
4.7.2 Estudo 2 _____	103
4.7.3 Estudo 3 _____	106
4.7.4 Estudo 4 _____	109
4.7.5 Estudo 5 _____	112
4.7.6 Estudo 6 _____	114
4.7.7 Estudo 7 _____	117
4.7.8 Estudo 8 _____	123
4.8 Revisão sistemática _____	127
4.9 Descrição do estudo _____	128
4.9.1 Estudo 1 _____	128
4.10 Estudos qualitativos _____	131
4.11 Avaliação metodológica dos estudos qualitativos _____	132
4.12 Descrição dos estudos _____	134
4.12.1 Estudo 1 _____	134
4.12.2 Estudo 2 _____	142
4.12.3 Estudo 3 _____	148
4.13 Estudos de validação de instrumentos de QV específicos para TA _____	154
4.14 Avaliação metodológica, conceitual e das propriedades psicométricas dos instrumentos _____	155
4.15 Descrição dos estudos de validação _____	161
4.15.1 Estudo 1: QOL ED – Quality of Life for Eating Disorders _____	161
4.15.2 Estudo 2: EDQLS – Eating Disorders Quality of Life Scale _____	163
4.15.3 Estudo 3: EDQOL – Eating Disorders Quality of Life _____	165



4.15.4 Estudo 4: HeRQoLED – Health-Related Quality of Life in Eating Disorders	167
<b>5. DISCUSSÃO</b>	171
5.1 Considerações gerais	172
5.2 Qualidade de vida e transtornos alimentares	173
5.3 Qualidade de vida na BN e AN	174
5.4 Aspectos da QV mais prejudicados na BN e AN	176
5.5 Diferenças na QV entre os subgrupos diagnósticos	178
5.6 Comportamentos alimentares específicos e QV	179
5.7 Qualidade de vida e TCAP	181
5.8 Problemas da avaliação da QV em TA	185
5.9 Instrumentos genéricos versus instrumentos específicos	189
5.9.1 Instrumentos em uso	189
5.9.2 Instrumentos recentes	191
<b>6. CONCLUSÕES</b>	196
<b>7. ANEXOS</b>	200
Anexo 01 - Domínios e facetas do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL)	201
Anexo 02 - Estratégia de busca MEDLINE	202
Anexo 03 Estratégia de busca EMBASE	203
Anexo 04 Estratégia de busca PSYCINFO	204
Anexo 05 Estratégia de busca LILACS	205
Anexo 06 Estratégia de busca COCHRANE	206
<b>8. REFERÊNCIAS</b>	207
<b>Abstract</b>	
<b>Fonte financiadora</b>	
<b>Bibliografia consultada</b>	

## Lista de Tabelas

### RESULTADOS

Tabela 1. Descrição geral dos estudos incluídos na revisão \_\_\_\_\_ 21

### ESTUDOS COM AMOSTRAS CLÍNICAS

Tabela 2. Características e classificação metodológica dos estudos com amostras clínicas incluídos na revisão \_\_\_\_\_ 39

#### **Estudo 10**

Tabela 3. Diferenças entre os subgrupos diagnósticos para medidas de sintomatologia depressiva, autoestima e componente mental da QV \_\_\_\_\_ 64

#### **Estudo 18**

Tabela 4. Comparação entre o grupo topiramato e o grupo placebo com relação ao peso, compulsões alimentares, purgações e escores nas subescalas do SF-36\_ 83

#### **Estudo 19**

Tabela 5. Escores médios nas subescalas do IWQOL-Lite para os dois grupos\_ 85

#### **Estudo 20**

Tabela 6. Diferenças nos escores das subescalas da QV (WHOQOL-100) entre os três grupos \_\_\_\_\_ 87

#### **Estudo 21**

Tabela 7. Critérios para classificação de melhora ou não-melhora das pacientes após tratamento \_\_\_\_\_ 89

### ESTUDOS COM AMOSTRAS POPULACIONAIS

Tabela 8. Estudos incluídos que avaliam QV a partir de amostras populacionais 98  
**Avaliação metodológicas dos estudos populacionais**

Tabela 9. Critérios e classificação da avaliação metodológica dos estudos com amostras populacionais \_\_\_\_\_ 99

**Estudo 6** 116

Tabela 10. Média e desvio padrão da idade, IMC e escores nos componentes mental e físico da QV e na medida de desconforto geral (K-10) para casos de TA e

não-casos _____	
<b>Estudo 7</b>	
Tabela 11. Número de participantes por subgrupo de episódios de compulsão alimentar e tipo de compensação _____	119
<b>Estudo 8</b>	
Tabela 12. Diferenças nos escores de QV entre os subgrupos de TCAP e amostra clinica de TA _____	125
 <b>REVISÃO SISTEMÁTICA</b>	
Tabela 13. Características gerais da revisão sistemática incluída na presente revisão	127
 <b>ESTUDOS QUALITATIVOS</b>	
Tabela 14. Estudos qualitativos incluídos na revisão _____	131
<b>Estudo 1</b>	
Tabela 15. Domínios que contribuem para a qualidade de vida _____	137
Tabela 16. Ordem de importância dos domínios mencionados pelos participantes no que se refere à contribuição dos mesmos para a qualidade de vida _____	139
Tabela 17. Distribuição dos escores médios dos domínios de qualidade de vida de pacientes com TA no presente e no passado, e comparação dos escores médios por meio do teste t _____	140
<b>Estudo 2</b>	
Tabela 18. Áreas da vida mais afetadas em consequência do transtorno alimentar, segundo paciente, familiares e profissionais _____	144
<b>Estudo 3</b>	
Tabela 19. Divisão da amostra em relação ao número de sujeitos que completaram e que não completaram o programa nos três momentos do estudo _____	149
 <b>ESTUDOS DE VALIDAÇÃO</b>	
Tabela 20. Estudos de validação de instrumentos de QV específicos para TA _____	154
<b>Avaliação metodológica, conceitual e das propriedades psicométricas dos instrumentos</b>	
Tabela 21. Características gerais e psicométricas dos instrumentos de qualidade de vida específicos para TA _____	157
Tabela 22. Comparação dos domínios dos instrumentos específicos com aqueles sugeridos pela OMS (WHOQOL-100) _____	158

Tabela 23. Comparação dos domínios dos instrumentos específicos com aqueles sugeridos pelas pacientes no estudo qualitativo da De la Rie (2007) _____	159
Tabela 24. Descrição dos domínios abarcados pelos instrumentos mais utilizados nesta revisão e instrumentos de QV específicos para TA _____	160

## **DISCUSSÃO**

Tabela 25. Perguntas e possibilidades de resposta relativas ao domínio <i>capacidade funcional</i> do SF-36 _____	186
Tabela 26. Perguntas e possibilidades de resposta relativas ao domínio <i>limitações por aspectos físicos</i> do SF-36 _____	187
Tabela 27. Perguntas e possibilidades de resposta relativas ao domínio <i>limitações por aspectos emocionais</i> do SF-36 _____	187

## **Lista de Abreviaturas**

AN – Anorexia Nervosa

ANSOCQ – The Anorexia Nervosa Stage of Change Questionnaire

BDI – Beck Depression Inventory

BES – Binge Eating Scale

BN – Bulimia Nervosa

CGI – Clinical Global Impression Scale

CIDI – Composite International Diagnostic Interview

EAT-40 – Eating Attitudes Test

EDE – Eating Disorders Examination

EDE-Q – Eating Disorders Examination, versão questionário

EDI – Eating Disorder Inventory

EMBASE – Base informatizada da Excerpta Médica

HAD – Hospital Anxiety and Depression Scale

IDS – Inventory of Depressive Symptoms

IWQOL – Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire

K-10 – The Kessler Psychological Distress Scale

LILCAS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

LQOLP – Lancashire Quality of Life Profile

MEDLINE – MEDlars onLINE

NHP – Nottingham Health Profile

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRIME-MD – The Primary Care Evaluation of Mental Disorders

PSYCINFO – Base de dados da Associação Americana de Psicologia

QEWP-R – Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised

RSE – Rosenberg Self-Esteem Scale

SCID – Structured Clinical Interview for DSM Disorders

SCL-90 – Symptom Checklist-90

SF-12 – Short-Form 12 Health Survey

SF-36 – Short-Form 36 Health Survey

TANE – Transtornos Alimentares Não Especificados

TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

TEFQ – Three-Factor Eating Questionnaire

WHOQOL - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS

WHOQOL-BREF - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, versão abreviada

## Resumo

**Objetivo:** fazer uma revisão sistemática dos estudos que avaliam qualidade de vida (QV) em pessoas com transtornos alimentares (TA).

**Método:** foram realizadas buscas bibliográficas em seis bases de dados (**MEDLINE, EMBASE, LILACS, PSYCINFO, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Database Trials e Cochrane Library**) e buscas manuais em duas revistas (*The International Journal of Eating Disorders* e **Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation**), abrangendo o período de janeiro/1975 até junho/2008. Todos os estudos que avaliaram QV ou qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) nos TA através de instrumentos validados, genéricos ou específicos para transtornos alimentares, foram objeto desta revisão. Os estudos com amostras clínicas e revisões sistemáticas foram avaliados e classificados de acordo com as diretrizes do **“NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations STAGE 2 CONSULTATION”**. A avaliação de estudos com amostras populacionais foi baseada no **guideline** de avaliação de estudos de prevalência do **Evidenced-Based Mental Health** (EBMH). Estudos qualitativos foram avaliados de acordo com os critérios desenvolvidos pelo **Evidence-Based Medicine Working Group** para estudos qualitativos, e os estudos de validação de instrumentos de QV específicos para transtornos alimentares foram avaliados com base nos critérios desenvolvidos pela **Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust**.

**Resultados:** as estratégias de busca forneceram um total de 29.537 referências. A leitura dos títulos permitiu a exclusão da maior parte dos artigos, de tal forma que 2.758 resumos foram avaliados mais detalhadamente. Posteriormente, 173 artigos foram analisados, gerando a inclusão de 41 estudos nesta revisão.

**Discussão:** de modo geral, os estudos revelam prejuízos na QV de pacientes com TA. A avaliação da QV em sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) apresenta resultados mais concordantes. Há pouca evidência e discussão para sujeitos com bulimia nervosa (BN) e, em sujeitos com anorexia nervosa (AN), a avaliação requer cautela. A maior parte dos estudos utilizou instrumentos genéricos na avaliação da QV e quatro instrumentos de QV específicos para TA estão em fase de validação.

**Conclusões:** embora existam crescente interesse e aumento nas pesquisas sobre QV e TA, os resultados desta revisão apontam predominância de estudos de corte transversal, estudos com amostras pequenas, estudos populacionais sem controle de variáveis confundidoras e poucos estudos de validação de instrumentos específicos, o que limita a generalização dos resultados encontrados. Assim sendo, novas pesquisas que levem em conta os aspectos citados são necessárias para melhor delineamento do problema e de sua forma de avaliação.





## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Qualidade de vida: características gerais

A tentativa de compreender o significado do termo qualidade de vida (QV), apesar de muito antiga, difere de acordo com o momento histórico e filosófico no qual está inserida. Os primeiros esboços conceituais foram feitos por Aristóteles e estão associados à felicidade e ao bem-estar (Fayer e Machin, 2000 *apud* Blay e Merlin, 2006). Dentro desta perspectiva, a vida com qualidade tinha em sua base os sentimentos de realização e plenitude (Bayley, 1988 e Painter, 1994 *apud* Belasco e Sesso, 2006).

A familiaridade com a expressão qualidade de vida ocorreu somente no século XX, época em que o termo era usado informalmente, sem demarcações ou definições científicas (Blay e Merlin, 2006). Tais demarcações foram iniciadas em 1975, momento em que a QV foi introduzida como um termo chave em indexações médicas (Berlim e Fleck, 2003).

O estudo sistemático do tema começou nos anos 1980, principalmente na área oncológica. Nesta especialidade, os médicos foram confrontados com baixa possibilidade de cura, priorizando, portanto, o bem-estar do paciente e a sua satisfação com o tratamento (Berlim e Fleck, 2003). Essa mudança de interesse médico foi influenciada pela definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, que a descreve como “o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, e não meramente a ausência de doença” (Fleck et al, 1999; Blay e Merlin, 2006). A partir desse momento, observa-se maior interesse com relação à definição mais precisa de saúde e aos aspectos psicológicos e sociais, de tal forma que vários modelos de QV foram desenvolvidos (Fayer e Machin, 2000 *apud* Blay e Merlin, 2006). Dentre estes modelos, Blay e Merlin (2006) destacam aqueles cujos focos essenciais estão ligados a aspectos subjetivos e humanistas, seja pela compreensão da QV como a diferença entre as expectativas e experiências dos indivíduos – modelo no qual a QV varia na razão inversa desta diferença -, seja pela compreensão da QV como a habilidade e capacidade de satisfação das necessidades humanas – modelo no qual a QV é compreendida como a

percepção de valores existenciais capazes de auxiliar no enfrentamento das situações de vida.

Em 1994, o grupo de qualidade de vida da OMS definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck et al, 1999; Orley et al, 1998; Saxena e Orley, 1997). Essa definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (Hag et al., 1991 *apud* Belasco e Sesso, 2006). A ênfase desta definição foi primeiramente na natureza subjetiva da QV e, em segundo lugar, na necessidade de se explorar os aspectos da vida considerados como tendo um impacto significativo na QV (Orley et al, 1998; Berlim e Fleck, 2003).

Alguns autores acreditam que a introdução do estudo da QV na área da saúde possivelmente tenha sido decorrente de três fatores: do grande avanço tecnológico que propiciou maiores possibilidades para a recuperação da saúde e prolongamento da vida; da mudança do panorama epidemiológico das doenças, cujo perfil dominante passou a ser o das doenças crônicas; e da tendência de mudança sobre a visão do ser humano, antes visto como organismo biológico que deveria ser reparado e, hoje, como agente social (Belasco e Sesso, 2006).

Na área da saúde, observam-se duas tendências de conceituação da QV: a qualidade de vida como um conceito mais amplo, e a qualidade de vida relacionada à saúde – QVRS –, que recebe esta especificação por incluir os domínios físico, psicológico e social relacionados à saúde (Duarte e Ciconelli, 2006; Belasco e Sesso, 2006).

Neste contexto, a qualidade de vida emergiu como um importante atributo de investigação clínica e assistência aos pacientes, considerando questões para além da mortalidade e níveis sintomatológicos. Seu uso reflete uma crescente apreciação da importância do modo como o paciente se sente e o quão satisfeito está com o tratamento, ampliando, portanto, o foco tradicional no desfecho da doença (Berlim e Fleck, 2003). Tal atitude personifica a justificada preocupação de olhar para os pacientes como pessoas e não somente como casos (Orley et al, 1998).

Quando adequadamente mensurada, a qualidade de vida pode ser usada para distinguir diferentes grupos de pacientes, para predizer desfechos individuais e para avaliar a efetividade das intervenções terapêuticas, dados de extrema relevância na alocação de recursos e tomada de decisões nos serviços de saúde. Além disso, possui vários usos potenciais na prática clínica: pode ajudar os clínicos a priorizar problemas, a se comunicar melhor com os pacientes, a rastrear adversidades potenciais e identificar as preferências dos pacientes (Berlim e Fleck, 2003; Blay e Merlin, 2006).

O aumento do uso de medidas de QVRS foi facilitado por alguns fatores, dentre os quais destaca-se a evidência cumulativa de que as medidas de QVRS são válidas e confiáveis (Wilson, 1995), além de apresentarem associação clara e consistente com fenômenos da saúde tão relevantes e inequívocos como a mortalidade, a hospitalização e o consumo de recursos sanitários (Belasco e Sesso, 2006).

Conforme descrito por Belasco e Sesso (2006), uma análise das publicações sobre QVRS elucida o crescimento do interesse nesse assunto. Em 1973, uma busca na MEDLINE utilizando o termo *qualidade de vida* encontrava somente 5 artigos. Em 1998, esse número passou para 16.256 (Sen, Gupchup e Thomas, 1965), e, em 2003, chegou a 53.588 (*National Library of Medicine*, 2003). No Brasil, a pesquisa indexada cresceu 106% entre 1981 e 1991. E, entre 1990 e 2002, foram realizadas 9.635 teses sobre QV (Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia). Este crescimento é acompanhado pelo aumento do número de instrumentos de mensuração da QV. Em 1998, foram identificados 446 instrumentos utilizados para avaliação de QV, dos quais 322 apareceram na literatura a partir dos anos 80 (Costa Neto, 2002 *apud* Belasco e Sesso, 2006).

## **1.2 Instrumentos de qualidade de vida**

Os instrumentos de QV podem ser genéricos ou específicos. Em tese, os instrumentos genéricos podem ser aplicados em qualquer pessoa. Portanto, são utilizados para comparar grupos de pacientes de diferentes enfermidades e também para comparar os resultados com os escores da população geral (Blay e Merlin, 2006, Orley et al, 1998; Duarte e Ciconelli, 2006).

Os instrumentos específicos avaliam indivíduos com condições mais particulares. Podem ser específicos para uma doença (como doença renal crônica ou asma), uma população (crianças ou idosos), uma determinada função (como sono ou função sexual), um problema específico (como a dor) ou uma dimensão (psicológica) (Blay e Merlin, 2006; Orley et al, 1998; Duarte e Ciconelli, 2006). Tais instrumentos possuem a vantagem de serem mais sensíveis para a população característica e por investigarem aspectos particulares da condição clínica em questão. Podem favorecer a comparação entre tratamentos diferentes para pacientes de uma mesma patologia, propiciando informações de relevância clínica em relação aos procedimentos terapêuticos (Blay e Merlin, 2006). Por outro lado, se o instrumento foca uma dada característica (um sintoma, por exemplo), ele deixa de explorar o efeito desta característica nas outras facetas da QV (Orley et al, 1998), o que pode ocasionar confusões entre as variáveis dependentes (sintomas físicos, psicológicos e sociais) e independente (QV) (Fayer e Machin, 2000 *apud* Blay e Merlin, 2006; Berlin e Fleck, 2003; Bullinger, 1997; Orley et al, 1998).

Todavia, se por um lado o uso de instrumentos genéricos possibilita maiores comparações, especialmente com a população geral, por outro, não é capaz de discriminar mudanças em condições específicas de enfermidade (Fayer e Machin, 2000 *apud* Blay e Merlin, 2006; Berlin e Fleck, 2003; Bullinger, 1997).

Predominantemente, os instrumentos de QV consistem em questionários que medem sentimentos, autovalorização ou condutas, por meio de entrevistas ou questionários autoaplicáveis (Belasco e Sesso, 2006).

Há duas propriedades consideradas essenciais em um questionário de QVRS: a capacidade de o questionário avaliar os domínios que são importantes para a condição de saúde analisada (função física, dor, bem-estar emocional, aspecto social etc.); e a capacidade das medidas de avaliação permitirem a integração dos domínios gerais e específicos na produção de uma avaliação mais completa da QVRS (Hays, 1994 *apud* Duarte e Ciconelli, 2006).

Outro aspecto a ser ressaltado na mensuração da QV diz respeito ao caráter objetivo e/ou subjetivo dos itens propostos nos instrumentos. Inicialmente, a avaliação da saúde sugeria uma verificação objetiva dos aspectos em questão (dos indicadores de sintomas físicos, as condições de moradia, a renda mensal etc). Atualmente, a proposta é

baseada na avaliação dos aspectos subjetivos quanto às condições de saúde física, psicológica e social do paciente. Assim, avalia-se a satisfação pessoal frente à sintomatologia física, ao tempo de lazer, à moradia, e demais domínios avaliados (Blay e Merlin, 2006; Bullinger, 1997; Ruggeri et al., 2001).

A necessidade do deslocamento do caráter objetivo para o subjetivo nos itens de avaliação da QV se justifica principalmente pelo fato de estudos demonstrarem a discordância entre a avaliação do profissional de saúde e a avaliação do paciente, em relação à gravidade dos sintomas e ao sucesso do tratamento. Enquanto a avaliação médica enfatiza a melhora na sintomatologia clínica (e o nível de saúde física), o paciente parece se importar mais com o conforto durante o tratamento e com a capacidade de realizar suas atividades diárias. Dado que alguns aspectos subjetivos da vivência do paciente não são acessíveis ao profissional, o paciente passa a ser a melhor fonte de informação sobre seu estado de saúde (Blay e Merlin, 2006; Berlim e Fleck, 2003).

Dessa forma, a QV é considerada uma medida de desfecho clínico que prioriza a avaliação do próprio paciente quanto aos efeitos que a doença ou o tratamento exercem sobre sua vida diária e seu nível de satisfação e bem-estar. Esse tipo de avaliação, juntamente com as demais avaliações clínicas e laboratoriais, permite obter um parâmetro seguro para a implementação de tratamentos com impacto mais positivo na vida dessas pessoas (Duarte e Ciconelli, 2006).

### **1.3 Qualidade de vida na Psiquiatria**

Mais recentemente, a percepção do paciente sobre doença e tratamento passou a ser considerada nas tomadas de decisões psiquiátricas (Bullinger, 1997). As razões que contribuem para a consideração da QV em psiquiatria são várias. Em primeiro lugar, dado o conhecimento médico atual sobre as doenças mentais graves, aumentar a satisfação dos portadores desses transtornos parece ser um objetivo mais realista do que a cura. Em segundo lugar, os serviços voltados aos cuidados desses pacientes são organizados a partir de um conjunto complexo de intervenções medicamentosas e psicossociais, voltadas às suas necessidades. Tendo em vista o caráter multidimensional dos diversos

programas, avaliar direta ou individualmente cada intervenção torna-se difícil. A QV, por ser uma variável que mede várias dimensões, reflete a interação de diversas variáveis que, vistas isoladamente, seriam pouco significativas. Em terceiro lugar, o conceito de QV possibilita aos serviços ter como objetivo terapêutico também a melhora das condições de vida e satisfação do paciente. Em quarto lugar, a qualidade de vida, mais que a quantidade, é um tema com domínio cada vez maior nas políticas de saúde (Baker e Intagliata, 1982 *apud* Coppini e Jorge, 2006).

Apesar disso, a avaliação subjetiva da QV em psiquiatria requer alguns cuidados. A questão consiste em saber o quanto a capacidade de auto-avaliação de uma pessoa com transtorno mental grave – que freqüentemente apresentam alterações do pensamento, da comunicação e do senso crítico – pode estar comprometida pela doença. Além disso, por se tratar de pacientes que, na maioria dos casos, passaram por longos períodos de institucionalização ou de doença, sua expectativa em relação às áreas da vida pode, por um processo de resignação, estar rebaixada, o que também comprometeria essa avaliação (Coppini e Jorge, 2006, Orley et al, 1998, Blay e Merlin, 2006).

Posto que muitas vezes a doença ou os sintomas não são as principais preocupações do paciente, os aspectos relacionados à QV podem ajudar na identificação das áreas da vida em que o indivíduo apresenta dificuldades ou insatisfação. Coppini e Jorge (2006) defendem que isto é especialmente verdadeiro no caso daqueles com transtornos psiquiátricos graves ou de longa duração, uma vez que tal avaliação pode ajudá-los a detectar essas dificuldades e, por meio dos serviços de saúde, superá-las.

Contudo, apesar da importância da avaliação da QV em pacientes psiquiátricos ser reconhecida, existe tanto escassez de instrumentos específicos, como menor embasamento científico, quando a área psiquiátrica é comparada às outras áreas da saúde. Assim, são necessários mais estudos centrados na QV em saúde mental (Blay e Merlin, 2006).

## 1.4 Qualidade de vida nos transtornos alimentares

Dada a necessidade, acima explicitada, de realizar estudos de QV em doenças crônicas e, em especial, nos transtornos mentais, a importância desse tipo de investigação nos transtornos alimentares (TA) torna-se evidente. Estes quadros representam o terceiro transtorno mental crônico mais comum entre adolescentes do sexo feminino, e embora os efeitos fisiológicos e médicos sejam bem caracterizados, o seu impacto psicológico ainda é pouco compreendido (Padierna et al, 2002).

Os estudos sobre QV nos transtornos alimentares são recentes e, portanto, escassos. Atualmente, a maior parte das avaliações de QV em pacientes com TA têm sido feita através de instrumentos genéricos. Recentemente, alguns instrumentos específicos para TA foram desenvolvidos, apresentando-se em fase de validação (Engel et al, 2006; Las Hayas et al, 2006; Abraham et al, 2006).

Contudo, os resultados dos estudos existentes não parecem conclusivos e são, por vezes, contraditórios.

Padierna et al (2000) realizaram um estudo para investigar a percepção da QVRS em pacientes ambulatoriais com TA, por meio de um instrumento genérico de QV (SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey**). Os resultados revelam que pacientes com transtornos alimentares apresentam escores mais baixos (pior qualidade de vida) do que a população normativa nas duas subescalas, mental e física, com maior comprometimento na primeira. Pacientes com sintomatologia alimentar mais grave apresentaram maiores prejuízos na qualidade de vida. Maiores índices de ansiedade e depressão também foram correlacionados a maior deterioração. Com relação aos subgrupos de TA, não houve diferenças significativas quanto à percepção da QV.

Dando seguimento a este estudo, Padierna et al (2002) investigaram a mudança na percepção da QVRS nesses pacientes após 2 anos de tratamento e follow-up. Os resultados mostraram que há melhora na percepção da qualidade de vida em quase todos os domínios. A melhora mais significativa foi observada no componente mental. Contudo, em pacientes com sintomatologia alimentar grave, bem como com sintomas ansiosos e depressivos, os escores ainda permaneceram abaixo da média da população geral.



Em um estudo para comparação da QV entre os subgrupos de TA, por meio duas medidas de QV (uma de QVRS – SF-12 – **Short-Form 12 Health Survey** – e outra de QV subjetiva – WHOQOL-BREF – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, versão abreviada), Mond et al (2005) encontraram que pacientes com TA, juntos, apresentam maior prejuízo nas duas medidas de QV quando comparados à população geral. Contudo, pacientes com anorexia nervosa (AN) do subtipo restritivo mostraram uma deterioração significativamente menor na qualidade de vida do que os pacientes dos outros grupos. Os escores da escala de relacionamento social, da medida subjetiva de QV, mostraram que pacientes com AN do subtipo restritivo apresentam escores similares aos do grupo controle, indicando que os indivíduos neste subgrupo são geralmente satisfeitos com o nível de interação e suporte sociais. Contudo, o primeiro estudo acima citado (Padierna et al, 2000), sugere justamente o oposto: que pacientes com AN enfrentam maiores dificuldades nas relações intrafamiliares e sociais.

Um estudo realizado com estudantes com e sem provável história de TA (Doll et al, 2005), cujo objetivo era avaliar a QVRS por meio do SF-36, mostrou que sujeitos com história de TA apresentam escores significativamente mais baixos (pior QV) em quase todas as dimensões do que sujeitos sem história de TA. Com relação aos componentes mental e físico, os sujeitos com TA não apresentavam limitações significativas no bem-estar físico, mas significativa prejuízo no bem-estar emocional. Por outro lado, sujeitos com obesidade apresentaram limitações na dimensão física, mas não na emocional. As limitações emocionais eram mais evidentes naqueles que tinham baixo peso.

Quanto aos subtipos de TA, observou-se algumas tendências. A tendência mais notável foi no componente mental do SF-36, o qual foi mais alto (melhor) em sujeitos com AN e mais baixo (pior) em sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). Entretanto, quando questionados sobre problemas emocionais e comportamentos autodestrutivos, 29% dos sujeitos com história de AN, e apenas 4,5% dos sujeitos com história de TCAP, relataram terem pensado em tirar suas vidas (dado este que contrasta com o resultado da QV no componente mental do SF-36). Sujeitos com bulimia nervosa (BN) apresentaram escores intermediários no componente mental e uma taxa de 15% em relação à ideação suicida.

De la Rie et al (2005) realizaram um estudo populacional com o objetivo de comparar a QVRS de pacientes com TA no presente e pacientes com TA no passado (que não preenchiam mais critérios), com um grupo de referência normal e um grupo de pacientes com transtornos do humor. Os resultados revelam que pacientes com TA apresentam escores significativamente mais baixos do que pacientes com TA no passado em seis das oito subescalas do SF-36. Quando comparados com o grupo de referência normal, tanto o grupo de pacientes com TA como o grupo com TA no passado obtiveram escores significativamente mais baixos. Pacientes com TA obtiveram, ainda, escores mais baixos em quase todas subescalas do que o grupo que preencheu critérios para transtornos do humor.

Um estudo que visava comparar a QVRS de pacientes obesos com e sem TCAP antes da realização de cirurgia bariátrica (de Zwaan et al, 2002), com o objetivo de investigar a relação entre uma medida genérica de qualidade de vida (SF-36) e uma específica (IWQOL – **Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire**), sugere que a presença de TCAP parece agravar o impacto em dimensões importantes da condição de saúde, excedendo o impacto da obesidade por si. Pacientes obesos mórbidos com TCAP apresentaram maior comprometimento principalmente no domínio mental e somente em menor grau no domínio físico (quando comparado a pacientes sem TCAP).

Ainda que os resultados dos estudos acima citados estejam de acordo com o que seria objetivamente esperado (isto é, que os pacientes com TA percebessem o prejuízo na QV), os estudos apresentam algumas divergências (especialmente em relação à AN), além de um questionamento sobre a forma de avaliação da QV nesta população.

Alguns autores questionam se o SF-36 é adequado para avaliar QV nos TA e, em especial, na AN. Na base deste questionamento, encontra-se o argumento de que algumas perguntas do questionário poderiam refletir a patologia dos TA e não o funcionamento saudável (Doll et al, 2005; Padierna et al, 2002; Mond et al, 2005).

Dado que a avaliação da QV em pacientes com TA parece requerer considerações cuidadosas, o presente trabalho visa reunir e analisar os resultados dos estudos de forma sistemática, ampliando, assim, a possibilidade de compreensão e avaliação da qualidade de vida em pessoas com TA.



## 2. OBJETIVOS

O objetivo geral desta revisão foi obter evidências sobre o modo de avaliação da qualidade de vida (QV) em pessoas com transtornos alimentares (TA).

Os objetivos específicos foram:

- Identificar os instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida em pessoas com TA
- Avaliar os escores de QV dos sujeitos com TA nas dimensões que compõem cada instrumento (bem-estar físico, psicológico, social, entre outros) e compará-los com os escores de grupos controles ou valores de referência normativos.
- Avaliar os escores de QV dos sujeitos com TA nas dimensões que compõem cada instrumento (bem-estar físico, psicológico, social, entre outros) e compará-los entre os subgrupos diagnósticos de TA (AN, BN, TCAP, TANE – Transtorno Alimentar Não Especificado)
- Avaliar os escores de QV de acordo com o tipo de amostra, populacional ou clínica, seja esta última em regime ambulatorial ou hospitalar.
- Avaliar os escores de QV de acordo com a gravidade clínica dos sintomas alimentares.
- Avaliar os escores de QV pela presença de sintomatologia ansiosa.
- Avaliar os escores de QV pela presença de sintomatologia depressiva.
- Avaliar os escores de QV de acordo com a duração do quadro alimentar.



## 3. MÉTODOS

### 3.1 Revisão Sistemática

O propósito de uma revisão sistemática da literatura é avaliar e interpretar todas as evidências disponíveis relativas a uma dada questão. Nesta abordagem, uma estratégia de busca é desenvolvida a fim de identificar todas as pesquisas relevantes. Posteriormente, uma apreciação padronizada da qualidade dos estudos é realizada, a fim de sintetizar sistematicamente (e por vezes quantitativamente) os resultados (Glasziou et al, 2001).

### 3.2 Critérios de inclusão dos estudos

#### Tipos de estudos:

Todos os estudos que avaliaram qualidade de vida (QV ou QVRS) nos TA através de instrumentos validados (questionários, entrevistas semi-estruturadas ou estruturadas), genéricos ou específicos para transtornos alimentares, foram objeto desta revisão. Estudos que avaliaram qualidade de vida em um dos subgrupos diagnósticos separadamente (AN, BN ou TCAP) também foram incluídos. Estudos qualitativos e de validação de instrumento de qualidade de vida específico para TA também foram analisados. Estudos com dados parciais ou que avaliassem satisfação com a vida não foram incluídos.

#### Tipos de participantes:

Pessoas com TA (AN, BN, TCAP ou TANE) diagnosticadas por critérios de classificação diagnóstica (DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, CID-9 e CID-10) ou por instrumentos diagnósticos (tais como EDE – **The Eating Disorder Examination** e QEWP-R – **Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised**), independentemente de sexo, idade, tipo de amostra (populacional ou clínica) e local de avaliação ou tratamento.

### 3.3 Estratégias de Busca

#### A – Busca Eletrônica

A estratégia de busca bibliográfica foi adaptada da estratégia de busca do Grupo de Depressão, Ansiedade e Neurose da Colaboração Cochrane. Foram identificados estudos indexados, a partir de 1975 (ano em que a QV foi introduzida como termo chave nas indexações médicas), nas seguintes bases eletrônicas:

- i) MEDLINE
- ii) EMBASE
- iii) LILACS
- iv) PsycINFO
- v) O Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Database of Trials
- vi) O Cochrane Library

#### B – Busca Manual

Foram realizadas buscas manuais nas seguintes revistas: **“The International Journal of Eating Disorders”** e **“Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation”**.

#### C – Busca de Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas de todos os estudos considerados relevantes foram examinadas detalhadamente a fim de encontrar pesquisas não identificadas na busca eletrônica.

#### D – Contato Pessoal:

Os primeiros autores de artigos cujas informações publicadas exigiam maiores esclarecimentos, ou careciam de dados mais específicos sobre a amostra de transtorno alimentar, foram contatados via correio eletrônico.

### 3.4 Processo da seleção dos estudos

Os títulos e resumos foram avaliados por um revisor para verificar a relevância do estudo para esta revisão. Os estudos considerados relevantes foram avaliados pelo revisor principal e por um co-revisor, a fim de discutir a inclusão ou exclusão na revisão. Os revisores não estavam cegos para os nomes dos autores, instituições e jornais de publicação.

### 3.5 Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos

Dado que a presente revisão envolve estudos observacionais, os estudos com amostras clínicas e as revisões sistemáticas foram avaliados e classificados de acordo com as diretrizes do “**NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations STAGE 2 CONSULTATION**” fornecido pelo **National Health and Medical Research Council** (NHMC, 2008). A avaliação de estudos com amostras populacionais foi baseada no **guideline** de avaliação de estudos de prevalência do **Evidenced-Based Mental Health (EBMH)** (Boyle, 1998). Os estudos qualitativos foram avaliados de acordo com os critérios desenvolvidos pelo **Evidence-Based Medicine Working Group** para estudos qualitativos (Giacomini e Cook, 2000). E, finalmente, os estudos de validação de instrumentos de QV específicos para transtornos alimentares foram avaliados com base nos critérios desenvolvidos pela **Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust** (SAC, 2002).





## **4. RESULTADOS**

As estratégias de busca forneceram um total de 29.537 referências. A leitura dos títulos permitiu a exclusão da maior parte dos artigos, de tal forma que 2.758 resumos foram avaliados mais detalhadamente. Posteriormente, 173 artigos foram analisados, gerando a inclusão de 41 estudos nesta revisão, os quais serão descritos a seguir.

## 4.1 Estudos excluídos

A maior parte dos estudos foi excluída por não preencher pelo menos um dos dois critérios principais de inclusão: ou não avaliam TA, ou não avaliam a QV propriamente dita (avaliavam parâmetros da QV, tais como sintomatologia depressiva e ansiosa).

Contudo, vale ressaltar que 18 estudos que usavam um instrumento de QV em amostras de obesos – a maioria investigações de desfechos de cirurgia bariátrica – foram excluídos por avaliarem a sintomatologia alimentar com base em instrumentos que não permitem o diagnóstico do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (BES – **Binge Eating Scale**; TEFQ - **Three-Factor Eating Questionnaire**; e DEBQ - **Dutch Eating Behaviour Questionnaire**). Embora os estudos se propusessem a fazer comparações entre obesos com e sem compulsão alimentar, o diagnóstico de TCAP não era confirmado por uma entrevista clínica. E ainda que um escore no BES maior que 17 signifique presença moderada de compulsão alimentar (Marcus et al, 1985), não podemos afirmar que todo obeso com compulsão alimentar preencha os demais critérios para TCAP, os quais não são avaliados por nenhum desses instrumentos.

Além desses estudos, outros 7 merecem explicações mais detalhadas.

Dois deles, também sobre avaliação de cirurgia bariátrica, foram excluídos após ausência de respostas dos autores quanto ao pedido de dados da amostra de TCAP em separado. Embora os estudos avaliassem TCAP apropriadamente e fornecessem dados sobre a QV, os mesmos foram publicados comparando o grupo submetido à cirurgia versus o grupo não submetido à cirurgia (De Man Lapidoth et al, 2008) ou o grupo pré-cirurgia versus grupo pós-cirurgia (Dymec et al, 2001). Na impossibilidade de se obter a informação especificamente relativa à QV dos sujeitos com TCAP, os estudos foram excluídos.

Adair et al (2006) publicaram um estudo sobre a Internet como fonte de dados para o desenvolvimento de uma medida de QV específica para TA. Este estudo exploratório não foi incluído dentre os estudos qualitativos pela impossibilidade de confirmar o diagnóstico das pessoas, supostamente com um TA, cujas narrativas foram retiradas dos sites e analisadas em seu conteúdo. Por esta razão, optamos por incluir somente seu estudo posterior, de validação do instrumento em questão (Adair et al, 2007).

Thornborg et al (2005) publicaram um artigo que visava examinar a validade de construto do **Visual Analogue Scale (VAS) – Quality of life** para pacientes com TA. Contudo, os dados referentes ao IMC médio das pacientes com AN (IMC =  $23,8\text{kg/m}^2 \pm 5,3$ ) invalidavam o diagnóstico. Diante disso, o estudo foi excluído.

Thien et al (2000) publicaram um estudo a fim de determinar o quanto a QV de pacientes com AN melhorava com o programa de exercício (desenvolvido pelas autoras em questão), sem reduzir ganho, porcentagem de gordura corporal ou IMC. Para tanto, as autoras utilizaram uma amostra de 16 pacientes (15 mulheres e 1 homem), 8 no grupo experimental e 8 no grupo controle. Ao final do estudo, somente 5 sujeitos concluíram o grupo experimental e 7 o grupo controle. Embora a idéia do estudo seja inovadora, o tamanho da amostra e as perdas não permitiram chegar a nenhuma conclusão. Por esta razão, este estudo foi excluído da análise.

Johnson et al (2001) publicaram um estudo sobre problemas de saúde, prejuízos e doenças associadas com a BN e TCAP dentre pacientes de assistência primária e ginecológica. Todavia, ao apresentar os resultados, os autores atribuem métodos compensatórios purgativos à pacientes com TCAP, o que contradiz o diagnóstico. Na impossibilidade de aceitar o diagnóstico como válido, o estudo foi excluído.

O estudo de Gonzáles et al (2001) sobre QV de pacientes com TA foi excluído, pois continha os mesmos dados publicados no estudo de Padierna et al (2000). Este último foi escolhido, em detrimento do primeiro, pois a amostra era mais abrangente e incluía pacientes com TCAP.

## 4.2 Estudos incluídos

A tabela 1 abaixo apresenta as características gerais dos estudos incluídos nesta revisão.

**Tabela 1. Descrição geral dos estudos incluídos na revisão.**

Autor/ Ano	País e Língua	Título	Objetivo	Desenho	Tipo amostra/ HD	Participante	Instrumentos	HD de TA	Inst QV	QV medida	Resultado
Abraham et al, 2006	Austrália Inglês	Quality of life: eating disorders	Prover uma ferramenta válida para avaliar a qualidade de vida em pacientes com transtornos alimentares (QOL ED)	Estudo de validação	Clinica (internação)  AN, BN, TANE (incluindo TCAP)	N= 306 (AN = 108; BN = 43; TANE = 101; S/ ta = 54)	EEE-C; EDI. EAT. BDI. STAI; SF-12	HD feito por psiquiatra e psicólogo especialista, com base no DSM-IV	SF-12	primária	OQL ED é um instrumento de 21 questões que possui boa correlação com medidas estabelecidas de TA, medidas psicológicas e de QV.
Adair et al, 2007	Canadá Inglês	Development and multi-site validation of a new condition- specific quality of life measure for eating disorders	Desenvolver e validar um instrumento de qualidade de vida específico para TA (EDQLS – Eating Disorders Quality of Life Scale)	Estudo de validação	Clinica  AN, BN e TANE (incluindo TCAP)	N = 171	SF-12, QoLI, 16D; BSI; EDI-2, MSCARED	HD clinicamente confirmado nos centros específicos de tratamento	SF-12, QoLI, 16D	primária	O EDQOL parece um instrumento específico apropriado para pacientes com TA, entre 14 e 60 anos.
Autor/	País e	Título	Objetivo	Desenho	Tipo	Participante	Instrumentos	HD de TA	Inst QV	QV	Resultado

Ano	Língua				amostra/ HD					medida	
Bijl & Ravelli, 2000	Holanda Inglês	Current and residual functional disability associated with psychopathology: finding from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)	O presente estudo tem três objetivos: 1) examinar a natureza e força da associação entre t. psiquiátricos específicos e prejuízos funcionais na pop. geral; 2) examinar o quanto à associação entre psicopatologia e disfuncionalidade é afetada por outras características; 3) examinar o quanto à psicopatologia é associada à "efeitos residuais" da inabilidade funcional.	Estudo de corte transversal	Populacional  TA	N = 7147	CIDI; (SCID no caso de sintomas psicóticos); SF-36	CIDI	SF-36	primária	Sujeitos com 1 ou + quadros psiq. obtiveram escores mais pobres em todas as dimensões do que sujeitos sem psicopatologia. Comorbidade foi associada com forte ↑ das limitações em todos os domínios, particularmente V, LE e AS. Esquizofrenia e TA mostraram-se muito debilitantes e a percepção de SG desses dois grupos foi particularmente baixa. Esquizofrenia foi associada com baixa vitalidade, enquanto bulimia nervosa com altos níveis de dor. Em função do pequeno número envolvido, os resultados para esses dois transtornos precisam ser interpretados com cautela.
Colles et al, 2008	Austrália Inglês	Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder	Explorar a inter-relação entre as características centrais da compulsão alimentar e três marcadores de desconforto psicológico em TCAP (sint. depressivos, insatisfação com a aparência, QVRS).	Estudo de corte transversal	Retirada da comunidade e clínica  Obesos, TCAP	N = 431 (TCAP = 38, Sub LOC = 46; Perda de controle = 40; NBE = 307)	QEWPR-R, entrevista clínica (DSM-IV), TEFQ, Cancer Council Victoria Food Frequency Questionnaire, SF-36 e Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire.	QEWPR + entrevista clínica semi-estruturada	SF-36	primária *	Sujeitos com TCAP eram mais comuns no grupo de recrutamento de cirurgia bariátrica; TCAP: > sint. depressiva; > insatisfação com a aparência, QV ↓, > angústia relativa à perda do controle alimentar, e escalas do TEFQ ↑
<b>Autor/</b>	<b>País e</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV</b>	<b>Resultado</b>

Ano	Língua				amostra/ HD					medida	
Danzl et al, 2001	Áustria Alemão	Quality of life in patients with eating disorders: results of a pilot study	Avaliar as seguintes questões: existe correlação entre qualidade de vida e comportamento alimentar? É possível perceber as relações entre mudanças percebidas subjetivamente em cada área de vida e o comportamento alimentar atual, bem como a atual qualidade de vida?	Estudo de corte transversal	Clinica/ Internação  AN, BN	N= 46 (AN = 23, BN = 23). (HD no momento da internação)  G controle: não tem.	LQOLP – Lancashire Quality of Life Profile	Perguntas desenvolvidas para corresponder exatamente aos critérios diagnósticos do DSM-IV.	LQOLP – Lancashire e Quality of Life Profile	primária	A QV foi avaliada como pior em relação à saúde psíquica, área social, vida sexual, lazer e saúde física. Pacientes sem sintomas atuais apresentavam melhor QV (74% da amostra). Associação entre a melhora da QV e a melhora da sint. alimentar.
De la Rie et al, 2005	Holanda Inglês	Quality of life and eating disorders.	Comparar a QV de TA no presente e TA no passado, retirados de uma amostra da comunidade, c/ g.ref.normal e c/ T. humor.	Estudo de corte transversal	Retirada da comunidade  AN, BN, TANE (só 10 TCAP) e TA passado.	N = 304 (51,3% c/ TA, 48,7% c/ TA passado)  G controle: norma holandesa e amostra de pacientes com T humor e deprimidos.	EDE-Q, SF-36, RSE	EDE-Q	SF-36	primária	TA pior q/ TA no passado em: LF, LE, V, SG, AS, SM. QV TA pior q/ QV g.normal e T.humor. SF-36 ≠ entre TA e TA no passado, mas não entre HD. QV TA no passado é pior q/ g.normal.
De la Rie et al, 2007	Holanda Inglês	The Patient's View on Quality of Life and Eating Disorders	Explorar a visão pessoal de pacientes que tem e que tiveram TA sobre sua QV. Examinar diferenças entre AN, BN e TANE, bem como entre pacientes que purgam e que não purgam.	Qualitativo e Quantitativo	Clinica; retirada da comunidade e de centros especializados.  AN, BN, TANE	N = 292 [146 com TA no presente (AN = 44; BN = 43; TANE = 59); 146 TA no passado]	EDE-Q, SEIQOL.	EDE-Q	SEIQOL (entrevista semiestruturada que avalia QV)	primária	Este estudo mostra que ter uma família, um parceiro ou amigos parece ser de particular importância na percepção da QV de ambos os grupos de pacientes (TA presente e passado). Além disso, o domínio que compreende essas relações foi o mais frequentemente mencionado como o de maior importância.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>

De Zwaan et al, 2002	EUA Inglês	Two measures of health-related quality of life in morbid obesity	Comparar a HRQL em pacientes obesos pré-cirurgia com e sem TCAP, e investiga a relação entre uma medida genérica de QV (SF-36) e uma específica (WQOL), medindo psicopatologia geral e alimentar.	Estudo de corte transversal	Clínica  Obesos, TCAP	N = 110 pacientes avaliados para cirurgia  G controle: norma americana.	QEWP-R, EDE-Q, RSE, IDS-SR, SF-36 e IWQOL-Lite.	Avaliação psiquiátrica + QEWP-R + EDE-Q	SF-36; IWQOL-Lite	primária	TCAP e não-TCAP c/ piores escores em todas áreas do SF-36 e do IWQOL q/ g.normal. SF-36: TCAP: > prejuízo emocional. PCS: > p/ norma ameri. e = em TCAP e não-TCAP. MCS: próximo à norma amer. e sig. ↓ em TCAP.  > psicopato. geral e alim. = > prejuízo no SF-36.  IWQOL TCAP e não-TCAP: TCAP ↓ auto-estima, vida sexual, trabalho, e escore total.
Doll et al, 2005	Inglaterra Inglês	Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36	Descrever a QVRS percebida e outros problemas de saúde em estudantes com história de TA. Os escores do SF-36 das estudantes com provável história clínica de TA foram comparados aos das estudantes sem tal história. A relação entre tipo de TA e QV foi examinada	Estudo de corte transversal	Amostra de estudantes  AN, BN, TCAP	N = 1.439 estudantes	Questionário (40 minutos pra responder). Incluía o SF-36. Nenhum outro instrumento específico.	As perguntas sobre TA foram feitas por profissionais aptos a diagnosticar uma provável história de TA segundo critérios do DSM-IV	SF-36	primária	6% história TA (DSM-IV). QV de estudantes c/ e s/ TA: TA pior em todos (-CF). MCS prejudicado, PCS não. História de TA tem + relação c/ dimensões emocionais q/ físicas.  TA: relatavam mais: saúde pobre, doença crônica (+ depressão.), ter ido ao médico; sofri.emoc.; comp. autodestrutivo e idéias suicidas – 4,5% s/ TA; 4,5% TCAP; 15% BN e 29% AN. Melhor saúde emocional em AN contrasta com a % de idéias suicidas – possibilidade de escores irreais (ou errôneos) na AN.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>



Engel et al, 2006	EUA Inglês	Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument	Descrever o desenvolvimento e validação de uma medida de QVRS para pacientes com transtornos alimentares (EDQOL)	Estudo de validação	Clínica  AN, BN, TANE, TCAP	N = 538 (TA = 155; Grupo de dieta/exercício = 56; Sem TA = 327)	SF-36, NHP, Goldberg 10-item self-report measure of neuroticism, BDI; SAS-SR, Financial global rating, GPA	SCID + questões do EDE	SF-36, NHP	primária	O presente artigo descreve uma escala de 25 itens com 4 subescalas e um escore global.  De modo geral, as propriedades psicométricas do EDQOL são boas.
Etzeberri et al, 2002	Espanha Espanhol	Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentacion	Apresentar os resultados obtidos a partir de grupos focais para identificar as áreas de QV mais afetadas nos pacientes com TA	Estudo qualitativo	Clinica  AN, BN	7 grupos focais [4 com pacientes TA, n = 20 (AN = 11, BN = 9); 2 grupos com os familiares, n = 18) e 1 grupo profissional multidisciplinar]	Grupos focais	Com base no DSM-IV	Perguntas estruturadas, respondidas por escrito	primária	Tanto os pacientes como os familiares e os profissionais concordam em assinalar que o TA causa graves alterações nas relações familiares e sociais. Esta área foi analisada durante muito tempo em todos os grupos e foi considerada como um dos aspectos que causam maior mal-estar, tanto nas pacientes como em seus familiares.
Gonzales-Pinto A. 2004	Espanha Inglês	Purging behaviors and comorbidity as predictive factors of quality of life in anorexia nervosa	Este estudo examina os fatores preditivos para os componentes mental e físico do SF-36 em pacientes com AN	Estudo de corte transversal	Clínica  AN	N = 47 (73,9% ANr e 38,8% ANp).  G controle: não houve.	Entrevistas estruturadas (SCID I e II), CGI (escala de impressão clínica geral) e uma escala social (Phillip Premorbid Adjustment Scale);	SCID	SF-36	primária	Pacientes c/ AN apresentam deterioração global na percepção da QV. Principalmente: SM e V.  Purgação = ↓ de 8 pontos no MCS.  AN = baixa QV, principalmente na dimensão mental. Comorbidade e purgação contribuem pra isso.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>

Green et al, 2004	EUA Inglês	Psychosocial outcome of gastric bypass surgery for patients with and without binge eating.	Ganhar melhor compreensão do resultado da cirurgia de RYGBP dentre pacientes com compulsão alimentar.	Estudo de coorte	Clínica  Obesos, TCAP	N = 65 (NBE = 32, BE = 33)  G controle: sujeitos sem TCAP da amostra.	TEFQ, SF-36, BDI; RSE	ED-SCID ou QEWP-R	SF-36	primária*	Perda de peso e melhora em todas as variáveis após a cirurgia em ambos os grupos. BE < % de perda de peso. Escores nas escalas selecionadas do SF-36 (AS, LE, SM ↑ sign. do pré para o pós-cirúrgico. Contudo, NBE obtiveram escores > na escala AS do que o grupo BE, sugerindo melhor funcionamento social de sujeitos sem TCAP antes e após a cirurgia.
Gruzca et al, 2007	EUA Inglês	Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample	Descrever a prevalência e correlatos de TCAP em uma amostra epidemiológica da comunidade. Descrever associações com desfechos psiquiátricos comuns, características de personalidades clinicamente relevantes, QVRS e obesidade.	Estudo de corte transversal	Populacional  Amostra da comunidade, seleção randômica	N = 917  (s/ obesidade e s/ TCAP = 595; Obesos s/ TCAP = 249; TCAP = 60)	PHQ, SF-12, TCI-R.	PHQ	SF-12	secundária	Prevalência de TCAP de 6,6%. Associações clínica e estat. sign. com depressão maior, ansiedade generalizada, ataque de pânico e histórico de tentativa de suicídio. TCAP prediz escores mais baixos no MCS do SF-12. O efeito permanece quando controlado para outras síndromes psiquiátricas. O MCS de sujeitos com TCAP é mais prejudicado do que obesos s/ TCAP, enquanto o componente físico não difere. TCAP é independentemente associado com baixa QV mental.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>

Hay, 2003	Austrália Inglês	Quality of life and bulimic eating disorder behaviors: findings from a community-based sample	Avaliar o impacto da presença de comportamentos dos TA em medidas de QVRS em uma amostra representativa da comunidade.	Estudo de corte transversal	Populacional  Mulheres da comunidade com e sem comportamentos compulsivos e purgativos	N = 3010	SF-36 e AQoL	Com base no DSM-IV. As perguntas sobre os comportamentos relativos ao TA foram baseadas no EDE	SF-36 e AQoL	primária	Compulsão alimentar e controle de peso = < escores no MCS (do SF-36) e < QV geral AQoL. Peso e QV: sobrepeso = < PCS. Sobrepeso e baixo = < MCS. Compulsão alimentar explicou mais a variação na QV do que extremo controle de peso. Cronicidade não teve correlação com MCS e PCS.
Hay & Mond, 2005	Austrália Inglês	How to 'count the cost' and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders	Fazer uma revisão sistemática para avaliar e comparar tentativas de estimar a QVRS em TA.	Revisão sistemática	n.a.	Foram identificados 15 estudos avaliando QV em TA em amostras clínicas e 4 artigos avaliando QV em sujeitos recrutados da comunidade.	n.a	n.a	n.a	n.a	Há progresso no nº de estudos que avaliam QV em TA, a maioria usando entrevistas para diagnósticos do TA, com boas taxas de resposta, e tamanho adequado para análise estatística, embora os estudos com amostras da comunidade tenham amostras muito pequenas (ou inexistentes) de sujeitos com AN. Estudos com TCAP são feitos em grandes amostras de obesos. Maioria dos estudos usou um instrumento genérico de QVRS.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
Hsu et al,	EUA		Determinar o	Estudo de corte	Clínica	N= 37	EDE,TEFQ,	EDE	SF-36	primária	Não houve diferença est.

2002	Inglês	Binge eating disorder in extreme obesity	quanto obesos com TCAP diferem de obesos sem TCAP com relação às seguintes variáveis: distúrbios alimentares, morbidade psiquiátrica, saúde e dieta líquida.	transversal	Obesos, TCAP	(TCAP= 9, NTCAP = 28)  G controle: sujeitos sem TCAP da amostra.	SCID, SF-36			*	sig entre BE e NBE no SCID (HD eixo I). Todos os sujeitos do estudo, juntos, obtiveram escores < em todas as escalas do SF-36 quando comparados à norma americana. BE < escores em LF, LE e CF do que o grupo NBE.
Jones et al, 2008	Inglaterra Inglês	Exploring quality of life for eating-disordered patients	Explorar o quanto a QV de pacientes atendidos em uma unidade de tratamento de TA muda com o passar do programa.	Estudo qualitativo	Clinica  AN, BN	N = 32 (AN = 20, BN = 6, TANE = 6)	Entrevista semi-estruturada, com base nos domínios do Morgan and Russel Outcome Assessment Schedule	Com base no DSM-IV	Entrevista semi-estruturada	primária	O achado mais importante foi a ≠ entre pacientes que completaram o tratamento e aquelas que não completaram em relação à aspiração por mudança na QV. Observou-se que as primeiras queriam diminuir o isolamento social dos amigos, desenvolver relações mais íntimas, se engajar em trabalho ou educação e desenvolver uma relação mais positiva com seu corpo.
Keilen et al, 1994	Inglaterra Inglês	Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: are they comparable?	Medir a QV de pacientes com TA com o NHP e comparar com dados de pacientes com outras doenças	Estudo de corte transversal	Clínica  AN, BN	N = 142 (AN = 62, BN = 80)  G. controle = 95 estudantes;  DAC = 98; transplante cardíaco = 122; FC = 54.	NHP	Entrevista clínica. DSM-III-R	NHP	primária	Pacientes (AN e BN) apresentaram prejuízos significativamente > no NHP que grupo controle. > prejuízos em: energia, domínios psicossociais (reação emocional e isolamento social) e sono. AN > problemas com vida social e relac. em casa que BN.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
Kolotkin et al, 2004	EUA Inglês	Does binge eating disorder impact weight-	O quanto TCAP influencia a QV relacionada ao	Estudo de corte transversal	Clínica	N = 530 (TCAP = 95,	IWQOL-Lite; QEWP-R; BDI;	QEWP-R	IWQOL-Lite	primária	Sujeitos com TCAP eram, na média, mais prováveis de serem mulheres, mais

		related quality of life?	peso em indivíduos obesos procurando tratamento e investigar sintomas psicológicos, IMC e variáveis demográficas na relação entre TCAP e QV relacionada ao peso.		Obesos, TCAP	NBE = 435)  G controle: sujeitos sem TCAP da amostra.	SCL-90-R.				jovens, brancos, mais pesados, psicologicamente perturbados e mais prejudicados em todas as subescalas e no escore total do IWQOL-Lite. Contudo, as ≠ da QV foram mais relacionadas a variáveis demográficas e sintomatologia psicológica.
Las Hayas et al, 2006	Espanha Inglês	The new questionnaire health-related quality of life for eating disorders showed good validity and reliability	Desenvolver um instrumento para medir a QVRS em pacientes com TA (HeRQoLED)	Estudo de validação	Clinica  AN, BN, TANE, TCAP	N = 324 pacientes e 305 estudantes	SF-12; EAT-26; dois itens do EDI-2 ("I feel secure about myself" e "I have extremely high goal").	Com base no DSM-IV	SF-12	primária	O HeRQoLED é um instrumento auto-aplicável que avalia QV em pacientes com TA e tem 50 itens. Apesar das limitações, as propriedades psicométricas do estudo são promissoras. No futuro, um novo domínio de compulsão alimentar precisa ser validado e a responsividade do questionário avaliada.
Las Hayas et al, 2007	Espanha Inglês	Health-Related Quality of Life for Eating Disorders questionnaire version-2 was responsive 1-year after initial assessment	Examinar a responsividade do HeRQoLED e descrever a reconstrução do domínio compulsão alimentar	Estudo de validação	Clinica  AN, BN, TANE, TCAP	N = 245 pacientes	HeRQoLEDv2; SF-12; EAT-26; EDI-2 ("I feel secure about myself" e "I have extremely high goal"; CGI.	Com base no DSM-IV	SF-12, HeRQoLEDv2	primária	As características obtidas nos 5 novos itens do domínio de compulsão alimentar são suficientes para justificar sua inclusão no questionário. Além disso, o HeRQoLEDv2 detectou melhora na QVRS depois de 1 ano, na mesma direção que o SF-12 e o EAT-26.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
Latner et al, 2008	Nova Zelândia	Health-Related Quality of Life in women with Eating	Medir a QV em mulheres com TA e avaliar a contribuição de	Estudo de corte transversal	Clínica	N = 53 (AN = 21%, BN = 9%, TCAP = 6%, TANE =	EDE-Q, SF-36. BDI-II	EDE-Q	SF-36	primária	O PCS do SF-36 era comparável à população normal, enquanto o MCS estava abaixo da mesma.

	Inglês	Disorders: association with subjective and objective binge eating.	binges objetivos e subjetivos na QV.		AN, BN, TANE, TCAP	56%)					A frequência de binges subjetivos contribuiu sign. na QV geral e física, assim como os comportamentos compensatórios (restrição alimentar, abuso de laxante e vômito). Episódios objetivos de binge não predizem, de modo independente, QV geral, física ou mental.
Lee et al, 2003	China Inglês	The intermediate-term outcome of Chinese patients with anorexia nervosa in Hong Kong	Fazer um estudo em uma comunidade chinesa, a fim de verificar a validade do diagnóstico de anorexia, se há alteração na identidade da doença em função de forças culturais, identificar possíveis desfechos transculturais.	Estudo de corte transversal	Clínica  AN, BN,	N = 88 (AN típica = 63, AN atípica, i.e, sem fobia de peso = 25). Pos subtipo:  ANr = 59, ANp = 29.  G controle: comparação entre as patologias.	Hamilton Depression Scale, SCID, EDI, EAT, EDE-Q, BDI, RSE, SF-36,  Morgan Russell Outcome Assessment Schedule	SCID + Morgan Russell Outcome Assessment Schedule	SF-36	secundária	Dos 76 sujeitos que completaram os instrumentos: 61,8% obtiveram um bom desfecho; 32,9% obtiveram um desfecho intermediário e 5,3% um desfecho pobre. O grupo com bom desfecho apresentou < psicopatologia geral, > funcionamento físico, mental e auto-estima. Quando os sujeitos foram comparados em termos do desfecho em relação ao HD de TA, foram encontradas ≠ sign. entre os grupos nos escores do BDI, RSE e o componente mental do SF-36: AN e BN com > prejuízos que TANE e sem TA, respectivamente.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
Marchesini et al, 2002	Itália Inglês	Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related	Reportar dados da QVRS em sujeitos obesos antes e depois da TCC. Comparar a coorte	Estudo de coorte	Clínica  Obesos, TCAP	N = 92 (TCAP = 46, NBE = 46)	SF-36, BES, SCL-90 (Symptom Checklist-90), EDE	EDE	SF-36	primária	A QV no início era similar entre os grupos e sign. < quando comparado à norma italiana. Todas as escalas de QV ↑ sign. no

		quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder	de pacientes com lista de espera, para identificar as áreas de QV mais modificadas pela terapia. Em pacientes tratados, os resultados são analisados comparando indivíduos com e sem TCAP.			G controle = 76 lista de espera.					grupo TCC e não variaram no g. controle. Sujeitos s/ TCAP perderam mais peso que TCAP após TCC. TCAP apresentava MCS e PCS mais prejudicado que s/ TCAP antes e depois do tratamento, mas o aumento no escore dos componentes físico e mental após o tratamento foi maior para TCAP (mental em especial).
Masheb & Grilo, 2004	EUA Inglês	Quality of life in patients with binge eating disorder	Examinar a QVRS em pacientes com TCAP a procura de tratamento, que foram comparados com a norma americana e obesos a procura de tratamento. A relação entre QVRS, IMC e depressão foi investigada.	Estudo de corte transversal	Clinica  Obesos, TCAP	N= 94 (TCAP)  G. controle: Obesos sem TCAP = 312 e norma americana	SCID, SF-36, BDI.	SCID + entrevista psicossocial estruturada	SF-36	primária	Sujeitos com TCAP c/ escores sign. < nas 8 subescalas em relação à norma americana, e em 4 subescalas (MH, RE, SF, V) em relação a obesos s/ TCAP. Sujeitos obesos com TCAP reportaram pior funcionamento no PCS da QV do que sujeitos não-obesos com TCAP., enquanto sujeitos deprimidos com TCAP reportaram pior funcionamento no MCS da QV do que sujeitos com TCAP não-deprimidos. As áreas mais prejudicadas para os sujeitos com TCAP incluíam domínios mais fortemente relacionados ao componente mental do SF-36
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
McHugh, 2007	EUA Inglês	Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in	Determinar o quanto a predisposição à mudança na admissão de tratamento	Estudo de coorte	Clinica  AN	N = 65 (AN) (AN ↓RFC = 32; AN ↑RFC = 33)	ANSOCQ; EDI-2; BDI; BAI; SF-36.	Entrevista clínica psiquiatra especialista (DSM-IV)	SF-36	secundária	40% dos sujeitos saíram sem atingir os 85% do peso ideal ou IMC > 17.5. Na admissão, a QV era < que norma americana. MCS : 95% das pacientes ,

		residential treatment for anorexia nervosa	residencial prediz o tempo de permanência e um desfecho de curto prazo favorável avaliado com base nos seguintes critérios: ganho de peso, desejo de emagrecer, depressão, ansiedade e QVRS.			G controle = norma americana					obtiveram escore < que a norma americana e 81% se mantiveram abaixo da norma na saída. PCS: 55% obtiveram escore < que a norma americana e 51% se mantiveram abaixo da norma na saída. Houve diferença sign. p/ altos níveis de predisposição à mudança e a melhora em todas as medidas de desfecho, exceto 85% do peso ideal e o PCS da QV. E o nível de predisposição à mudança foi preditor de altos níveis de RFC (predisposição à mudança) na admissão teve boa correlação com de desfecho de curto prazo favorável.
Mond et al, 2004a	Austrália Inglês	Relationships between exercise behaviour, eating-disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: When is exercise 'excessive'?	Examinar a relação entre exercício, comportamentos de TA e QV em uma amostra de mulheres da comunidade	Estudo de corte transversal	Populacional  Mulheres que se exercitavam c/ e s/ sinto. alimentar	N = 169 (mulheres da comunidade)	EDE-Q, WHOQOL-BREF, CES, REI	EDE-Q	WHOQOL-BREF	primária	Exercício obrigatório e exercitar-se por razões de peso ou forma foram associados com níveis mais altos de psicopatologia alimentar e reduzida QV. Contudo, não houve associação entre exercício e QV, após controlar para os efeitos da psicopatologia alimentar.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
Mond et al, 2004b	Austrália Inglês	Disability associated with community cases of commonly	Examinar a disfuncionalidade associada à TA do tipo bulímico (incluindo TCAP) dentre mulheres da	Estudo de corte transversal	Populacional  TANE	N = 208 (mulheres da comunidade)	EDE-Q, EDE, SF-12, K-10	EDE-Q e EDE	SF-12	primária	6,3% preencheram critérios para TA (TANE, na maioria). TA estavam associados à grande prejuízo no funcionamento (MCS do SF-12),



		occurring eating disorders	comunidade, usando medidas genéricas de disfuncionalidade								comparado a casos da comunidade de transtornos afetivos e ansiosos. Dentre os comport. alimentares, o uso de purgação como meio de controle de peso, em particular vômito auto-induzido, foi associado com altos níveis de disfuncionalidade e desconforto psicológico.
Mond et al, 2005	Australia Inglês	Assessing quality of life in eating disorder patients	Examinar a qualidade de vida dentre os subgrupos de pacientes com transtornos alimentares	Estudo de corte transversal	Clinica AN, BN, TANE, TCAP	N = 87 (Anp = 15; Anr = 19, BN = 40; TCAP = 10)  G controle = 495 mulheres da comunidade.	EDE-Q, SF-12; WHOQOL-BREF; K-10	Entrevista clinica + EDE-Q	SF-12; WHOQOL-BREF	primária	TA = > prejuízo nas medidas de QV (SF-12 e WHOQOL). ANr < deterioração nas duas medidas, após controle de variáveis psicológicas. Escore rel.social de ANr similar ao g.controle (indicando satisfação c/ interação e suporte) TCAP tenderam a apresentar escores < no PCS do SF-12. Conclusão: QV em TA requer cuidado. ↑ peso = ↓ bem-estar
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
Mond et al, 2006	Austrália Inglês	Use of Extreme Weight Control Behaviors with and without Binge Eating	Examinar níveis de psicopatologia alimentar e prejuízo no funcionamento associado ao uso de métodos		Populacional  TA do tipo bulímico que não preenche critérios	N = 5232	EDE-Q; SF-12	EDE-Q	SF-12	primária	Os achados sugerem que pode ser a combinação de episódios bulímicos, objetivos ou subjetivos, com comportamentos extremos para controle do

		in a Community Sample: Implications for the Classification of Bulimic-Type Eating Disorders	purgativos e não-purgativos no controle do peso em uma amostra de mulheres da comunidade que reportaram binges objetivos (OBEs) e/ou subjetivos (SBEs).	Estudo de corte transversal	formais para BN, isto é, TANE.						peso, purgativos ou não-purgativos, que possui maior significância em termos de prejuízos no funcionamento psicossocial dentre indivíduos afetados por um TA que não preenche os critérios formais para BN.
Mond et al, 2007	Austrália Inglês	Recurrent binge eating with and without the "undue influence of weight or shape on self-evaluation": Implications for the diagnosis of binge eating disorder	Comparar níveis de psicopatologia alimentar, prejuízo funcional e uso de serviços de saúde dentre os prováveis casos de TCAP com e sem extrema preocupação com peso ou forma, retirados de uma amostra de mulheres da comunidade.	Estudo de corte transversal	Populacional  TCAP (mulheres)	N = 110 (TCAP)	EDE-Q; SF-12; WHOQOL-BREF.	EDE-Q	SF-12; WHOQOL-BREF	primária	Sujeitos c/ preocupações extremas com peso ou forma obtiveram níveis > de psicopat. alimentar e prejuízos funcionais, eram mais propensos a terem procurado tratamento por um problema com alimentação ou peso, do que aqueles que não reportaram tais preocupações. Sujeitos com TCAP e extremas preocupação com peso ou forma apresentaram níveis de psicopat. alimentar e prejuízo funcional comparáveis aos pacientes com TÂ em tratamento especializado. E os sujeitos com TCAP s/ preocupação extremas com peso ou forma se assemelharam mais aos obesos sem compulsão alimentar.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
Nickel et al, 2005	Alemanha Inglês	Topiramate treatment in bulimia nervosa patients: a randomized,	Avaliar o efeito do topiramato nos comportamentos compulsivos e purgatórios, peso corporal e QVRS	Estudo de coorte	Clinica  BN  Follow up =	N = 60 (Grupo topiramato = 30; grupo placebo = 30)	SCID-I, SCID-II, SF-36	Entrevista clinica + SCID-I	SF-36	primária *	O grupo topiramato apresentou diferenças significativas em relação ao grupo controle na redução dos comportamentos

		double-blind, placebo-controlled trial	em pacientes com BN.		82%; 10 semanas.						compulsivos, purgativos e no peso corporal, bem como melhora significativa dos escores de todas as escalas do SF-36.
Padierna et al, 1999	Espanha Espanhol	Funcionamiento y bienestar de los pacientes con trastornos alimentarios comparados con otros trastornos mentales	Comparar a QVRS de pacientes com transtornos alimentares com amostras de outras patologias psiquiátricas publicadas que tenham usado instrumentos de avaliação similares	Estudo de corte transversal	Clinica  AN, BN, TCAP	N = 141. ANr = 33, ANp = 48, BN = 48, TCAP = 12.  G.controle: transtornos depressivos, transtorno do pânico, esquizofrenia	SF-36, EAT-40	Entrevista clinica (DSM-IV) EAT > 30.	SF-36	primária	TA e T.depress.: TA apresentam > prejuízo, estat.sign. em SG, AS SM. TA e T.do pânico: o prejuízo na QV é > e mais sign. em todas as subescalas, exceto no CF. TA e esquizofrênicos: TA c/ prejuízo similar na QV em todas as subescalas, com percepção sign. pior no bem-estar psíquico. TA e pop. normal: Todas as escalas de QV entre os percentis 5 e 25, isto é, a valoração da QV é superada por 75% dos sujeitos do mesmo grupo de idade e sexo.
<b>Autor/Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
Padierna et al, 2000	Espanha Inglês	The health-related quality of life in eating disorders	Investigar a percepção da QVRS em pacientes ambulatorias com TA com relação à gravidade da sintomatologia	Estudo de corte transversal	Clinica  AN, BN, TCAP	N = 197 (Anr=56, Anp= 60, BN= 64, TCAP= 17)  G.controle:	SF-36, EAT-40, HAD	Entrevista clinica (DSM-IV)	SF-36	primária	Todos os domínios, exceto CF, foram afetados, principalmente SM e LE. > deterioração psicossocial e < física. S/ ≠ entre HD. AN: > deter. relac.

			alimentar e comorbidades psicológicas			norma espanhola					familiares e sociais q/ BN.
Padierna et al, 2002	Espanha Inglês	Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders	Avaliar se a percepção da QVRS de pacientes com TA muda após o tratamento e se existem preditores de mudança da QV (tais como gravidade do TA e presença de ansiedade e depressão)	Estudo de coorte	Clinica AN, BN	N = 131 (ANr = 43 ANp = 47 BN = 41)	SF-36, EAT-40, HAD	Entrevista clinica (DSM-IV)	SF-36	primária	Em 2 anos: > QV em todas as áreas, exceto na dimensão LE. A > melhora ocorreu nas dimensões LF e AS, seguido por SG e V. MCS melhorou mais do que PCS. Porém, a pontuação do MCS permaneceu < que a pontuação da população normativa. Melhora sintom. = melhora domínios da QV (exceto LE).
Padierna et al, 2004	Espanha Espanhol	Cronicidad y calidad de vida en los trastornos de la conducta alimentaria	Descrever e analisar comparativamente a percepção da QV de uma amostra de pacientes com TA, com diferentes tempos de evolução no início do tratamento e a modificação da mesma após dois anos de tratamento e seguimento.	Estudo de coorte	Clinica AN, BN	N = 131 (Anr = 43; Anp = 47; BN = 41) Por cronicidade: TA crônicos (> 5 anos) = 51. TA não crônicos (< 5 anos) = 80 G. controle: norma espanhola	SF-36, EAT-40, HAD	Entrevista clinica (DSM-IV)	SF-36	primária	TA não crônico: ↓ estat. sign. nas escalas de depressão, ansiedade e sint. alimentar. TA crônicos: nenhuma melhora estat. sign. na redução sintomatológica. QV no início: os dois grupos c/ prejuízos similares. Após 2 anos, TA não-crônico melhorou de modo sign. em todas as áreas (exceto LE). TA crônico não melhorou sign. em nenhuma subescala.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
Rieger et al, 2005	EUA Inglês	A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder	Clarear a relação entre TCAP e QV comparando a QV de sujeitos com e sem TCAP. Investiga se TCAP em indivíduos obesos está associado a um	Estudo de corte transversal	Clinica  Obesos, TCAP	N = 118 (TCAP = 56; NBE = 62)	EDE, EDE-Q, IWQOL-Lite	EDE (em TCAP), EDE-Q (em não-TCAP)	IWQOL-Lite	primária	QV de TCAP pior em todos os domínios (exceto funcionamento físico) e no escore total. QV e IMC: > IMC = > prejuízo em desconforto público e aspecto físico (para TCAP e NBE). TCAP: > prejuízo nos

			maior prejuízo na QV do que somente obesidade.								domínios psicossociais. Obesidade = prejuízo no aspecto físico. TCAP = prejuízo físico + psicossocial.
Scocco et al, 2006	Itália Inglês	Quality of life and eating disorders: Patients' and informants' point of view	Comparar os escore de QV (WHOQOL-100) de pacientes com TA ou obesidade com um grupo controle. Posteriormente, foi acessada a relação entre a auto-avaliação da QV e a avaliação da mesma feita por um informante.	Estudo de corte transversal	Clínica AN, BN	N = 63 (TA = 12 - 3 BN e 9 AN), Obesos = 29 sujeitos G controle = 22)  Informantes = 41 (somente para o grupo de TA e obesos)	SCID-I , WHOQOL-100; QOL-P (Quality of Life-Proxy)	Entrevista por psiquiatra treinado + SCID-I	WHOQOL-100 (pacientes); QOL-P (informantes)	primária	Houve diferenças estat. sign. nos escores de todas as áreas do WHOQOL-100 entre os três grupos de mulheres: TA, obesidade e controles TA c/ pior QV. O grupo controle não difere sign. do grupo de obesas. <b>Sujeitos vs informante:</b> sujeitos obesos percebiam pior QV no domínio psicológico do que os informantes atribuíam a eles. Para sujeitos com TA, o mesmo ocorreu nos domínios independência e meio ambiente.
<b>Autor/ Ano</b>	<b>País e Língua</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Tipo amostra/ HD</b>	<b>Participante</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>HD de TA</b>	<b>Inst QV</b>	<b>QV medida</b>	<b>Resultado</b>
Spitzer et al, 1995	EUA Inglês	Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders	Responder às questões: qual é o grau de prejuízo na QVRS associado a T mentais específicos, comuns na assistência primária? São certos grupos de t mentais associados a padrões distintos de prejuízos na	Estudo de corte transversal	Clínica  (pacientes que buscaram assistência primária entre 1992 e 1993)	N = 1000	PRIME-MD, SF-20.	PRIME-MD,	SF-20	primária	3% da amostra preencheram critérios para TA. TCAP estava entre os 12 transtornos mentais mais comuns  Transtornos mentais, especialmente transtornos depressivos, contam mais para os prejuízos na QV do que condições clínicas.  Os TA, que nesta amostra consiste quase

			QV, após controle de comorbidades? Como os prejuízos associados com deferentes T mentais diferem daqueles vistos nos T médicos gerais?								inteiramente de pacientes com TCAP, foram caracterizados por um prejuízo significativo em AS, SM e D.
Wilfley et al, 2008	EUA Inglês	Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: A randomized multicenter placebo-controlled double-blind study	Ensaio clínico randomizado, multicêntrico, para avaliar a eficácia e segurança do tratamento com sibutramina (por 24 semanas) em sujeitos com TCAP	Estudo de coorte	Clínica  TCAP  (seleção via propaganda em 18 centros)	N= 304 (152 placebo e 152 sibutramina)	EDE, TEFQ, IWQOL-Lite	EDE	IWQOL-Lite	secundária	Sibutramina se mostrou mais efetivo do que o placebo na diminuição dos episódios de compulsão alimentar e redução de peso. Não houve diferença entre os grupos nos escores do IWQOL-Lite.

Primária\*: estudo avalia uma série de variáveis sem deixar claro qual é a medida de desfecho principal.

LEGENDAS: HD = hipótese diagnóstica; > = MAIOR; < = MENOR; ↑ = AUMENTADA; ↓ = DIMINUÍDA; DAC = Doença Arterial Coronariana; FC = fibrose cística.

SUBESCALAS DO SF-36: LF = Limitação por aspectos físicos; LE = Limitação por a aspectos emocionais; V = Vitalidade; SG = Estado geral de saúde; AS = Aspectos sociais; SM = Saúde mental; D = dor; CF = Capacidade funcional; PCS = componente físico das versões do SF; MCS = componente mental das versões do SF.

### 4.3 Estudos com amostras clínicas

A tabela 2 abaixo apresenta os estudos com amostras clínicas, bem como algumas de suas características e a classificação na avaliação metodológica.

**Tabela 2. Características e classificação metodológica dos estudos com amostras clínicas incluídos na revisão**

ESTUDO	AUTOR	ANO	PAÍS/ LÍNGUA	DESENHO	HD	AMOSTRA	HD TA	INSTRUM. QV	CLAS <sup>1</sup> .
1	Keilen et al.	1994	Inglaterra Inglês	Estudo de corte transversal	AN, BN	N = 142	Entrevista clínica. DSM-III-R	NHP	D
2	Spitzer et al.	1995	EUA Inglês	Estudo de corte transversal	Assistência primária (maioria TCAP)	N = 1000	PRIME-MD,	SF-20	D
3	Padierna et al.	1999	Espanha Espanhol	Estudo de corte transversal	AN, BN, TCAP	N = 141	Entrevista clínica (DSM-IV) EAT > 30.	SF-36	D
4	Padierna et al.	2000	Espanha Inglês	Estudo de corte transversal	AN, BN, TCAP	N = 197	Entrevista clínica (DSM-IV)	SF-36	D
5	Danzl et al.	2001	Áustria Alemão	Estudo de corte transversal	AN, BN	N = 46	Perguntas com base no DSM-IV.	LQOLP	D
6	De Zwaan et al.	2002	EUA Inglês	Estudo de corte transversal	Obesos, TCAP	N = 110	Avaliação psiquiátrica + QEWP-R + EDE-Q	SF-36 e IWQOL- Lite	D
7	Hsu et al.	2002	EUA Inglês	Estudo de corte transversal	Obesos, TCAP	N = 37	EDE	SF-36	D
8	Marchesini et al.	2002	Itália Inglês	Estudo de coorte	Obesos, TCAP	N = 92	EDE	SF-36	C
9	Padierna et al.	2002	Espanha Inglês	Estudo de coorte	AN, BN	N = 131	Entrevista clínica (DSM-IV)	SF-36	C
10	Lee et al.	2003	China Inglês	Estudo de corte transversal	AN, BN	N = 88	SCID + Morgan Russell Outcome Assessment Schedule	SF-36	D
11	Gonzales-Pinto et al.	2004	Espanha Inglês	Estudo de corte transversal	AN	N = 47	SCID	SF-36	D
ESTUDO	AUTOR	ANO	PAÍS/ LÍNGUA	DESENHO	HD	AMOSTRA	HD TA	INSTRUM. QV	CLAS.

<sup>1</sup> Classificação de acordo com “NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations”.

			LÍNGUA					QV	
12	Green et al.	2004	EUA Inglês	Estudo de coorte	Obesos, TCAP	N = 65	ED-SCID ou QEWP-R	SF-36	C
13	Kolotkin et al.	2004	EUA Inglês	Estudo de corte transversal	Obesos, TCAP	N = 530	QEWP-R	IWQOL- Lite	D
14	Masheb & Grilo.	2004	EUA Inglês	Estudo de corte transversal	Obesos, TCAP	N= 94	SCID + entrevista psicossocial estruturada	SF-36	D
15	Padierna et al	2004	Espanha Espanhol	Estudo de coorte	AN, BN	N = 131	Entrevista clínica (DSM-IV)	SF-36	C
16	De la Rie et al.	2005	Holanda Inglês	Estudo de corte transversal	AN, BN, TANE, TCAP e TA passado.	N = 304	EDE-Q	SF-36	D
17	Mond et al.	2005	Australia Inglês	Estudo de corte transversal	AN, BN, TANE, TCAP	N = 87	Entrevista clínica + EDE-Q	SF-12 e WHOQOL- BREF	D
18	Nickel et al.	2005	Alemanha Inglês	Estudo de coorte	BN	N = 60	Entrevista clínica + SCID-I	SF-36	A
19	Rieger et al.	2005	EUA Inglês	Estudo de corte transversal	Obesos, TCAP	N = 118	EDE (em TCAP), EDE-Q (em não-TCAP)	IWQOL- Lite	D
20	Scocco et al.	2006	Itália Inglês	Estudo de corte transversal	AN, BN	N = 63	Entrevista por psiquiatra treinado + SCID-I	WHOQOL- 100	D
21	McHugh, 2007	2007	EUA Inglês	Estudo de coorte	AN	N = 65	Entrevista clínica psiquiatra especialista (DSM-IV)	SF-36	C
22	Colles et al.	2008	Austrália Inglês	Estudo de corte transversal	Obesos, TCAP	N = 431	QEWP-R + entrevista clínica semi- estruturada	SF-36	D
23	Wilfley et al	2008	EUA Inglês	Estudo de coorte	TCAP	N= 304	EDE	IWQOL- Lite	B
24	Latner et al.	2008	Nova Zelândia Inglês	Estudo de corte transversal	AN, BN, TANE, TCAP	N = 53	EDE-Q	SF-36	D



## 4.4 Descrição dos estudos com amostras clínicas

### 4.4.1 Estudo 1

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Keilen et al (1994) mediram a QV de pacientes com TA com o NHP – **The Nottingham Health Profile** – e compararam com dados de pacientes com outras doenças.

O NHP é um instrumento auto-aplicável com 38 afirmações em seis dimensões<sup>2</sup>: *energia, dor, sono, habilidades físicas, reações emocionais e interação social*. As respostas, no formato sim/não, permitem um escore que varia de 0 a 100, calculado para cada dimensão. Quanto maior o escore, maior é a percepção de problemas de saúde naquela área. Neste estudo, os sujeitos também preencheram a segunda parte do NHP, que pergunta o quanto eles se percebem limitados em qualquer uma das sete áreas da vida (*vida social, relacionamento em casa, interesses ou hobbies, tempo livre, trabalho, vida sexual e cuidados domésticos*)<sup>3</sup>.

Os dados do NHP relativos aos seis diferentes grupos de pacientes foram retirados de fontes distintas: os dados de jovens mulheres com TA e do grupo de comparação foram obtidos como parte de um estudo prospectivo no qual várias escalas genéricas de QV eram preenchidas para comparação com uma escala de sintomas específicos. Esta amostra foi composta por uma série consecutiva de novas pacientes (n = 142), vistas entre setembro de 1991 e março de 1992 em um serviço terciário para TA, com diagnóstico de AN (n = 62) ou BN (n = 80) de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-III-R. Pacientes com TANE ou outros diagnósticos foram excluídas. A taxa de resposta da amostra de pacientes foi de 89% (n= 126; AN = 52 e BN = 74). O grupo comparativo de jovens mulheres foi composto por estudantes de duas universidades de Londres (n = 95). A taxa de resposta deste grupo foi de 96% (n = 91). A média de idade

---

<sup>2</sup> Energy, pain, sleep, mobility, emotional reaction; social isolation.

<sup>3</sup> Social life; home relationships; interests or hobbies; holidays; work; sex life; looking after home

em ambos os grupos foi por volta dos 20 anos, com uma variação entre o final da adolescência e o início dos 30.

Os dados de pacientes com doenças cardiopulmonares avançadas foram retirados da literatura, de publicações do **Papworth Group**. O grupo de doença arterial coronariana foi composto por uma amostra de homens (n = 98) entre 37 e 59 anos, cujo sintoma principal era angina. O grupo de candidatos a transplante cardíaco foi composto por 122 pacientes (mulheres e homens), e o grupo de fibrose cística foi composto por 54 pacientes (mulheres e homens).

Quanto aos resultados, os autores observaram que os dois grupos de pacientes de TA apresentaram prejuízos significativamente maiores do que o grupo controle nos domínios de saúde do NHP. Os maiores prejuízos eram percebidos em *energia*, nos domínios psicossociais (*reações emocionais e interação social*) e na perturbação do sono. Além disso, pacientes com TA também apresentaram maiores dificuldades nas atividades diárias (*vida social, relacionamento em casa, interesses ou hobbies, tempo livre, trabalho, vida sexual e cuidados domésticos*).

Na comparação entre os subgrupos de TA, observou-se que pacientes com AN apresentaram *habilidade física* significativamente reduzida, quando comparadas a pacientes com BN e controles, além de mais problemas com a vida social e relacionamentos em casa. Nos outros aspectos, os dois grupos eram igualmente prejudicados.

Quando o grupo de TA foi comparado ao grupo das doenças cardiopulmonares, observou-se que os sujeitos com angina apresentavam piores escores em *dor* e em *habilidades físicas*, mas melhores escores em *reações emocionais e interação social*. Com relação aos pacientes com fibrose cística, o instrumento mostrou maior prejuízo em *habilidades físicas* (no grupo com bastante dificuldade respiratória), e menor prejuízo em *reações emocionais e interação social*. O mesmo ocorreu para o grupo de candidatos ao transplante. Para os pacientes cardíacos, o nível de prejuízo no *sono* estava dentro da variação dos sujeitos com TA.

Na segunda parte do NHP, mais da metade dos sujeitos com TA reportaram prejuízos nos 7 aspectos das atividades diárias. Mas no geral, pacientes com doenças

respiratórias e cardíacas tinham maiores prejuízos, embora reportassem menos problemas com relacionamentos em casa.

Embora fique evidente que o grupo de pacientes com TA apresentem maiores dificuldades emocionais e que o grupo de pacientes com doenças cardiopulmonares apresentem maiores prejuízos físicos, os autores sugerem a interpretação desses achados com cautela. Os mesmos questionam até que ponto pode-se comparar doenças tão distintas, com idades tão diferentes, estágio de doenças e classes sociais diversos. Por estas razões, não se sentem preparados a julgar estes resultados.

#### 4.4.2 Estudo 2

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Spitzer et al (1995) investigaram a QVRS em pacientes de assistência primária com transtornos mentais a partir dos dados de um estudo anterior (Spitzer et al, 1994). Eles buscavam responder às seguintes questões: qual é o grau de prejuízo na QVRS associado a transtornos mentais específicos, comuns na assistência primária? São certos grupos de transtornos mentais associados a padrões distintos de prejuízos na QV, após controle de comorbidades? Como os prejuízos associados com diferentes transtornos mentais diferem daqueles vistos nos transtornos médicos gerais?

Para tanto, os autores avaliaram 1.000 pacientes com o PRIME-MD – **Primary Care Evaluation of Mental Disorders** – em um procedimento de duas fases (rastreamento e entrevista) que permite ao médico de atenção primária rapidamente diagnosticar 18 transtornos mentais de 5 grandes grupos: humor, ansiedade, somatoforme, álcool e transtornos alimentares.

Os 1.000 pacientes foram selecionados a partir de 1.360 sujeitos que se apresentaram para atendimento primário entre janeiro de 1992 e março de 1993. Os pacientes foram selecionados por conveniência (n = 369) e por métodos específicos de seleção (n = 631), para evitar viés de amostragem. Os dois grupos não diferiram em termos de características sociodemográficas e diagnóstico pelo PRIME-MD.

A idade média dos sujeitos era de 55 anos (variação entre 18 e 91 anos), 60% eram mulheres, 58% brancas, 28% terminaram o ensino médio. Da amostra total, 77% eram pacientes clínicos estabilizados e o restante estava sendo visto pela primeira vez. Os quadros clínicos mais comuns eram hipertensão (48% dos sujeitos), artrite (23%), diabetes (17%), e doença cardíaca (15%). Um ou mais transtornos psiquiátricos foram diagnosticados em 39% da amostra, incluindo transtorno do humor em 26%, transtornos ansioso em 18%, transtornos somatoformes em 14%, alcoolismo em 5% e transtornos alimentares em 3%. Enquanto 26% dos sujeitos preencheram critérios diagnósticos de acordo com o DSM-IV, 13% dos sujeitos preencheram somente diagnósticos subclínicos, tais como depressão menor e transtornos ansiosos não especificados. Os quadros subclínicos foram incluídos na análise.

Comorbidades psiquiátricas eram comuns. Dentre os pacientes com diagnósticos psiquiátricos, 56% tinham mais do que um diagnóstico e 29% tinham diagnósticos de 3 ou mais grupos. A porcentagem de pacientes que apresentavam transtorno de outro grupo maior foi alta para todos os grupos: 84% para TA, 82% para ansiedade, 73% para somatoforme, 65% para humor e 47% para álcool.

A QV foi avaliada pelo SF-20 – **Short-Form Health Survey** –, instrumento auto-aplicável com 21 questões, divididas em seis domínios<sup>4</sup>: *capacidade funcional, limitações funcionais, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental*. Como medida adicional da condição funcional, dias de incapacitação foram estimados através de uma única pergunta, que visava saber quantos dias nos últimos 3 meses o sujeito não estava apto a cumprir com as suas atividades usuais por não se sentir bem.

Em relação aos resultados, TCAP estava entre os 12 transtornos mentais mais comuns. Comparando os escores do SF-20 com o grupo de referência (pacientes sem transtorno mental, n=614), observa-se que sujeitos com TCAP (n=30) apresentam escores abaixo do grupo sem transtorno mental em todas as subescalas do SF-20, sendo: 19,2 pontos abaixo em *capacidade funcional*, 27,7 pontos abaixo em *dor*, 20,8 pontos abaixo

---

<sup>4</sup> Physical functioning, role functioning, bodily pain, general health perception, social functioning e mental health. O domínio "role functioning" não existe no SF-36. Dado que não encontramos tradução do SF-20 para o português, a tradução deste domínio foi feita por nós, livremente, como "limitações funcionais". A tradução dos demais domínios correspondem àquelas publicadas no artigo de tradução e validação do SF-36 para o português (Ciconelli et al, 1999).

em *limitações funcionais*; 24,5 pontos abaixo em *saúde geral*, 35,7 pontos abaixo em *aspectos sociais* e 27,5 pontos abaixo em *saúde mental*.

Quando os escores do SF-20 foram comparados entre sujeitos com um dado transtorno e sujeitos sem o referido transtorno, observou-se que sujeitos com TA (n=32) apresentavam uma pontuação diferente de sujeitos sem TA, da seguinte forma: 23 pontos a menos em *capacidade funcional*, 49 pontos a menos em *dor* (diferença estatisticamente significativa), 17 pontos a mais em *limitações funcionais*, 21 pontos a menos em *saúde geral*, 67 pontos a menos em *aspectos sociais* (diferença estatisticamente significativa), e 34 pontos a menos em *saúde mental*.

Após controle das variáveis demográficas, comorbidades clínicas e psiquiátricas, cada um dos 5 grupos maiores produziu um padrão de prejuízo diferente. Enquanto os transtornos do humor estão associados com todos os componentes da QV, transtornos ansiosos estão primariamente associados com prejuízos em *aspectos sociais* e *saúde mental*. Transtornos somatoformes obtiveram uma associação proeminente com *limitações funcionais*, *dor* e *estado geral de saúde*, mas não apresentaram nenhuma associação com a escala *saúde mental*. A única associação com TA está limitada a *aspectos sociais* e *dor*. Surpreendentemente, transtornos por abuso de álcool não mostraram associação significativa em nenhuma medida.

Quando os autores analisaram o quanto um transtorno mental e uma condição clínica (diabetes, hipertensão) contavam na variância dos escores do SF-20, observou-se que os transtornos mentais não só contam mais para uma variância nas escalas de saúde mental, como são dramaticamente altas para as escalas: *limitações funcionais*, *aspectos sociais* e *saúde geral*.

De modo geral, o presente estudo mostra o quanto transtornos mentais, especialmente transtornos depressivos, contam mais para os prejuízos na QV do que condições clínicas.

Os TA, que nesta amostra consiste quase inteiramente de pacientes com TCAP, foram caracterizados por um prejuízo significativo em *aspectos sociais*, *saúde mental* e *dor*.

Os autores ressaltam ainda que os achados desse estudo contrastam com aqueles do estudo da OMS, cujos resultados mostraram que as diferenças nos prejuízos entre os

transtornos mentais diminuíam significativamente após controle de comorbidades psiquiátricas.

#### 4.4.3 Estudo 3

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Padierna et al (1999) compararam a QVRS de pacientes com TA com amostras de outras patologias psiquiátricas publicadas, que usaram instrumentos de avaliação similares.

A amostra do estudo foi composta por pacientes ambulatoriais (n = 141) diagnosticadas com TA – AN do subtipo restritivo = 33 (23%); AN do subtipo purgativo = 48 (34%); BN = 48 (34%); TCAP = 12 (9%) – segundo os critérios do DSM-IV, consecutivamente atendidas no Serviço de Psiquiatria do Hospital Galdakao. Todos os sujeitos apresentavam elevada sintomatologia alimentar (EAT > 30) no momento do estudo. A amostra era 97% (n=131) feminina, com tempo médio de doença de 6,6 anos ( $\pm 6,1$ ) e IMC médio de 20 Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 4,6$ ).

O grupo de comparação foi constituído por dados publicados das seguintes patologias: transtornos depressivos, transtorno do pânico, esquizofrenia.

Os instrumentos utilizados neste estudo foram: SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey** – para avaliação da QV, e o EAT-40 – **Eating Attitudes Test** – para avaliar a sintomatologia alimentar.

O SF-36 é um instrumento genérico de QVRS, composto por 36 questões, divididas em 8 dimensões (*capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental*), que podem ser agrupadas em dois componentes: mental e físico. O escore final varia de 0 a 100 (escores mais altos indicam melhor qualidade de vida).

No que se refere aos resultados, observa-se que sujeitos com TA, quando comparados com os demais grupos de pacientes psiquiátricos, só apresentam menor prejuízo em relação à subescala de *capacidade funcional*.

Na comparação com pacientes com transtornos depressivos, os pacientes com TA apresentam prejuízo significativamente maior em *estado geral de saúde, aspectos sociais* e no bem-estar psíquico (*saúde mental*).

Em relação ao transtorno do pânico, o prejuízo na QV é maior e mais significativo em todas as subescalas, exceto *capacidade funcional*.

E com relação aos portadores de esquizofrenia, os pacientes com TA descrevem um prejuízo similar na QV em todas as subescalas, com percepção significativamente pior no bem-estar psíquico.

De modo geral, este estudo documenta que sujeitos com TA percebem maior prejuízo em seu funcionamento e sensação de bem-estar do que outras populações com transtornos psiquiátricos graves.

Este duplo impacto (físico e mental) dos sujeitos com TA é reforçado pelo fato de todas as escalas de QV apresentarem-se entre os percentis 5 e 25 quando comparado à população normal, o que significa que a valoração da QV é superada por 75% dos sujeitos do mesmo grupo de idade e sexo.

Deve-se ressaltar, no entanto, que a amostra do estudo é clínica e de pacientes em tratamento, o que poderia selecionar sujeitos mais graves. Além disso, não houve avaliação de comorbidades clínicas e psiquiátricas, que deveriam ser avaliadas em um próximo estudo.

#### **4.4.4 Estudo 4**

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Padierna et al (2000) investigaram a percepção da QVRS em pacientes ambulatorias com TA em relação à gravidade da sintomatologia alimentar e comorbidades psicológicas.

A amostra foi composta por 197 pacientes com TA, entre 14 e 65 anos, em tratamento ambulatorial na Clínica de Transtornos Alimentares do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Galdakao. A amostra era eminentemente feminina (98%), com idade média

de 23,4 anos ( $\pm 6,7$ ), duração média da doença de 6,3 anos ( $\pm 6,4$ ) e a seguinte divisão diagnóstica (de acordo com os critérios do DSM-IV): ANr = 56 (28%), ANp = 60 (30%), BN = 64 (33%), TCAP = 17 (9%).

As pacientes preencheram os seguintes questionários: SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey** – para avaliar a QV; EAT-40 – **Eating Attitudes Test** – para avaliar a sintomatologia alimentar; e HAD – **Hospital Anxiety and Depression Scale** – para detectar ansiedade e depressão.

A análise da gravidade da sintomatologia alimentar mostrou que das 197 pacientes, 84 (42,6%) foram classificadas com quadro grave segundo o EAT-40 (escore > 50). E com base no HAD, 64% apresentavam sintomas ansiosos e 30% sintomas depressivos.

Os resultados do SF-36 foram comparados com a norma espanhola (população feminina), entre 18 e 34 anos ( $n = 1.681$ , com escore normativo de 50 pontos e 10 de desvio padrão).

Comparado à população normativa, observa-se que as pacientes apresentaram escores mais baixos nos dois componentes (psicológico e físico), sendo o aspecto mental mais afetado que o físico. Todos os domínios, exceto *capacidade funcional*, foram afetados, principalmente *saúde mental* e *limitações por aspectos emocionais*. Não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos diagnósticos.

Pacientes com escores mais altos no EAT- 40 ( $\geq 50$ ) – casos mais graves – apresentaram deterioração significativa em todos os domínios, principalmente *saúde mental*, *limitações por aspectos emocionais* e domínios sociais do SF-36, quando comparado à população normativa. Dentre os pacientes com TA, os escores do HAD mostram que maior ansiedade e depressão estão significativamente relacionadas à deterioração em todas as áreas do SF-36, mas novamente *saúde mental*, *limitações por aspectos emocionais* e aspectos sociais mostram-se mais afetados. Sujeitos com pontuações mais altas no HAD (escores  $\geq 8$ ), seja na subescala de ansiedade ou depressão, apresentaram resultados significativamente piores em todos os domínios do SF-36 em relação àqueles que apresentaram pontuações mais baixas ( $< 7$ ) nestas subescalas.

De modo geral, pode-se dizer que as pacientes apresentam deterioração global na percepção da sua qualidade de vida, quando comparada à norma espanhola. A



deterioração mais evidente foi psicossocial (*vitalidade; limitações por aspectos emocionais; aspectos sociais e saúde mental*), com baixos níveis de deterioração nas áreas físicas (*limitações por aspectos físicos e estado geral de saúde*).

Todos os grupos diagnósticos apresentaram dificuldades funcionais em suas atividades diárias. As pacientes com AN obtiveram mais dificuldade nas relações intrafamiliares e relações sociais do que pacientes com BN. Mas ambos mostraram dificuldades com relações emocionais.

No presente estudo, o grupo de pacientes com comportamentos anoréxicos e purgativos tenderam a perceber maior deterioração na qualidade de vida do que pacientes com comportamento restritivos ou aquelas com BN.

#### 4.4.5 Estudo 5

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Danzl et al (2001) visavam responder às seguintes questões: existe correlação entre qualidade de vida e comportamento alimentar? É possível perceber as relações entre mudanças percebidas subjetivamente em cada área de vida e o comportamento alimentar atual, bem como a atual qualidade de vida?

Para tanto, os autores investigaram a QV de pacientes tratadas anteriormente para o transtorno alimentar, através do LQOLP – **Lancashire Quality of Life Profile**.

O LQOLP é um instrumento que oferece indicadores de QV objetiva e subjetiva. O instrumento engloba as seguintes áreas: *trabalho/ocupação, lazer, finanças, habitação, segurança, família, amizades, saúde, e satisfação com a vida em geral*. As perguntas a respeito da QV subjetiva devem ser respondidas em uma escala de 7 itens, de 1 (muito descontente) até 7 (muito contente). Eles são resumidos para avaliação estatística em um total de 8 subescalas e em um item único que se chama satisfação global com a vida. Para perguntas sobre a qualidade de vida objetiva nestas áreas (por exemplo, atividades de lazer, existência de um relacionamento próximo etc.) não existe, entretanto, nenhuma diretriz para o cálculo estatístico.

A amostra foi constituída por 100 pacientes do sexo feminino, com AN ou BN, que foram atendidas entre 1992 e 1996 em regime de internação no Departamento Psicossomático da clínica da Universidade de Psiquiatria de Innsbruck.

Todas as pacientes incluídas no estudo tinham tido alta do tratamento há pelo menos há 6 meses (e no máximo há 4 anos). Doze questionários não puderam ser entregues e uma paciente havia morrido. Quarenta e seis (53%) dos 87 questionários restantes retornaram e foram incluídos na análise estatística.

Além do LQOLP, o questionário enviado pelo correio continha questões sobre dados sociodemográficos, peso, altura e sintomatologia alimentar atual. As perguntas sobre comportamentos alimentares foram desenvolvidas pelos autores de forma a corresponder exatamente aos critérios diagnósticos de TA do DSM-IV.

A versão alemã do instrumento (LQOLP) foi aumentada pelos autores, que acrescentaram perguntas não traduzidas, mas contidas no instrumento original (em especial em relação as subescalas *autoestima* e *situação psíquica*, bem como uma pergunta de satisfação na área da *sexualidade*). Além disso, foram incluídas perguntas abertas sobre mudanças vividas subjetivamente nestas áreas citadas anteriormente, desde a última internação no referido serviço. Foi pedido às pacientes descreverem as mudanças de forma breve. Esses dados foram classificados por pesquisadores independentes, em três categorias: positiva, negativa, neutra ou ambivalente. Na ausência de consenso, chamava-se um terceiro pesquisador para chegar à conclusão, o que ocorreu em 10,1% dos casos.

Das 46 pacientes consideradas na avaliação, 23 (50%) tinham AN (AN do subtipo restritivo = 17, AN do subtipo purgativo = 6) e 23 tinham BN (22 do subtipo purgativo) na época da última internação. A média de idade era por volta de 28 anos. O número de internações clínicas devido a problemas alimentares era, em geral, muito mais alto para pacientes anoréticas do que para bulímicas.

Na época do levantamento, 34 (74%) das 46 pacientes não preenchiam mais os critérios diagnósticos completos para TA. E a porcentagem de melhora foi mais alta em pacientes com BN (85%) do que em pacientes com AN (65%). Apenas 39% (30% anoréxicas e 48% bulímicas) das pacientes se diziam contentes com o comportamento

alimentar atual (33%), ou muito contentes (6%), enquanto os 61% restantes consideravam-se pouco contentes com o comportamento alimentar atual.

Quanto aos resultados, observou-se que avaliação das pacientes foi pior em relação à *saúde psíquica*, com a qual apenas 20% das pacientes estavam contentes. Pouca satisfação foi também observada na área social (família, amigos e conhecidos), bem como com a *vida sexual*, que foi descrita de forma satisfatória por menos de 1/3 das pacientes. Igualmente baixa foi a avaliação com a satisfação de comportamento no *lazer e saúde física*. A avaliação foi mais satisfatória nas áreas de *trabalho, habitação e segurança*.

A QV global, baseada na pergunta: “Quão satisfeita você está com sua vida no momento?”, não foi bem avaliada pelas pacientes (com um valor médio de 3,9, bem pouco abaixo do meio da escala de 1 a 7), entretanto 35% ainda se declararam contentes com sua vida. Diferenças significantes entre os dois grupos diagnósticos aconteceram apenas em relação à situação financeira, com a qual pacientes com BN estavam mais insatisfeitas ( $p = 0,042$ ). Pacientes com AN apresentaram uma tendência a se sentirem menos satisfeitas com a *vida sexual* ( $p = 0.063$ ).

Essa diferença também se manifestou na análise da qualidade de vida objetiva: pacientes bulímicas referiram maiores problemas ao lidar com dinheiro (*finanças*), ao passo que pacientes com AN estiveram significativamente mais vezes sob cuidados psiquiátricos (*saúde*). Na área de lazer ocorreram diferenças significantes com relação à inserção social (eventos com companhia): pacientes bulímicas reportaram com maior frequência idas a restaurantes e bares, ao passo que as anoréticas reportavam maior isolamento social.

Quase todas as pacientes (84,8%) informaram que tinham sofrido mudanças significativas em uma ou mais áreas da vida desde a saída da internação. A maior parte dessas modificações foi classificada pelos pesquisadores como positivas (71%), 14% como negativas e 15% como neutras/ambivalentes. A maioria das mudanças positivas ocorreu na área de *trabalho* (56%), seguida das áreas: *família* (52%), *vida sexual/postura com relação à sexualidade* (48%), *companheirismo* (46%) e *lazer* (46%). Apenas na área financeira foram informadas mais mudanças negativas do que positivas (22% negativas versus 20% positivas).

A análise da correlação entre comportamento atual, mudanças em áreas da vida e a QV global mostrou correlação positiva entre a QV global e mudanças positivas nas áreas de *família*, *lazer*, *trabalho* e *habitação* (cada uma com  $r > 0,3$  e  $p < 0,05$ ), além de uma tendência a mudanças na área de *companheirismo* ( $p < 0,01$ ).

Em uma regressão linear múltipla, com a qualidade de vida global como variável dependente, observou-se que dentre as modificações informadas acima, apenas aquelas das áreas *família* e *trabalho* apresentaram um efeito significativo sobre a qualidade de vida global. Modificações positivas nestas duas áreas da vida foram, dessa forma, adequadas como preditoras de maior satisfação geral com a vida.

Mudanças positivas na área de *lazer* ( $p = 0,042$ ) e na *vida familiar* ( $p = 0,091$ ) foram, de forma semelhante, as variáveis preditoras para uma melhora do comportamento alimentar atual.

#### 4.4.6 Estudo 6

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, de Zwaan et al (2002) compararam a QVRS de pacientes obesos pré-cirurgia bariátrica com e sem TCAP, e investigaram a relação entre uma medida genérica de QV (SF-36) e uma específica (**Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire** - IWQOL), medindo psicopatologia geral e alimentar.

A amostra foi composta por 164 pacientes (26 homens e 138 mulheres), entre 19 e 62 anos, que foram avaliados para a cirurgia de bypass gástrico, entre abril de 1999 e setembro de 2001. Cento e vinte cinco pacientes (76,2%) consentiram em participar do estudo, mas 15 foram excluídos por dados incompletos. Os sujeitos que não participaram ( $n=54$ ) não diferiram da amostra incluída em relação a IMC, idade, gênero e prevalência de TCAP.

Os pacientes passaram por uma avaliação psiquiátrica requerida pelo seguro saúde, que foi conduzida por um psicólogo clínico experiente no assunto. Aproximadamente 1 semana antes desta avaliação, os pacientes completaram os

seguintes questionários: QEWP-R – **The Questionnaire on Eating and Weight Patterns** –, EDE-Q – **Eating Disorders Examination, versão questionário** –RSE – **Rosenberg Self-Esteem Questionnaire**; IDS –**Inventory of Depressive Symptoms**; SF-36; e IWQOL-Lite.

IWQOL-Lite é um instrumento de QV específico para obesidade, que avalia a qualidade de vida relacionada ao peso através de 31 questões, divididas em 5 dimensões: *aspecto físico, auto-estima, vida sexual, desconforto público e trabalho*.

Quanto aos dados demográficos, apenas 12,7% da amostra final (n = 110) eram homens. A idade média dos sujeitos era de 39,6 anos e o IMC médio de 48,4 Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm$  8.3). Dezenove (17,3%) pacientes (todas mulheres) preencheram critério diagnóstico para TCAP, segundo o QEWP. Paciente com e sem TCAP não diferiram quanto ao IMC.

Os resultados dos questionários de QV dos pacientes (com e sem TCAP) foram comparados à norma americana. Os pacientes se apresentaram mais disfuncionais em todas as áreas do SF-36, embora as escalas emocionais mostrem menor prejuízo do que as físicas. Pacientes com TCAP apresentaram maiores prejuízos em 4 das 8 escalas do SF-36, 3 das quais eram relativas à saúde mental – *vitalidade, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais* – e uma relativa à saúde física – *limitações por aspectos físicos*. Para a escala de *dor*, observou-se apenas uma tendência de maior prejuízo nos pacientes com TCAP ( $p = 0.056$ ).

Tais resultados são mais visíveis quando a comparação é feita em termos dos componentes físico e mental. O componente físico, ainda que marcadamente mais baixo do que norma americana, não diferiu entre os grupos de TCAP, enquanto o componente mental, embora muito próximo à norma americana, diferiu significativamente entre pacientes com e sem TCAP. Essa diferença foi atenuada quando controlado para depressão e auto-estima, com a subescala *aspectos sociais* ( $F = 3.185$  e  $p = 0.077$ ) e o componente mental ( $F = 3.505$ ,  $p = 0.064$ ) deixando de ser significativamente diferente entre TCAP e não-TCAP.

A análise de correlação entre os escores do SF-36 e as diferentes medidas de psicopatologia (EDE-Q, RSE, IDS-SR), bem como IMC e idade, demonstrou uma significativa relação negativa entre o componente mental e todas as escalas, exceto a subescala restritiva do EDE-Q, bem como os escores do RSE e IDS. Conseqüentemente,

quanto maior a psicopatologia geral e alimentar, mas prejudicada a dimensão psicológica do SF-36.

Quanto aos resultados do IWQOL-Lite, os pacientes apresentaram maior prejuízo em todas as áreas quando comparado à população geral. Os sujeitos com TCAP diferiram significativamente dos não-TCAP em 3 das 5 subescalas – *auto-estima*, *vida sexual* e *trabalho* – assim como no escore total. Além disso, houve uma tendência a um maior prejuízo na subescala de *aspectos físicos* para pacientes com TCAP ( $p = 0.054$ , tamanho de efeito = 0.48). O tamanho de efeito para o escore total foi de 0.75 na discriminação dos dois grupos. Controlado para depressão e auto-estima, não houve alteração do resultado.

A análise de correlação demonstrou significativa relação entre o escore total do IWQOL-Lite e todas as medidas, exceto a subescala restritiva do EDE-Q, do RSE e IDS. As subescalas *autoestima*, *vida sexual* e *trabalho* mostraram correlações mais fortes com os escores de psicopatologia alimentar, autoestima e depressão.

De modo geral, este estudo sustenta achados anteriores que mostram que pacientes com obesidade mórbida apresentam escores significativamente mais baixos do que a população normal. Comparando com a norma americana, os pacientes apresentavam-se mais disfuncionais em todas as áreas do SF-36, contudo, as escalas relativas ao componente emocional mostraram comprometimento menor do que as físicas.

A presença de TCAP parece agravar o impacto em dimensões importantes da condição de saúde, excedendo o impacto da obesidade por si. Pacientes obesos mórbidos com TCAP apresentaram maior comprometimento principalmente no domínio mental, e somente em menor grau no domínio físico (quando comparado a pacientes sem TCAP). Além disso, o componente mental e, em menor grau, o componente físico do SF-36 mostraram uma relação com o nível de depressão e com prejuízos na autoestima.

#### **4.4.7 Estudo 7**

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Hsu et al (2002) visam examinar o quanto TCAP é uma categoria clinicamente significativa na obesidade extrema. Para tanto, os autores queriam determinar o quanto obesos extremos com TCAP diferem de obesos extremos sem TCAP com relação aos distúrbios alimentares, morbidade psiquiátrica, estado de saúde e ingestão líquida por 24 horas. Por último, os autores procuraram clarear as características do TCAP.

A amostra foi composta por 37 sujeitos extremamente obesos (31 mulheres e 6 homens, refletindo a distribuição por gênero desta população), que aguardavam a cirurgia de bypass gástrico (GBP) em um centro cirúrgico (**Tufts New England Medical Center**). Os indivíduos eram inelegíveis para o estudo se tinham diabetes ou outras doenças endócrinas, câncer, doenças coronárias ou medicações conhecidas por afetar peso corporal ou gasto energético. Todos os sujeitos foram monitorados para manutenção do peso por 1 mês antes do estudo e somente aqueles que mantiveram o peso estável (dentro de 2,3kg do peso inicial) puderam participar. Dentre os sujeitos que atingiram os critérios elegíveis, cerca de 15% foram aceitos no estudo.

Todos os sujeitos completaram uma bateria de instrumentos, que incluía: EDE – **Eating Disorders Examination**, TEFQ – **Three-Factor Eating Questionnaire**, SCID – **Structured Clinical Interview for DSM Disorders**, SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey**.

Os sujeitos se submeteram, ainda, ao **24h Feeding Program**, a fim de obter uma evidência quantitativa da ingestão alimentar, além de estudar a fome e a saciedade em circunstâncias controladas. Os autores escolheram o uso de uma dieta líquida por 24 horas. A escolha da dieta líquida, no lugar de comida sólida, ocorreu em função dos achados do estudo piloto e pelo fato de pacientes operados apresentarem desconforto abdominal e síndrome de **dumping** após ingestão sólida. Os sujeitos eram instruídos a beber o quanto eles quisessem da fórmula líquida (pediasure) por um período teste de 24 horas. Nenhuma outra bebida ou comida era permitida durante este período, somente o líquido em questão e água.

A fim de capturar o fenômeno e incluir sujeitos que apresentassem compulsões alimentares mas não preenchessem todos os critérios diagnósticos, os autores criaram uma categoria de TCAP parcial. Dessa forma, TCAP foi subdividido em:

- 1) Critérios completos para TCAP: sujeitos que apresentavam em média 2 episódios de compulsão alimentar por semana nos últimos 3 meses
- 2) Critérios parciais para TCAP (TCAPP): sujeitos que apresentavam em média 1 episódio de compulsão alimentar por semana nos últimos 3 meses.
- 3) Sem TCAP: definido por menos de 1 episódio de compulsão alimentar por semana nos últimos 3 meses.

Segundo o EDE, 4 (11%) sujeitos preencheram critérios completos, 5 (14%) TCAP parcial e 28 (75%) foram classificados como não-TCAP. Os sujeitos com TCAP e TCAP parcial foram combinados em um único grupo (grupo de TCAP, n = 9).

Quanto aos resultados, observou-se que sujeitos com TCAP diferiram significativamente dos não-TCAP em três subescalas do EDE – *preocupação alimentar*, *preocupação com a forma corporal* e *Bulimia* – assim como no escore total.

Somente 28 dos 37 sujeitos preencheram o TEFQ. Sujeitos com TCAP (n=6) obtiveram escores significativamente mais altos em *desinibição* no que os não -TCAP (n=22).

No SCID, não houve diferenças estatisticamente significantes entre TCAP e não-TCAP em relação aos diagnósticos do eixo I.

No que se refere ao SF-36, observou-se que todos os sujeitos do estudo, juntos, obtiveram escores mais baixos em todas as escalas do SF-36 quando comparados à norma americana. Os dois grupos, TCAP e não-TCAP, foram diferentes em 3 subescalas: *limitações por aspectos físicos* (F=2.8), *limitações por aspectos emocionais* (F=0.053) e *aspectos sociais* (F=0.002). Nas três situações, TCAP apresentaram escores mais baixos (piores).

Em relação à dieta líquida (**24 Hour Feeding program**), sujeitos com TCAP consumiram mais líquido do que sujeitos não-TCAP nas 24 horas. O consumo de água não diferiu entre os grupos.

De modo geral, os achados do presente estudo sustentam a validade da categoria de TCAP dentro da população de indivíduos extremamente obesos que aguardam cirurgia bariátrica. Além disso, demonstram que sujeitos com TCAP apresentam uma condição mental e física pior do que os obesos sem TCAP, e que essas diferenças não podem ser explicadas pelo IMC.



#### 4.4.8 Estudo 8

Por ser um estudo de coorte com 72% de follow-up, este estudo recebeu classificação **C** na avaliação metodológica.

Neste estudo, Marchesini et al (2002) reportaram dados da QVRS em sujeitos obesos antes e depois da terapia cognitivo comportamental (TCC). Para tanto, compararam a coorte de pacientes com lista de espera, identificando as áreas de QV mais modificadas pela terapia. Em pacientes tratados, os autores compararam os resultados de indivíduos com e sem TCAP.

A amostra foi composta por dois grupos de pacientes obesos. O primeiro grupo, de TCC, foi constituído por 92 sujeitos, 77 mulheres e 15 homens, com idade média de 43 anos (variação entre 18 e 67 anos), que eram parte de um grande grupo (127 pacientes, 99 mulheres e 28 homens) convocado para o programa de TCC. Trinta e cinco pacientes não completaram o programa e foram perdidos no follow-up. Dos 92 que concluíram o programa, 11 tinham sobrepeso (IMC entre 25 e 29.9 kg/m<sup>2</sup>), 24 obesidade nível I (IMC de 30 a 34.9 kg/m<sup>2</sup>), 36 obesidade nível II (IMC 35 a 39.9 kg/m<sup>2</sup>) e 21 obesidade nível III (IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>). A maioria deles apresentava comorbidade.

O segundo grupo (grupo controle) foi constituído por 76 pacientes selecionados da lista de espera. Este grupo começaria a terapia dentro de 4 a 6 meses. Eles foram convidados a participar do estudo e passaram por uma avaliação pré-tratamento. Sessenta e sete eram mulheres e 9 eram homens. Este grupo era similar ao grupo de TCC na maioria das variáveis, incluindo distribuição de gênero, grau de obesidade e comorbidade. Após esta avaliação inicial, esses sujeitos não receberam tratamento ou receberam prescrição de dieta, na presença de condições médicas (tais como diabetes, colesterol alto, entre outros).

Todos os sujeitos passaram por avaliação clínica, através de exame físico e testes laboratoriais. Além disso, foram questionados sobre algum problema de saúde, independente da avaliação feita, e preencheram os seguintes instrumentos: SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey** –, BES – **Binge Eating Scale** –, SCL-90 – **Symptom Checklist-90**–, EDE –**Eating Disorder Examination**.

Os sujeitos do grupo de TCC passaram por uma entrevista com um psicólogo treinado em TA para validar o BES, usado como rastreamento para TCAP. O diagnóstico final foi feito com base no EDE. Os pacientes também passaram por uma entrevista psiquiátrica, e os sujeitos com outras doenças psiquiátricas, à parte TCAP, foram excluídos do estudo.

As variáveis clínicas e antropométricas foram medidas novamente ao final do tratamento de TCC (3 a 5 meses depois), quando os pacientes preenchem novamente o SF-36. Para o grupo controle, o final do estudo coincidiu com a entrada no grupo de TCC, então, todos os questionários foram reaplicados.

O programa de TCC usado é baseado no programa **LEARN** para controle de peso. Este inclui 12 sessões realizadas semanalmente, em grupos de 8 a 12 pacientes. Os participantes aprendem sobre IMC e controle regular do peso, e são instruídos a contar calorias e monitorar a ingestão alimentar diária, com auxílio de um manual. Pacientes com TCAP entraram no programa **LEARN** depois de tratarem a compulsão alimentar, com um protocolo derivado do manual de Fairburn. Esse tratamento dura 8 semanas e é realizado por um psicólogo especialista em TA, cujo foco principal é identificar situações de alto risco para a ocorrência do episódio de compulsão alimentar e reganhar o controle sobre o padrão alimentar regular. O tempo de tratamento durou de 3 a 5 meses, dependendo da presença ou ausência de TCAP.

Em relação aos resultados, a QV no início do estudo era similar entre os grupos e significativamente reduzida quando comparado à norma italiana.

Em particular, 55 de 92 pacientes no grupo TCC, e 39 de 76 no grupo controle, apresentaram  $BES \geq 17$ . No EDE, 46 sujeitos foram classificados como TCAP (grupo TCC). A pontuação média do BES para sujeitos com TCAP era de 24,9 ( $\pm 6.5$ ), versus 13.0 ( $\pm 6.0$ ) para os sujeitos sem TCAP. Pacientes com TCAP eram mais propensos a apresentar desconforto psicopatológico. A perda de peso foi muito variável no grupo TCC e inexistente no grupo controle.

Todas as escalas de QV melhoraram significativamente no grupo TCC e não variaram no grupo controle. Ao final do tratamento, várias escalas do SF-36 não se apresentavam prejudicadas em comparação à população normal. Cinquenta e cinco pacientes do grupo TCC perceberam que sua saúde melhorou, 22 a perceberam estável e

12 acharam que piorou nos últimos 12 meses. Os números correspondentes no grupo controle foram, 14, 35 e 27, respectivamente.

No grupo de TCC, o peso corporal diminuiu em média 11,1 kg ( $\pm 6.6$ ) em pacientes sem TCAP versus 7.7 kg ( $\pm 8.1$ ) em pacientes com TCAP ( $p = 0.034$ ). Apesar da baixa perda de peso, a melhora nas escalas de QV foram grandes. Em pacientes com TCAP, a melhora variou de um mínimo de +5.7 pontos ( $\pm 10.8\%$ ) – em *saúde geral* – a um máximo de +31.2 pontos ( $\pm 42.4$ ) – em *limitações por aspectos emocionais* – e +28.8 pontos ( $\pm 37.3$ ) – em *limitações por aspectos físicos*. As mudanças correspondentes em sujeitos sem TCAP foram: +3.5 pontos ( $\pm 9.8$ ) para *saúde geral*, +6.5 pontos ( $\pm 32.7$ ) para *limitações por aspectos emocionais* e +9.2 pontos ( $\pm 29$ ) para *limitações por aspectos físicos*.

Em pacientes tratados, houve significativa correlação entre mudanças no IMC e mudanças em *dor*, mas não em outras escalas físicas e mentais.

De modo geral, o estudo mostra que sujeitos italianos obesos tratados com TCC em um programa de manejo de peso, realizado em um centro universitário, experienciam uma melhora na percepção do estado de saúde. Na presença de compulsão alimentar, a perda de peso é quantitativamente pequena, mas a melhora na QV é grande, principalmente na área mental, sugerindo que a TCC tem efeitos especificamente benéficos sobre pacientes com TCAP.

#### 4.4.9 Estudo 9

Por ser um estudo de coorte retrospectivo, este estudo recebeu classificação **C** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Padierna et al (2002) visavam investigar mudanças na percepção da QVRS em pacientes com transtornos alimentares após dois anos de tratamento e seguimento. Os autores pretendiam responder as seguintes questões: a percepção de pacientes com transtornos alimentares com relação à qualidade de vida muda com tratamento e seguimento? Quais dimensões da qualidade de vida melhoram ou pioram

mais do que outras? Existem preditores clínicos de mudanças na qualidade de vida, tais como a gravidade do transtorno alimentar ou a presença de ansiedade e depressão?

Para este fim, 131 pacientes foram recrutados em uma clínica ambulatorial de transtornos alimentares, entre 1996 e 1997. As pacientes eram incluídas se fossem ambulatoriais, se preenchessem critério diagnóstico para AN ou BN com base no DSM-IV, e se tivessem entre 14 e 65 anos. A divisão diagnóstica da amostra foi composta por: 33% AN do subtipo restritivo, 36% AN do subtipo purgativo e 31% BN. A duração média do quadro era de 5.3 anos ( $\pm$  4.7 anos).

Durante os 2 anos de estudo, cada paciente recebeu tratamento psicofarmacológico e psicoterápico (TCC); orientação e aconselhamento nutricional; psicoeducação; terapia motivacional; treinamento de habilidades sociais; e terapia para modificar a distorção da percepção de imagem corporal. Essas intervenções eram ajustadas por uma equipe multiprofissional à necessidade de cada paciente.

Os instrumentos usados para avaliação da qualidade de vida e sintomatologia geral e alimentar foram: SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey**, EAT-40 – **The Eating Attitudes Test** – e HAD – **The Hospital Anxiety and Depression Scale**. Cada paciente completou os questionários em duas ocasiões: antes da inclusão no estudo e depois de 24 meses de tratamento e seguimento.

Quanto aos resultados, observou-se que os dados clínicos e resultados dos instrumentos mostraram melhora estatisticamente significativa com relação ao peso e IMC, do começo para o final do tratamento. Os sintomas alimentares diminuíram significativamente: no início do tratamento 72% dos sujeitos apresentavam EAT-40 > 30, porcentagem que caiu para 48% após 2 anos. Contudo, menor redução estatisticamente significativa foi observada na porcentagem de pacientes com ansiedade e nenhuma redução significativa foi observada na porcentagem de pacientes com depressão após 2 anos.

A percepção da qualidade de vida mostrou significativa melhora em todas as áreas, exceto na dimensão *limitações por aspectos emocionais*. A melhora mais evidente ocorreu nas dimensões *limitação por aspectos físicos* e *aspectos sociais*, seguido por *estado geral de saúde* e *vitalidade*. Com relação aos componentes físico e mental, observou-se maior melhora no componente mental do que no físico. Porém, a pontuação do

componente mental permaneceu inferior a pontuação da população normativa entre 18 e 34 anos.

Pacientes com sintomatologia alimentar mais leve no início do estudo (EAT-40 < 30) geralmente obtiveram escores maiores no SF-36 e melhora na percepção da qualidade de vida após 2 anos do que as pacientes com sintomatologia moderada e grave. As pacientes com sintomas leves apresentaram poucas áreas do SF-36 afetadas no início do estudo e seus escores eram similares àqueles da população feminina geral de idade similar. As áreas não afetadas não apresentaram alteração após os 2 anos. Contudo, nos dois domínios inicialmente mais disfuncionais, observou-se melhora: *estado geral de saúde* (de 39 para 46.9) e *aspectos sociais* (de 40.5 para 45.9).

Pacientes com sintomatologia moderada (EAT-40 de 30 a 49) obtiveram escores iniciais de 5 a 33% mais baixos do que as pacientes com sintomatologia leve. Melhoras estatisticamente significantes foram observadas nas dimensões *capacidade funcional* (de 46.1 para 48.9), *limitações por aspectos físicos* (de 36.4 para 43.2), *aspectos sociais* (de 27.3 para 35.6) e *saúde mental* (de 35.2 para 40.1).

Pacientes com sintomatologia grave (EAT-40  $\geq$  50) obtiveram escores iniciais de 10 a 60% piores do que pacientes com sintomatologia leve. Contudo, melhoras significativas foram observadas nas dimensões *limitações por aspectos físicos* (de 30.8 para 35,8), *dor* (de 36.2 a 40.9), *vitalidade* (de 31.7 para 36.3), *aspectos sociais* (de 16 para 24.6) e *saúde mental* (de 26.9 para 31.4). Apesar desta melhora, os escores deste grupo no final do tratamento ainda eram substancialmente mais baixos do que os valores normativos da população feminina espanhola.

As pacientes sem ansiedade e depressão no início do estudo apresentaram melhora significativa em todos os domínios, exceto na escala *limitações por aspectos emocionais* e *saúde mental*. As maiores melhoras ocorreram nos domínios mais disfuncionais no início do estudo: *estado geral de saúde* e *aspectos sociais*. Depois de 2 anos de tratamento, o escore do SF-36 deste grupo era similar ao da população geral. Dentre as pacientes com ansiedade, melhoras significativas ocorreram nos domínios *aspectos sociais* e *saúde mental*. Porém, os escores permaneceram mais baixos do que o da população geral. Pacientes com depressão melhoraram nos domínios *vitalidade*,

*aspectos sociais e saúde mental*. Os escores deste grupo também permaneceram abaixo da população geral.

De modo geral, pode-se dizer que depois de 2 anos de tratamento e seguimento a porcentagem de pacientes com sintomatologia leve (EAT < 30) passou de 28% para 52% e a porcentagem de pacientes com sintomatologia grave (EAT > 50) caiu de 47% para 25%. A melhora sintomatológica foi acompanhada de melhora em todas as áreas do SF-36, com exceção do domínio *limitações por aspectos emocionais*. Após o período de seguimento, a média do componente físico da amostra total melhorou a ponto de ser similar à população geral. Porém, o mesmo não aconteceu com a média do componente mental, que apesar de ter melhorado em relação ao escore inicial, ficou abaixo do escore da população geral.

#### **4.4.10 Estudo 10**

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Lee et al (2003) visavam verificar a validade do diagnóstico de anorexia em pacientes chinesas, se havia alteração na identidade da doença em função de forças culturais e identificar possíveis desfechos transculturais.

Para tanto, selecionaram um grupo de pacientes, com início da doença pelo menos 4 anos antes do estudo, que foram acompanhadas em uma clínica psiquiátrica para TA entre maio de 1984 e julho de 2000.

A amostra foi composta por 88 pacientes chinesas do sexo feminino que na época do acompanhamento preencheram os critérios do DSM-III-R para anorexia típica (n=63) e atípica (isto é, sem medo mórbido de engordar, n = 25). Em termos do subtipo, 67% (n= 59) eram restritivas e 33% (n = 29) eram purgativas. A idade média era de 18,1 anos, a duração média da doença de 2.2 anos, e IMC médio de 14,4. A maioria das pacientes (72,7%) havia sido hospitalizada por causa da doença. Três sujeitos morreram. Das 85 restantes, duas se recusaram a participar e 3 não puderam ser encontradas (embora estivessem vivas, segundo o registro de óbitos).

Dessa forma 80 pacientes foram incluídas na amostra, com média de 9 anos de doença ( $\pm 5.2$ ). Todas as pacientes se submeteram à entrevista e 74 preencheram os instrumentos auto-aplicáveis. Para avaliar a sintomatologia alimentar, os autores usaram o: EDI – **Eating Disorder Inventory**, EAT – **Eating Attitudes Test**, EDE-Q – **Eating Disorder Examination**, versão questionário. Para avaliação da QV, sintomatologia geral e autoestima, os instrumentos usados foram: SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey**, SCL-90 – **Symptom Checklist-90**, BDI – **Beck Depression Inventory**, RSE – **Rosenberg Self-Esteem Scale**. As características daqueles que preencheram os instrumentos não diferiam dos que não preencheram.

A idade média dos sujeitos no momento do estudo era de 26,9 anos ( $\pm 6,7$ . Variação de 16,2 a 47,7 anos). O IMC médio atual era de  $18,5 \text{ kg/m}^2$  ( $\pm 2,8$ ). A maioria das pacientes apresentava menstruação regular ( $n= 54$ , 67,5%), 6,3% ( $n=5$ ) apresentava menstruação irregular (uma vez a cada 2 ou 3 meses) e 26,3% ( $n=21$ ) encontrava-se em amenorréia.

Os autores avaliaram dois tipos de desfecho. Para um resultado geral, o escore do **Morgan-Russel Outcome Assessment Schedule** foi derivado do estado nutricional, função menstrual, estado mental, ajustamento sexual e status socioeconômico. Um escore mais alto significava maior melhora (variação de 0-12). Os sujeitos foram colocados em 3 categorias: pobre (escore de 0 a 4), intermediária (escore  $> 4$  e  $\leq 8$ ) e boa (escore  $> 8$ ). Os autores também avaliaram o resultado quando ao diagnóstico de TA, que incluía 4 categorias do DSM-III-R: 1) sem TA; 2) anorexia nervosa, típica ou atípica ( $\text{IMC} \leq 16,5 \text{ kg/m}^2$  e ausência de menstruação); 3) bulimia nervosa (anorexia nervosa recuperada com mais do que 2 episódios de compulsão alimentar por semana por 3 meses ou mais); e 4) TANE (menos que 2 episódios de compulsão alimentar por semana ou habitualmente cuspiendo comida após ingestão).

Quanto aos resultados, observa-se que dos 76 sujeitos que completaram o **Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule** e o SCID: 61,8% ( $n=47$ ) obtiveram um bom desfecho, 32,9% ( $n=25$ ) obtiveram um desfecho intermediário, e 5,3% ( $n=4$ ) obtiveram um desfecho pobre. Em relação ao diagnóstico de TA, a divisão foi: 45% ( $n=36$ ) não tinham mais TA, 16,3% ( $n=13$ ) tinham anorexia nervosa (6 do subtipo restritivo e 7 do purgativo), 20% ( $n=16$ ) tinham bulimia nervosa e 18,8% ( $n=15$ ) tinham TANE. Os

diagnósticos do eixo I incluíam depressão maior atual (n=15, 19,7%) e distímia (n=12, 15,8%). Transtornos ansiosos atuais foram observados em 19,7% (n=15) dos sujeitos, e incluía transtorno obsessivo compulsivo (n=4), transtorno do pânico (n=4), fobia social (n=4) e transtorno de ansiedade generalizada (n=8).

Muitos sujeitos continuaram apresentando comportamentos relativos aos transtornos alimentares, incluindo exercício para perda de peso (40%, n=32), compulsão alimentar (46,3%, n=37), vômito auto-induzido (20%, n=16), abuso de laxantes (10%, n=8) e uso de diuréticos e pílulas para emagrecer (8,5%, n=7).

Com relação à sintomatologia alimentar, observou-se que os comportamentos relativos ao TA aumentavam significativamente do grupo com bom desfecho para o grupo com desfecho pobre. Sujeitos sem TA atual apresentaram significativamente menor psicopatologia alimentar do que os grupos de AN e BN.

Houve diferenças nas medidas de depressão, autoestima e QV com relação aos grupos de bom, intermediário e pobre desfecho. O grupo com bom desfecho apresentou menor psicopatologia geral, melhor funcionamento físico e mental e autoestima mais alta. Quando os sujeitos foram comparados em termos do desfecho em relação ao diagnóstico de TA, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nos escores do BDI, RSE e o componente mental do SF-36 (tabela 3). Sujeitos com AN e BN apresentaram pior sintomatologia depressiva, mais baixa autoestima e maiores prejuízos no componente mental da QV do que sujeitos sem TA.

**Tabela 3. Diferenças entre os subgrupos diagnósticos para medidas de sintomatologia depressiva, autoestima e componente mental da QV**

	S/ TA (n=34)	AN (n=11)	BN (n=15)	TANE (n=14)	
	Média / DP	Média / DP	Média / DP	Média / DP	p
<b>BDI<sup>a</sup></b>	10.74 ± 12.67	22.27 ± 15.15	19.87 ± 13.17	14.93 ± 9.57	0.03
<b>MCS<sup>b</sup></b>	42.47 ± 15.81	30.23 ± 14.79	31.74 ± 12.29	37.70 ± 13.98	0.04
<b>RSE<sup>c</sup></b>	26.82 ± 5.66	21.91 ± 3.59	21.60 ± 7.16	24.21 ± 4.89	0.01

<sup>a</sup> Medida de sintomatologia depressiva

<sup>b</sup> Componente mental do Sf-36

<sup>c</sup> Medida de auto-estima



A média do resultado geral (proveniente do **Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule**) foram positivamente correlacionados aos escores da medida de autoestima e os componentes da QV (físico e mental) ( $r= 0.51$  a  $0.64$ ,  $p < 0.001$ ) e inversamente correlacionados à duração da doença ( $r= 0.24$ ,  $p < 0.04$ ) e a idade do início do tratamento ( $t= 2.16$ ,  $df= 74$ ,  $p < 0.04$ )

Com relação às diferenças entre anorexia típica e atípica, observou-se que a presença de medo mórbido de engordar foi significativamente associada a um desfecho pobre, dado que mais sujeitos com anorexia típica continuaram a preencher critérios diagnósticos para AN (18,64 versus 9,52%) ou desenvolveram BN (25,42% versus 4,76%). Além disso, os dois grupos de anorexia nervosa continuaram a apresentar fenomenologia distinta 9 anos após o início da doença, sugerindo que anorexia atípica pode ser uma entidade nosológica válida.

Os autores concluem dizendo que embora anorexia nervosa seja descrita como um transtorno ligado à cultura ocidental, os achados do presente estudo sugerem que o desfecho geral da doença parece ser estável entre culturas.

#### 4.4.11 Estudo 11

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Gonzáles-Pinto et al (2004) visavam examinar os fatores preditivos para os componentes mental e físico do SF-36 em pacientes com AN.

Para tanto, estudaram 47 pacientes com AN em tratamento intensivo entre janeiro de 1999 a dezembro de 2000.

Durante a primeira semana de tratamento, os pacientes foram avaliados por uma entrevista clínica estruturada (SCID-I e SCID-II - **Structured Clinical Interview for DSM Disorders**), a fim de assegurar o diagnóstico de TA e possíveis comorbidades. Os pacientes foram também avaliados pelo CGI – **Clinical Global Impression Scale** – para verificar a gravidade da doença, e por uma escala que inclui uma subescala social –

**Phillips Premorbid Adjustment Scale.** Qualidade de vida foi avaliada pelo SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey.**

A idade média da amostra era de 20.04 anos ( $\pm 5.5$ ) e era 82,7% feminina. A maior parte da amostra (73,9%) tinha AN do subtipo restritivo, 38,8% apresentava comportamentos purgativos e a maioria obteve bom ajustamento social. Contudo, 58,7% da amostra obteve um resultado pobre durante os 12 meses anteriores. O IMC médio foi de 16,6 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 1,7$ ). Metade das pacientes (51%) apresentava comorbidade psiquiátrica e 40,4% já tinha sido hospitalizada. A gravidade do quadro alimentar foi alta ou extremamente alta em 21,7% da amostra (CGI).

Quanto aos resultados de QV, observou-se que das 8 subescalas do SF-36, as pontuações mais baixas foram: *saúde mental*, *vitalidade* e *estado geral de saúde*. Desvios padrões muito altos foram observados nas subescalas *limitações por aspectos físicos* e *limitações por aspectos emocionais*. A existência de comorbidade psiquiátrica nos eixos I e II do DSM-IV foi associada com escores mais baixos nas dimensões *estado geral de saúde*, *aspectos sociais*, *saúde mental*, além dos componentes físico e mental. Contudo, estas associações não atingiram significância estatística.

De modo similar, dentre os sintomas clínicos estudados, a existência de comportamentos purgativos foi mais fortemente associada aos componentes (mental e físico) e à QV global. A presença de purgação determinou uma redução de quase 8 pontos no componente mental do SF-36.

As variáveis incluídas no modelo de regressão linear múltipla construído para o componente mental foram: presença de comportamentos purgativos e comorbidade psiquiátrica. Nos dois casos, observou-se uma redução no componente mental. As variáveis para o componente físico foram: resultado anterior pobre, presença de comorbidade psiquiátrica e gênero. Pobre resultado prévio e presença de comorbidade reduziram o componente físico em 5 pontos.

O presente estudo mostra que pacientes com AN apresentam uma deterioração global na percepção da qualidade de vida, o que especialmente notável nas dimensões *saúde mental* e *vitalidade*. Além disso, o estudo mostra que um resultado pobre durante o tratamento nos 12 meses anteriores e presença de comorbidade psiquiátrica acarretam

pior resultado no aspecto físico da qualidade de vida, e que purgação e presença de comorbidade determinam pior pontuação no aspecto mental da qualidade de vida.

#### **4.4.12 Estudo 12**

Por ser um estudo de coorte retrospectivo, este estudo recebeu classificação **C** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Green et al (2004) visavam ganhar melhor compreensão do resultado da cirurgia de derivação gástrica em Y de Roux (RYGBP) dentre pacientes com compulsão alimentar. Os autores compararam as alterações comportamentais, emocionais e cognitivas pré e pós-cirúrgicas entre grupos de pacientes com e sem compulsão alimentar submetidos à cirurgia RYGBP.

A hipótese dos autores era de que ambos os grupos apresentariam melhoras em todas as medidas na comparação pré-cirúrgica para a pós-cirúrgica. Contudo, os autores achavam que aqueles com compulsão alimentar perderiam menos peso após a cirurgia, além de apresentarem comportamentos e cognições alimentares mais alterados, menor QV e outras medidas de bem-estar psicológico, comparativamente ao grupo sem compulsão alimentar.

A amostra incluiu 65 pacientes submetidos à cirurgia RYGBP no Hospital da Universidade de Chicago entre setembro de 1999 e novembro de 2000. Os pacientes eram candidatos à cirurgia se tivessem IMC > 40, ou IMC > 35 com significativas comorbidades clínicas associadas à obesidade.

Antes da cirurgia, uma avaliação multidisciplinar foi realizada por todos os sujeitos, incluindo história e exame físico por um cirurgião, avaliação nutricional, por nutricionista registrado, e avaliação psicológica, por um psicólogo clínico em doutoramento.

Durante a avaliação psicológica pré-cirúrgica, os pacientes foram avaliados para a presença de compulsão alimentar através de um dos dois métodos abaixo:

- 1) Módulo de TA do SCID (ED-SCID)
- 2) QEWP-R

Em abril de 2000, um pesquisador substituiu o SCID pelo QEWP-R na avaliação dos diagnósticos de TA. A todos aqueles que foram entregue o QEWP-R, foram feitas perguntas específicas relativas aos diagnósticos do TA, no momento da avaliação psicológica, a fim de garantir que a mudança no método de avaliação não fosse substancial e não confundisse os resultados. Além disso, o diagnóstico de TCAP pelo QEWP-R tem boa correlação com o diagnóstico feito pelo SCID ( $\kappa = 0.57$ ).

O DSM define TCAP na frequência de pelo menos 2 episódios de compulsão alimentar por semana, mas muitas pessoas consideram este critério mínimo de frequência arbitrário e limitado. Um estudo de obesos com compulsão alimentar encontrou pouca diferença entre aqueles com episódios de compulsão alimentar na frequência média de 2x/semana e aqueles com frequência média de 1x/semana. O grupo subclínico parece ter os mesmos riscos para obesidade e angústia psicológica do que o grupo com TCAP. Dessa forma, os dois grupos foram incluídos no presente estudo.

O grupo com compulsão alimentar compreendeu, portanto, a ingestão de grande quantidade de comida, falta de controle e a frequência média mínima de um episódio de compulsão alimentar por semana nos últimos 6 meses. Os pesquisadores excluíram qualquer candidato que não fosse claramente classificado em um dos dois grupos (TCAP e sem compulsão alimentar), inclusive aqueles que apresentavam episódios de compulsão alimentar com menor frequência.

Na avaliação pré-cirúrgica, 17 sujeitos preencheram todos os critérios do DSM-IV para TCAP e 16 tinham TCAP subclínico com relação ao critério de frequência. A amostra final consistiu, portanto, de 32 sujeitos sem compulsão alimentar (sem TCAP) e 33 com compulsão alimentar (TCAP).

A idade média dos pacientes foi de 39,3 anos ( $\pm 9.9$ ) e 74% eram mulheres. O peso pré-cirúrgico médio era 154,9 kg ( $\pm 33.9$ ), o IMC pré-cirúrgico médio era de 54,8 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 10.1$ ), e o excesso de peso médio pré-cirúrgico era de 93,8 kg ( $\pm 27,9$ ).

Além da avaliação quanto à sintomatologia alimentar, os participantes preencheram os seguintes instrumentos no início e após a cirurgia (de 5 a 7 meses depois): TEFQ – **Three-Factor Eating Questionnaire**, para avaliação dos hábitos alimentares; SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey**, para avaliação da QV; BDI – **Beck Depression**

**Inventory**, para avaliação da sintomatologia depressiva; e RSE – **Rosenberg Self-Esteem Scale**, para avaliação da autoestima.

Quanto aos resultados, o grupo TCAP apresentou IMC pós-cirúrgico mais alto (média de  $42,9 \text{ kg/m}^2 \pm 9,5$ ) do que o grupo sem TCAP (média de  $38,4 \text{ kg/m}^2 \pm 8,0$ ). Essa diferença aproximou-se da significância estatística. O grupo com TCAP obteve uma porcentagem de perda de peso menor (média de  $41,2 \text{ kg} \pm 11,5$ ) do que o grupo sem TCAP (média de  $46,8 \text{ kg} \pm 11,3$ ), diferença que foi estatisticamente significativa.

Quanto ao TEFQ, houve diferença entre o pré e o pós-cirúrgico para os dois grupos. Os escores da subescala *restrição cognitiva* eram mais altos no pós-cirúrgico, em comparação ao pré-cirúrgico. *Desinibição* e *fome percebida* eram mais baixas no pós-cirúrgico do que no pré-cirúrgico. Na comparação entre os grupos, observou-se que o grupo com TCAP obteve escore médio mais alto na subescala *desinibição* e *fome percebida* (no pré-cirúrgico e pós-cirúrgico) do que o grupo sem TCAP. Na subescala *restrição cognitiva* não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Quanto à QV e comparado à avaliação pré-cirúrgica, os pacientes apresentaram escores mais altos (melhores) em *aspectos sociais*, *limitações por aspectos emocionais* e *saúde mental* após a cirurgia. O grupo sem TCAP apresentou escores mais altos na escala *aspectos sociais* (no pré e pós-cirúrgico) do que o grupo com TCAP. Isto sugere melhor funcionamento social de sujeitos sem TCAP antes e após a cirurgia. A diferença entre os grupos com e sem TCAP para as escalas *limitações por aspectos emocionais* e *saúde mental* não foi estatisticamente significativa.

Com relação à sintomatologia depressiva, os pacientes apresentaram escores mais baixos no pós-cirúrgico do que no pré-cirúrgico. O grupo TCAP teve escores ligeiramente mais altos no BDI, no pré-cirúrgico, do que o grupo sem TCAP. Essa diferença aproximou-se da significância estatística. A hipótese de que o grupo de TCAP seria mais deprimido antes da cirurgia foi sustentada apenas parcialmente. Não houve diferença entre os grupos no pós-cirúrgico.

No que se refere autoestima, pacientes obtiveram melhores escores na RSE após a cirurgia. A hipótese de que o grupo com TCAP teria autoestima mais baixa do que sem TCAP no pré e pós-cirúrgico não foi confirmada, pois não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

De modo geral, o resultado mostra perda de peso e melhora em todas as variáveis após a cirurgia em ambos os grupos, mas houve diferenças significativas entre os grupos em algumas variáveis.

O grupo de TCAP apresentou menor porcentagem do excesso de peso perdido do que o grupo sem compulsão alimentar. Esse achado suporta a hipótese de um desfecho menos bem sucedido em termos de perda de peso para pacientes com TCAP. Contudo, vale ressaltar que o grupo TCAP perdeu 44% do excesso de peso.

Conforme previsto, os escores nas escalas selecionadas do SF-36 (*aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais e saúde mental*) melhoraram significativamente do pré para o pós-cirúrgico. A única área que mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos foi a escala *aspectos sociais*, com escores mais baixos para o grupo de TCAP na avaliação pré e pós-cirúrgica. Dessa forma, embora os dois grupos tenham mostrado melhora no bem-estar psicológico, o grupo com TCAP demonstrou mais dificuldade com fatores sociais do que o grupo sem TCAP após a cirurgia, indicando vulnerabilidade específica, a despeito da perda de peso.

#### **4.4.13 Estudo 13**

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Kolotkin et al (2004) visavam avaliar o quanto TCAP influencia a qualidade de vida relacionada ao peso em indivíduos obesos à procura de tratamento, além de investigar sintomas psicológicos, IMC e variáveis demográficas na relação entre TCAP e qualidade de vida relacionada ao peso.

Para tanto, os autores avaliaram 819 participantes do Duke Diet and Fitness Center, um programa residencial intensivo para perda de peso e modificação do estilo de vida, que preencheram um pacote de questionários na admissão do programa, momento no qual também foram pesados e medidos por uma enfermeira.

O programa de tratamento consiste em: avaliação individual, acompanhamento individual e grupal, refeições nutricionalmente balanceadas e com calorias reduzidas,

exercício supervisionado, prática de meditação e participação de aulas sobre saúde, nutrição, atividade física, conexão mente e corpo, e estratégias cognitivo-comportamentais sobre modificação do estilo de vida e perda de peso.

O pacote de questionários foi composto pelos seguintes instrumentos: QEWP-R – **Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised**, para diagnóstico do TCAP; BDI – **Beck Depression Inventory**, para avaliação da sintomatologia depressiva e SCL-90-R– **Symptom Checklist-90 Revised**, para rastrear sintomas psicopatológicos. No presente estudo, os autores analisaram somente o **global severity index** (GSI) do SCL-90. Para avaliar a QV, os autores aplicaram o IWQOL – **Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire** – em sua versão longa (de 74 itens). Contudo, os escores foram calculados com base no subconjunto de 31 itens que compõem o IWQOL-Lite.

A análise do presente estudo foi realizada com 530 sujeitos (317 mulheres e 213 homens), que completaram todos os instrumentos. Não houve diferença entre aqueles que completaram todos os questionários e aqueles que não o fizeram em relação à idade, sexo ou IMC.

Quanto aos dados demográficos, 93% da amostra era caucasiana. O IMC médio no início do programa foi de 37,6 kg/m<sup>2</sup> para mulheres, e 41.3 kg/m<sup>2</sup> para os homens. A idade média foi de 46 anos para mulheres, e 52.1 anos para homens. A prevalência de TCAP na amostra foi de 17,9%, sendo significativamente maior para mulheres do que para os homens (22,7%, n=72, versus 10,8%, n=23, respectivamente).

Na comparação entre sujeitos com e sem TCAP, observou-se que sujeitos com TCAP eram, na média, mais prováveis de serem mulheres (75,8% versus 56,3%), mais jovens (45% versus 49,7%), brancos (98,9% versus 91,7%), mais pesados (IMC de 42kg/m<sup>2</sup> versus 38.5 kg/m<sup>2</sup>), psicologicamente mais perturbados e com maior prejuízo em todas as subescalas e no escore total do IWQOL-Lite.

A análise estatística para prever os escores do IWQOL-Lite a partir de variáveis demográficas, medidas de desconforto psicológico e presença/ausência de TCAP, mostrou que mais de 60% da variância do escore total do IWQOL-Lite foi devido a essas variáveis.

Mulheres reportaram QV mais pobre em *auto-estima*, *vida sexual* e no escore total, enquanto os homens reportaram pior QV em *funcionamento físico* e *desconforto público*.

Idade teve associação com todas as escalas do IWQOL-Lite, sendo responsável por 15% da variância em *funcionamento físico*, 9% da variância em *autoestima* e 4% da variância de *vida sexual*. Maior idade foi associada à pior QV em relação a *funcionamento físico* e *vida sexual*, mas melhor QV em *autoestima*.

IMC foi significativa e negativamente associado a todos os escores do IWQOL-Lite, explicando 34,1% da variância no escore total, 44,5% em *desconforto público* e 35,2% em *funcionamento físico*. Contudo, IMC contou apenas em pequenas proporções na variância das outras subescalas do IWQOL-Lite.

Sintomas psicológicos (medidos pelo BDI e SCL-90–CGI) foram significativa e negativamente associados com todas as escalas do IWQOL-Lite.

A condição de TCAP (presente versus ausente) não foi associada a uma porção significativa da variância em nenhuma das subescalas do IWQOL-Lite. Contudo, a interação de TCAP por gênero foi significativa para o escore total do IWQOL-Lite, *funcionamento físico* e *desconforto público*, contando com 1,2%, 1,4% e 1,2% da variância, respectivamente. Em todos os casos, mulheres eram mais adversamente afetadas pelo TCAP em termos de QV do que os homens.

De modo geral, o maior achado deste estudo foi observar que as diferenças na qualidade de vida relacionada ao peso entre pessoas obesas com e sem TCAP foi devida, em grande parte, por diferenças nas variáveis demográficas: IMC e sintomas psicológicos. Dessa forma, este estudo provê pouca evidência de que TCAP, por si só, tenha um impacto adverso na qualidade de vida relacionada ao peso.

#### **4.4.14 Estudo 14**

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Masheb e Grilo (2004) visavam examinar a QVRS em pacientes com TCAP à procura de tratamento, comparando-os com a norma americana e obesos à procura de tratamento. Os autores investigaram, ainda, a relação entre QVRS, IMC e depressão.



Para tanto, avaliaram 94 pacientes ambulatoriais que preencheram critérios do DSM-IV para TCAP e foram recrutados para um ensaio clínico randomizado para o tratamento deste transtorno.

Os sujeitos tinham entre 20 e 59 anos (média de 44.9 anos), 78,5% (n=73) eram mulheres, 78,7% (n=74) caucasianas, 56,4% (n=53) casados e 46,8% (n=44) tinham completado o ensino médio. Peso e altura foram medidos (e não referidos). O IMC médio foi de 35.2 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm$ 8.1). Os sujeitos foram excluídos se reportassem: 1) doença conhecida por afetar metabolismo e peso (diabetes, doenças da tireóide, entre outras), 2) psicose ou transtorno afetivo bipolar em algum momento da vida; 3) ideação homicida ou suicida atual; 4) abuso de dependência atual.

Para diagnóstico do TCAP, foi administrado o SCID – **Structured Clinical Interview for DSM Disorders** –, além de uma entrevista psicossocial estruturada, que visava obter dados sobre história social, desenvolvimento, histórico médico e psiquiátrico, e estado atual dos problemas relativos ao peso e alimentação. Além disso, os sujeitos preencheram os seguintes instrumentos autoaplicáveis: SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey**, para avaliação da QV, e o BDI – **Beck Depression Inventory**, para avaliação da sintomatologia depressiva.

Como grupo controle, os autores usaram os dados da norma americana (n = 2.474) do **National Survey of Functional Health Status**, e dados de obesos (n = 3.120) retirados do estudo de Fontaine et al (2000), que avaliava uma amostra de sujeitos procurando tratamento para perda de peso. Os dados demográficos desta amostra são similares aos dos pacientes com TCAP no estudo atual. Os obesos tinham idade entre 16 e 70 anos (média de 39 anos), 74% eram mulheres, 77% caucasianos, 52% casados, 56% estudaram pelo menos até o colegial. IMC médio era 38.1kg/m<sup>2</sup> ( $\pm$ 8.4)

Quanto aos resultados, os sujeitos com TCAP obtiveram escores significativamente piores do que a norma americana em todas as 8 subescalas do SF-36. O tamanho de efeito foi maior para *vitalidade, saúde mental, limitações por aspectos emocionais e aspectos sociais*. O tamanho do efeito foi de moderado a pequeno para *dor, capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, e estado geral de saúde*.

Os sujeitos com TCAP também obtiveram escores significativamente piores do que obesos a procura de tratamento em 4 das 8 subescalas: *saúde mental, limitações por*

*aspectos emocionais, aspectos sociais* (com tamanho de efeito moderado) e *vitalidade* (com tamanho de efeito pequeno). Sujeitos com TCAP obtiveram melhores escores do que sujeitos obesos em uma única subescala: *dor* (com tamanho de efeito pequeno).

Não houve correlação entre IMC e depressão. IMC foi inversa e significativamente correlacionado a *capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e aspectos sociais*. Depressão foi inversa e significativamente correlacionada a *estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais e saúde mental*. IMC foi inversa e significativamente relacionado ao componente físico do SF-36. O oposto foi verdadeiro para depressão, que foi inversa e significativamente relacionada ao componente mental do SF-36, mas não significativamente relacionada ao componente físico.

ANOVA foi usada para comparar sujeitos obesos com TCAP (n=71, IMC  $\geq$ 30) e sujeitos com TCAP não obesos (n=23, IMC < 30). Obesos com TCAP obtiveram escores significativamente piores em *capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais*. Sujeitos obesos com TCAP obtiveram escores significativamente mais baixos no componente físico do SF-36. Obesos e não-obesos com TCAP não diferiram quanto ao componente mental do SF-36.

ANOVA foi usada ainda para comparar sujeitos com TCAP deprimidos (n=47 BDI  $\geq$  16) e sujeitos com TCAP não deprimidos (n = 47, BDI < 16). O escore médio do BDI para TCAP deprimidos foi de 22.8 (variação de 16 a 38) e de 10.3 (variação de 2 a 15) para TCAP não-deprimidos. Sujeitos deprimidos com TCAP obtiveram escores significativamente piores em *estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais, e saúde mental*. Sujeitos deprimidos com TCAP obtiveram escores significativamente piores no componente mental do SF-36. Sujeitos com TCAP deprimidos e não-deprimidos não diferiram quanto ao componente físico do SF-36.

De modo geral, sujeitos com TCAP reportaram pior QVRS comparados à norma americana e que obesos à procura de tratamento. IMC e depressão foram relacionados a aspectos da QV. Sujeitos obesos com TCAP reportaram pior funcionamento no componente físico da QV do que sujeitos não obesos com TCAP, enquanto sujeitos

deprimidos com TCAP reportaram pior funcionamento no componente mental da QV do que sujeitos com TCAP não deprimidos.

As áreas mais prejudicadas para os sujeitos com TCAP incluíam domínios mais fortemente relacionados ao componente mental do SF-36 (*vitalidade, saúde mental, limitações por aspectos emocionais e aspectos sociais*).

Dentre os sujeitos com TCAP, os autores acharam uma associação negativa entre IMC e QV, mas somente no que diz respeito ao aspecto físico da QV. Depressão foi negativamente relacionada ao aspecto mental da QV, mas não ao físico.

#### **4.4.15 Estudo 15**

Por ser um estudo de coorte retrospectivo, este estudo recebeu classificação **C** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Padierna et al (2004) visavam descrever e analisar comparativamente a percepção da QV em uma amostra de pacientes com TA com diferentes tempos de evolução no início do tratamento, e a modificação da mesma após um período de dois anos de tratamento e seguimento.

Para tanto, os autores avaliaram pacientes consecutivas que entraram em tratamento no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Galdakao entre outubro de 1996 e outubro de 1997, e que foram acompanhadas até o final de 1999.

A amostra foi composta por 131 pacientes (a maioria do sexo feminino), entre 14 e 65 anos, com diagnóstico de AN (dos subtipos restritivo e purgativo) e BN. Os pacientes foram divididos em dois grupos: um grupo de pacientes não-crônicos (tempo de doença menor que 5 anos, n = 80) e um grupo de pacientes crônicos (tempo de doença maior que 5 anos, n = 51).

O tratamento consistia em intervenções psicofarmacológicas e psicoterapêuticas, que incluíam: terapia cognitivo-comportamental, orientação e aconselhamento nutricional, psicoeducação, terapia motivacional – para a estimulação da própria responsabilidade e iniciativa –, treinamento em habilidades sociais, melhora da auto-estima e da expressão emocional, e modificação da percepção distorcida da imagem corporal. Essas

intervenções eram adequadas às necessidades individuais de cada pacientes, com abordagens individuais, grupais e familiares, dirigidas por uma equipe multidisciplinar.

Os instrumentos utilizados na pesquisa (SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey**, EAT-40 – **Eating Attitudes Test**, HAD – **Hospital Anxiety and Depression Scale**) foram preenchidos em três momentos: na primeira visita após a inclusão no estudo, após 12 meses e após 24 meses. A análise em questão utiliza apenas a comparação entre a primeira visita e após 24 meses.

Os sujeitos do estudo apresentaram diferenças estatisticamente significantes com relação à idade, tempo de evolução e número de internações realizadas durante o processo de tratamento. Pacientes crônicos eram mais velhos (média de  $26,6 \pm 5,5$  versus  $19,5 \pm 3,8$ ) e passaram por mais internações. Além disso, apresentavam transtorno alimentar (AN ou BN) com mais condutas purgativas (82,35%) do que o grupo de pacientes não-crônicos (57,50%).

Quanto aos resultados, no grupo de menor tempo de doença observou-se diminuição estatisticamente significativa nas escalas de depressão, ansiedade e sintomatologia alimentar (HAD ansiedade, HAD depressão e EAT), alcançando pontuações médias, referentes à categoria de casos não psiquiátricos. Já o grupo de maior tempo de doença não alcançou nenhuma melhora estatisticamente significativa na redução sintomatológica (alimentar, ansiosa e depressiva), mantendo-se, como grupo, na categoria de prováveis casos psiquiátricos.

Com relação à QV, no início do estudo os dois grupos apresentavam QV com prejuízos similares, sem diferenças significativas nas diversas subescalas (com exceção de menor impacto na subescala de *dor* e de *aspectos sociais* no grupo de menor tempo de doença). Contudo, após o tratamento e seguimento, o grupo não-crônico melhorou de modo significativo em todas as áreas (exceto em *limitações por aspectos emocionais*), enquanto o grupo crônico não melhorou de modo significativo em nenhuma das subescalas.

De modo geral, os achados do presente estudo confirmam o impacto do tempo de evolução da doença na percepção de deterioração da QV nos sujeitos com TA, e a menor recuperação dos mesmos apesar do tratamento e seguimento. Todavia, o maior impacto da QV no grupo crônico também pode ser devido à maior presença de sintomas

purgativos, maior sintomatologia ansiosa e depressiva, à aparição mais precoce do TA e à desmoralização proveniente do maior numero de tratamento prévios fracassados.

#### 4.4.16 Estudo 16

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, De la Rie et al (2005) visavam comparar a qualidade de vida de pacientes com TA atual e paciente que manifestaram TA no passado, retirados de uma amostra da comunidade, com um grupo de referência normal e um grupo de pacientes com transtornos do humor. As diferenças entre os tipos de TA, bem como os fatores que contribuem para a qualidade de vida, foram examinados. Dentre os fatores que contribuem para a qualidade de vida nos TA, especial importância foi dada na investigação da auto-estima.

Os participantes do presente estudo eram voluntários em um estudo amplo de qualidade da assistência para pacientes com TA. Os participantes foram recrutados de diferentes partes do país, por diferentes métodos. A maioria foi recrutada via artigos e propagandas em jornais, revistas femininas e organizações de pacientes para TA. Outra parte da amostra foi recrutada através de clínicas especializadas em TA.

A amostra foi composta por 304 participantes: 156 pacientes (51,3%) com TA no presente – 14,5% AN (n=44), 14,1% BN (n=43), 22,7% TANE (n= 69, dos quais 10 preenchem critérios para TCAP) – e 148 (48,7%) com TA no passado (que manifestaram TA no passado, mas não preenchem critério atuais para TA).

Quanto aos dados demográficos, a amostra foi composta por maioria feminina, com idade média de 28,7 anos e média de duração da doença de 9 anos. Não foi encontrada nenhuma diferença sociodemográfica entre os grupos diagnósticos.

O diagnóstico de TA foi feito com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV. Os participantes preencheram o EDE-Q – **Eating Disorders Examination**, versão questionário – e responderam perguntas sobre peso, altura e menstruação relativos ao período em que sofreram mais com o TA (pior período). Os participantes que preencheram

critérios naquele período foram incluídos no estudo. Após um rastreamento positivo para o diagnóstico de TA, os sujeitos preencheram o EDE-Q novamente, mas agora para acessar a psicopatologia do TA.

Além do EDE-Q, foram aplicados o SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey** –, para avaliação da QV, e o RSE – **Rosenberg's Self Steem Scale** – para avaliação da autoestima. Associado aos questionários, fez-se perguntas sobre fatores pessoais e contextuais (tais como características sócio-demográficas), queixas psicológicas atuais (ansiedade, depressão, comportamento obsessivo-compulsivo) e história traumática (abuso sexual, físico ou negligência emocional).

Quanto aos resultados, observou-se que pacientes com TA obtiveram escores significativamente mais baixos do que pacientes com TA no passado nas seguintes subescalas do SF-36: *limitações por aspectos físicos, limitações por aspectos emocionais, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental*.

A análise de variância não revelou nenhuma diferença significativa entre os grupos diagnósticos de TA com relação à qualidade de vida, exceto na subescala *estado geral de saúde*, na qual pacientes com AN e TANE apresentaram escores mais baixos do que os participantes com TA no passado (o que não se observou para BN).

Pacientes com TA no presente obtiveram escores significativamente mais baixos do que o grupo de referência de mulheres da Holanda, exceto na subescala *capacidade funcional*. Ao passo que os participantes com TA no passado obtiveram escores mais baixos do que o grupo de referência em todas as subescalas, exceto *dor*.

Pacientes com TA obtiveram escores mais baixos em quase todas subescalas do que um grupo de sujeitos holandeses que preencheram critérios para transtornos do humor, de acordo com o DSM-IV, no ano anterior, exceto na subescala de *capacidade funcional*.

Pacientes com TA obtiveram escores significativamente melhores nas subescalas *capacidade funcional* e *dor* do que pacientes clinicamente deprimidos (comparação feita com dados já publicados de uma amostra americana).

Usando modelo de análise linear, os autores investigaram a associação entre cada subescala do SF-36 (variável dependente) e fatores pessoais, contextuais e da patologia do TA (variáveis independentes) para dois grupos: TA no presente e TA no passado.

Sobre esta análise, vale ressaltar que menor duração da doença foi associada com mais altos escores em *dor*, para os dois grupos. Viver em áreas rurais, maior preocupação com forma corporal no passado, ausência de queixas psicológicas e menor preocupação com o peso no passado, foram associados com escores mais altos em *limitações por aspectos emocionais*, no grupo com TA no presente. Para o grupo de TA no passado, maiores escores em *limitações por aspectos emocionais* foram associados à ausência de queixas psicológicas e maior autoestima. Maior autoestima foi associada com escores mais altos em *vitalidade e estado geral de saúde*, para o grupo de TA no presente, e com *limitações por aspectos físicos*, para o grupo de TA no passado.

De modo geral, identificou-se que a qualidade de vida de pacientes com TA foi substancialmente pior do que a qualidade de vida do grupo de referência normal e ainda pior do que a qualidade de vida de pacientes com transtorno do humor. Estes achados enfatizam o impacto do TA no bem-estar físico, psicológico e social, mesmo após a recuperação dos sintomas. A auto-estima mostrou grande associação com a qualidade de vida de ambos, pacientes com TA no presente e no passado, bem como a gravidade do TA, associada à QV mais pobre. Além disso, os achados mostram que o SF-36 diferencia entre pacientes com TA e participantes com TA no passado, mas não entre os grupos diagnósticos.

#### **4.4.17 Estudo 17**

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Mond et al (2005) visavam examinar a qualidade de vida dentre os subgrupos de pacientes com transtornos alimentares. Esperava-se que os pacientes com TA apresentassem maiores prejuízos na qualidade de vida do que o grupo controle e que, na comparação intragrupos de TA, AN apresentasse menores prejuízos.

Para tanto, os autores enviaram pelo correio um pacote de questionários auto-aplicáveis para todos os indivíduos que entraram no programa de tratamento do TA, no **Australian Capital Territory (ACT) Eating Disorder Day Program**, entre março de 2001

e março de 2002. Este pacote de questionários incluía o EDE-Q – **Eating Disorders Examination**, versão questionário – para avaliação da sintomatologia alimentar, K-10 – **The Kessler Psychological Distress Scale** – para avaliação do desconforto psicológico geral, sintomas ansiosos e depressivos, o SF-12 – **Short-Form 12 Health Survey** – para avaliação da QVRS, o WHOQOL-BREF – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, versão abreviada – para avaliação da QV subjetiva, além da investigação de características sócio-demográficas.

Cento e trinta e cinco questionários completos foram recebidos. Destes, 40 sujeitos foram excluídos por não preencherem todos os critérios para AN ou BN, e 8 foram excluídos por não preencher todos os critérios para TCAP. Dessa forma, a amostra final contou com 87 sujeitos com TA (15 pacientes com AN do subtipo purgativo, 19 pacientes com AN do subtipo restritivo, 40 pacientes com BN, 10 pacientes com TCAP). Sujeitos que tinham perdido muito peso, a partir de um IMC alto, foram classificados como anorexia nervosa (critério menos estrito do que  $IMC \leq 17,5$ ). Quando a avaliação clínica não diferenciou a anorexia pelo subtipo, a classificação foi feita com base na resposta do EDE-Q.

O grupo controle do presente estudo foi composto por 495 mulheres da população geral. Esta amostra completou questionários similares aos das pacientes com TA. O IMC do grupo controle foi calculado por peso e altura referidos. A amostra era representativa da população de jovens mulheres em relação às características sociodemográficas, tais como, estado conjugal, educação e emprego (Mond et al, 2004).

Quanto aos resultados, observou-se que os escores médios dos pacientes com TA nas subescalas do SF-12 e do WHOQOL-BREF foram significativamente mais baixos do que os escores do grupo controle. Quando os escores das medidas de qualidade de vida foram comparados entre os subgrupos de TA observou-se: os escores do componente mental (MCS) do SF-12 foram significativamente mais altos (menor prejuízo) entre as pacientes com AN do subtipo restritivo do que AN do subtipo purgativo e BN, enquanto na escala de relacionamento social do WHOQOL-BREF os escores do grupo de AN do subtipo restritivo eram significativamente mais altos (indicando maior satisfação) do que AN do subtipo purgativo e BN. As diferenças entre os grupos continuaram significantes depois de controlar para os escores no K-10 (MCS:  $F_{(3,73)} = 5.49$ ,  $P < 0.01$ ; QoLS:  $F_{(3,74)} =$



4.22,  $p < 0.01$ ). Houve tendência dos escores da escala de saúde psicológica (da medida subjetiva) serem mais altos dentre as pacientes com AN do subtipo restritivo do que AN do subtipo purgativo e TCAP, enquanto os escores no componente físico do SF-12 tenderam a ser mais baixos (maior prejuízo) nos pacientes com TCAP com relação aos outros subgrupos. Contudo, essas diferenças não atingiram significância estatística.

De modo geral, os achados principais foram como previstos. Pacientes com TA, juntos, apresentam maior prejuízo nas medidas de QVRS e QV subjetiva quando comparados ao grupo controle. Contudo, nas duas medidas, pacientes com AN restritiva mostraram menor deterioração (significativa) na qualidade de vida do que os pacientes dos outros grupos, após controlar para níveis de desconforto psicológico normal. Além disso, pacientes com TCAP tendem a apresentar escores mais baixos no componente físico do SF-12 do que outros pacientes, indicando pobre saúde física.

Os autores sugerem considerações e interpretações cuidadosas na avaliação da QV subjetiva de pacientes com TA, especialmente para pacientes com AN.

#### **4.4.18 Estudo 18**

Por ser um ensaio clínico randomizado, duplo cego e com bom follow-up (81,7%), este estudo recebeu classificação **A** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Nickel et al (2005) visavam avaliar o efeito do topiramato nos comportamentos compulsivos, comportamentos purgativos, peso corporal e QVRS em pacientes com BN.

Para tanto, os autores recrutaram, através de anúncios, mulheres que sofriam de BN. Inicialmente, 102 mulheres concordaram em participar do estudo. Informações iniciais a respeito do estado de saúde foram obtidas pelo telefone. Mulheres com mais de 18 anos que preenchiam critério diagnósticos para BN, segundo o DSM-IV, há pelo menos 12 meses foram incluídas no estudo. Os critérios de exclusão foram presença de transtornos psicótico ou bipolar, ou uso atual de topiramato. Os sujeitos também foram excluídos se tinham uma doença somática grave, idéias suicidas ou abusavam de álcool ou drogas.

Da amostra inicial, 81 sujeitos foram considerados elegíveis. O cálculo sobre o tamanho necessário da amostra resultou em uma amostra de 60 pacientes, randomizadas em dois grupos: grupo em uso de topiramato (n = 30) e grupo em uso de placebo (n = 30).

Os participantes passaram por uma entrevista, na qual receberam informações sobre a pesquisa e efeitos colaterais. Depois, aplicou-se o SCID-I e SCID-II, para avaliação do TA e comorbidades psiquiátricas, além de exames físico e laboratorial.

Todas as purgações e compulsões alimentares foram registradas semanalmente. Para avaliar QV, aplicou-se a versão alemã do SF-36 – Short-Form 36 Health Survey.

Os pacientes foram acompanhados semanalmente, entre maio e julho de 2004. Nestas visitas eram pesados, preenchiam o SF-36 e reportavam os comportamentos compulsivos e purgativos da semana anterior, que mantinham registrados em um diário. Além disso, os efeitos colaterais do topiramato, cuja dose inicial foi de 25mg, chegando à dose máxima de 250mg na sexta semana, eram avaliados através de um questionário não estruturado.

Após 10 semanas, os dois grupos foram testados pela ultima vez e avaliados fisicamente. Onze pacientes (5 do grupo topiramato e 6 do grupo placebo) abandonaram o estudo.

Quanto aos resultados, os dois grupos eram comparáveis em termos de idade, altura, peso, purgação e compulsão iniciais, tratamento psiquiátrico, comorbidade e escores no SF-36. Todavia, o tratamento com topiramato produziu mudanças significativamente maiores do que o placebo com relação aos comportamentos compulsivos e purgativos, além de maior redução do peso corporal. Com relação à QV, o grupo topiramato apresentou melhoras significativamente maiores na QV do que o grupo placebo (tabela 4).

**Tabela 4. Comparação entre o grupo topiramato e o grupo placebo com relação ao peso, compulsões alimentares, purgações e escores nas subescalas do SF-36.**

	Peso (kg)	Ca/Pu	CF	LF	D	SG	V	AS	LE	SM
Valores iniciais	Média/DP	Média/DP	Média/DP	Média/DP	Média/DP	Média/DP	Média/DP	Média/DP	Média/DP	Média/DP
TG (n=30)	64.9 ± 5.8	8.0 ± 3.0	67.2 ± 6.5	57.1 ± 6.0	59.8 ± 7.2	51.0 ± 5.3	52.3 ± 4.1	64.9 ± 6.2	61.2 ± 8.0	60.9 ± 6.1
PG (n=30)	64.5 ± 6.1	8.0 ± 2.8	65.4 ± 5.8	57.1 ± 5.3	61.5 ± 7.0	53.6 ± 5.5	53.3 ± 5.3	64.1 ± 7.7	57.6 ± 8.2	60.4 ± 6.2
Valores finais										
TG (n=30)	60.9 ± 5.5	4.6 ± 2.2	71.2 ± 6.6	60.5 ± 5.9	62.0 ± 7.6	60.7 ± 5.6	60.5 ± 6.0	69.6 ± 9.5	68.1 ± 7.4	66.2 ± 6.5
PG (n=30)	64.2 ± 6.0	7.9 ± 2.7	66.0 ± 5.6	57.6 ± 5.5	61.8 ± 7.2	53.7 ± 5.7	53.5 ± 5.5	64.1 ± 7.6	57.9 ± 7.9	60.5 ± 6.2

Ca/Pu: compulsão alimentar e purgação, por semana.

Escala do SF-36 – CF: capacidade funcional; LF: limitação por aspectos físicos; D: dor; SG: estado geral de saúde; V: vitalidade; AS: aspectos sociais; LE: limitações por aspectos emocionais/ SM: saúde mental.

Em suma, topiramato parece ser seguro e efetivo na perda de peso, melhora dos comportamentos compulsivos, purgativos e na QVRS de mulheres com BN.

#### 4.4.19 Estudo 19

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Rieger et al (2005) visavam clarear a relação entre TCAP e QV, comparando obesos com e sem TCAP. Os autores estavam interessados em investigar se a presença de TCAP em indivíduos obesos está associada a maior prejuízo na qualidade de vida do que somente a obesidade.

Para tanto, selecionaram duas amostras de obesos a procura de tratamento. A amostra de TCAP (n = 56 participantes; 50 mulheres e 6 homens) foi constituída por sujeitos de dois lugares (San Diego e Minneapolis) que estavam envolvidos em um ensaio clínico multi-cêntrico e randomizado para testar a efetividade de uma medicação para perda de peso no tratamento de TCAP. A amostra de obesos sem TCAP (n=62; 12

homens e 50 mulheres) foi composta por adultos de San Diego que faziam parte de um ensaio clínico randomizado que investigava a efetividade de várias intervenções psicológicas na manutenção da perda de peso de crianças e seus pais. Os sujeitos das duas amostras tinham IMC > 30 e eram excluídos se tinham diagnóstico atual ou prévio de doenças psiquiátricas ou quadros clínicos graves. Não houve diferença estatisticamente significativa de idade e IMC entre sujeitos com TCAP (idade média:  $42 \pm 10$  anos; IMC:  $36,6 \pm 5,1$  kg/m<sup>2</sup>) e sujeitos sem-TCAP (idade média:  $36,6 \pm 5,1$  anos; IMC:  $37 \pm 4,9$  kg/m<sup>2</sup>).

O diagnóstico de TCAP foi feito através de uma entrevista clínica semi-estruturada para TA. Os instrumentos aplicados foram: EDE – **Eating Disorders Examination** – (na amostra de TCAP), o EDE-Q – **Eating Disorders Examination**, versão questionário – (na amostra de não-TCAP). Dado que o EDE-Q tende a superestimar a presença de compulsão alimentar, toda referência a excesso alimentar e/ou perda de controle, bem como altos escores em qualquer item do EDE-Q, foram seguidos de entrevista clínica. Se houvesse alguma ambigüidade quanto ao diagnóstico de TCAP, o EDE era administrado. O PRIME-MD – **The Primary Care Evaluation of Mental Disorders** – foi administrado para identificar indivíduos com transtornos psiquiátricos. O instrumento é composto por dois componentes: um rastreamento autoaplicável e uma entrevista clínica diagnóstica, aplicada naqueles que são positivamente identificados na fase de rastreamento. Para avaliar a QV, aplicou-se o IWQOL-Lite – **Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire**.

No que tange aos resultados, observou-se que os escores dos sujeitos com TCAP foram significativamente mais altos (piores) do que os dos sujeitos sem TCAP nas escalas: *trabalho*, *desconforto público*, *vida sexual* e *autoestima*, bem como no escore total do IWQOL-Lite. Este resultado indica maior prejuízo nos obesos com TCAP nesses quatro domínios da qualidade de vida, assim como na qualidade de vida geral. Não houve diferença significativa entre os dois grupos na escala de *funcionamento físico* (tabela 5).

**Tabela 5. Escores médios nas subescalas do IWQOL-Lite para os dois grupos.**

IWQOL-Lite (subescalas)	TCAP	Sem TCAP	Valor p	$\eta^2$
	Média / DP	Média / DP		
Trabalho	7.75 ± 3.16	6.53 ± 2.75	.027	.041
Desconforto público	70.13 ± 4.08	8.48 ± 3.72	.024	.043
Vida sexual	9.11 ± 3.57	7.61 ± 3.51	.021	.015
Funcionamento físico	25.23 ± 10.2	20.98 ± 16.27	.095	.024
Autoestima	21.79 ± 6.74	17.53 ± 6.65	.001	.093
Total	74.04 ± 19.29	61.15 ± 26.31	.003	.072

Na análise de correlação entre QV e IMC, houve uma correlação positiva entre IMC e duas escalas do IWQOL-Lite: *desconforto público* e *funcionamento físico*. A presença de IMC mais alto foi associado a maiores prejuízos nestas duas escalas.

Os resultados do presente estudo indicam que a obesidade parece ter maior impacto sobre as dimensões físicas da QV, enquanto sujeitos obesos com TCAP apresentaram prejuízos também nos domínios psicossociais. Dado que as amostras eram similares em termos de IMC, os prejuízos psicossociais não podem ser atribuído à obesidade isoladamente.

#### 4.4.20 Estudo 20

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Scocco et al (2006) visavam comparar os escores de QV (WHOQOL-100) de pacientes com TA ou obesidade com um grupo controle. Posteriormente, foi analisada a relação entre a autoavaliação da QV e a avaliação da mesma feita por um informante.

Para tanto, os autores contaram com uma amostra de 63 sujeitos do sexo feminino: 12 pacientes com TA (3 BN e 9 AN), 29 sujeitos obesos e 22 sujeitos como grupo controle. Os sujeitos com TA e obesidade foram recrutados de centros médicos da Itália. O grupo controle foi composto por sujeitos da população geral sem história pessoal e familiar de transtornos mentais, com IMC normal, e que foram submetidos a uma entrevista clínica. A idade média dos sujeitos envolvidos era: 25,33 anos ( $\pm$  6.67) para o grupo de TA, 25,9 anos ( $\pm$  6.24) para o grupo de obesos e 29,64 anos ( $\pm$  5.69) para o grupo controle.

Todos os pacientes (TA e obesos) foram avaliados por um psiquiatra experiente no diagnóstico e tratamento desses quadros, e foram submetidos à entrevista clínica estruturada do DSM-IV (SCID-I).

Para os sujeitos com TA ou obesidade, os autores selecionaram 41 informantes, um para cada pacientes. O critério exigido para ser um informante elegível era manter contato com os pacientes pelo menos 3 vezes por semana. Quando um informante não podia ser identificado, o sujeito era excluído do estudo. Não foi usado informante para o grupo controle. A idade média dos informantes era de 36,9 anos ( $\pm$  11,81, com variação de 18 a 68 anos). A maior parte (63,4%, n=26) eram mulheres e possuíam a seguinte relação com os sujeitos: 73,2% (n=30) eram parentes, 19,5% (n=8) eram amigos, 7,3% (n=3) eram parceiros. As questões foram respondidas pela mãe em 19,1% (n=12), pelo pai em 4,8% (n=3), pelo marido em 9,5% (n=6), pelos irmãos em 9,5% (n=6), pelos primos ou cunhada em 3,2% (n=2). Mais da metade dos informantes (63,4%, n=26) viviam com os pacientes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os informantes de pacientes com TA e obesidade.

A QV dos pacientes e do grupo controle foi avaliada com o WHOQOL-100 – instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS. Os informantes preencheram o QOL-P, uma versão **proxy** do instrumento de qualidade de vida da OMS.

O WHOQOL-100 é um instrumento que possui 100 questões, divididas em 6 domínios: *físico, independência, ambiente, psicológico, relacionamento sociais, e espiritual*.

O QOL-P (**Quality of Life-Proxy**) é um instrumento de 30 itens desenvolvido pela seleção dos itens do WHOQOL-100 que podem ser respondidos por uma outra pessoa. O critério principal na seleção das questões do WHOQOL-100 era o fato dos itens serem

referidos a comportamentos e situações que eram observados ou poderiam ser inferidas por uma avaliação externa. Em particular, questões explorando satisfação pessoal ou que diretamente investigavam áreas privadas da vida (tal como vida sexual ou sentimentos internos), que podiam afetar a confiabilidade da resposta, não foram incluídas. O instrumento cobre 5 dimensões (todas as áreas do WHOQOL-100, exceto o domínio espiritual) e três itens que visam avaliar a saúde e QV geral. O preenchimento leva 20 minutos. A confiabilidade teste-reteste foi avaliada em uma amostra de 48 informantes de pacientes psiquiátricos em condições estáveis. A correlação entre duas administrações consecutivas em um período de 15-20 dias variou de 0.75 a 0.88 (Ruggeri et al, 2002).

Quanto aos resultados, houve uma diferença estatisticamente significativa nos escores de todas as áreas do WHOQOL-100 entre os três grupos de mulheres: TA, obesidade e controles. Sujeitos com TA apresentaram escore médio com a maior diferença em relação aos outros grupos em todos os domínios, mostrando QV mais prejudicada. O grupo controle não diferiu significativamente do grupo de obesas (tabela 6).

**Tabela 6. Diferenças nos escores das subescalas da QV (WHOQOL-100) entre os três grupos.**

	Físico	Psicológico	Independência	Relações Sociais	Ambiente	Espiritual
	Média / DP	Média / DP	Média / DP	Média / DP	Média / DP	Média / DP
<b>Controle</b>	70.83±10.12	66.16 ± 10.33	82.09 ± 9.22	68.09 ± 11.60	60.97 ± 12.73	68.15 ± 20.62
<b>TA</b>	51.16±23.74	34.01 ± 10.12	49.7 ± 22.56	38.74 ± 21.85	47.66 ± 14.50	35.76 ± 29.04
<b>Obesidade</b>	73.06±14.06	61.38 ± 15.54	79.96 ± 10.90	68.96 ± 12.32	62.07 ± 9.28	77.15 ± 17.30

Quando a avaliação da QV feita pelos pacientes foi comparada à avaliação feita pelos informantes, observou-se algumas diferenças estatisticamente significantes. No grupo de obesos, nota-se que os pacientes percebem pior QV no domínio psicológico do que referiam seus informantes ( $53.37 \pm 21.43$  versus  $63.66 \pm 18.47$ , respectivamente). No grupo de TA, a diferenças significantes seguiram o mesmo padrão e foram observadas nos seguintes domínios: *independência* (sujeitos:  $49,70 \pm 22.56$ ; informantes:  $63.69 \pm 19.01$ ) e *ambiente* (sujeitos  $47.66 \pm 14.5$ ; informante  $59.51 \pm 17.14$ ). Para estes grupos e nestes domínios, os pacientes percebiam a QV mais prejudicada do que julgavam seus informantes.

De modo geral, os dados mostram que sujeitos com TA apresentam QV reduzida quando comparados a sujeitos obesos e mulheres saudáveis. Contrariamente a outros achados, o grupo de mulheres obesas não diferiu significativamente do grupo controle em nenhum dos domínios testados. Além disso, em alguns domínios a avaliação da QV feita pelos próprios pacientes parece ser pior do que a avaliação feita por pessoas próximas aos mesmos, dado condizente com outros estudos que avaliaram esta questão com populações afetadas por outros quadros (Berlowitz et al, 1995; Hays et al, 1995; Sneeuw et al, 1997).

#### 4.4.21 Estudo 21

Por ser um estudo de coorte sem grupo controle concomitante, este estudo recebeu classificação **C** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, McHugh (2007) visava determinar o quanto a predisposição à mudança no início do tratamento residencial predizia o tempo de permanência e um desfecho de curto prazo favorável.

Para tanto, o autor selecionou, por conveniência, uma amostra de adolescentes do sexo feminino com AN (n=65), entre 14 e 19 anos, admitidas para tratamento residencial em um centro de tratamento da Filadélfia (**Renfrew Center of Philadelphia**).

O tratamento residencial consiste em um programa intensivo (24 horas/dia, 7 dias/semana), composto por terapia individual, terapia em grupo, terapia familiar, tratamento nutricional e médico.

Para a admissão no estudo, as pacientes precisavam ter o diagnóstico confirmado pelo psiquiatra.

Posteriormente, as pacientes preencheram o ANSOCQ – **The Anorexia Nervosa Stage of Change Questionnaire** – para avaliação da predisposição à mudança, variável selecionada pela habilidade de predizer o tempo de um desfecho de curto prazo favorável, definido por: ganho de peso, redução do desejo de emagrecer, da depressão, da ansiedade e melhora da QVRS. Este desfecho foi avaliado pelos seguintes instrumentos, que foram preenchidos na admissão e na saída: EDI-2 – **Eating Disorder Inventory 2**



(subescala “desejo de emagrecer”), para avaliar a gravidade da AN, BDI – **Beck Depression Inventory** – para avaliação da sintomatologia depressiva, BAI – **Beck Anxiety Inventory** – para avaliação da sintomatologia ansiosa, e SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey** – para avaliação da QV. O ganho de peso foi avaliado pelo percentil 85, baseado na curva de peso por idade.

A amostra foi dividida de acordo com a predisposição à mudança: baixa predisposição á mudança (n=32, 49%), e alta predisposição á mudança (n= 33, 51%). Não houve diferença entre os grupos em relação à idade e nem à tratamento prévio. Todas as pacientes eram caucasianas e possuíam plano de saúde privado.

Participantes com um alto nível de predisposição a mudança foram admitidos com uma porcentagem mais baixa do peso ideal (menor peso). Participantes com baixo nível de predisposição a mudança apresentaram maior tempo de permanência.

A melhora das pacientes e sua classificação após o tratamento seguiram os critérios descritos na tabela 7.

Tabela 7. Critérios para classificação de melhora ou não-melhora das pacientes após tratamento.

<b>Melhor</b>	<b>Não melhor</b>
Pelo menos 85% do peso ideal	Abaixo de 85% do peso ideal
Escore $\leq 14$ na subescala <i>desejo de emagrecer</i> do EDI-2	Escore $> 14$ na subescala <i>desejo de emagrecer</i> do EDI-2
BDI $\leq 29$	BDI $> 29$
BAI $\leq 30$	BAI $> 30$
Componente físico do SF-36* $> 39.6$	Componente físico do SF-36* $< 39.6$
Componente mental do SF-36* $> 21.7$	Componente mental do SF-36* $< 21.7$

\* A norma americana para ambos os componentes do SF-36 é de 50.

Quanto aos resultados, observou-se que 40% (n=26) dos sujeitos saíram sem atingir 85% do peso ideal ou um IMC maior que 17.5kg/m<sup>2</sup>. Os sujeitos que saíram com peso abaixo de 85% do peso ideal apresentaram tempo de permanência médio de 26 dias e ganharam cerca de 1kg ( $\pm 0.79$ ) por semana. Os participantes que atingiram 85% do peso ideal apresentaram tempo de permanência médio de 30 dias e ganharam em média 1,34kg ( $\pm 0.64$ ) por semana. Metade dos participantes (51%, n=33) apresentou, na admissão, escores acima de 14 na escala *desejo de emagrecer* do EDI-2. Ainda quanto à

admissão, 66% (n=43) reportaram depressão de moderada a grave e 49% (n=32) reportaram ansiedade de moderada a grave. A QV estava abaixo da norma americana. Para o componente mental, 95% (n=62) apresentaram escores mais baixos do que a norma americana, com um escore médio de 27.9 ( $\pm 11.7$ ). Para o componente físico, esta porcentagem ficou em 55% (n=36), com um escore médio de 46.3 ( $\pm 8.9$ ).

A predisposição à mudança também melhorou da admissão para a saída. A maior parte dos sujeitos preencheu a maioria dos critérios de desfecho individualmente. Contudo, o ganho de peso mostrou-se complicado, com apenas 40% (n=26) saindo com 85% ou mais do peso ideal. Além disso, enquanto a maioria dos sujeitos preencheu os critérios de desfecho para o componente mental da QV na saída, 81% dos sujeitos saíram com um escore abaixo da norma americana. Metade dos sujeitos (51%) saiu com um escore no componente físico abaixo da norma americana. Finalmente, apesar de ter sido estabelecido um critério mínimo, a variável de desfecho composta provou ser um padrão relativamente alto, de modo que apenas 26% (n= 17) dos sujeitos preencheram todos os critérios definidos como um bom desfecho de curto prazo.

Após controle para idade e tratamento residencial ou internações prévias, houve diferença significativa com relação à melhora na saída e altos níveis de predisposição à mudança na admissão em todas as medidas de desfecho, exceto 85% do peso ideal e o componente físico da QV. O nível de predisposição a mudança na admissão foi, ainda, um preditor de tempo para desfecho favorável de curto prazo na saída.

#### **4.4.22 Estudo 22**

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Colles et al (2008) visavam explorar a inter-relação entre as características centrais da compulsão alimentar e três marcadores de desconforto psicológico em TCAP (sintomas depressivos, insatisfação com a aparência, e QV mental).

Os autores tinham como hipótese que o desconforto psicológico ligado ao TCAP e à compulsão alimentar fosse mais fortemente associado à perda de controle alimentar.

Para tanto, foram recrutados participantes de três grupos distintos entre agosto de 2004 e janeiro de 2006. O primeiro grupo foi composto por membros da comunidade que não estavam tentando perder peso, os quais responderam às propagandas colocadas em duas universidades australianas. O segundo grupo foi composto por participantes de grupos de suporte para perda de peso (“**Take Off Weight Naturally**”), que foram selecionados pelas propagandas colocadas nestas reuniões. Candidatos à cirurgia bariátrica aceitos no programa do Centro de Cirurgia Bariátrica de um hospital da Austrália compuseram o terceiro grupo. O critério de inclusão para este grupo requeria IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>, ou IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> com comorbidade significativa. Os participantes eram convidados a se juntar ao estudo no momento da aceitação no programa.

A amostra foi constituída por homens e mulheres entre 18 e 70 anos, os quais eram excluídos se já tivessem feito uma cirurgia bariátrica prévia. Foram distribuídos 648 pacotes de questionários e 431 elegíveis retornaram (taxa de resposta = 66,5%). O peso e altura referidos foram confrontados com aqueles realizados recentemente nas clínicas. Os dados demográficos dos participantes da comunidade e do grupo de suporte foram auto-referidos.

Para rastreamento de TCAP, aplicou-se o QEWP-R – **Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised**. Os sujeitos que reportaram qualquer característica de compulsão alimentar passaram por entrevista clínica semi-estruturada (70%) ou entrevista pelo telefone (30%). Esta entrevista visava determinação acurada: 1) da quantidade consumida durante o episódio de compulsão alimentar, 2) da experiência de perda de controle, 3) do nível de angústia, e 4) da frequência da compulsão alimentar.

O sujeitos foram divididos em 3 grupos:

- 1) Critérios completos para TCAP (TCAP, n=38):  $\geq 2$  episódios de compulsão alimentar objetivos por semana, angústia e perda de controle. Para este grupo, a quantidade de comida era considerada grande pelo sujeito e pelo entrevistador.
- 2) Perda de controle subjetiva (n=46): perda de controle em compulsão alimentar subjetiva. Para este grupo, a quantidade de comida era considerada grande pelo sujeito, mas não pelo entrevistador. Portanto, este grupo não incluiu pessoas com compulsões alimentares objetivas.

**3) Sem compulsão alimentar (n=307):** sujeitos sem perda de controle associado a um excesso alimentar, quer objetivo, quer subjetivo.

Quarenta sujeitos reportaram perda de controle alimentar, mas não preencheram os critérios de nenhum subgrupo. Alguns sujeitos reportaram uma frequência menor que 2x/semana, outros reportaram episódios de compulsão alimentar objetivos e subjetivos sem angústia. Esses 40 sujeitos foram excluídos dos subgrupos de compulsão alimentar, mas também não foram considerados sem compulsão alimentar. Contudo, foram incluídos em uma das análises, devidamente sinalizada no texto pelos autores.

Além do QEWP-R e da entrevista, os autores investigaram comportamento alimentar, usando o TEFQ – **Three-Factor Eating Questionnaire** – e o **Cancer Council Victoria Food Frequency Questionnaire**, usado para avaliar a ingestão usual do sujeito. Os autores avaliaram, ainda, sintomatologia depressiva, com o BDI – **Beck Depression Inventory** –, insatisfação com a aparência, com o **Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire** (medida de insatisfação com a aparência ou angustia relativa à imagem corporal), e QVRS, com o SF-36 — **Short-Form 36 Health Survey**.

Quanto aos resultados, os 3 grupos recrutados (comunidade, grupo de suporte e candidatos à cirurgia) diferiram quanto a intenção de perder peso, dados demográficos, característica clínicas e psicológicas.

Sujeitos classificados como TCAP foram mais frequentes no grupo de cirurgia bariátrica, comparando aos outros dois grupos selecionados. A distribuição dos sujeitos com perda de controle subjetiva não diferiu entre os grupos.

O índice de massa corporal mostrou-se mais alto para o grupo com TCAP. O grupo de perda de controle subjetiva apresentou IMC maior que o grupo sem compulsão alimentar. Não houve diferença de gênero e idade entre os 3 grupos. Insatisfação com a aparência e perturbação emocional associados à perda de controle alimentar foram mais altos em no grupo com TCAP e diferiram em todos os grupos. O prejuízo na QVRS também foi mais alto para TCAP e não diferiu entre o grupo de perda de controle subjetiva e sujeitos sem compulsão alimentar. O escore da sintomatologia depressiva não diferiu significativamente entre sujeitos com TCAP e sujeitos com perda de controle subjetiva,

embora o escore médio para TCAP fosse classificado “moderado”, enquanto o escore médio para o grupo de perda de controle subjetiva fosse classificado como “leve”.

Os subgrupos de TCAP e perda de controle subjetiva foram cuidadosamente pareados com relação à origem do recrutamento, IMC, idade e gênero com um grupo de comparação derivado do grupo sem compulsão alimentar. Comparados com os controles pareados, TCAP apresentaram sintomas depressivos significativamente mais altos, maior insatisfação com a aparência e QV mais pobre. O escore médio do BDI foi 20 (escore moderado) para TCAP e 12 (escore leve) para perda de controle subjetiva. TCAP reportaram maior angústia relativa à perda de controle. *Desinibição, fome percebida* (TEFQ) e ingestão alimentar usual estavam igualmente aumentadas.

Altos níveis de desconforto psicológico também foram observados quando o grupo de perda de controle subjetiva foi comparado aos controles pareados. Nesta comparação, o primeiro grupo apresentou sintomatologia depressiva mais elevada, maior insatisfação com a aparência, maior angústia frente à perda de controle e maior *desinibição e fome percebida*.

Foi usada regressão linear para explorar qual comportamento característico da compulsão alimentar melhor predizia escores elevados no BDI e na medida de insatisfação com a aparência, e baixos escores do componente mental do SF-36. Para esta avaliação, os 431 sujeitos foram considerados, isto é, os três grupos de comparação mais os 40 sujeitos que não se enquadravam em nenhum dos grupos. Nesta análise, o componente mental do SF-36 foi associado à frequência dos episódios de compulsão alimentar objetivos, de tal modo que a frequência das compulsões alimentares parece predizer o grau de variação no componente mental do SF-36.

De modo geral, os resultados sugerem que pessoas que demonstraram grande ou extremo desconforto psicológico com relação à sensação de falta de controle sobre o comer reportaram sintomas depressivos significativamente mais altos, maior insatisfação com a aparência e qualidade de vida mais baixa. A associação entre a sensação de falta de controle e os problemas psicológicos foram maiores dentre os sujeitos classificados como TCAP, mas também foram elevados nas pessoas que reportaram compulsões alimentares subjetivas.

Apesar da frequência e do tamanho das compulsões alimentares estarem menos associados a desconfortos psicológicos, após o controle das variáveis, a frequência de compulsões alimentares objetivas mostrou associação com qualidade de vida mais pobre (componente mental).

#### 4.4.23 Estudo 23

Por ser um ensaio clínico com 38% de perda, este estudo recebeu classificação **B** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Wilfley et al (2008) visavam realizar um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, para avaliar a eficácia e segurança do tratamento com sibutramina (por 24 semanas) em sujeitos com TCAP.

Para tanto, os autores selecionaram sujeitos através de propagandas em 18 centros distintos. Participantes eram homens e mulheres entre 18 e 65 anos com IMC < 45 kg/m<sup>2</sup> (não havia IMC mínimo necessário) que preencheram os critérios do DSM-IV para TCAP.

Os sujeitos interessados completaram uma avaliação de rastreamento. Posteriormente, os sujeitos entraram na fase de inserção (**run-in**), que consistia em 4 semanas de tratamento com placebo (simples cego). Duas visitas aconteceram neste período de 4 semana (a cada 2 semanas). A cada visita, os sujeitos recebiam informações sobre ingestão calórica e controle de porção (psicoeducação, de 5 a 10 minutos a sessão). Após esta fase, os sujeitos elegíveis e que continuavam preenchendo critérios para TCAP (com um mínimo de 4 dias com episódios de compulsão alimentar nas 2 semanas anteriores) foram randomizados em dois grupos para um tratamento de 24 semanas: um grupo tomando placebo, e outro grupo tomando sibutramina 15mg/dia. Sete visitas foram realizadas no período de tratamento, a cada duas semanas nas 4 primeiras semanas e mensalmente após este período.

Dos 543 sujeitos que entraram na fase de inserção e receberam placebo, 239 não continuaram (147 responderam ao placebo e 92 descontinuaram por outras razões). Para o tratamento, realizou-se a randomização de 304 sujeitos, dos quais 152 receberam sibutramina e 152 receberam placebo. Inicialmente (**baseline**), não houve diferença entre

os grupos com relação às variáveis demográficas e clínicas. O primeiro participante foi tratado em março de 2000 e o último em abril de 2001.

O diagnóstico de TCAP no momento do rastreamento foi realizado com a versão diagnóstica do EDE para TCAP. O EDE foi aplicado por um avaliador treinado pelo Fairburn. Os sujeitos registravam os episódios compulsivos diariamente. Os episódios foram revisados pelo investigador, usando o EDE. Peso e altura foram medidos na primeira visita.

Além da entrevista, os sujeitos completaram questionários autoaplicáveis em três momentos (na primeira entrevista, após 12 semanas e após as 24 semanas), que consistiam nos seguintes instrumentos: IWQOL-Lite – **Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire**, versão abreviada – para avaliação da QV, TEFQ – **Three-Factor Eating Questionnaire** – para avaliação de atitudes e comportamentos alimentares. Foram avaliados, ainda, efeitos adversos, exames clínicos, exame físico e sinais vitais.

Quanto aos resultados, pelo menos uma medida de eficácia após a randomização foi obtida de 289 sujeitos (sibutramina = 150; placebo = 139). Contudo, 50 (32,9%) dos 152 sujeitos do grupo da sibutramina, e 65 (42,8%) do grupo placebo, não completaram as 24 semanas. As razões foram diversas: efeitos adversos, falta de eficácia, não aderência ao protocolo, desistência, razões administrativas e perda no seguimento. Os sujeitos que abandonaram o estudo não diferiram significativamente dos que o completaram em nenhuma das variáveis.

A frequência média dos episódios de compulsão alimentar diminuiu durante o período de tratamento em ambos os grupos, mas foi mais marcante no grupo da sibutramina. A média de peso foi consideravelmente reduzida no grupo da sibutramina, mas não no grupo placebo. Sujeitos em uso de sibutramina obtiveram perda de peso de 4.3kg ( $\pm 4.8$ ), enquanto sujeitos em uso de placebo perderam 0.8 kg ( $\pm 3.5$ ).

Sibutramina foi superior ao placebo nas seguintes variáveis: frequência das compulsões alimentares, IMC e porcentagem de mudança no peso e em duas escalas do TEFQ. Quanto à mudança na QV, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos.

De modo geral, sibutramina se mostrou mais efetiva do que o placebo na diminuição dos episódios de compulsão alimentar e redução de peso.

#### 4.4.24 Estudo 24

Por ser um estudo de corte transversal, este estudo recebeu classificação **D** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Latner et al (2008) visavam medir a QV em uma amostra de pacientes com TA para avaliar a contribuição dos episódios de compulsão alimentar objetivos e subjetivos na QV. Os autores achavam que a existência de compulsões alimentares de um ou ambos os tipos contribuiria significativamente para a QV.

Para tanto, investigaram 53 pacientes do sexo feminino, das quais 62% estavam em tratamento, 26% haviam sido recentemente dispensadas do tratamento e 11% esperava tratamento no **Eating Disorders Services at the Princess Margaret Hospital**, na Nova Zelândia. As pacientes preencheram os seguintes questionários, sem que nenhuma informação de prontuário fosse consultada: EDE-Q – **Eating Disorders Examination**, versão questionário –, SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey** –, BDI-II – **Beck Depression Inventory**. Dados sociodemográficos e a situação do tratamento também foram investigados.

O diagnóstico da amostra, feito com base no EDE-Q, resultou na seguinte divisão: 21% (n=11), com AN, 9% (n=5) com BN, 6% (n=3) com TCAP, 56% (n=30) com TANE (25% das quais não preencheram critérios para AN somente por ter IMC > 17,5kg/m<sup>2</sup>) e 8% (n=4) que não preenchiam mais critérios diagnósticos para TA. A idade média dos sujeitos era de 26,30 anos ( $\pm 8.98$ ) e o IMC médio de 21,58 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 7.28$ ).

Quanto aos resultados, não houve diferença nos escores do SF-36 em relação aos subgrupos diagnósticos, bem como entre pacientes em tratamento, recentemente dispensadas e na lista de espera.

A comparação dos escores das pacientes com a norma australiana e norma da Nova Zelândia sugere que o componente físico do SF-36 das pacientes com TA (média de 53.14  $\pm$  4.91) era comparável aos escores populacionais (Pop. Austrália= 48.89  $\pm$  8.70 e Pop. Nova Zelândia= 52.30  $\pm$  13.02), enquanto o componente mental estava abaixo da



população normativa (TA =  $42.99 \pm 4.61$  versus Pop. Austrália =  $45.35 \pm 12.46$  e Pop. Nova Zelândia =  $47.70 \pm 13.02$ ).

A análise de regressão examinou a contribuição das duas formas de compulsão alimentar para a QV, ao lado dos comportamentos compensatórios (exceto uso de diuréticos, presente em menos de 4% da amostra). A frequência de compulsões alimentares subjetivas contribuiu significativamente para a QV geral ( $\beta = .41$ ,  $p < .01$ ) e para o componente físico da QV ( $\beta = .38$ ,  $p < .05$ ). Comportamentos compensatórios específicos – restrição alimentar ( $\beta = .40$ ,  $p < .05$ ), abuso de laxantes ( $\beta = .31$ ,  $p < .05$ ) e vômitos auto-induzidos ( $\beta = .29$ ,  $p < .05$ ) – também contribuíram de forma significativa para a QV geral. Contudo, episódios de compulsão alimentar objetivos não contribuíram de forma independente para a QV geral, mental ou física. Quando sintomas depressivos foram incluídos na análise, somente abuso de laxante ( $\beta = .32$ ,  $p < .05$ ) e restrição alimentar ( $\beta = .31$ ,  $p < .05$ ) foram independentemente significantes. A análise de regressão predizendo os escores do componente mental do SF-36 não foi significativa.

De modo geral, os resultados mostram que a amostra de TA apresentou altos níveis de psicopatologia alimentar e geral, e QV mental abaixo da população normativa. Contudo, a qualidade de vida física e geral não foram dramaticamente abaixo da norma populacional. Este achado difere de achados anteriores, nos quais a QV de pacientes com TA mostra prejuízo substancial, mas é similar aos resultados encontrados em outros estudos, nos quais pacientes com AN reportaram QV surpreendentemente alta (Mond et al, 2005; Padierna et al, 2000).

## 4.5 Estudos com amostras populacionais

A tabela 8 abaixo apresenta a lista dos estudo com amostras populacionais.

**Tabela 8. Estudos incluídos que avaliam QV a partir de amostras populacionais (n=8)**

ESTUDO	AUTOR	ANO	PAÍS	HD	INSTRUM. QV
1	Bijl & Ravelli.	2000	Holanda	TA	SF-36
2	Doll et al.	2005	Inglaterra	AN, BN, TCAP	SF-36
3	Grucza et al.	2007	EUA	TCAP	SF-12
4	Hay.	2003	Austrália	Mulheres da comunidade com e sem comportamentos compulsivos e purgativos	SF-36 e AQoL
5	Mond et al.	2004a	Austrália	Mulheres que se exercitavam c/ e s/ sint. alimentar	WHOQOL-BREF
6	Mond et al.	2004b	Austrália	TANE	SF-12
7	Mond et al.	2006	Austrália	TA do tipo bulímico que não preenche critérios formais para BN, isto é, TANE.	SF-12
8	Mond et al.	2007	Austrália	TCAP (mulheres)	SF-12 e WHOQOL-BREF

## 4.6 Análise da qualidade metodológica dos estudos de prevalência

A tabela 9 abaixo apresenta os critérios de avaliação metodológica dos estudos com amostras populacionais<sup>5</sup>, bem como suas respectivas classificações.

**Tabela 9. Critérios e classificação da avaliação metodológicas dos estudos com amostras populacionais**

Questões importantes na avaliação metodológica dos estudos de prevalência	Critérios necessários para atingir qualidade metodológica aceitável.	Bijl & Ravelli, 2000	Doll et al, 2005	Grucza et al, 2007	Hay, 2003	Monde t al, 2004a	Monde t al, 2004b	Mond et al, 2006	Mond et al, 2007
<b>AMOSTRA</b>		N= 7147	N = 1439	N = 917	N = 3010	N = 169	N = 208	N = 5232	N = 110
1) O desenho do levantamento produz uma amostra de participantes representativos da população alvo definida?	Um estudo válido possui uma amostra que acuradamente representa a população definida como alvo	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO (amostra de BED 100% feminina)
1.1) A população alvo é claramente definida?	Definição da população alvo e identificação das exclusões	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
1.2) Foi usada amostra probabilística para identificar os participantes em potencial?	Amostragem probabilística. Randomizada.	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
1.3) As características dos participantes batem com a da população alvo?	Taxa de resposta: mínimo de 70%	Taxa de resposta: 69,7%	Taxa de resposta: 42%	Taxa de resposta: 28%	Taxa de resposta: 70%	Taxa de resposta: 63,8%	Taxa de resposta: 69,5% e 67,5%	Taxa de resposta: 57,1%	Taxa de resposta: 57,1%
<b>Questões importantes na</b>	<b>Critérios necessários</b>	<b>Bijl &amp; Ravelli,</b>	<b>Doll et al,</b>	<b>Grucza et al,</b>	<b>Hay, 2003</b>	<b>Monde t al,</b>	<b>Monde t al,</b>	<b>Mond et al,</b>	<b>Mond et al,</b>

<sup>5</sup> Critérios de acordo com o **guideline** de avaliação de estudos de prevalência do **Evidenced-Based Mental Health (EBMH)** (Boyle, 1998).

avaliação metodológica dos estudos de prevalência	para atingir qualidade metodológica aceitável.	2000	2005	2007		2004a	2004b	2006	2007
<b>MEDIDAS (para HD de TA)</b>		C.I.D.I	Questionário desenvolvido pelos autores	PHQ	Entrevista estruturada com base no EDE	EDE-Q	EDE-Q	EDE-Q	EDE-Q
2) Os instrumentos do levantamento permitem medidas confiáveis e válidas dos transtornos psiquiátricos e outros conceitos chaves?	Um estudo válido usa instrumentos que provêm medições confiáveis e válidas								
2.1) Os métodos de coleta de dados são padronizados?	Métodos de avaliação idênticos e coleta de dados em todos os participantes	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
2.2) Os instrumentos do levantamento são confiáveis?	Padrão mínimo de confiabilidade teste-reteste: 0.60 (categóricas) e 0.70 (dimensionais)	Kappa AN = .67 Kappa BN = .64	Não foi possível avaliar	Confiabilidade K = 0.61	Confiabilidade > 0.70 exceto para episódios bulímicos subjetivos.	Confiabilidade $r > .81$	Confiabilidade de: $r > .81$	Confiabilidade Binge objetivo = 0.84 Binge subjetivo = 0.51	Confiabilidade $r > .81$
2.3) Os instrumentos do levantamento são válidos?	Seguir critérios de classificação, critérios compostos, entre outros.	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
<b>ANÁLISE</b>									
3) Foram consideradas na análise as características especiais do desenho da amostra?	Métodos complexos de amostragem requerem o uso de métodos estatísticos especiais para minimizar vieses	n.a	n.a	SIM	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
4) O artigo inclui o intervalo de confiança para estimativas estatísticas?	As estimativas nos estudos de prevalência precisam ser acompanhadas de intervalos de confiança ou a informação necessária para calculá-lo.	n.a	n.a	SIM	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>		B	C	B	A	B	B	B	C

**CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO:****PREENCHE TODOS OS CRITÉRIOS DO GUIDELINE = A****PREENCHE TODOS OS CRITÉRIOS, EXCETO TAXA DE RESPOSTA = B****DEIXA DE PREENCHER OUTROS CRITÉRIOS, ALÉM DA TAXA DE RESPOSTA = C**

## 4.7 Descrição dos estudos

### 4.7.1 Estudo 1

Este estudo recebeu classificação **B** na avaliação metodológica, por não preencher o critério de taxa de resposta superior a 70%, embora quase o tenha feito, já que a taxa de resposta do estudo foi de 69,7%.

Nesta pesquisa, Bijl e Ravelli (2000) apresentavam três objetivos: 1) examinar a natureza e força da associação entre transtornos psiquiátricos específicos e prejuízos funcionais na população geral; 2) examinar o quanto a associação entre psicopatologia e disfuncionalidade é afetada por características demográficas, experiências anteriores, circunstâncias sócio-econômicas ou estado de saúde física; 3) examinar o quanto a psicopatologia é associada a efeitos residuais da disfuncionalidade.

Para tanto, os autores usaram os dados derivados do **Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)** (Bijl et al, 1998 a,b), estudo prospectivo com a população geral holandesa adulta (entre 18 e 64 anos), realizado em três momentos: 1996, 1997 e 1999. As análises do presente estudo referem-se aos dados de 1996. O estudo possui amostra estratificada e randomizada. Se necessário, os entrevistadores faziam até 10 telefonemas (ou 10 visitas para quem não tinha telefone) em diferentes dias e horários. Um total de 7147 pessoas foram entrevistadas, com uma taxa de resposta de 69,7%.

Os diagnósticos psiquiátricos foram feitos com base no DSM-III-R. A entrevista diagnóstica usada foi o CIDI – **Composite International Diagnostic Interview**. O CIDI é uma entrevista diagnóstica desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde que pode ser aplicada por um entrevistador treinado, com boa validade e confiabilidade, exceto para sintomas psicóticos. Por este motivo, quando havia um sintoma psicótico, utilizavam-se perguntas do SCID, instrumento com boa confiabilidade e validade no diagnóstico da esquizofrenia. Para avaliar disfuncionalidade, usou-se o SF-36 – **Short-Form 36 Health Survey**. Fatores demográficos incluíam gênero, idade, composição da casa (solteiro e outros), urbanicidade e status sócio-econômico. Experiências anteriores incluíam

negligência emocional, abuso psicológico, abuso físico, aproximações sexuais contra vontade em mais de uma ocasião antes dos 16 anos. Doença somática nos 12 meses anteriores foram autoreferidas, com base em uma lista de 31 transtornos somáticos, provenientes do **Health Survey of Statistics Netherlands**. Somente os transtornos tratados ou monitorados por médicos foram incluídos na análise.

Quanto aos resultados, observou-se que sujeitos com um ou mais quadros psiquiátricos obtiveram escores mais pobres em todas as dimensões do que sujeitos sem psicopatologia diagnosticada. Comorbidade foi associada com forte aumento das limitações em todos os domínios, particularmente *vitalidade*, *limitações por aspectos emocionais* e *aspectos sociais*. Pessoas com diagnósticos psiquiátricos reportaram muito mais dias de incapacitação do que pessoas sem diagnóstico.

Em três das sete subescalas do SF-36, pessoas com um ou mais transtornos psiquiátricos apresentaram piores escores do que pessoas com um ou mais transtorno somático. Para os outros domínios, o funcionamento era similar. O número de dias de incapacitação para os transtornos psiquiátricos era substancialmente maior do que para os transtornos somáticos.

Esquizofrenia e TA mostraram-se muito debilitantes e a escala *estado geral de saúde* desses dois grupos foi particularmente baixa. Esquizofrenia foi associada com baixa *vitalidade*, enquanto bulimia nervosa foi associada a altos níveis de *dor*. Contudo, em função do pequeno número envolvido (sujeitos com TA = 27 e sujeitos portadores de esquizofrenia n=15), os resultados para esses dois transtornos precisam ser interpretados com cautela.

A análise sobre a associação entre diagnósticos e limitações funcionais mostrou que os melhores preditores para dias de incapacitação e prejuízo no funcionamento social, *vitalidade* e *limitações por aspectos emocionais* foram as categorias diagnósticas do DSM. Depressão maior, distímia e transtorno de ansiedade generalizada mostraram as mais fortes associações com essas limitações funcionais. Fobia social e simples, bem como transtorno do pânico, foram preditores significativos para esses domínios, mas sua contribuição mostrou-se mais fraca. A força preditiva de transtorno bipolar, agorafobia e transtorno obsessivo compulsivo foi menos pronunciada. Transtorno por abuso de substância apresentou valor preditivo muito limitado ou não-significante. Dependência

química foi um preditor moderado dos dias de incapacitação. Esquizofrenia e bulimia nervosa foram preditores fracos de disfuncionalidade, mas, novamente devido ao pequeno número de casos, este dado deve ser interpretado com cautela.

A fim de considerar o impacto econômico da psicopatologia, o autor faz um cálculo para quantificar o número de dias de incapacitação para cada patologia. A partir deste cálculo, observa-se 237 dias de incapacitação para os transtornos ansiosos, 119 dias para os transtornos por abuso de substância, 19 dias para esquizofrenia e 10 dias para TA. Dessa forma, pode-se concluir que 59% dos dias de incapacitação atribuídos à psicopatologia são associados aos transtornos do humor, 55% aos transtornos ansioso, 28% aos transtornos por abuso de substância 4% à esquizofrenia e 2% aos transtornos alimentares.

De modo geral, pessoas com transtornos psiquiátricos reportaram níveis mais altos de prejuízos em *vitalidade*, *aspectos sociais* e funcionamento no trabalho, bem como mais dias de incapacitação e mais dias na cama, do que pessoas com condições somáticas autoreferidas. Comorbidade aumenta consideravelmente o prejuízo em todos os domínios.

#### **4.7.2 Estudo 2**

Este estudo recebeu classificação **C** na avaliação metodológica por não preencher o critério de taxa de resposta superior a 70% e por não constar informações detalhadas sobre o questionário utilizado para diagnóstico de TA. Tais informações foram solicitadas à primeira autora, que não respondeu ao pedido.

Nesta pesquisa, Doll et al (2005) visavam avaliar a QVRS em sujeitos com TA com relação ao tipo de TA e à duração da doença (auto-avaliada), depressão e comportamentos auto-destrutivos.

O principal objetivo deste estudo – parte de uma grande pesquisa que junta informações sobre a saúde e o estilo de vida de quase 1.500 estudantes – é descrever a qualidade de vida percebida e outros problemas de saúde em estudantes com história de transtorno alimentar de gravidade clínica. Os escores do SF-36 de estudantes com provável história de TA foram comparados aos escores de estudantes que não

apresentam tal história. A relação entre o tipo de TA e a qualidade de vida também foi examinada. O objetivo secundário deste estudo é avaliar se um instrumento genérico, como o SF-36, provê uma avaliação válida da qualidade de vida em sujeitos com TA. Com relação a isso, o relato de outros fatores que contribuem para a qualidade de vida, tais como doença crônica, utilização de serviços de saúde, depressão e comportamentos autodestrutivos são examinados por tipo de patologia e na relação com o escore do sujeito no SF-36.

A pesquisa foi administrada pela **Health Service Research Unit**, da Universidade de Oxford, e pela **School Health Education Unit**, da Universidade de Exeter. Os questionários foram enviados para 5 universidades de Oxford. As instituições incluíam uma universidade antiga (A), uma universidade nova (B), uma faculdade de ensino superior<sup>6</sup> (C) e duas faculdades de educação avançada<sup>7</sup> (D e E). A investigação incluiu 3.440 estudantes maiores de 18 anos. O modo de seleção e o número de sujeitos incluídos diferiram entre as universidades. Em algumas instituições (A, B e C) os estudantes foram randomicamente selecionados. Nas instituições D e E, todos os estudantes acima de 18 anos foram selecionados. Houve pagamento para encorajar o preenchimento.

Dos 3.387 sujeitos, 1.439 estudantes responderam ao questionário (taxa de resposta de 42%). O questionário enviado demorava cerca de 40 minutos para ser respondido e perguntava sobre características demográficas, transtornos alimentares e qualidade de vida. As perguntas sobre transtorno alimentar foram feitas por profissionais com capacidade de diagnosticar uma provável história de TA segundo critérios do DSM-IV (TCAP, BN purgativa e não-purgativa e anorexia nervosa)

A idade média dos participantes foi de 23,4 anos, de maioria feminina (63%), branca (89%), de IMC normal (75%) e que consideravam sua saúde no mínimo boa (84%). Contudo, 34% relataram sofrer de uma doença crônica, na sua maioria asma ou problemas musculoesqueléticos. Cerca de 54% tinham visitado o clínico geral nos últimos 3 meses. Relatos de depressão, comportamento autodestrutivo e pensamentos suicidas

---

<sup>6</sup> College of Higher Education

<sup>7</sup> College of further education



eram comuns, com 30% atualmente referindo depressão, ansiedade, preocupação ou estresse, e 9% pensando que a vida não vale a pena. Esses relatos eram mais comuns nas mulheres.

Quanto aos resultados, aproximadamente 6% dos estudantes foram classificados como tendo uma provável história de TA, conforme o DSM-IV. As taxas foram maiores entre as mulheres com somente 4 homens identificados: 3 com história de TCAP e 1 de anorexia. Das 54 mulheres com história de BN, 19 (35%) tinham subtipo não-purgativo, relatando extrema restrição alimentar, mas ausência de comportamentos purgativos entre os episódios bulímicos.

Comparando os escores de estudantes com e sem TA, observou-se que não há diferenças significantes entre os sujeitos com e sem história de TA em termos de *capacidade funcional*. Todavia, sujeitos com história de TA apresentaram escores significativamente mais baixos (piores) em todas as outras dimensões, particularmente nas dimensões *limitações por aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde* (todos com  $p < 0.001$ ). Esse padrão é refletido nos componentes mental e físico, de tal forma que os sujeitos com TA não apresentavam limitações significativas no bem-estar físico ( $p = 0.21$ ), mas significativo prejuízo no bem-estar emocional ( $p < 0.001$ ). Por outro lado, sujeitos com obesidade ( $IMC > 30$ ) apresentaram limitações na dimensão física do SF-36, mas não emocional. Limitações emocionais eram mais evidentes naqueles que tinham baixo peso ( $IMC < 18,5$ ).

Quanto aos subtipos de TA, houve diferenças aparentes nos escores médios do SF-36 com relação às dimensões *limitações por aspectos físico* ( $p = 0.034$ ), *limitações por aspectos emocionais* ( $p < 0.001$ ) e *dor* ( $p = 0.046$ ).

A tendência mais notável foi na dimensão *limitações por aspectos emocionais*, que foi mais alta em sujeitos com AN e mais baixa em sujeitos com TCAP. Sujeitos com BN obtiveram escores intermediários. Uma tendência similar ocorreu com relação ao componente mental.

A relação da dimensão *limitações por aspectos físicos* foi semelhante, de modo que sujeitos com anorexia obtiveram escores mais altos do que sujeitos com BN ou TCAP, embora essas diferenças não tenham refletido diferenças significativas no componente físico. Na dimensão *dor*, sujeitos com AN apresentaram escores mais baixos (piores).

Sujeitos com história de TA eram significativamente mais propensos do que os que não tinham esta história a relatar que sua saúde era pobre ou frágil (29% versus 15%,  $p = 0.002$ ), que tinham uma doença crônica (48% versus 33%,  $p = 0.01$ ), particularmente depressão (11% versus 2%), e de ter ido ao médico nos últimos 3 meses (65% versus 53%,  $p = 0.046$ ).

Sujeitos com história de TA eram significativamente mais propensos a relatar sofrimentos por problemas emocionais ou psicológicos do que os sujeitos sem história de TA, atualmente (54% versus 28%,  $p < 0.001$ ) e no passado (68% versus 54%,  $p = 0.02$ ). Eram também mais propensos a relatar comportamentos autodestrutivos e ideação suicida. Comparando com os 4,5% dos sujeitos sem história de TA que relataram pensar sobre tirar suas vidas, nos sujeitos com história de TA isso aconteceu com 4,5% dos sujeitos com história de TCAP, 15% dos sujeitos com história de BN e 29% dos sujeitos com história de AN.

De modo geral, relatos de problemas emocionais e psicológicos foram muito mais comuns naquele com história de TA do que naqueles que não tinham tal história. Além disso, sujeitos com TA apresentaram pior QV.

Quanto às diferenças dentre as categorias diagnósticas, foi observado que AN apresentam melhor avaliação da QV, por vezes com níveis similares aos sujeitos sem TA. Este achado faz com que os autores levantem a hipótese de que o resultado seja reflexo da forma como as perguntas são feitas no SF-36, tornando-o inadequado para sujeitos com transtornos tais como AN.

### 4.7.3 Estudo 3

Este estudo recebeu classificação **B** na avaliação metodológica, por não preencher o critério de taxa de resposta superior a 70%.

Nesta pesquisa, Grucza et al (2007) visavam descrever a prevalência e os correlatos de TCAP em uma amostra epidemiológica da comunidade. Os autores tinham como propósito examinar a validade discriminativa e de critério do construto diagnóstico de TCAP, operacionalizado pelo PHQ – **Patient Health Questionnaire**.

O PHQ é um instrumento auto-aplicável validado, baseado no PRIME-MD – **Primary Care Evaluation of Mental Disorders** – com boa validade preditiva para o diagnóstico de TCAP. O objetivo dos autores era descrever associações com desfechos psiquiátricos comuns, características de personalidade clinicamente relevantes, QVRS e obesidade.

A fim de estabelecer a associação dos sintomas de TCAP com outras condições adversas, os autores procuraram contrastar TCAP com a obesidade na ausência de TCAP. Embora a obesidade sem TCAP possa surgir por diversas causas, esta é uma categoria comparativa lógica para determinar o quanto a sintomatologia de TCAP é distinta de um excesso alimentar não psicopatológico.

O levantamento (**SLPHL –The St. Louis Personality Health and Lifestyle Survey**) foi realizado pelo correio entre novembro de 2001 e fevereiro de 2002 em uma amostra randômica e estratificada de adultos acima de 18 anos. A partir da entrevista telefônica para rastreamento, 3.292 sujeitos elegíveis foram identificados. Destes, 34,8% concordaram em participar e deram consentimento verbal, recebendo o pacote de questionários pelo correio.

O pacote de questionários continha os seguintes instrumentos e questões: história de tentativas de suicídio, que foi avaliada através de uma única pergunta, SF-12 – **Short-Form 12 Health Survey** – para avaliação da QV, TCI – **Temperament and Character Inventory** – para avaliação da personalidade, e o PHQ, para avaliar TCAP, depressão, ansiedade, abuso de álcool, rastreamento para dependência e ataque de pânico.

A sessão de TCAP do PHQ contém duas questões sobre compulsão alimentar: “Você freqüentemente sente que não pode controlar o quê ou quanto come?” e “Você freqüentemente come, dentro de um período de duas horas, o que a maioria das pessoas consideraria uma grande quantidade de comida?”. Se a resposta a ambas as perguntas fosse positiva, perguntava-se: “Isto tem acontecido, em média, pelo menos duas vezes por semanas nos últimos 3 meses?”. A resposta afirmativa nas 3 questões era necessária para um rastreamento positivo para TCAP (TCAP+). Sujeitos (n=7) que reportaram qualquer comportamento recente relativo à BN (vômito, uso de laxante, jejum ou exercício excessivo) foram classificados como indeterminados com relação ao diagnóstico do PHQ-

TCAP e foram excluídos do estudo. IMC foram calculados através do peso e altura autorreferidos.

Dos sujeitos envolvidos no estudo, 79,9% retornaram os instrumentos (taxa de resposta de 28%, n= 917). Destes, 7 foram excluídos por reportarem sintomas de BN. A amostra final contou com 910 sujeitos, com prevalência de 6,6% (n=60) de TCAP.

Quanto aos dados demográficos, 55% eram mulheres, 82% caucasianos, com idade média de 44 anos ( $\pm 14$ ). Não houve diferenças significativas entre os grupos com e sem TCAP. Mulheres e homens reportaram sintomas de TCAP em proporções similares. Dos sujeitos com TCAP+, 41 eram obesos (IMC $\geq$ 30) e 18 não eram (n=59, pois faltava dados de IMC em um dos sujeitos com TCAP).

No que tange aos resultados, observou-se que a associação entre TCAP e depressão, ansiedade generalizada, ataque de pânico e prováveis transtornos por uso de álcool foi significativamente mais forte do que a mesma associação em sujeitos obesos sem TCAP. Os escores de QV foram comparados entre 3 grupos: sem obesidade e sem TCAP (n=595), obesos sem TCAP (n=249) e TCAP (obesos ou não, n=60). Sujeitos com TCAP obtiveram uma pontuação significativamente mais baixa no componente mental do SF-12 dos que os outros dois grupos. O efeito permaneceu significativo após controlado para fatores sociodemográficos. Notavelmente, obesidade sem TCAP não exibiu efeito sobre o escore do componente mental. Com relação ao componente físico, obesos sem TCAP e TCAP obtiveram escores mais baixos do que o grupo sem obesidade e sem TCAP. Obesos com e sem TCAP não diferiram entre si, sugerindo que um componente físico diminuído provavelmente deve ser atribuído mais à obesidade do que aos sintomas de TCAP. Após controle das síndromes psiquiátricas, nenhum resultado do componente físico permaneceu significativo.

Quanto às características de personalidade, o grupo TCAP obteve pontuação significativamente maior em *busca de novidade*<sup>8</sup> com relação aos outros dois grupos. Da mesma forma, *autodirecionamento*<sup>4</sup> e baixa *cooperatividade*<sup>4</sup> foram associados ao TCAP, mas não à obesidade sozinha.

De modo geral, usando o módulo de TCAP do PHQ, 67 (7,2%) de 917 sujeitos pontuaram positivamente para TCAP. 7 casos apresentaram sintomas de BN e foram

---

<sup>8</sup> Novelty seeking, self-directedness, low cooperativeness, respectivamente.

excluídos. Isso resultou numa prevalência de 6,6% de TCAP (n=60). Não houve associações significativas com sexo, idade, educação, estado civil ou raça. Notavelmente, quase a mesma porcentagem de mulheres e homens apresentaram TCAP (6,8% homens e 6,4% mulheres). Quase 70% dos sujeitos com TCAP apresentaram IMC  $\geq$  30 e cerca de 20% reportaram IMC  $>$  40. Associações clínicas e estatisticamente significantes foram vistas com depressão maior, ansiedade generalizada, ataque de pânico e histórico de tentativa de suicídio. TCAP prediz escores mais baixos no componente mental do SF-12. O efeito permanece quando controlado para outras síndromes psiquiátricas, o que indica que TCAP, medido pelo PHQ, é independentemente associado com uma baixa QV mental, além de uma condição clinicamente significativa, distinta da obesidade típica.

#### 4.7.4 Estudo 4

Este estudo recebeu classificação **A** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, Hay (2003) visava avaliar o impacto da presença de comportamentos bulímicos nas medidas de QVRS em uma amostra representativa da comunidade, replicar os achados de 1995 com relação à prevalência, idade, gênero e condição sociodemográfica das pessoas com tais comportamentos e explorar a relação entre a duração do transtorno alimentar, a qualidade de vida e outras medidas demográficas.

Para tanto, recrutou sujeitos de áreas rurais e metropolitanas. Para a área metropolitana, 340 distritos foram selecionados a partir daqueles usados pelo escritório estatístico da Austrália no censo de 1996. A seleção foi randômica e as entrevistas foram realizadas entre março e abril de 1998.

Dos 4.400 participantes selecionados, 3.010 entrevistas foram realizadas, (taxa de resposta de 70%). Os motivos para a não participação foram vários: casas vazias, recusa, impossibilidade de estabelecer contato, falta de fluência no inglês, participante fora de casa no momento do levantamento e doenças ou outras incapacidades. A maior parte das entrevistas foram metropolitanas (79%, n = 2378) e 632 (21%) foram em outras partes do país.

Quanto aos dados demográficos, 1801 (60%) eram mulheres, 74% nasceram na Austrália e 55% eram casadas. A idade média da amostra era de 46.9 anos ( $\pm 19$ , variação entre 15 e 95 anos). O IMC médio dos 2.745 sujeitos que forneceram esta informação foi  $25,6\text{kg/m}^2$  ( $\pm 5$ ).

A entrevista era composta de várias perguntas sobre saúde e questões demográficas, incluindo peso e altura. Os comportamentos alimentares foram os mesmos usados na pesquisa anterior (Hay, 1998) e relativos à perguntas do EDE – **Eating Disorder Examination**. Três comportamentos alimentares foram questionados: compulsão alimentar, purgação e dieta restritiva ou jejum (de acordo com o DSM-IV). Foram utilizados dois questionários de qualidade de vida: SF-36 e o AQoL – **Assessment of Quality of Life**). Este último é um instrumento desenvolvido na Austrália e composto de 15 perguntas, que medem 5 dimensões: *doença, independência, relações sociais, aspecto físico e bem-estar psicológico*<sup>9</sup>.

Quanto aos resultados, observou-se que a prevalência de compulsão alimentar regular (pelo menos semanalmente) foi de 2,6%, sem diferença significativa entre os gêneros. A prevalência de purgação regular foi de 1,1% e de dieta restritiva ou jejum foi de 1,5%. Estes comportamentos foram observados mais em mulheres (30 mulheres de 32 sujeitos e 40 mulheres de 46 sujeitos, respectivamente).

A idade média daqueles com compulsão alimentar regular foi de 37,3 anos ( $\pm 14$ ), vômito regular ou uso de laxante/diurético foi 32,8 anos ( $\pm 13,4$ ) e dieta restritiva ou jejum foi de 35 anos ( $\pm 14,9$ ). A idade média de início de pelo menos um desses comportamentos foi de 26,9 anos ( $\pm 14,8$ , mediana = 22), e a média da duração desses comportamentos uma vez que foram iniciados foi de 6,6 anos ( $\pm 9,2$ , mediana = 3 anos). A idade do início do comportamento teve alta correlação com a duração dos comportamentos alimentares ( $r_s = -0.58$ ,  $p < 0.001$ ). A duração dos comportamentos alimentares não teve correlação com o componente físico do SF-36 ( $r_s = 0.15$ ,  $p = 0.29$ ) ou componente mental ( $r_s = -0.10$ ,  $p = 0.47$ ).

---

<sup>9</sup> Illness, independent living, social relationships, physical senses e psychological well-being.

O escore médio do componente físico do SF-36 foi 48.4 ( $\pm 10.1$ , mediana = 52.1, n=3.008). O escore médio do componente mental foi 50.3 ( $\pm 10.2$ , mediana = 53.2, n = 3008), e o escore médio do da QV geral do AqoL foi 0.71 ( $\pm 0.26$ , mediana 0.79, n=2.869).

A análise dos resultados revelou que mulheres, pessoas com salários menores e pessoas mais velhas obtiveram escores mais baixos nas medidas de QV. A distribuição dos escores do componente mental do SF-36 por IMC mostra escores mais baixos nos grupos de IMC mais baixos e mais altos. Pessoas com IMC mais altos obtiveram piores escores no componente físico do SF-36.

A maioria dos escores dos itens de QV (isto é, o componente mental do SF-36, todos os domínios do SF-36, e todos as dimensão do AqoL, exceto a subescala *doença*) eram mais baixos (piores) naqueles com compulsão alimentar regular quando comparado aos sujeitos sem compulsão alimentar regular. Poucos escores de qualidade de vida eram mais baixos naqueles com medidas de controle de peso extremas.

Quando os componentes mental e físico do SF-36 entraram como variáveis dependentes na análise de variância, observou-se que compulsão alimentar regular explicou 23% da variância. Extremo controle de peso explicou 5% da variância.

Quando as subescalas do SF-36 entraram como variáveis dependentes, compulsão alimentar regular explicou 29% da variância e extremo controle de peso explicou 7%.

Quando os seis escores do AqoL entraram como variáveis dependentes, compulsão alimentar regular explicou 28% da variância e extremo controle de peso explicou 16%.

De modo geral, esse estudo mostrou que pessoas com comportamentos alimentares problemáticos, como compulsão alimentar e extremo controle de peso, obtiveram escore significativamente mais baixo no componente mental do SF-36 e na qualidade de vida geral do questionário australiano quando comparadas com pessoas que não reportam esses comportamentos. Quando analisada a relação entre peso corporal e qualidade de vida, observou-se que pessoas com sobrepeso apresentam um componente físico mais baixo. Baixo peso e sobrepeso foram associados com um componente mental mais baixo.

Além disso, a compulsão alimentar explicou mais a variação na qualidade de vida do que extremo controle de peso, quando controlado para idade, sexo, salário e IMC.

Dessa forma, a perda de controle sobre o comer pode ter maior impacto percebido no funcionamento das pessoas do que comportamentos de extremo controle de peso.

Neste estudo, cronicidade não teve correlação com as medidas do componente mental e físico do SF-36.

#### 4.7.5 Estudo 5

Este estudo recebeu classificação **B** na avaliação metodológica, por não preencher o critério de taxa de resposta superior a 70%.

Nesta pesquisa, Mond et al (2004a) visavam examinar a relação entre exercício, comportamentos de TA e QV em uma amostra de mulheres da comunidade.

Os autores tinham como hipótese que exercício obrigatório e exercício primariamente por motivos relativos ao peso ou forma corporal estariam mais fortemente associados a níveis elevados de psicopatologia alimentar e reduzida qualidade de vida do que a frequência do exercício. Também era esperado que não houvesse associação entre exercício e QV independente do efeito da psicopatologia alimentar.

A pesquisa foi conduzida no **Australian Capital Territory (ACT)**. Questionários autoaplicáveis foram enviados a uma amostra de 400 mulheres residentes do ACT, com idade entre 18 e 45 anos, selecionadas de forma randômica de um centro eleitoral. O questionário incluía medidas de comportamento alimentar (EDE-Q – **Eating Disorders Examination**, versão questionário), de exercício (CES – **Commitment to Exercise Scale**, REI – **Reasons for Exercise Inventory**, e frequência do exercício – número de sessões de exercício por semana e a média de duração da sessão), de QV (WHOQOL-BREF), além de peso, altura e informações sociodemográficas.

Questionários completos foram recebidos de 231 indivíduos (taxa de resposta de 63,8%). Destes, 170 sujeitos faziam exercícios regulares, definidos como qualquer tipo de exercício na média de pelo menos uma vez por semana nas últimas 4 semanas. Os dados de 1 sujeito foram excluídos, pois não pareceu confiável a afirmação de 160 horas de exercício nas últimas 4 semanas. Dessa forma, a amostra final contou com 169



indivíduos. A idade média da amostra foi de 33,4 anos ( $\pm 9.1$ ) e o IMC médio foi de 24,3 ( $\pm 4.9$ ).

Quanto aos resultados, observou-se que o item do CES – “sentir-se culpado após perder uma sessão de exercício” – e as subescalas do REI – “exercitar-se para controle do peso”, “exercitar-se pelo tônus” e “exercitar-se para melhorar a aparência” – foram associadas com altos níveis de psicopatologia alimentar e reduzida QV. Os itens do CES – “ficar chateado se incapaz de exercita-se” e “compensar o tempo após perder uma sessão de exercício” – foram associados a um alto nível de psicopatologia alimentar, mas não reduzida QV. A frequência do exercício não foi associada a nenhuma das duas variáveis. Exercitar-se para melhorar o humor e exercitar-se por razões de saúde foram associados a níveis mais altos de QV.

O EDE-Q foi mais elevado dentre indivíduos que reportaram sentir culpa após perder a sessão de exercício e para aqueles que se exercitavam primariamente para melhorar a aparência e o tônus corporal.

Análises adicionais indicaram que os escores no EDE-Q contaram para 32.6% da variância no escore do WHOQOL e que as variáveis do exercício não foram preditoras da variância nos escores do WHOQOL após o controle dos escores no EDE-Q. Embora o resultado da análise multi-variada indique que a frequência de exercício contribui como preditor no escore do EDE-Q, níveis de psicopatologia alimentar não foram elevados dentre indivíduos que se exercitavam frequentemente, mesmo em níveis muito altos.

Em conclusão, exercitar-se para melhorar a aparência física e ou tônus corporal e sentir-se culpado após o adiamento do exercício parecem ser as variáveis do exercício mais fortemente associadas com altos níveis de psicopatologia alimentar e, por sua vez, reduzida qualidade de vida. A definição de “exercício excessivo” pode ser uma referência útil nessas variáveis. A inclusão desta informação na prevenção de programas para TA também pode ser um benefício. Mas independente de como isto é definido, exercício excessivo não parece estar associado com prejuízos no funcionamento na ausência da psicopatologia alimentar.

Os autores do presente estudo seguiram investigando as associações fornecidas pelos resultados deste estudo, publicando mais dois artigos nessa mesma linha de investigação (Mond et al, 2006; Mond et al, 2008).

No estudo publicado em 2006, Mond et al replicam o estudo anterior em uma amostra australiana bem maior e usam um instrumento de QVRS (SF-12), no lugar de um instrumento de qualidade de vida subjetiva (WHOQOL-BREF). No estudo de 2008, Mond et al replicam o estudo novamente, mas desta vez em uma amostra americana, usando o instrumento de qualidade de vida subjetiva (WHOQOL-BREF). Os dois estudos confirmam os achados do estudo de 2004, descrito acima, de que não há associação entre exercício e qualidade de vida na ausência da psicopatologia alimentar. Além disso, sentir-se culpado por perder a sessão de exercício e exercitar-se somente por razões relativas ao peso e forma corporal predizem altos níveis de psicopatologia alimentar.

#### 4.7.6 Estudo 6

Este estudo recebeu classificação **B** na avaliação metodológica, por não preencher o critério de taxa de resposta superior a 70%.

Nesta pesquisa, Mond et al (2004b) visam examinar a disfuncionalidade associada aos transtornos alimentares do tipo bulímico (incluindo TCAP) dentre mulheres da comunidade, usando medidas genéricas de disfuncionalidade.

A hipótese dos autores era de que casos da comunidade com comportamentos de TA seriam associados a prejuízos substanciais no funcionamento, quando comparados à casos da comunidade com transtornos ansiosos e afetivos. Um objetivo secundário do estudo era examinar a contribuição de comportamentos particulares dos TA no prejuízo do funcionamento.

A presente pesquisa ocorreu na **Australian Capital Territory (ACT)**. Foram enviados 802 questionários a uma amostra randomizada de mulheres entre 18 e 45 anos.

O questionário incluía medidas sobre psicopatologia alimentar (EDE-Q – **Eating Disorders Examination**, versão questionário), disfuncionalidade (SF-12 – **Short-Form 12 Health Survey**), desconforto psicológico geral, peso, altura e informações

sociodemográficas. Sujeitos que retornaram o questionário e que manifestaram interesse em ser contatado pelo telefone, foram selecionados para participar da segunda fase do estudo, que envolvia a administração do EDE – **Eating Disorders Examination** – entrevista estruturada para a avaliação do TA.

Dos 802 questionários enviados, 495 retornaram (taxa de resposta de 69,5%). Contudo, apenas 308 forneceram telefone de contato e 208 (67,5%) passaram pela entrevista

Os sujeitos que passaram pela entrevista eram mais velhos, mais propensos a serem casados (64,2%) e a ter filhos (66,2%). Não houve diferença entre os grupos de sujeitos que responderam e que não responderam a entrevista com relação a variáveis demográficas, comportamentos de TA e IMC.

Quanto aos resultados, 13 (6,3%, dos 208) preencheram critérios para um TA clinicamente significativo segundo o EDE. Ninguém preencheu critério para anorexia e nem para bulimia purgativa, e apenas um sujeito preencheu critérios para bulimia não-purgativa. Os outros 12 casos foram classificados como TANE, com a seguinte divisão: 2 casos de TCAP, 4 preencheram critérios para TCAP, mas os episódios compulsivos não eram objetivamente grandes, e 6 casos que envolviam episódios de compulsões alimentares subjetivas associadas a comportamentos extremos para controle do peso. Um total de 31 (6,3%) prováveis casos (referidos como casos) foram identificados na análise de discriminação funcional, enquanto os 464 restantes (93,7%) foram classificados como prováveis não-casos (referidos como não-casos).

Comparando casos e não-casos, observa-se que a idade média dos casos é mais baixa do que a dos não-casos. O IMC dos casos mostrou-se mais alto, de modo que 39,3% apresentavam  $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ , porcentagem que ficou em 14,1% para os não-casos.

Para o índice de psicopatologia depressiva e ansiosa, apenas 5,6% dos não-casos obtiveram escores no limite extremo no K-10 ( $\geq 30$ , escore que indica alta probabilidade de preencher critérios para transtorno ansioso ou afetivo de relevância clínica), enquanto 30% dos casos obtiveram escores nesta faixa.

Quanto à QV, os escores do componente físico do SF-12 não diferiram entre os grupos. Contudo, houve diferenças quanto ao componente mental da QV, que foi

significativamente pior para os casos (tabela 10). Os escores do componente mental do SF-12 e do K-10 continuaram significativamente baixos depois de controlado para idade e IMC.

**Tabela 10. Média e desvio padrão da idade, IMC e escores nos componentes mental e físico da QV e na medida de desconforto geral (K-10) para casos de TA e não-casos.**

	Casos (n=31)	Não-casos (n=464)	$p^d$
Idade (anos)	29.14 ± 8.84	33.75 ± 8.84	p <0.01
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27.91 ± 7.60	24.65 ± 5.23	p <0.01
MCS <sup>a</sup>	34.98 ± 10.56	48.23 ± 9.74	p <0.001
PCS <sup>b</sup>	49.10 ± 11.03	50.84 ± 8.59	p > 0.05
K-10 <sup>c</sup>	36.30 ± 9.56	43.70 ± 5.93	p <0.001

a) Componente mental do SF-12

b) componente físico do SF-12

c) Kessler 10-item Psychological Distress Scale

d) significância da comparação de acordo com teste t para amostras independentes.

A comparação dos resultados do componente mental do SF-12 entre sujeitos com TA (os casos, n = 31) e sujeitos com transtornos ansioso e afetivos (dados do **SMHWB – National Survey of Mental Health and Well-Being**) revela que os escores dos casos de TA (média de 34,98) são bastante similares aos casos de mulheres entre 18 e 45 anos da comunidade com transtornos afetivos (média de 33,6) e com transtornos ansiosos (média de 36,9). A proporção de indivíduos que são gravemente prejudicado por seus sintomas (componente mental ≤ 30) foi similar entre os casos de TA (45,2%) e aqueles com transtornos afetivo (41,3%), porém mais baixa entre os casos de transtornos ansiosos (31,7%).

Quando os autores investigaram os tipo de comportamento alimentar (vômito auto-induzido, abuso de laxante, abuso de diurético, restrição, compulsão alimentar objetiva, compulsão alimentar subjetiva e exercício físico excessivo) dos dois grupos (casos e não-casos), levando em conta os resultados do componente mental do SF-12 e do K-10, observou-se que a existência de comportamentos purgativos (vômito auto-induzido em especial) foi associada à altos níveis de prejuízo e desconforto psicológico. A ocorrência regular de compulsões alimentares (objetivas e subjetivas) e dieta extremamente restritiva

também foram associadas a prejuízos consideráveis, ao passo que foi mínimo o prejuízo associado ao uso de exercício como método de controle de peso.

A análise de regressão múltipla indica que a ocorrência de qualquer episódio purgativo e a ocorrência regular de episódios de compulsão alimentar objetivas contribuem (ambos e significativamente) para predizer os escores do componente mental do SF-12, enquanto o uso de dietas extremamente restritiva se aproxima da significância. Controlando para outras variáveis, a ocorrência de qualquer atividade purgativa foi associada a 9 pontos de declínio na escala mental do SF-12.

De modo geral, os resultados mostram que casos da comunidade com TA estão associados a grandes prejuízos no funcionamento, quando comparados a casos da comunidade de transtornos afetivos e ansiosos. Além disso, quase metade dos sujeitos identificados como TA pareciam ser gravemente prejudicados pelos seus sintomas.

Dentre os comportamentos alimentares, o uso de purgação como meio de controle de peso, em particular vômito auto-induzido, foi associado a altos níveis de disfuncionalidade e desconforto psicológico. Episódios de compulsão alimentar objetivos também foram associados a consideráveis prejuízos no funcionamento, independente da ocorrência de comportamentos extremos para controle do peso, enquanto prejuízo no funcionamento associado ao excesso de exercício foi mínimo.

Quando controlado para outros sintomas alimentares, as compulsões alimentares subjetivas não predizem o prejuízo no funcionamento. Contudo, a associação entre compulsão alimentar subjetiva e o uso de comportamentos extremos para controle do peso é digna de maiores investigações.

#### **4.7.7 Estudo 7**

Este estudo recebeu classificação **B** na avaliação metodológica, por não preencher o critério de taxa de resposta superior a 70%.

Nesta pesquisa, Mond et al (2006) visavam examinar níveis de psicopatologia alimentar e prejuízo no funcionamento associado ao uso de métodos purgativos e não-purgativos no controle do peso em uma amostra de mulheres da comunidade que reportaram compulsões alimentares objetivas e/ou subjetivas.

A pesquisa foi conduzida como parte do **Health and Well-Being of Female ACT Residents Study**, um estudo epidemiológico em larga escala para avaliar a disfuncionalidade associada aos transtornos alimentares do tipo bulímico mais comuns em jovens adultas da comunidade. Os participantes eram residentes do **Australian Capital Territory (ACT)**.

Questionários autoaplicáveis foram enviados a uma amostra de 10 mil mulheres residentes no ACT, com idade entre 18 e 42 anos, selecionadas randomicamente a partir de uma lista eleitoral estratificada em 5 grupos de idade: 18-22; 23-27; 28-32; 33-37; 38-42. O questionário incluía medidas de psicopatologia alimentar (EDE-Q – **Eating Disorders Examination**, versão questionário), qualidade de vida (SF-12– **Short-Form 12 Health Survey**), desconforto psicológico geral, e informações sociodemográficas. IMC foi calculado por peso e altura referidos.

Após carta lembrete, 5.255 questionários completos foram recebidos, (taxa de resposta de 57,1%, desconsiderando endereços errados (n=684) e indivíduos fora de casa no momento do levantamento (n=112)). Uma análise detalhada de dados pilotos revelou que não houve viés de resposta. A amostra equivalia a 10% do total da população de mulheres entre 18 e 42 anos da região e era representativa em termos de estado civil, condição empregatícia, educação, número de filhos e primeira língua. A idade média dos participantes era 30,26 anos ( $\pm 7.22$ ) e o IMC foi de 24,52kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 5.25$ ).

A definição de excesso alimentar e comportamentos compensatórios foi a seguinte:

**Compulsões alimentares objetivas regulares:** são aquelas que ocorrem, em média, uma ou mais vezes por semana, na ausência de compulsões alimentares subjetivas.

**Compulsões alimentares subjetivas regulares:** são aquelas que ocorrem, em média, uma ou mais vezes por semana, na ausência de compulsões alimentares objetivas.

**Purgativos:** sujeitos que reportaram vômito auto-induzido, laxantes, diurético, de modo regular (semanalmente pelo menos), e não reportaram o uso de métodos não-purgativos (exercício excessivo, restrição alimentar extrema ou pílulas para emagrecer).

**Não-purgativos:** sujeitos que reportaram fazer exercício por razões relativas ao peso pelo menos diariamente, ou ficavam sem comer por um período  $\geq 8$  horas todos os

dias, ou quase todos os dias, para influenciar peso e forma corporal, ou fizessem uso regular de pílulas para emagrecer.

Os dados de sujeitos que reportaram o uso de métodos purgativos e não purgativos para controle do peso (n=23) foram excluídos do estudo em função do pequeno número deste subgrupo. Logo, os dados de 5.232 sujeitos foram incluídos na análise. Os participantes foram comparados em termos de presença de episódios de compulsão alimentar (sem compulsão alimentar, compulsão alimentar objetiva, compulsão alimentar subjetiva ou ambos) e em função dos métodos compensatórios para controle do peso e forma corporal (sem compensação, purgativos, não-purgativos). A tabela 11 apresenta a divisão da amostra.

**Tabela 11. Número de participantes por subgrupo de episódios de compulsão alimentar e tipo de compensação (n= 5.232)**

<b>Tipo de excesso alimentar</b>	<b>Tipo de compensação</b>		
	<b>Sem compensação</b>	<b>Não-purgativos</b>	<b>Purgativos</b>
<b>Sem compulsão alimentar</b>	4.134	72	39
<b>Compulsão alimentar subjetiva</b>	393	24	21
<b>Compulsão alimentar objetiva</b>	304	16	17
<b>Compulsão alimentar subjetiva e objetiva</b>	172	12	28

Quanto aos resultados, houve diferenças estatisticamente significantes na associação entre idade, tipo de compensação e tipo de compulsão alimentar. Sujeitos que não reportaram episódios de compulsão alimentar eram mais velhos do que aqueles que reportavam ambos episódios (objetivos e subjetivos), enquanto participantes que reportaram o uso de comportamentos não-purgativos para controle do peso tendiam a ser mais jovens do que aqueles que reportaram o uso de comportamentos purgativos ou comportamentos extremos para controle do peso.

Dentre os sujeitos que não reportaram comportamentos extremos para controle do peso, aqueles que não reportaram episódios de compulsão alimentar eram mais velhos do que sujeitos que reportaram compulsão alimentar. Dentre os participantes que reportaram comportamentos para controle do peso não-purgativos, aqueles que reportaram

compulsões alimentares objetivas e subjetivas eram mais jovens do que aqueles sem episódios de compulsão alimentar e aqueles com compulsão alimentar objetiva. Não houve diferença significativa entre subgrupos de compulsão alimentar dentre sujeitos com comportamentos purgativos.

Houve diferença significativa no tipo de compulsão alimentar (mas não no tipo de compensação) em relação ao IMC. Sujeitos com compulsões alimentares objetivas apresentavam IMC mais alto do que sujeitos com compulsões alimentares subjetivas e sujeitos sem compulsões alimentares. Os índices de massa corporal mais altos foram observados dentre os sujeitos que reportaram compulsões alimentares objetivas e uso de comportamentos extremos para controle do peso, quer purgativos ou não-purgativos.

No que se refere ao escore total do EDE-Q, observou-se que sujeitos que não reportaram compulsões alimentares (objetivas e subjetivas) obtiveram escore mais baixos no EDE-Q (menor psicopatologia alimentar) do que todos os outros subgrupos. Sujeitos com ambos os tipo de compulsão alimentar obtiveram escores mais altos do EDE-Q do que aqueles que reportaram somente um tipo de compulsão alimentar. Não houve diferença nos escores entre os grupos de compulsão alimentar objetiva e subjetiva.

Sujeitos que reportaram comportamentos extremos para controle do peso, purgativos ou não-purgativos, obtiveram escores mais altos no EDE-Q do que aqueles que não reportaram tais comportamentos. E sujeitos com comportamento não-purgativos apresentaram escores mais altos no EDE-Q do que sujeitos com comportamentos purgativos.

Dentre os sujeitos que não reportaram o uso de comportamentos extremos para controle do peso, os escores do EDE-Q foram mais baixos para aqueles que não reportaram compulsões alimentares do que para aqueles que reportaram compulsões alimentares (objetivas ou subjetivas). Esse padrão se repetiu para aqueles que reportaram comportamentos não-purgativos.

No grupo sem compensação, EDE-Q eram mais altos para aqueles que reportavam compulsões alimentares objetivas e subjetivas do que para aqueles que reportavam compulsões alimentares objetivas; e mais altos para quem tinha compulsões alimentares objetivas do que para quem tinha compulsões alimentares subjetivas.



Para o grupo com comportamentos purgativos, a única diferença no EDE-Q foi para sujeitos que reportavam ambos os tipos de compulsão alimentar, os quais apresentaram escores mais altos do que aqueles que não reportavam nenhum dos tipos de compulsão alimentar.

Em relação aos resultados do componente mental do SF-12, observou-se que o efeito do tipo de compulsão alimentar e tipo de compensação foram significantes, enquanto a interação não foi. Sujeitos que não reportaram compulsões alimentares obtiveram escores mais altos no componente mental do SF-12 (melhor QV) do que sujeitos com qualquer tipo de compulsão alimentar. Não houve diferença entre os grupos de compulsão alimentar (compulsões alimentares objetivas, compulsões alimentares subjetivas, compulsões alimentares objetivas e subjetivas).

Participantes que não reportaram comportamentos extremos para controle do peso apresentaram escores mais altos no componente mental do que aqueles que reportaram uso de comportamentos não-purgativos, e em menor grau, do que aqueles que reportaram comportamentos purgativos, ao passo que não houve diferença nos escores entre purgativos e não-purgativos.

Enquanto a interação não foi estatisticamente significativa, o efeito do tipo de compulsão alimentar foi diferente em função do tipo de compensação. Dentre os sujeitos que não reportaram comportamentos extremos para controle do peso, os escores do componente mental foram mais altos para aqueles que não reportaram compulsões alimentares objetivas e nem subjetivas do que para aqueles que apresentavam algum tipo de compulsão alimentar. Além disso, indivíduos que reportaram ambos os tipos de compulsão alimentar obtiveram escores mais baixos do que aqueles que reportaram somente compulsões alimentares subjetivas. Houve uma tendência de que sujeitos com compulsões alimentares objetivas apresentassem escores mais baixos do que sujeitos com compulsões alimentares subjetivas. Em contraste, não houve diferenças entre os tipos de compulsões alimentares dentre sujeitos que reportaram comportamentos extremos para controle do peso, quer purgativos ou não purgativos.

Após controle de idade e IMC, todos os resultados permaneceram significantes, com exceção de um: os escores do componente mental do SF-12 deixaram de ser significativamente mais baixos para os sujeitos não-purgativos em comparação aos

sujeitos que não reportaram comportamentos extremos para controle do peso. Essa diferença aparentemente foi devida à idade mais baixa dos sujeitos não-purgativos e à associação positiva entre idade e os escores do componente mental.

De modo geral, pode-se dizer que sujeitos que reportaram episódios de compulsão alimentar recorrentes apresentaram, de modo significativo, mais altos níveis de psicopatologia alimentar e prejuízo funcional do que aqueles que não apresentavam tais comportamentos, e este era o caso quer o episódio fosse objetivo ou subjetivo. Similarmente, sujeitos que reportaram comportamentos extremos para controle do peso obtiveram mais altos níveis de psicopatologia alimentar e prejuízo funcional do que aqueles que não reportaram tais comportamentos, e este era o caso quer o comportamento fosse purgativo ou não purgativo. A combinação de episódios de compulsão alimentar, objetivos ou subjetivos, e o uso de comportamentos extremos para controle do peso foi associada a níveis particularmente altos de psicopatologia alimentar e prejuízo funcional. Entre os grupos, diferenças de idade e IMC não influenciaram o resultado.

O achado mais notável foi o de que os transtornos alimentares caracterizados por presença de compulsões alimentares subjetivas e comportamentos extremos para controle do peso foram associados com prejuízos importantes no funcionamento quando comparados com os transtornos que envolvem compulsões alimentares objetivas e comportamentos extremos para controle do peso. Além disso, a combinação entre compulsões alimentares subjetivas e comportamentos extremos para controle do peso ( $n=45$ , 0,9%) foi mais comum do que a combinação de compulsões alimentares objetivas e comportamentos extremos ( $n=33$ , 0,7%). Esses achados são consistentes com achados de outros estudos com a comunidade e também suportam a visão de que a experiência de perda de controle sobre o comer pode ser um índice melhor de perturbação psiquiátrica dentre indivíduos afetados por transtornos alimentares do tipo bulímico do que a quantidade de comida consumida.

#### 4.7.8 Estudo 8

Este estudo recebeu classificação **C** na avaliação metodológica por não preencher o critério de taxa de resposta superior a 70% e por selecionar uma amostra parcialmente representativa da patologia em questão<sup>10</sup>.

Nesta pesquisa, Mond et al (2007) visavam comparar níveis de psicopatologia alimentar, prejuízo funcional e uso de serviços de saúde dentre os prováveis casos de TCAP com e sem extrema preocupação com peso ou forma corporal, retirados de uma amostra de mulheres da comunidade.

A presente pesquisa é a mesma do estudo anterior. Contudo, foi realizado outro recorte da amostra. Dos 5.255 indivíduos que retornaram os questionários, os autores selecionaram aqueles que preenchiam critérios para TCAP (n=110). Os possíveis casos de TCAP foram identificados com base na avaliação feita pelo EDE-Q. Indivíduos que reportaram, em média, dois ou mais episódios de compulsão alimentar objetivos por semana durante as últimas 4 semanas, e que não reportaram nenhum comportamento compensatório, purgativo e não-purgativo, foram designados como casos provável de TCAP. Este grupo foi dividido em dois: TCAP com preocupações extremas com peso ou forma corporal (n= 51) e TCAP sem preocupações extremas com peso ou forma corporal (n=59).

Os questionários da presente investigação incluíam medidas sobre psicopatologia alimentar (EDE-Q– **Eating Disorders Examination**, versão questionário), QVRS (SF-12– **Short-Form 12 Health Survey**), QV subjetiva (WHOQOL-BREF –Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, versão abreviada) e utilização de serviços de saúde. Este último foi investigado através do questionamento sobre a procura de um profissional de saúde por problemas com alimentação ou peso. Uma resposta positiva para esta pergunta era seguida de uma segunda pergunta sobre a natureza do problema: 1) problema com alimentação, tal como o sentimento de perda de controle com a alimentação; 2) problema com o peso, tal como preocupação sobre o efeito do sobrepeso na saúde; 3) problema com ambos, alimentação e peso. Para o presente propósito, a

---

<sup>10</sup> Embora a prevalência de TCAP do presente estudo se aproxime da prevalência encontrada em estudos de coorte na comunidade (cerca de 2%), a divisão por gênero não foi adequadamente avaliada, dado que a amostra é 100% feminina e 33% dos pacientes com TCAP são do sexo masculino (APA, 2006).

primeira e a terceira alternativa foram agrupadas em “tratamento para alimentação ou alimentação e peso”, e foram contrastadas com a segunda “tratamento para peso”.

A presença de preocupações extremas com peso ou forma corporal foi avaliada usando os itens do EDE-Q sobre “importância do peso” e sobre “importância da forma”. Quando o EDE é usado, um escore de 4 ou mais em qualquer desses itens nos últimos 3 meses é indicativo de níveis clinicamente significativos de preocupação excessiva com peso ou forma (Fairburn & Cooper, 1993). Há boa concordância entre a avaliação da importância do peso ou forma entre o EDE-Q e o EDE em amostras similares (Monde t al., 2004a). Contudo, um escore de 5 ou 6 em um dos itens ou ambos foi requerido no presente estudo, a fim de compensar o fato da avaliação do EDE-Q ser feita sobre os últimos 28 dias (e não os últimos 3 meses).

Os dados dos sujeitos com TCAP foram comparados a dados de obesos sem compulsão alimentar, que foram incluídos com propósitos descritivos, junto àqueles de uma amostra clínica de pacientes com TA. Obesos sem compulsão alimentar (n=457) eram participantes de uma amostra da comunidade com  $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$  que não reportavam nenhum episódio de compulsão alimentar durante as últimas 4 semanas. A amostra clínica foi constituída por 128 pacientes do **ACT Eating Disorders Day Program**, com diagnósticos de AN (n=35), BN (n=43), TCAP (n=10) e TANE (síndromes parciais, n = 40), que preencheram questionários similares.

Quanto aos resultados, dos 110 sujeitos com TCAP, 51 (46,4%) reportaram extrema preocupação com peso ou forma, enquanto os outros 59 não reportaram. Dos obesos sem compulsão alimentar, 117 (35,6%) reportaram esta preocupação. Da amostra clínica, 88 (68,8%) reportaram esta preocupação, e dos pacientes com TCAP da amostra clínica, 8 (80%) reportaram a preocupação.

Os sujeitos com TCAP com extrema preocupação com peso ou forma são significativamente mais pesados do que aqueles que não referem a mesma preocupação. A proporção de sujeitos com  $IMC \geq 30$  também diferiu significativamente entre os grupos, sendo observada em 47,8% dos sujeitos do grupo de TCAP com preocupação com peso e forma corporal, e 20,4% dos sujeitos com TCAP sem preocupação com peso e forma corporal. Além disso, TCAP com preocupação com peso e forma corporal eram mais velhos do que aqueles que não tinham a referida preocupação.

Os casos de TCAP com extrema preocupação com peso ou forma obtiveram escores mais altos no EDE-Q (indicando altos níveis de psicopatologia alimentar) e mais baixos escores no componente mental do SF-12 e no WHOQOL-BREF (indicando alto prejuízo funcional e qualidade de vida mais pobre) do que sujeitos com TCAP sem a mesma preocupação (tabela 12). A frequência de episódios de compulsão alimentar não diferiu entre os grupos.

**Tabela 12. Diferenças nos escores de QV entre os subgrupos de TCAP e amostra clínica de TA.**

	Obesos sem TCAP	TCAP sem preocupação	TCAP com preocupação	TA	
	Media / DP	Media / DP	Media / DP	Media / DP	<i>p</i> <sup>d</sup>
<b>PCS<sup>a</sup></b>	45.88 ± 9.24	48.83 ± 1.21	47.71 ± 1.30	46.70 ± 10.64	0.55
<b>MCS<sup>b</sup></b>	46.79 ± 11.11	42.30 ± 1.56	32.22 ± 1.67	30.74 ± 10.40	0.00
<b>WHOQOL<sup>c</sup></b>	3.47 ± 0.63	3.43 ± 0.08	2.76 ± 0.08	2.62 ± 0.76	0.00

**a** componente físico do SF-12

**b** componente mental do SF-12

**c** Escalas de saúde psicológica e relacionamento social do WHOQOL-BREF

**d** Significância dos subgrupos de acordo com ANOVA univariada, controlado para idade e IMC.

Aproximadamente um terço (n=36, 32,7%) dos casos de TCAP reportaram que eles procuraram tratamento por problemas com alimentação e/ou peso. Os casos de TCAP com extrema preocupação com peso ou forma eram mais propensos a ter procurado tratamento por estes motivos do que os sujeitos com TCAP sem esta preocupação (54,25% versus 17,5%). Essas diferenças permaneceram significativas depois que idade e IMC foram estatisticamente controlados. Além disso, nos dois grupos de TCAP a procura por tratamento por um problema com alimentação e/ou alimentação e peso (TCAP com preocupação: 65,4%, TCAP sem preocupação = 60%) foi mais comum do que a procura por tratamento somente por um problema com peso (TCAP com preocupação = 34,6% e TCAP sem preocupação = 40%). Dentre os obesos sem compulsão alimentar, 51,6% procuraram tratamento por um problema com alimentação ou peso. A maioria deste grupo (72,4%) procurou tratamento somente por problemas com o peso.

A análise foi repetida usando um critério menos estrito para a importância do peso ou forma, isto é, um escore de 4 ou mais nos itens de importância do peso e forma do

EDE-Q. Sob este critério, dos 110 casos de TCAP, 70 (63,6%) reportaram extrema preocupação com peso ou forma e 40 casos não reportaram. Dos obesos sem compulsão alimentar, 191 (41,85%) reportaram extrema preocupação com peso ou forma; da amostra clínica, 106 (82,8%) reportaram extrema preocupação com peso ou forma; e dos casos de TCAP da amostra clínica, 10 (100%) reportaram extrema preocupação com peso ou forma corporal.

De modo geral, pode-se dizer que participantes que reportaram preocupações extremas com peso ou forma apresentaram níveis mais altos de psicopatologia alimentar e prejuízos funcionais, além de serem mais propensos a procurar tratamento por problemas com alimentação ou peso, quando comparados àqueles que não reportaram tais preocupações. Os sujeitos com TCAP e extremas preocupação com peso ou forma corporal apresentaram níveis de psicopatologia alimentar e prejuízo funcional comparáveis aos pacientes com TA que recebiam tratamento especializado. E os sujeitos com TCAP sem preocupação extremas com peso ou forma se assemelharam mais aos obesos sem compulsão alimentar na maioria dos aspectos.

## 4.8 Revisão sistemática

A tabela 13 abaixo apresenta as características gerais e classificação na avaliação metodológica da única revisão sistemática encontrada no período investigado.

**Tabela 13. Características gerais da revisão sistemática incluída na presente revisão (n=1).**

ESTUDO	AUTOR	ANO	PAÍS	LÍNGUA	DESENHO	AMOSTRA	CLASSIFICAÇÃO. <sup>11</sup>
1	Hay & Mond.	2005	Austrália	Inglês	Revisão sistemática	19 estudos	D

<sup>11</sup> Classificação de acordo com “NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations” (NHMRC, 2008).

## 4.9 Descrição do estudo

### 4.9.1 Estudo 1

Este estudo recebeu classificação **D** por avaliar estudos de corte transversal, que recebem esta classificação<sup>12</sup>, além de limitar a busca à uma única base de dados e incluir somente artigos de língua inglesa.

Nesta pesquisa, Hay e Mond (2005) visavam fazer uma revisão sistemática para avaliar e comparar os achados das mais recentes tentativas de estimar a QVRS em TA.

Para tanto, realizou-se uma busca na base de dados MEDLINE, em março de 2005, usando primeiro os seguintes termos: **“quality of life”** e **“eating disorders or anorexia nervosa or bulimia nervosa”** (n=498). Posteriormente, pesquisou-se os seguintes termos: **“disability or burden”** e **“eating disorders or anorexia nervosa or bulimia nervosa”** (n=90). Em um terceiro momento, os seguintes termos foram incluídos: **“costs or cost effectiveness”** e **“eating disorders or anorexia nervosa or bulimia nervosa”** (n=48). Além disso, foi feita uma busca manual na revista *Quality of Life Research*. Um total de 638 artigos foram identificados.

Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos originais ou revisões sistemáticas em inglês, que avaliassem QVRS com um instrumento validado, em sujeitos com sintomas ou síndromes de TA de acordo com o DSM-IV, CID-10, ou critérios equivalentes. Os critérios de exclusão foram: estudos de sujeitos com anorexia em função de problemas físicos; estudos de sujeitos com transtornos relativos ao peso e obesidade, exceto quando reportavam dados de TA. Os artigos foram excluídos se não tinham: 1) metodologia reprodutível, 2) resultados reportados com estatística apropriada e/ou informação suficiente para que a conclusão fosse feita.

Quanto aos resultados, foram identificados 15 estudos avaliando QV em TA em amostras clínicas e 4 artigos avaliando QV em sujeitos recrutados da comunidade. A

---

<sup>12</sup> O **National Health and Medical Research Council (NHMRC)** recomenda que as revisões sistemáticas sejam classificadas com nível de evidência tão alto quanto os estudos que contêm (NHMRC, 2008, p.7).



maioria dos estudos usava uma versão do **Medical Outcome Study Short-Form (SF)** (Ware et al, 1993) na avaliação da qualidade de vida.

Embora os autores mencionem 19 estudos, os mesmos só apresentam 16 deles. O primeiro estudo identificado foi o de Keilen et al, em 1994, que avaliou a qualidade de vida de pacientes com TA através do NHP – Nottingham Health Profile. Os demais artigos que avaliam QV em amostras de TA são: Spitzer et al (1995), Johnson et al (2001), Padierna et al (2000), Padierna et al (2002), Mond et al (2004a), Mond et al (2005), Gonzales-Pinto et al (2004). Com amostras de obesos, encontra-se os seguintes estudos: Marchesini et al, 2002; Hsu et al, 2002; De Zwaan et al, 2002; Masheb e Grilo, 2004; e Kolotkin et al, 2002. Quanto aos estudos com amostras da comunidade, os autores descrevem os que seguem: Bijl e Ravelli, 2000; Hay, 2003; e Doll et al, 2005.

O resultado indica que tem havido progresso no número de estudos que avaliam QV em TA, a maioria usando entrevistas para diagnósticos do TA, com boas taxas de resposta, e tamanho adequado para análise estatística, embora os estudos com amostras da comunidade tenham amostras muito pequenas (ou inexistentes) de sujeitos com anorexia. Além disso, um terço dos estudos avaliavam TCAP em grandes amostras de obesos, e só havia 4 estudos com amostras da comunidade, um deles que falhava na especificação do diagnóstico da maioria dos casos, um estudo de comportamentos alimentares somente, um com estudantes e o último muito pequeno.

A maioria dos estudos usou um instrumento genérico de QVRS. A QV dos sujeitos com TA apresentou-se constantemente prejudicada, mais freqüentemente nos domínios relativos a saúde mental e no componente mental, que variou de 30.7 a 44.3. Com exceção do um estudo de TCAP em amostra de obesos e um estudo que incluía amostra de anorexia, os escores do componente físico eram mais altos e freqüentemente em níveis não prejudiciais.

Em três estudos (Padierna et al, 2000; Mond et al, 2005; Doll et al, 2005), sujeitos com AN, particularmente aqueles com subtipo restritivo, reportaram menor prejuízo subjetivo. Este achado pode refletir a natureza ego-sintônica do transtorno e a minimização do impacto da doença nas atividades diárias, já que sujeitos com anorexia freqüentemente continuam ativas mesmo a níveis extremos de privação.

Um instrumento específico de QVRS para TA, se desenvolvido, pode ajudar ao levar em consideração o ganho positivo da doença. Contudo, um instrumento específico possui suas complexidades. É interessante ressaltar que em um estudo utilizando um instrumento específico, os efeitos do TA não eram mais significantes quando o peso e outras variáveis foram controlados (Kolotkin et al, 2002). Todavia, em um estudo usando instrumento genérico, os efeitos dos sintomas alimentares geralmente permaneceram quando o peso foi controlado (Hay, 2003) e, de modo geral, os estudos provêm suporte para a significância clínica de TCAP. Um estudo achou que a compulsão alimentar gera mais prejuízo do que comportamentos para extremo controle do peso (Hay, 2003) enquanto Mond et al (2004b) acharam que o prejuízo foi maior dentre aqueles que vomitavam (numa amostra de TANE). É importante que futuros estudos examinem a contribuição de quais aspectos dos TA são associados a maiores prejuízos.

Também é importante considerar o impacto da comorbidade com ansiedade e transtornos do humor nas pesquisas de QVRS. Quando mensurada, a presença de tais comorbidade aumentava o prejuízo (Padierna et al, 2002), mas os estudos geralmente suportam o impacto direto do TA quando os demais sintomas psiquiátricos são controlados.

Dois estudos (Padierna et al, 2002; Marchesini et al, 2002) indicam que a qualidade de vida melhora com a melhora dos sintomas alimentares.

Finalmente, embora haja um crescimento no corpo de evidência do impacto dos TA na QV, a fim de melhor estimar a fardo dos TA e informar as necessidades de tratamento aos serviços de saúde, permanece urgente necessidade de estudos com grandes amostras da comunidade, assim como estudos clínicos. Esses estudos deveriam avaliar importantes variáveis confundidoras, tais como peso. Deveriam examinar os efeitos de características diferentes dos TA, incluir grupos psiquiátricos como controle – além de grupos clinicamente doentes e controles normais – , avaliar sujeitos com TANE, assim como anorexia, bulimia e TCAP. Além disso, o peso e custo para os familiares e cuidadores é negligenciado, sendo uma área importante para futuras pesquisas.

## 4.10 Estudos qualitativos

A tabela 14 abaixo apresenta a classificação na avaliação metodológica e algumas características dos estudos qualitativos incluídos nesta revisão.

**Tabela 14. Estudos qualitativos incluídos na revisão (n=3)**

ESTUDO	AUTOR	ANO	PAÍS	LÍNGUA	DESENHO	HD	MÉTODO	CLASS.
1	De la Rie et al.	2007	Holanda	Inglês	Qualitativo e Quantitativo	AN, BN, TANE	SEIQOL (entrevista semi-estruturada que avalia QV)	A
2	Etxeberria et al.	2002	Espanha	Espanhol	Estudo qualitativo	AN, BN	7 Grupos focais + entrevista semi-estruturada que avalia QV	B
3	Jones et al.	2008	Inglaterra	Inglês	Estudo qualitativo	AN, BN	Entrevista semi-estruturada, com base nos domínios do Morgan and Russel Outcome Assessment Schedule	C

#### 4.11 Avaliação metodológica dos estudos qualitativos

Estudos quantitativos, como investigações epidemiológicas e ensaios clínicos, visam gerar hipóteses bem especificadas relativas a variáveis pré-determinadas. Esses estudos apropriadamente respondem questões como “em que medida” (em que medida intervenção fez mais bem do que mal), ou “o quanto” (quão fortemente um fator de risco predispõe o paciente à doença). Contudo, a medicina não é só uma ciência mecânica e quantitativa, mas também uma arte interpretativa (Giacomini e Cook, 2000).

Pesquisas interpretativas perguntam sobre questões relativas às interações sociais que podem ser endereçadas através da pesquisa qualitativa. Esta última oferece compreensão sobre fenômenos sociais, emocionais e vivenciais. As questões da pesquisa qualitativa tendem a não ser “em que medida” ou “o quanto”, mas explorar “o quê”, “como” e por quê”. As pesquisas qualitativas possuem uma variedade de teorias, incluindo exploração e descrição de fenômenos, identificação de variáveis potenciais importantes, reconhecimento de padrões ou relacionamentos e criação de teorias ou hipóteses coerentes. Dessa forma, pesquisas qualitativas geralmente não geram respostas, mas uma narrativa, explicações, tipologias de fenômenos ou estrutura conceitual (Giacomini e Cook, 2000).

Tendo isto em vista, os artigos qualitativos foram avaliados criticamente de acordo com seu desenho de estudo e análise. Essa avaliação examinou em que medida o desenho do estudo foi elaborado para responder as questões e objetivos apropriadamente, e em que medida foi conduzido rigorosamente para este fim.

A avaliação metodológica foi feita com base em quatro perguntas-guia (Giacomini e Cook, 2000): 1) Os participantes eram relevantes à pergunta do estudo e a seleção foi bem realizada?, 2) Os métodos de coleta de dados são apropriados aos objetivos e enquadre da pesquisa?, 3) A coleta de dados foi compreensiva o suficiente para suportar uma descrição rica e robusta do evento observado?, 4) O dado foi apropriadamente analisado e os achados adequadamente corroborados?

Os estudos que endereçaram de modo apropriado as quatro questões acima, receberam classificação **A** na avaliação metodológica. Estudos que deixaram de cumprir

uma das quatro questões receberam avaliação **B**, e aqueles que deixaram de preencher duas ou mais questões receberam classificação **C**.

## 4.12 Descrição dos estudos

### 4.12.1 Estudo 1

Este estudo preencheu todos os critérios e foi classificado como **A** na avaliação metodológica.

Nesta pesquisa, De la Rie et al (2007) visavam explorar a visão pessoal de pacientes com TA com relação à sua QV. Os autores visavam, ainda, examinar diferenças entre AN, BN e TANE, bem como entre pacientes que purgam e que não purgam. O objetivo é investigar o quanto o uso de uma medida individual, com domínios escolhidos pelos indivíduos no lugar de domínios fixos, contribui para a avaliação da qualidade de vida de pacientes com TA.

A amostra do estudo foi composta por pacientes com TA atual e pacientes que manifestaram TA no passado recrutadas da comunidade na Holanda. A participação no estudo foi voluntária. A maioria da amostra foi recrutada através de artigos e propagandas em jornais e revistas femininas – folhetos (33%), revistas e sites da organização de pacientes com TA da Holanda (27%). Uma pequena parte da amostra foi recrutada diretamente em centros especializados de TA (10%). A parte restante (cerca de 30%) foi recrutada através de diversos canais, por exemplo, pacientes em tratamento em centros especializados para TA que se apresentaram para participar após ler sobre o estudo no site na organização dos pacientes.

Participantes eram incluídas no estudo se tivessem preenchido um diagnóstico, com base no DSM-IV, de TA em algum momento da vida. O diagnóstico foi feito com base no EDE-Q – **Eating Disorders Examination**, versão questionário–, informação sobre IMC e status menstrual.

Os sujeitos preencheram o EDE-Q e responderam a questões sobre peso, altura e menstruação para o período que percebiam ter sofrido mais com o TA (pior período). Se preenchessem os critérios diagnósticos para aquele período, os participantes eram incluídos no estudo. Para garantir que os sujeitos de fato sofreram de um TA no período

em questão, era perguntado se um médico mencionou o diagnóstico de TA e, se sim, o que foi dito. Se nenhum médico tivesse mencionado o diagnóstico, os pesquisadores cuidadosamente examinaram todas as respostas do participante no EDE-Q, antes de incluir o sujeito no estudo.

Após o rastreamento positivo para o diagnóstico de TA, o EDE-Q foi aplicado novamente, para avaliar a patologia atual.

A amostra contou com 292 participantes, dos quais 146 (50%) preencheram critérios diagnósticos para TA no presente: 44 (30,1%) para AN; 43 (29,5%) para BN, 59 (40,4%) para TANE (síndromes parciais de AN e BN). Os demais 146 (50%) não preencheram critérios para TA no presente e foram designados como TA no passado. A maioria da amostra recebeu um diagnóstico de TA por um médico (81,7%). Apenas 17,4% não receberam o diagnóstico de TA por um médico.

Quanto aos dados demográficos, os sujeitos eram predominantemente do sexo feminino, com idade média de 28,6 anos ( $\pm 8,8$ ). A duração média da doença foi de 9 anos ( $\pm 8,3$ ). A duração mediana foi de 6 anos. Não houve diferenças estatisticamente significantes quanto às características sociodemográficas entre pacientes com TA no presente e com TA no passado, bem como entre subgrupos diagnósticos.

O instrumento de QV utilizado na pesquisa foi o SEIQOL – **Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life** –, uma entrevista semi-estruturada que avalia a qualidade de vida individual em três passos. Neste estudo, as questões foram administradas por escrito.

Primeiramente, pede-se aos participantes para nomear quais as 5 áreas da sua vida que são mais importantes para eles. Essas 5 áreas são definidas como domínios neste estudo. Em segundo lugar, os participantes classificam seu nível atual de funcionamento em cada domínio. Foi solicitado que eles atribuíssem uma nota em cada um dos 5 aspectos, de 0 a 100. Um escore mais alto significa melhor qualidade de vida. O terceiro passo do SEIQOL envolve quantificar a importância (o peso) de cada domínio na sua percepção da QV geral. No presente estudo, este terceiro passo foi simplificado. Participantes deveriam ordenar os 5 domínios de 1 a 5, sendo 1 o mais importante e 5 o menos importante dos aspectos mencionados.

Análises quantitativa e qualitativa foram realizadas para investigar a visão do paciente sobre a qualidade de vida. A análise qualitativa foi feita através de uma cuidadosa avaliação de todos os aspectos mencionados pelos sujeitos. Todos esses aspectos foram armazenados e codificados pelos pesquisadores. Posteriormente, esses itens codificados foram agrupados em categorias maiores baseadas no seu conteúdo. Esse processo foi facilitado pelo uso de um **software** que permite o agrupamento de itens relevantes em categorias de significado (KWALITAN). Testes estatísticos foram realizados para analisar as diferenças entre os grupos: TA no presente, TA no passado, bem como pacientes purgativos e não-purgativos. Em função da baixa frequência com a qual alguns domínios foram mencionados, não foi possível analisar diferenças entre os subgrupos diagnósticos.

Quanto aos resultados, a tabela 15 apresenta o resultado da análise qualitativa feita pelo programa KWALITAN. Os domínios que ambos, TA no presente e no passado, consideram contribuir para a qualidade de vida estão ordenados por frequência. Os domínios mencionados foram: relacionamento com outros (que foram agrupados por *sensação de pertencimento*), *saúde, trabalho educação, auto-imagem ou autoeficácia* (agrupados como *autopercepção*), *bem-estar, psicopatologia específica, atividades de lazer, habilidade diárias, senso de propósito ou significado, situação financeira, moradia, e animais de estimação*<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Sense of belonging ( Family, Partner, Child , Friends/other); Work/education; Health; Well-being; Sense of self ( Self-image, Self-efficacy); Disease-specific psychopathology; Leisure activities; Life skills; Sense of purpose or meaning; Financial situation / living condition; Pets



Tabela 15. Domínios que contribuem para a qualidade de vida

	Frequência (N=286)	%
<b>Sensação de pertencimento</b>	266	93.0
<b>Família</b>	127	44.4
<b>Parceiro</b>	142	53.4
<b>Filhos</b>	33	11.5
<b>Amigos/outros</b>	219	76.6
<b>Trabalho/educação</b>	184	64.3
<b>Saúde</b>	114	39.9
<b>Bem-estar</b>	109	38.1
<b>Autopercepção</b>	92	32.2
<b>Autoimagem</b>	63	22.0
<b>Autoeficácia</b>	38	13.3
<b>Psicopatologia específica do TA</b>	84	29.4
<b>Atividades de lazer</b>	84	29.4
<b>Habilidades</b>	63	22.0
<b>Senso de propósito ou significado</b>	37	12.9
<b>Situação financeira / condição de moradia</b>	31	10.8
<b>Animais de estimação</b>	11	3.8

O domínio *sensação de pertencimento* foi citado por 93% dos participantes como importante e refere-se principalmente a ter amigos e parentes (isto é, fonte de apoio social). Contudo, a habilidade de se comunicar com outros ou sentir-se cuidado (suporte social percebido) também está incluído nesta categoria.

Trabalho e educação referem-se ao fato de participar de algum trabalho ou educação, ou trabalhar como voluntário.

Saúde refere-se à saúde física e mental.

Autopercepção refere-se à auto-estima, mas também a auto-eficácia, tal como a habilidade de ter metas na vida e ser responsável pela própria vida.

Bem-estar refere-se ao sentimento de felicidade, relaxamento e capacidade de aproveitar a vida.

Psicopatologia específica refere-se aos sintomas específicos dos TA ou a forma de lidar com a patologia, tais como padrões alimentares alterados, preocupação com comida,

peso, forma corporal, ou outros problemas psicológicos comórbidos, como se sentir ansioso ou deprimido.

Atividade de lazer varia, e inclui, por exemplo, ouvir música ou tocar algum instrumento, dirigir um carro, viajar, fazer esporte, ler, caminhar na natureza.

Habilidade diária refere-se às habilidades sociais: ser capaz de se expressar, sentir harmonia entre pensamentos e sentimentos, ser capaz de se controlar ou se liberar, ser capaz de fazer coisas que são importantes.

Senso de propósito e significado refere-se à religião, espiritualidade, crescimento pessoal, criatividade, fazer planos para o futuro, e viver conscientemente.

Situação financeira, moradia e animais de estimação foram mencionados menos freqüentemente do que as outras categorias. Moradia refere-se a ter um lugar próprio ou sentir-se em casa. Animais de estimação refere-se a ter um cachorro, um gato ou um cavalo para cuidar.

No que se refere à ordem de importância dos domínios (tabela 16), observou-se que *sensação de pertencimento* foi considerado mais freqüentemente como o mais importante domínio da vida, particularmente os relacionamentos com parceiro, filhos e família. O segundo domínio mais importante foi *autoimagem*, seguido por *bem-estar e saúde*. *Trabalho e educação* foram freqüentemente mencionados, mas foram menos freqüentemente considerados como o domínio mais importante. *Atividades de lazer, situação financeira e condições de vida* foram consistentemente considerados como os domínios menos importantes

**Tabela 16. Ordem de importância dos domínios mencionados pelos participantes no que se refere à contribuição dos mesmos para a qualidade de vida**

Gradação (%)	1º lugar	2º lugar	3º lugar	4º lugar	5º lugar
<b>Sensação de pertencimento</b>					
<b>Família</b>	31.5	26.0	18.9	15	8.7
<b>Parceiro</b>	45.8	20.4	11.3	12	10.6
<b>Filhos</b>	45.5	42.4	6.1	0.0	6.1
<b>Amigos/outros</b>	20.1	25.1	24.2	19.2	11.4
<b>Trabalho/educação</b>	8.7	17.4	25.5	27.7	20.7
<b>Saúde</b>	27.2	23.7	14	18.4	16.7
<b>Bem-estar</b>	32.1	14.7	21.1	12.8	19.3
<b>Autopercepção</b>					
<b>Autoimagem</b>	36.5	25.4	12.7	12.7	12.7
<b>Autoeficácia</b>	15.8	18.4	28.9	21.1	15.8
<b>Psicopatologia específica do TA</b>	21.4	19	20.2	21.4	17.9
<b>Atividades de lazer</b>	6.0	16.7	20.2	25	32.1
<b>Habilidades</b>	19	23.8	25.4	11.1	20.6
<b>Senso de propósito ou significado</b>	5.4	24.3	21.6	24.3	24.3
<b>Situação financeira / condição de moradia</b>	3.2	6.5	9.7	32.3	48.4
<b>Animais de estimação</b>	9.1	36.4	45.5	0.0	9.1

Quanto à comparação dos diferentes grupos de pacientes em relação à percepção da qualidade de vida, primeiramente analisaram-se as diferenças entre os grupos de pacientes com TA no presente e TA no passado. Pacientes com TA no presente mencionaram a *psicopatologia específica* do transtorno como importante na percepção da qualidade de vida mais frequentemente (diferença significativa) do que sujeitos com TA no passado ( $X^2 = 7.1$ ,  $p = 0,008$ ). Pacientes com TA no passado mencionaram mais um *parceiro* como mais importante para a percepção da sua qualidade de vida do que sujeitos com TA no presente ( $X^2 = 11.8$ ,  $p = 0,001$ ). No que tange aos escores calculados com as notas dadas pelos participantes (tabela 17), observou-se que pacientes com TA no presente reportaram pior qualidade de vida em todos os domínios, particularmente em *bem-estar* e *autoimagem*. Sujeitos com TA no passado reportaram melhor qualidade de

vida do que TA no presente em todos os domínios, exceto em dois: *filhos* e *autoeficácia*. Todavia, a diferença não foi estatisticamente significativa.

**Tabela 17. Distribuição dos escores médios dos domínios de qualidade de vida de pacientes com TA no presente e no passado, e comparação dos escores médios por meio do teste t.**

	Pacientes com TA atual	Pacientes com TA no passado	Valor t	p
	Média / DP	Média / DP		
<b>Sensação de pertencimento</b>				
<b>Família</b>	58 (25.8)	70.1 (24.9)	-2.7	0.008
<b>Parceiro</b>	51.8 (29.7)	66.1 (29.5)	-2.8	0.005
<b>Filhos</b>	65.8 (22.3)	66.0 (25.6)	-0.02	n.s
<b>Amigos/outros</b>	53.9 (25.1)	68.6 (23.1)	-4.5	0.0005
<b>Trabalho/educação</b>	48.1 (25.3)	60.1 (29.6)	-2.9	0.004
<b>Saúde</b>	42.6 (21.6)	59.5 (24.1)	-3.9	0.0005
<b>Bem-estar</b>	34.3 (23.2)	54.8 (29.0)	-4.0	0.005
<b>Autopercepção</b>				
<b>Autoimagem</b>	32.8 (20.7)	51.9 (28.8)	-3.0	0.004
<b>Autoeficácia</b>	54.8 (24.9)	59.3 (26.4)	-0.5	n.s
<b>Psicopatologia específica do TA</b>	33.5 (23.5)	48.3 (29.3)	-2.5	0.01
<b>Atividades de lazer</b>	45.7 (28.2)	61.2 (26.9)	-2.6	0.01
<b>Habilidades</b>	35.5 (26.1)	57.6 (28.1)	-3.1	0.003
<b>Senso de propósito ou significado</b>	39.4 (18.8)	60.2 (21.0)	-3.1	0.004

As diferenças entre os subgrupos diagnósticos (AN, BN e TANE) quanto à frequência dos domínios mencionados foram analisadas. Significativamente mais sujeitos com AN mencionaram as *atividades de lazer* como importante na percepção da sua QV ( $X^2 = 8,4$ ,  $p = 0,02$ ), quando comparados à BN e TANE. Significativamente mais sujeitos com TANE mencionaram *habilidades* como importante na percepção da sua QV ( $X^2 = 10,3$ ,  $p = 0,006$ ), do que fizeram BN e AN. Significativamente mais sujeitos com TANE mencionaram *filhos* como importante na percepção da sua QV ( $X^2 = 6,8$ ,  $p = 0,034$ ), do que fizeram BN e AN.

Quando comparados pacientes com TA dos subtipos purgativo e não-purgativo, não houve diferença quanto aos domínios mencionados. Contudo, pacientes do subtipo purgativo achavam, com mais frequência do que pacientes do subtipo não-purgativo ( $X^2 =$

9,8,  $p = 0,04$ ), que o *trabalho ou educação* era um domínio muito importante na vida. E quando os escores destes pacientes foram comparados, observou-se que pacientes do subtipo purgativo reportavam um escore médio significativamente mais pobre na *psicopatologia específica* do transtorno ( $t = -1,55$ ,  $p = 0,05$ )

De modo geral, observa-se que *sensação de pertencimento* foi o domínio mencionado com mais frequência (93%) por pacientes com TA no presente e no passado, e foi o domínio mais frequentemente classificado como o mais importante.

Pacientes com TA no presente mencionaram mais frequentemente a psicopatologia específica do transtorno como algo que contribui para sua QV. Além disso, apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios, particularmente em *autoimagem* e *bem-estar*. Pacientes com TA no passado apresentaram melhor QV do que pacientes com TA no presente, mas o escore era somente um pouco acima da média. Pacientes do subtipo purgativo reportaram pior QV na *psicopatologia específica* do que pacientes do subtipo não-purgativo.

Este estudo mostra que ter uma família, um parceiro ou amigos parece ser de particular importância na percepção da qualidade de vida de ambos os grupos de pacientes (TA presente e passado). Além disso, o domínio que compreende essas relações foi o mais frequentemente mencionado como mais importante. Estes achados sugerem que para aumentar a QV de pacientes com TA parece importante recorrer à qualidade dos relacionamentos sociais da paciente durante o tratamento.

Além disso, a variedade de domínios mencionados neste estudo parece complementar o conhecimento atual sobre a QV de pacientes com TA. Esta variedade precisa ser levada em conta para que seja possível avaliar corretamente a QV de um paciente individual.

#### **4.12.2 Estudo 2**

Este estudo recebeu classificação **B** na avaliação metodológica. Ainda que estudos qualitativos não priorizem o tamanho da amostra, e sim a profundidade da investigação, a amostra do presente estudo, selecionada por conveniência, é pequena e previamente definida (isto é, sem saturação teórica), o que dificulta a corroboração dos achados.

Nesta pesquisa, Etxeberria et al (2002) visavam apresentar os resultados obtidos a partir de grupos focais para identificar as áreas de QV mais afetadas nos pacientes com TA.

O estudo foi realizado entre março e junho de 2000, com um total de 7 grupos focais: quatro com pacientes com TA, dois com familiares dos pacientes, e um grupo multidisciplinar de profissionais que trabalham em unidades de tratamento específicas para TA (quatro psicólogos, dois endocrinologistas, uma dentista, um psiquiatra e uma enfermeira). As pessoas que compuseram os 6 primeiros grupos eram pacientes ou familiares de pacientes que estavam sendo atendidos no serviços de psiquiatria do hospital de Galdakao.

Os participantes dos 4 grupos de pacientes foram selecionados a partir de dois critérios: do diagnóstico (AN ou BN) e do tempo de evolução da doença (três anos de evolução ou menos, designado como curta evolução, e mais de três anos de evolução, designado como longa evolução). Os grupos de familiares se organizaram em função do tempo de doença do seu parente com TA, mantendo equilíbrio entre o número de familiares de pacientes com anorexia e bulimia em cada um dos grupos, com mínimo de 7 e máximo de 12 participantes por grupo.

O número de participantes envolvidos no estudo foi: 20 pacientes (AN= 11; BN= 9) e 18 familiares, além do grupo de profissionais acima mencionado. A divisão dos pacientes com TA ocorreu da seguinte maneira: pacientes com AN e curta evolução (n = 6. Idade média de 16,33 anos  $\pm$  0,82); pacientes com AN e longa evolução (n = 5. Idade média = 29,4 anos  $\pm$  5,68); pacientes com BN e curta evolução (n= 6. Idade média = 21,7 anos  $\pm$  4,41); pacientes com BN e longa evolução (n = 3. Idade média de 35 anos  $\pm$  3,6). A divisão dos familiares foi a seguinte: familiares de pacientes com AN ou BN e curta evolução (n = 10, 7 mães e 3 pais), familiares de pacientes com AN ou BN e longa evolução (n =8, 5 mães, 2 pais e 1 irmão).

Os grupos foram conduzidos por duas psicólogas experientes na técnica qualitativa. Uma delas conduzia o grupo e a outra fazia anotações importantes. As sessões tinham 90 minutos e foram gravadas.

A estrutura dos 4 grupos de pacientes foi a mesma. Pediu-se que respondessem por escrito a 3 perguntas, que seriam discutidas posteriormente: 1) O que mais te preocupa neste momento com relação ao seu problema alimentar?, 2) Quais são as áreas da sua vida mais afetadas como consequência do mesmo?, 3) Qual é o primeiro aspecto que gostaria de mudar?

Os grupos dos familiares giraram em torno de uma única pergunta: 1) Quais são as áreas da vida de suas filhas<sup>14</sup> que vocês percebem afetadas pelo transtorno alimentar?

O grupo dos profissionais visou explorar várias questões inter-relacionadas: 1) Quais são, em geral, as áreas da vida mais afetadas em pacientes com TA? 2) Quais são afetadas desde o início da doença? 3) O que diferencia os pacientes da população normal? 4) Quais são as áreas que mais mudam com o tratamento?

Logo após cada sessão, era feito um resumo da sessão a partir da observação das psicólogas e dos comentários feitos por escrito pela psicóloga observadora. Após o término de todos os grupos focais, esses resumos, bem como as transcrições das gravações, foram lidos para identificar e codificar as respostas dadas pelos participantes a cada uma das perguntas-guia. Em caso de dúvida quanto à transcrição, as gravações eram ouvidas novamente. Os temas surgidos em cada grupo foram analisados, identificando-se as grandes idéias básicas, tomando sempre como referência o objetivo inicial do estudo e o tipo de informação que se queria conseguir. Posteriormente, foi feita uma análise das coincidências e divergências das áreas identificadas e as opiniões expressas entre os 4 grupos de pacientes e os 2 grupos dos familiares. Finalmente, foi feita uma comparação entre os resultados obtidos nos grupos de pacientes, nos grupos dos familiares e no grupo dos profissionais. Esta análise foi realizada pela psicóloga do grupo e comparada à avaliação da ajudante.

A tabela 18 apresenta os resultados mais importantes com relação às áreas da vida mais afetadas pelo TA, segundo a visão dos pacientes, familiares e profissionais.

---

<sup>14</sup> Apenas um dos pacientes era do sexo masculino.

**Tabela 18. Áreas da vida mais afetadas em consequência do transtorno alimentar, segundo paciente, familiares e profissionais**

<b>PACIENTES</b>	<b>FAMILIARES</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>
Estudos	Estudos	Estudos
Relações familiares	Relações familiares	Relações familiares
Relações sociais e amorosas	Relações sociais e amorosas	Relações sociais e amorosas
Estado de ânimo e personalidade	Estado de ânimo e personalidade	Estado de ânimo e personalidade
–	Saúde, alimentação, percepção corporal	Saúde, alimentação, percepção corporal
Trabalho e atividade	–	Trabalho e atividade

## **ESTUDOS**

Estudos foi o primeiro aspecto afetado pelo TA mencionado por pacientes com AN de curta evolução. Os demais grupos de pacientes não deram a mesma prioridade a esta área. Contudo, as pacientes comentaram sobre a diminuição da capacidade de concentração e memória, bem como a percepção de ir da perfeição ao fracasso.

Os familiares diziam que as pacientes respondiam muito bem academicamente até o momento da doença, quando abandonavam os estudos.

Os profissionais também comentaram esta evolução, enfatizando a queda do rendimento escolar em função da doença, a dificuldade de concentração e memória.

## **TRABALHO E ATIVIDADE DIÁRIAS**

No grupo de pacientes apareceram opiniões diferentes sobre como o TA havia influenciado seu trabalho e as atividades diárias. Essas diferenças dependiam mais da visão pessoal das participantes do que do diagnóstico e tempo de evolução da doença. Os três itens salientados no grupo de pacientes pelos autores foram: abandono do trabalho, cansaço e hiperatividade.

Os profissionais comentaram mais os problemas relacionados às relações e satisfação com o trabalho. Segundo os profissionais, o problema estaria mais em manter o trabalho e ficar satisfeita com o mesmo.



## **SAÚDE FÍSICA, ALIMENTAÇÃO, PESO E PERCEPÇÃO CORPORAL**

As pacientes com AN de curta evolução falaram dos problemas físicos que tinham como consequência do TA.

Os familiares fizeram diversos comentários a respeito da mudança na quantidade alimentar, o controle alimentar sobre a sua própria alimentação e também da família, além da percepção negativa de si (paciente).

Os profissionais comentaram que o prejuízo físico aparece mais em estado avançado da doença e que, no lugar do prejuízo físico, observa-se hiperatividade (física e mental).

## **RELAÇÕES FAMILIARES**

As pacientes dedicaram muito tempo falando sobre este aspecto, mencionado como um dos mais afetados pelo TA. Algumas pessoas consideraram que o TA era causa de sofrimento para suas famílias e referiam preocupação com o fato; outras sentiam a família como controladora ou que não as entendiam. No grupo de bulimia de longa evolução, observaram-se algumas diferenças mais significativas, já que as pacientes tinham parceiros e quando falavam de sua família, referiam-se tanto aos pais como sua própria família.

Os familiares disseram que a presença do TA havia aumentado as discussões, diminuindo a comunicação e gerado o surgimento de mentiras. As relações melhoravam conforme recuperação das filhas. Alguns irmãos apareciam como um ponto de apoio, mas outros se mostravam chateados com a atenção que a irmã doente recebia.

Os profissionais especificaram que existe previamente uma relação familiar desadaptada que se agrava com o transtorno.

## **RELAÇÕES SOCIAIS**

Praticamente todos os grupos mencionaram em primeiro lugar as relações sociais como sendo a área da vida mais afetada pelo TA. A maioria das pacientes havia perdido contato com amigos. Isolavam-se por sentir que estes não as compreendiam ou por evitar

encontros sociais relacionados à comida. Também mencionaram dificuldade em estabelecer uma relação sentimental.

Os familiares concordavam que suas filhas haviam perdido relações com suas amigas. Todavia, enquanto os familiares do grupo de curta evolução compreendiam a atitude das amigas, os familiares do grupo de longa evolução achavam que as amigas tinham inveja e as deixaram de lado. Algumas pessoas mencionaram que as amigas de suas filhas a estavam apoiando e mantendo o relacionamento.

Os profissionais consideraram que as relações das pacientes estavam afetadas, sobretudo na hora de criar um vínculo íntimo.

### **ESTADO DE ÂNIMO E PERSONALIDADE**

O grupo de pacientes dedicou bastante tempo falando sobre como a doença havia afetado seu estado de ânimo.

Os familiares falaram das alterações de humor, da perda da alegria e ilusões, da falta de segurança nelas mesmas, na mesma linha da fala das pacientes.

Os profissionais dedicaram grande parte da sessão comentando que o estado psicológico era o que estava, por definição, afetado no grupo de pacientes. Mencionaram traços prévios de personalidade em pacientes com TA, não conseqüentes do transtorno. Fizeram, ainda, a distinção entre pessoas com anorexia e bulimia: no primeiro caso poderia existir um perfil de personalidade mais claro e generalizável, situação mais complicada para o segundo grupo.

Além da pergunta sobre as áreas da vida mais afetada, para o grupo de pacientes foi feita a pergunta: qual é o primeiro aspecto que gostaria de mudar? Essa pergunta visava investigar o que gerava maior mal-estar na doença. Somente uma pacientes mencionou que o que gostaria de mudar primeiro era acabar com as compulsões. As demais disseram coisas como: “Não ter medo de engordar nem pensar nisso constantemente”; “Olhar-me e dar-me conta da realidade que todos vêem e eu não vejo”; “Poder distinguir o que realmente sou e dos problemas que me levam a ficar doente”; “Não sentir vergonha de mim mesma”; “Acabar com a obsessão pela comida”; “Não ter ansiedade”.

Com relação à pergunta feita ao grupo de profissionais sobre quais áreas mudam mais com o tratamento, a saúde física (peso, anemia, entre outros) foi assinalada como uma área que melhora com pouco tempo de tratamento. No que se refere aos estudos e ao âmbito profissional, observa-se início de novos projetos e conseqüente redução dos sintomas. Nos relacionamentos, as melhoras ocorrem primeiro com os amigos e somente depois com a família. Pouca alteração era observada na personalidade, contudo as pacientes amadurecem e adquirem recursos pessoais para enfrentar os problemas de formas diferentes. Os sintomas e a forma de se alimentar são questões que mudam mais tardiamente. E como um último aspecto identificado como essencial para haver melhora no TA e que devia mudar com o tratamento, mencionou-se a consciência da doença e uma atitude a favor da mudança.

De modo geral, vale ressaltar que tanto os pacientes como os familiares e os profissionais assinalaram que o TA causa graves alterações nas relações familiares e sociais. Esta área foi analisada durante muito tempo, em todos os grupos, e foi considerada como um dos aspectos que causam maior mal-estar, tanto nas pacientes como em seus familiares. Em todos os grupos mencionou-se que pacientes com AN perdiam paulatinamente as suas relações de amizade e chegavam a um isolamento que dificultava ainda mais a recuperação. Paralelamente, em todos os grupos mencionaram-se mudanças importantes no estado de ânimo das pacientes, incidindo principalmente em maiores níveis de tristeza, agressividade, labilidade emocional e falta de autoestima. Esta afetação nas relações e no estado de ânimo era explicada pelos participantes como conseqüência do TA, e como algo que se mantinha após melhora sintomática.

### **4.12.3 Estudo 3**

Este estudo recebeu classificação **C** na avaliação metodológica por apresentar amostra muito pequena e sem saturação, além de não descrever adequadamente a

condução da entrevista (se individual ou em grupo), o registro da mesma e a estrutura teórica de aproximação e análise.

Nesta pesquisa, Jones et al (2008) visavam explorar o quanto a QV de pacientes atendidos em uma unidade de tratamento de TA muda com o passar do programa.

Para tanto, os autores usaram uma entrevista semi-estruturada a fim de obter a perspectiva do sujeito sobre o quanto o bem-estar mudou durante e depois do programa de tratamento. O programa de tratamento em questão consiste em uma variedade de grupos e suporte durante a refeição, durante 5 dias na semana, por 12 semanas. Os sujeitos são acompanhados semanalmente em encontro de 2 horas, em grupo e individualmente. Como critério de inclusão, exige-se IMC > 15kg/m<sup>2</sup>, bem como ausência de comorbidade com abuso de álcool e droga significativas, a fim de garantir a manutenção do plano alimentar.

A entrevista semi-estruturada utilizada no estudo foi desenvolvida com base nos domínios do **Morgan and Russell Outcome Assessment Schedule**. Esta escala foi escolhida como um guia para as áreas de relevância para este grupo. As entrevistas ocorreram em um período de 2 anos, sendo realizadas por dois psicólogos em três momentos distintos: antes do tratamento, após o tratamento e no seguimento (3 meses depois). Durante as entrevistas, anotações escritas eram feitas pelos entrevistadores para registrar os dados, que foram analisados através de análise temática realizada por 3 pesquisadores. Os temas das entrevistas foram agrupados e codificados, a fim de calcular a frequência dos temas maiores. A estratégia de agrupamento foi verificada pelos três pesquisadores de forma independente.

A amostra do presente estudo foi constituída por 34 participantes consecutivas do programa de terapia da **STEPS Unit** (hospital dia para TA, em Bristol), que foram avaliadas nesses dois anos. Destas 34 pacientes, 2 pacientes não puderam participar do estudo por razões administrativas. Dessa forma, 32 pacientes, com diagnósticos de AN (n=20), BN (n=6) ou TANE (n=6) de acordo com o DSM-IV, foram entrevistadas.

Para análise dos dados, os autores dividiram a amostra em duas: pacientes que completaram o programa e pacientes que não completaram o programa (tabela 19). Estas últimas participaram de 4,2 semanas (variação de 1 a 10) do programa.

**Tabela 19. Divisão da amostra em relação ao número de sujeitos que completaram e que não completaram o programa nos três momentos do estudo**

	Sujeitos que completaram	Sujeitos que não completaram	Total de entrevistas realizadas
Início	20	11	31
Final do tratamento (12 semanas)	15	6	21
Seguimento de 3 meses	6	3	9

Quanto aos dados demográficos, a amostra era predominantemente feminina (apenas 1 homem), com idade média de 25,9 anos ( $\pm 8,02$ ) e duração média da doença de 9,6 anos ( $\pm 9,13$ ).

No que se refere aos resultados, os autores observaram diferenças entre sujeitos que completaram e que não completaram o tratamento em relação ao bem-estar no início do tratamento. Pacientes que completaram o tratamento referiam ter a sensação de que elas sabiam o que era requerido para melhorarem e apresentaram respostas muito mais positivas e otimistas do que as que não completaram o tratamento. Em contraste, aquelas que não completaram o tratamento diziam que não sabiam como começar a mudar e sentiam-se desesperançosas quando à melhora. Naturalmente, após 12 semanas, as que completaram o tratamento estavam mais satisfeitas; e as que não completaram, mais insatisfeitas com elas mesmas e sua própria situação.

Os dados abaixo resumem as considerações das pacientes que completaram o programa para cada aspecto abordado na entrevista.

### **RELACIONAMENTO COM AMIGOS**

No início do tratamento, as pacientes eram muito isoladas como consequência da doença. A comunicação com outros era limitada ao telefone, mensagem de texto e e-mail. Geralmente evitavam encontros com os amigos, especialmente quando a alimentação podia estar envolvida no programa. Havia uma sensação de isolamento.

No final do tratamento, as pacientes que completaram eram igualmente divididas entre aquelas que estavam começando a confiar e desenvolver novos relacionamentos, e aquelas que ainda se sentiam isoladas e restritas em sua vida social. A qualidade da

amizade parecia igualmente dividida. Algumas achavam que estavam desenvolvendo boas amizades, fortes e próximas; outras sentiam que as relações eram superficiais e distantes.

Contudo, observou-se uma mudança neste grupo como um todo. As pacientes começaram a se engajar em atividades sociais, saindo para a casa de amigos, indo a cafés, cinema ou teatro.

### **RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS**

Somente duas pacientes tinham parceiros no início do tratamento. Um questionamento mais aprofundado permitiu observar que elas tendiam a ser insatisfeitas com as relações sexuais, normalmente com duração de uma noite. A maioria comentava que o panorama de um relacionamento íntimo tendia a ser negativo. Muitas das preocupações eram relativas à medo, ansiedade, e mesmo desagrado com a idéia do contato físico. Esses sentimentos eram agravados por ter um TA e imagem corporal negativa. Também referiam preocupação por não estarem preparadas para um relacionamento ainda. Alguns comentários, contudo, eram mais positivos, com sentimento de querer proximidade e a sensação de que um relacionamento íntimo poderia aumentar sua confiança. Algumas pacientes eram ativamente interessadas em ter relacionamentos.

Ao final do tratamento, quatro pacientes tinham parceiros e houve mudança na ênfase do modo como o relacionamento era percebido. O tema do medo e ansiedade persistiu, com as mesmas preocupações relativas à auto-imagem e a necessidade de recuperação anterior ao relacionamento. Contudo, tais comentários não eram tão fortes quanto antes e curiosidade, otimismo e possíveis relacionamentos sexuais surgiram de modo prazeroso. Apenas 6 pacientes foram entrevistadas no período de seguimento, impossibilitando a generalização desses achados. De todo modo, houve tendência a se sentirem melhor com elas mesmas e serem mais aptas a contemplar a intimidade. Uma das mulheres estava grávida e feliz com isso.

### **RELACIONAMENTOS FAMILIARES**

No início do tratamento, os comentários deste grupo eram igualmente divididos entre visões positivas e negativas sobre os relacionamentos familiares. Para algumas, o

relacionamento era difícil, com a doença causando muita restrição e tensão na família, de tal modo que elas preferiam ficar distantes. Para outras, o relacionamento era próximo e suportivo.

No final do tratamento, os comentários eram novamente divididos entre aquelas que achavam que as relações familiares estavam melhorando e aquelas para as quais o relacionamento estava se tornando ainda mais distante. Para algumas, esta melhora era devida à diminuição da sintomatologia alimentar e a diminuição do medo de proximidade. Para outras os relacionamentos estavam se deteriorando por um reconhecimento crescente de que as relações familiares poderiam piorar os sintomas alimentares.

De modo geral, a maioria das pacientes estava se sentindo mais independentes da família no final do tratamento do que no início do tratamento.

## **SAÚDE**

As questões da entrevista relativas à saúde eram basicamente sobre presença ou ausência de menstruação e como se sentiam em relação a isso, uma vez que é comum haver sentimentos negativos com relação à menstruação em pacientes com TA. Na primeira entrevista, mais da metade das mulheres no grupo que completaram o tratamento não estavam menstruando. Enquanto algumas diziam que gostariam de voltar a menstruar e se sentiriam aliviadas com isso, como um sinal de melhora de sua saúde, a maioria via a menstruação de modo negativo, criando uma inevitável tensão para aquelas que diziam querer ter filhos.

No final do tratamento, algumas recuperaram o ciclo menstrual e apresentavam uma atitude positiva em relação a isto, como sinal de que seu corpo estava mais saudável.

Medo e ambivalência em relação à menstruação eram ainda evidentes no período de seguimento, embora a reação predominante fosse de aceitação e alívio na normalização do ciclo menstrual.

## **BEM-ESTAR GERAL**

Antes do tratamento, muitas pacientes disseram que sua sensação de bem-estar era baixa em função do TA, que afetada todas as áreas de suas vidas. A maioria sentiu esperança com o tratamento, sentindo que muitas áreas da vida poderiam melhorar,

especialmente os relacionamentos e a vida social. Muitas tinham vontade de melhorar e fazer mudanças na vida, como trabalhar e viajar.

Ao final do tratamento, elas descreveram sentimentos de confiança e otimismo. Algumas mudaram suas prioridades e melhoraram os relacionamentos. Outras ainda sofriam com o TA e os sentimentos depressivos. Falavam sobre o duro trabalho necessário para melhorar suas dificuldades em prol de uma vida normal.

### **TRABALHO E EDUCAÇÃO**

A maioria das pacientes (15 de 20) reportaram não serem aptas a trabalhar ou estudar no início do tratamento. Os comentários sobre isso eram negativos e principalmente relativos a impedimentos oriundos do impacto físico e emocional do TA (falta de energia, de concentração, e demandas emocionais e de tempo excessivas).

Ao final do tratamento, a maioria das pacientes estava pronta para estas atividades, quer trabalho, quer educação. Para algumas, havia sentimento de que era muito cedo e que elas ainda precisavam de suporte.

No artigo, os autores do presente estudo descrevem as considerações das pacientes que não completaram o programa para cada uma das áreas acima mencionadas. De modo geral, as pacientes possuíam relatos similares no início do tratamento, mas muito mais negativos ao final do mesmo. Pacientes que completaram o tratamento parecem apresentar maior aspiração por mudança na qualidade de vida do que as que não completaram, visando a diminuição do isolamento social em relação aos amigos, o desenvolvimento de relações mais íntimas, o engajamento em trabalho ou educação, além do desenvolvimento de uma relação mais positiva com seu próprio corpo.



#### 4.13 Estudos de validação de instrumentos de QV específicos para TA

A tabela 20 abaixo apresenta os estudos de validação de instrumento de QV específicos para TA, bem como seus respectivos nomes.

**Tabela 20. Estudos de validação de instrumentos de QV específicos para TA (n=5)**

ESTUDO	AUTOR	ANO	PAÍS	Inst QV p/ validação	Nome do instrumento específico
1	Abraham et al.	2006	Austrália	SF-12	QOL ED – Quality of Life for Eating Disorders
2	Adair et al.	2001	Canadá	SF-12, QoLI, 16D	EDQLS – Eating Disorders Quality of Life Scale
3	Engel et al.	2006	EUA	SF-36, NHP	EDQOL – Eating Disorders Quality of Life
4	Las Hayas et al.	2006	Espanha	SF-12	HeRQoLED – Health-Related Quality of Life in Eating Disorders
5	Las Hayas et al.	2007	Espanha	SF-12, HeRQoLEDv2	HeRQoLEDv2 –Health-Related Quality of Life in Eating Disorders (second version).

#### 4.14 Avaliação metodológica, conceitual e das propriedades psicométricas dos instrumentos

Os estudos de validação de instrumentos de QV específicos para TA foram avaliados quanto a uma série de aspectos. Procurou-se analisar o tipo qualidade de vida em questão (subjéctiva ou QVRS), o número de itens e domínios, o método de administração, as possibilidades de resposta, os participantes, a variação de idade dos sujeitos, os escores e a interpretação dos mesmos (tabela 21).

Além disso, as dimensões da QV de cada instrumento específico para TA foram comparadas àquelas propostas pela OMS<sup>15</sup> (tabela 22), bem como àquelas mencionadas pelas pacientes com TA no estudo da de la Rie (2007) (tabela 23). Esta comparação foi feita com base na análise das perguntas compreendidas pelos instrumentos específicos para TA, que foram solicitados aos autores para avaliação de seu conteúdo.

A tabela 24 apresenta ainda a descrição dos domínios abarcados pelos instrumentos mais usados nos estudos incluídos nesta revisão (SF-36, WHOQOL-BREF e IWQOL-Lite) e pelos instrumentos específicos de QV para TA.

Quanto às propriedades psicométricas, as características relativas ao desenvolvimento do instrumento, no que tange ao seu modelo conceitual e de mensuração, a validade e a confiabilidade foram avaliadas de acordo com os critérios propostos pelo SAC (**Scientific Advisory Committee of Medical Outcomes Trust**, 2002) (Tabela 21).

O modelo conceitual consiste na descrição e relação dos conceitos e da população a ser avaliada pelo instrumento. O modelo de mensuração operacionaliza o modelo conceitual, que é refletido na estrutura das escalas e subescalas e no procedimento de criação das mesmas e de seus respectivos escores (SAC, 2002). Tais descrições também permitiram avaliar a validade de construto e de conteúdo. A validade de critério foi aceita como adequada se apresentasse correlação maior que 0.30 com os instrumentos de referência, já que correlação inferior a 0.30 significa a mensuração de algo diferente do conceito ao qual está sendo correlacionado (Streiner, 1993). A validade foi classificada da

---

<sup>15</sup> As dimensões em questão foram retiradas do WHOQOL instrumento de QV da Organização Mundial de Saúde (Anexo 01).

seguinte maneira: (0) não reportada; (-) validade não aceitável em um ou mais aspectos (construto, conteúdo e/ou critério); (+) um tipo de validade testada, com resultados aceitáveis; (++) dois tipos de validade testadas, com resultados aceitáveis; (+++) os três tipos de validade testadas, com resultados aceitáveis (Solans et al, 2008).

No que se refere à confiabilidade (consistência interna e teste-reteste), valores acima de 0.70, para comparação grupal, e 0.90, para comparações individuais, foram considerados adequados (SAC, 2002). A análise de confiabilidade foi categorizada da seguinte forma: (0) não reportada; (-) confiabilidade não aceitável em termos de consistência interna ou teste-reteste ( $< 0.70$  em 40% ou mais das dimensões); (+) apenas um tipo de confiabilidade (consistência interna ou teste-reteste) foi testada, com resultados aceitáveis; (++) consistência interna e teste-reteste foram testados com resultados aceitáveis ( $> 0.70$  em 70% ou mais dimensões) (Solans et al, 2008).

**Tabela 21. Características gerais e psicométricas dos instrumentos de qualidade de vida específicos para TA**

<b>Instrumentos</b>	<b>QOL ED</b>	<b>EDQLS</b>	<b>EDQOL</b>	<b>HeRQoLEDv2</b>
<b>Autor</b>	Abraham et al, 2006	Adair et al, 2007	Engel et al, 2006	Las Hayas et al, 2007
<b>País</b>	Austrália	Canadá	EUA	Espanha
<b>Variação de idade</b>	14-28	14 - 60	18-66	16-60
<b>Participantes no processo de desenvolvimento</b>	Pacientes internadas	Pacientes, profissionais, familiares, narrativas da Internet, revisão bibliográfica.	Pacientes, profissionais	Pacientes, profissionais, familiares, revisão bibliográfica.
<b>Nº domínios</b>	6	12	4	8
<b>Nº questões</b>	20	40	25	55
<b>Possibilidade de respostas</b>	"Nem um pouco" até "muito", ou "0 dia" até "22 a 28 dias"	"Discordo fortemente" até "concordo fortemente".	"Nunca" até "sempre"	"Nunca" até "sempre", ou "nada" até "muito".
<b>Tipo</b>	Auto-aplicável	Auto-aplicável	Auto-aplicável	Auto-aplicável
<b>Escore</b>	Escore por subescala e escore total	Escore por subescala e escore total	Escore por subescala e escore total	Escore por subescala
<b>Interpretação</b>	Quanto maior o escore, pior a QV	Quanto maior o escore, melhor a QV	Quanto maior o escore, pior a QV	Quanto maior o escore, pior a QV
<b>Qualidade de vida</b>	QVRS	QVRS	QVRS	QVRS
<b>Modelo conceitual e de mensuração</b>	(0)	(+)	(+)	(+)
<b>Confiabilidade</b>	(-)	(+)	(++)	(++)
<b>Validade</b>	(+)	(+++)	(+++)	(+++)

**Tabela 22. Comparação dos domínios dos instrumentos específicos com aqueles sugeridos pela OMS (WHOQOL-100)**

	Psicológico	Físico	Nível de independência	Relações sociais	Ambiente	Aspectos espirituais crenças
QOL ED	✓	✓	✓	✓	–	–
EDQLS	✓	✓	✓	✓	–	✓
EDQOL	✓	✓	✓	✓	–	–
HeRQoLEDv2	✓	✓	✓	✓	–	–



**Tabela 24. Descrição dos domínios abarcados pelos instrumentos mais utilizados nesta revisão e instrumentos de QV específicos para TA.**

Instrumentos	SF-36 Ware et al, 1993	WHOQOL-BREF OMS*, 1998	IWQOL-Lite Kolotkin et al, 2001	QOL ED <sup>16</sup> Abraham et al, 2006	EDQLS <sup>17</sup> Adair et al, 2007	EDQOL <sup>18</sup> Engel et al, 2006	HeRQoLEDv2 <sup>19</sup> Las Hayas et al, 2007
<b>Domínios</b>	Capacidade funcional Limitação por aspectos físicos Dor Estado geral de saúde Vitalidade Aspectos sociais Limitação por aspectos emocionais Saúde mental	Físico Psicológico Relações sociais Ambiente	Aspecto Físico Auto-estima Vida sexual Desconforto público Trabalho	Peso corporal Comportamentos alimentares Transtorno alimentar Psicológico Condição clínica Atividades diárias	Escola/Trabalho Família e relacionamentos íntimos Relacionamento com outros Futuro Sentimentos Aparência Lazer Valores e crenças Pensamento e concentração Saúde física geral Saúde psicológica Alimentação e peso relacionados à saúde	Psicológico Físico/Cognitivo Financeiro Trabalho/escola	Sintomas Comportamentos restritivos Compulsão alimentar Imagem corporal Saúde Mental Aspectos emocionais Aspectos físicos Traços de personalidade Relações sociais

<sup>16</sup> Body weight, eating behaviour, eating disorder, psychological, acute medical, daily living.

<sup>17</sup> School/work, relationships with others, feelings, leisure, thinking and concentrating, psychological health, family and lose relationships, future, appearance, values and beliefs, general physical health, health related to food and weight.

<sup>18</sup> Psychological, physical/ cognitive, financial, work/school

<sup>19</sup> Symptoms, restrictive behaviors, bingeing, body image, mental health, emotional role, physical role, personality traits, and social relations.

## 4.15 Descrição dos estudos de validação

### 4.15.1 Estudo 1: QOL ED – Quality of Life for Eating Disorders

Abraham et al (2006) visavam prover uma ferramenta válida para avaliar a qualidade de vida em pacientes com transtornos alimentares. Os objetivos específicos deste estudo foram: 1) correlacionar os escores do QOL ED com medidas psicológicas, físicas, comportamentais e de sintomatologia alimentar (validade de critério concorrente); 2) examinar mudanças nos escores do QOL ED no tempo (validade preditiva), isto é, entre a admissão e a saída do hospital, e também 12 meses depois; 3) garantir que a ferramenta diferencie entre os subgrupos diagnósticos de TA e pessoas sem diagnóstico (validade discriminativa).

Para tanto, os autores avaliaram pacientes internadas em uma unidade de atendimento especializado para TA em Sydney (**Northside Clinic**). A idade mínima de admissão na clinica era 14 anos. A maioria das pacientes falhou em tratamentos ambulatoriais e hospital-dia. Todas as pacientes incluídas eram mulheres, com idade  $\leq 40$  anos e estavam internadas em média por 45 dias (variação de 22 a 92 dias). O diagnóstico foi feito por psiquiatra e psicólogo especialistas na admissão, e por pelo menos um deles após 12 meses de seguimento.

Dois grupos de pacientes foram estudados. A primeira amostra (n=241) foi constituída por 183 pacientes na admissão, 109 destas na saída e 58 no seguimento de 12 meses. A idade média era de 21,8 anos ( $\pm 7,8$ ) e IMC médio de  $19,4\text{kg/m}^2$  ( $\pm 4,3$ ), com diagnósticos de AN (n=74), BN (n=33), TANE (n= 80) e sem TA (n= 54). O segundo grupo foi composto por outras 65 pacientes. A idade média era de 19,3 anos ( $\pm 5,9$ ) e IMC médio de  $17,7\text{kg/m}^2$  ( $\pm 3,0$ ), com diagnósticos de AN (n=34), BN (n=10) e TANE (n=21), incluindo TCAP.

As medidas usadas no estudo foram a EEE-C (**Eating and Exercise Examination**) QOL scores; EDI – **Eating Disorder Inventory**–, EAT – **Eating Attitudes Test** –, BDI –



**Beck Depression Inventory** –, STAI – **State-Trait Anxiety Inventory**–, SF-12 – **Short-Form 12 Health Survey** –componente mental e físico.

O EEE-C foi desenvolvido como uma avaliação eficiente, auto-aplicável e computadorizada dos comportamentos alimentares, exercício, atitudes e sentimentos. Os escores do QOL ED são administrados no computador e derivam de 21 questões, além da mensuração da altura e peso. Cada questão se refere aos últimos 28 dias ou últimos 3 meses.

Os escores do QOL ED são os seguintes: peso corporal (BW), comportamento alimentar (EB), transtorno alimentar (ED), psicológico (PSY), problemas clínicos (AMED) e vida diária (DL)<sup>20</sup>, além de um escore total, que é o total dos 6 domínios acima mencionados. Todos os escores são derivados das questões do EEE-C do estudo anterior (Abraham e Lovell, 1999).

Os pacientes completaram o EEE-C e os demais questionários na primeira semana do tratamento em regime de internação, antes da saída e 12 meses depois.

Quanto à análise estatística, os autores usaram o coeficiente de correlação de Spearman para examinar a validade concorrente do QOL ED com as medidas psicológicas, psiquiátricas e de sintomatologia alimentar validadas. Teste t pareado foi usado para comparar os escores do QOL ED entre a admissão e a saída, bem como 12 meses depois. ANOVA com correção de Bonferroni foi realizada para discriminar os escores do QOL ED entre os subgrupos diagnósticos. Todas as comparações apresentaram um valor p significativo ( $p = 0.001$ ). A consistência interna geral e dos domínios foi mensurada pelo coeficiente  $\alpha$ .

Quanto à correlação do QOL ED com o instrumento de QV (SF-12), observou-se que o domínio *psicológico* e a QV global do instrumento apresentaram correlações intermediárias com o componente mental do SF-12 ( $r = -0,537$  e  $r = -0,49$ , respectivamente), e um pouco mais baixa entre *vida diária* e o componente físico ( $r = -0.409$ ).

### **Avaliação das propriedades psicométricas**

<sup>20</sup> Body weight (BW), eating behaviour (EB); eating disorder (ED), psychological (PSY), acute medical (AMED) and daily living (DL).

**Modelo conceitual e de mensuração:** o presente estudo não descreve o processo de desenvolvimento do instrumento de QV.

**Consistência interna:** a consistência interna do instrumento foi alta (Cronbach's alpha = 0.93). Contudo, o autor reporta o coeficientes de apenas 4 dos domínios, um deles < 0.70 (EB  $\alpha$  = 0.58). Dessa forma, cerca de 43% dos domínios não atingiram o coeficiente aceitável.

**Teste-reteste:** não reportado.

**Validade:** não há descrição de seleção e dados demográficos do grupo de referência (população geral) ao qual o grupo de pacientes foi comparado. Dessa forma, a validade discriminativa não foi aceita como adequada. No que se refere à validade de critério, os estudo apresenta coeficientes aceitáveis, com a maioria das correlações com coeficientes maiores que 0.30.

#### **4.15.2 Estudo 2: EDQLS – Eating Disorders Quality of Life Scale**

Adair et al (2007) visavam desenvolver e validar um instrumento de qualidade de vida específico para TA (EDQLS – Eating Disorders Quality of Life Scale) designado a minimizar os vieses de resposta atribuídos às características ego-sintônicas dos transtornos alimentares, permitir avaliação da QV padronizada e individualizada, ser sensível a mudanças no tratamento, e ser apropriada para adolescentes e jovens adultos e adultos com TA.

O desenvolvimento do EDQLS foi baseado na definição da OMS de QV. Este processo foi realizado em vários estágios e com diversas fontes, incluindo a participação de adolescentes e jovens adultos com TA, suas famílias e profissionais que provêm tratamento. Os participantes na fase do desenvolvimento eram pacientes com diagnósticos de TA (anorexia, bulimia e TANE) do Calgary Eating Disorders Program (CEDP), bem como seus familiares.

Os autores usaram diversas fontes de material para geração dos domínios e itens: revisão da literatura, narrativas em primeira pessoa na Internet e entrevistas com profissionais, familiares e pacientes.

Mulheres e homens com mais de 14 anos com diagnósticos de TA clinicamente confirmados (AN, BN e TANE) foram eleitos para os dois grupos, piloto e multicêntrico. A amostra do grupo piloto foi formada por 41 pacientes do sexo feminino, do **Calgary Program**, entre 15 e 44 anos (média  $24,4 \pm 8$ ). O estudo multicêntrico contou com uma amostra de 130 pacientes.

Como os resultados do grupo piloto foram similares aos dados iniciais dos pacientes do estudo multicêntrico, as amostras foram agrupadas, com número final de 171 pacientes. A comparação dos instrumentos e subgrupo foram realizadas com os 130 participantes do estudo multicêntrico.

Os instrumentos utilizados no processo de validação foram: SF-12 – **Short-Form 12 Health Survey** –, QoLI – **Quality of Life Inventory** –, 16D – medida de QV para adolescentes de 12 a 15 anos –, BSI – **Brief Symptom Inventory** –, EDI-2 – **Eating Disorder Inventory 2**, MSCARED – **Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder**.

Quanto à análise estatística, o coeficiente alpha foi utilizado para avaliação da consistência interna do instrumento e seus domínios. Posteriormente, foi realizada a correlação entre item e total, bem como o impacto da retirada de itens no coeficiente  $\alpha$ . A análise teste-reteste será realizada em um estudo subsequente. A validade de construto e de critério foi examinada por análise bivariada do escore total do EDQLS de acordo com características clínicas e sociodemográficas, usando ANOVA e post hoc de Tukey HSD. As hipóteses primárias para correlações de convergência e divergência entre os itens do EDQLS, e do escore total, com os instrumentos de critério foram testadas através das correlações de Spearman e Pearson. Análise do componente principal (PCA) e teoria de resposta dos itens (IRT) foram usadas para revisão inicial e exploratória das propriedades do instrumento e seus itens após a confirmação da adequação dos dados.

Quanto à correlação do EDQLS com os instrumentos de QV, observou-se que o escore total do EDQLS apresentou correlação alta com o componente mental do SF-12 ( $r$

= 0,71) e baixa com o componente físico ( $r = 0,37$ ). A correlação com o instrumento de QV para adolescentes (16D) foi alta ( $r = 0,78$ ) e moderada para o QoLI ( $r = 0,61$ ).

### **Avaliação das propriedades psicométricas**

**Modelo conceitual e de mensuração:** o presente estudo descreve de forma detalhada e adequada o processo de desenvolvimento do instrumento de QV, a geração dos itens e escores, com envolvimento de pacientes, familiares e profissionais.

**Consistência interna:** a consistência interna do instrumento foi alta (Cronbach's alpha = 0.96). O coeficiente  $\alpha$  entre os domínios e o escore total foi aceitável para 67% das dimensões.

**Teste-reteste:** será realizado em outro estudo.

**Validade:** quanto à validade de critério, o EDQLS foi altamente correlacionado com o escore total do 16D ( $r = 0,61$ ,  $p < .001$ ) e com o componente mental do SF-12 ( $r = 0,71$ ,  $p < .001$ ). Conforme esperado, uma correlação mais baixa foi observada entre o EDQLS e o componente físico do SF-12 ( $r = 0,37$ ,  $p < .001$ ). A validade de construto também foi sustentada pela correlação altamente positiva entre o escore total do EDQLS com o item de qualidade de vida global e com SF-12. A validade de conteúdo, analisada pela descrição do modelo conceitual e de mensuração, também foi considerada adequada.

### **4.15.3 Estudo 3: EDQOL – Eating Disorders Quality of Life**

Engel et al (2006) visavam descrever o desenvolvimento e validação de uma medida de QVRS para pacientes com transtornos alimentares.

Para tanto, avaliaram 538 participantes do sexo feminino, com idade média de 21,99 anos ( $\pm 8,54$ ) e variação de 18 a 66 anos. Este grupo foi dividido da seguinte forma: grupo de sujeitos com TA ( $n = 155$ ), grupo de sujeitos que faziam dieta/exercício ( $n = 56$ ), e grupo de sujeitos sem TA ( $n = 327$ ), composto por um grupo de estudantes de um curso introdutório de psicologia. Contudo, 46 estudantes apresentaram EAT > 20 e foram incluídas no grupo de sujeitos com TA.

O diagnóstico de TA foi feito pelo SCID. Para ajudar na diferenciação entre compulsões alimentares objetivas e subjetivas foram utilizadas algumas questões do EDE. Além disso, o EAT-26 foi usado para avaliar a gravidade da sintomatologia alimentar.

O desenvolvimento dos domínios do EDQOL foi feito por 6 especialistas em pesquisa e tratamento de TA. Este processo gerou 6 domínios: físico, psicológico, finanças, trabalho/escola e questões legais.<sup>21</sup> Posteriormente, a geração do conteúdo foi completada. Cinco dos seis especialistas listaram áreas do funcionamento relevantes para cada domínio. O sexto especialista cuidadosamente revisou cada item de todos os domínios para garantir que todos os aspectos fossem avaliados corretamente e completamente. Ao final do processo, a escala foi composta por 25 itens com 4 subescalas (Psicológica, Física/Cognitiva, Trabalho/Escola e Finanças)<sup>22</sup> e um escore global.

Os instrumentos usados na validação do questionário de QV foram: SF-36– **Short-Form 36 Health Survey** –, NHP – **Nottingham Health Profile** – para demonstrar validade convergente com *reação emocional e isolamento social*, **Goldberg 10-item self-report measure of neuroticism**, para demonstrar validade convergente com os domínios psicológicos do EDQOL; BDI – **Beck Depression Inventory** –, SAS-SR – **Social Adjustment Scale Self-Report** – para avaliar validade convergente com o domínio social, **Financial Global Rating**, para demonstrar validade com o domínio de finanças, e GPA – **Grade Point Average** –, para demonstrar validade convergente com o domínio trabalho/educação do EDQOL.

Quanto à análise estatística, o estudo utilizou a combinação da teoria clássica (CTT) – para avaliações tais como correlação do item com o total – com teoria de resposta dos itens (IRT) – para avaliações tais como curva de características e informações dos itens. O coeficiente Cronbach's alpha foi usado para avaliação da confiabilidade. Quanto à validade, o estudo investigou a validade convergente e divergente, bem como validade de comparação entre os grupos.

Quanto à correlação do EDQOL com o SF-36, observou-se que o domínio *psicológico* apresentou correlação moderada com o componente mental (0,58) e mais

---

<sup>21</sup> Physical, psychological, financial, social, work/school, and legal.

<sup>22</sup> Psychological, Physical/Cognitive, Work/School e Financial

baixas para o domínio *físico/cognitivo* em relação às escalas *limitações por aspectos físicos, estado geral de saúde e vitalidade* (0,41, 0,45 e 0,48, respectivamente).

### **Avaliação das propriedades psicométricas**

**Modelo conceitual e de mensuração:** o presente estudo descreve de forma detalhada e adequada o processo de desenvolvimento do instrumento de QV, a geração dos itens e escores, com envolvimento de pacientes e profissionais.

**Consistência interna:** a consistência interna do instrumento foi alta (Cronbach's alpha = 0.94). Os coeficientes para as subescalas foram todos > 0.84. Teste-reteste foi realizado com 27 sujeitos, com intervalo de uma semana. O coeficiente de correlação intraclasse foi > 0,87 para todas as escalas, exceto Trabalho/Escola, que apresentou coeficiente 0,14. Dessa forma, a confiabilidade foi considerada adequada tanto para consistência interna quanto para teste-reteste.

**Validade:** quanto à validade convergente o domínio psicológico apresentou maior correlação com as medidas de neuroticismo e depressão (0,71 e 0,73, respectivamente). Os demais domínios apresentaram validade intermediária, entre 0,41 e 0,64, valores considerados aceitáveis. Na validade de comparação entre os grupos, sujeitos com TA mostraram-se mais prejudicados dos que os demais sujeitos (grupo dieta/exercício e sem TA). A validade de conteúdo, analisada pela descrição do modelo conceitual e de mensuração, também foi considerada adequada.

#### **4.15.4 Estudo 4: HeRQoLED – Health-Related Quality of Life in Eating Disorders**

Las Hayas et al (2006) visavam desenvolver um instrumento para medir a QVRS em pacientes com TA.

Para tanto, quatro psiquiatras experientes no tratamento dos TA, de três centros em Bizkaia na Espanha, colaboraram no recrutamento dos participantes. Os critérios de

inclusão consistiam em ser diagnosticado de acordo com o DSM-IV, estar em tratamento em um desses três centros, não ter comorbidade clínica graves, ou questões que impedissem o preenchimento do instrumento, e concordar na participação voluntária. Trezentos e noventa e quatro pacientes preencheram esses critérios. Todos os instrumentos foram enviados pelo correio aos participantes e 324 questionários retornaram (taxa de resposta de 82,23%). Para criar um grupo de comparação, 305 estudantes, universitárias e não universitárias, foram recrutadas da população geral.

No que tange ao desenvolvimento do instrumento, primeiramente foram formados 7 grupos focais (Etxeberria, 2002). Depois, foi feita uma revisão bibliográfica. Em terceiro, profissionais selecionaram os itens que poderiam ser usado no HeRQoLED. Foi feito um grupo piloto com 124 pacientes para avaliar a compreensão e aceitação do questionário. Análises fatoriais descritivas e exploratórias foram realizadas. Finalmente, baseado nos resultados a equipe de pesquisa alterou o instrumento. Esta versão final foi enviada aos pacientes.

O HeRQoLED é um instrumento auto-aplicável que avalia QV em pacientes com TA e tem 50 itens, divididos em oito domínios, incluindo um index de sintomas (com 10 itens). Além disso, contém três itens separados que não são usados no escore de nenhum domínio, mas fornecem dado clínico útil (sobre regularidade do período menstrual, o efeito de certos comportamentos na percepção da QV dos pacientes, e a motivação do pacientes em mudar seu comportamento alimentar).

Os instrumentos utilizados no processo de validação foram: SF-12– **Short-Form 12 Health Survey** –, EAT-26 – **Eating Attitudes Test**, dois itens do EDI-2 **Eating Disorder Inventory**<sup>23</sup>. Além disso, os psiquiatras envolvidos no estudo completaram um questionário clínico, criado pela equipe de pesquisa, no qual forneciam informações sobre o diagnóstico clínico da pacientes, de acordo com o DSM-IV e o CGI – **Clinical Global Index**.

Quanto à análise estatística, foi realizado análise fatorial, para avaliar a adequação dos itens. A confiabilidade foi analisada através do coeficiente alpha. Para reprodutibilidade (teste-reteste), usou-se o coeficiente de correlação intraclasse. Validade

---

<sup>23</sup> Os itens do EDI-2 utilizados foram “I feel secure about myself” e “I have extremely high goal”.

de critério foi mensurada através do coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) e a comparação entre os grupos, através do teste  $t$  e o teste de Soma de Postos de Wilcoxon.

Quanto à correlação do HeRQoLED com o SF-12, observou-se que o aspecto emocional e aspectos físico do HeRQoLED apresentaram alta correlação com o componente mental do SF-12 ( $r = -0,73$ ) e físico ( $r = -0,65$ ), respectivamente. Além disso, o domínio de *relacionamentos sociais* apresentou moderada correlação com o componente mental do SF-12 ( $r = -0,49$ ).

### **Avaliação das propriedades psicométricas**

**Modelo conceitual e de mensuração:** o presente estudo descreve de forma detalhada e adequada o processo de desenvolvimento do instrumento de QV, a geração dos itens e escores, com envolvimento de pacientes, familiares e profissionais.

**Consistência interna:** a consistência interna do instrumento foi alta, com todos os domínios, exceto o de compulsão alimentar, com Cronbach's alpha  $\geq 0,78$ . Com relação à reprodutibilidade, todos os valores do coeficiente de relação intraclasse excederam 0,86. Dessa forma, a confiabilidade foi considerada adequada tanto para consistência interna quanto para teste-reteste.

**Validade:** quanto à validade de construto, todos os itens, exceto quatro deles, apresentaram coeficiente de correlação com carga fatorial superior a 0,40. A validade concorrente entre os domínios do HeRQoLED e aqueles do SF-12 foram  $\geq 0,49$ . Para a correlação com EAT-26, os coeficientes foram  $\geq 0,71$ ; para o EDI-2,  $\geq 0,48$ . Na comparação entre grupo, pacientes com escores  $\geq 20$  no EAT-26 apresentaram escores significativamente mais altos (pior QV) nos domínios do HeRQoLED comparados àqueles que obtiveram pontuação inferior. E comparados à população geral, pacientes com TA apresentaram QV significativamente mais prejudicada em todos os domínios. A validade de conteúdo, analisada pela descrição do modelo conceitual e de mensuração, também foi considerada adequada.



Em 2007, Las Hays et al publicaram um outro artigo, com a segunda versão do HeQoLED (HeQoLEDv2). Neste estudo, os autores visavam examinar a responsividade do HeQoLED e descrever a reconstrução do domínio de compulsão alimentar.

No que se refere à presente pesquisa, somente os dados relativos ao desenvolvimento do novo domínio serão analisados.

Da amostra incluída no estudo ( $n = 324$ ), 56,7% ( $n = 139$ ) reportavam compulsões alimentares e foram, portanto, considerados no processo de validação deste domínio. Foi realizada uma análise de fatores para a inclusão dos itens. Cinco novos itens foram incluídos, com carga fatorial variando de 0.57 a 0.89 para o mesmo fator. A correlação do item com a escala foi de 0,49 ou mais. Validade de construto foi ainda sustentada pela correlação de 0,67 (95% CI= 0,57-0,75) com os fatores “bulimia” e “preocupação com comida” do EAT-26. A validade discriminativa foi sustentada pela correlação do domínio com o fator “preocupação com dieta” ( $r = 0,28$  (95% CI = 0,12-0,43) e “controle oral” ( $r = 0,07$  (95% CI= 0,10 – 0,23). A consistência interna foi alta (Cronbach’s alpha = 0,82).

Essas análises foram suficientes para justificar a inclusão do domínio de compulsão alimentar no questionário, bem como ratificar a adequação das propriedades psicométricas do instrumento na presente análise.



## 5. DISCUSSÃO

### 5.1 Considerações gerais

O objetivo desta revisão foi obter a melhor evidência disponível sobre a qualidade de vida de sujeitos com TA, bem como sobre sua forma de avaliação.

Embora o número de estudos não seja objetivamente pequeno, ele é reduzido quando comparado ao número de referências oriundas das buscas bibliográficas (29.537 referências). Além disso, a diversidade metodológica das pesquisas não permitiu o agrupamento dos dados para realização de análise estatística, e a existência de amostras pequenas dificultou a generalização dos achados. Não obstante, a concordância entre alguns resultados permite considerações sobre a QV dos TA e sua avaliação.

Dos 41 estudos incluídos nesta revisão, 25 eram estudos de corte transversal, 7 estudos de coorte, 1 revisão sistemática, 3 estudos qualitativos e 5 estudos de validação de instrumentos de QV específico para TA. Trinta e três estudos (incluindo os estudos de validação e a revisão sistemática) tinham como objetivo primário a avaliação da QV nesta população. Do restante, 4 usaram o instrumento de QV como medida secundária (Grucza et al, 2007; Lee et al, 2003; Mchugh, 2007; Wilfley et al, 2008) e 4 não definiam claramente a medida de desfecho principal, incluindo o instrumento de QV junto a outras medidas de desfecho (Colles et al, 2008; Green et al, 2004; Hsu et al, 2002, Nickel et al, 2005).

Cerca de 78% dos estudos com amostras clínicas e populacionais (25 de 32) utilizaram uma versão do **Short-Form Health Survey** para avaliar qualidade de vida (19 estudos com o SF-36, 5 com o SF-12 e 1 estudo com o SF-20), instrumentos que também foram utilizados como padrão de referência nos estudos de validação (4 estudos utilizaram o SF-12 e um deles o SF-36). O instrumento de qualidade de vida desenvolvido pela OMS (WHOQOL) foi utilizado em 4 estudos, assim como o IWQOL-Lite (**Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire**), instrumento de QV específico para obesidade, sendo, portanto, aplicado apenas nos estudos que avaliavam TCAP em amostras de obesos.

Quanto à avaliação diagnóstica, a maior parte dos estudos com amostras clínicas (19 em 24) incluíam entrevista clínica no processo de avaliação dos sujeitos, 9 dos quais usaram entrevistas estruturadas (EDE ou SCID). Os estudos que não utilizavam entrevistas clínicas, aplicaram a versão questionário do EDE ou QEWP-R (este último apenas no caso de amostras de TCAP).

Quanto aos subgrupos diagnósticos investigados nos estudos clínicos, 9 estudos avaliaram a QV em sujeitos com TCAP, 6 estudos avaliaram a QV em sujeitos com AN e BN, 3 estudos avaliaram sujeitos com AN, BN, TANE – síndromes parciais – e TCAP; 2 estudos em sujeitos com AN, BN e TCAP, 2 estudos apenas em sujeitos com AN, 1 estudo em sujeitos com BN e 1 estudo com pacientes de assistência primária, cuja amostra de TA era quase inteiramente composta por sujeitos com TCAP.

Os estudos clínicos que se propõem a avaliar TCAP junto a pacientes com AN, BN e TANE apresentam amostras muito pequenas de sujeitos com TCAP. Dos cinco estudos em questão, a maior amostra foi composta por 17 pacientes (Padierna et al, 2000) e a menor contou com apenas 3 pacientes (Latner et al, 2008). Os outros três estudos contaram com amostras de 10 (De la Rie et al, 2005; Mond et al, 2005) e 9 pacientes (Padierna et al, 1999). Por este motivo, os resultados de qualidade de vida deste grupo serão discutidos em separado.

Situação inversa foi observada nos estudos populacionais, cujas amostras geralmente não incluíam pacientes com AN (Bijl e Ravelli, 2000; Grucza et al, 2007; Monde t al, 2007) ou possuíam número muito pequeno de participantes (Doll et al, 2005). Os demais estudos populacionais visavam avaliar o impacto dos comportamentos relativos ao TA – compulsivos e compensatórios - na QV, sem a preocupação com a preenchimento de todos os critérios diagnósticos (Hay, 2003; Mond et al, 2004a; Mond et al, 2004b; Monde t al, 2006).

## **5.2 Qualidade de vida e transtornos alimentares**

Os resultados dos estudos que avaliam a QV dos sujeitos com transtornos alimentares como um todo, mostram que quando a QV de sujeitos com TA é comparada à

QV de sujeitos sem TA ou com a população normativa, sujeitos com TA, juntos, invariavelmente apresentam maiores prejuízos na maioria dos escores da QV, especialmente no que diz respeito ao aspecto mental ou domínios que o compõem (Doll et al, 2005, De la Rie, 2005; Scocco et al, 2006; Padierna et al, 2000, Mond et al, 2005; Latner et al, 2008; McHugh, 2007; Spitzer et al, 1995). Além disso, a gravidade do quadro parece estar diretamente ligada ao prejuízo, de modo que quanto mais grave a sintomatologia alimentar, pior a qualidade de vida (Danzl et al, 2001; Padierna et al, 2002, Padierna et al, 2004; Mond et al, 2004a). Os estudos que avaliam sintomatologia geral, além da alimentar, também apresentaram este mesmo padrão (Padierna et al, 2000; Padierna et al, 2002; Padierna et al, 2004; Gonzáles-Pinto, 2004; Lee et al, 2003).

Na comparação com outras patologias psiquiátricas, é digno de nota o fato de dois estudos apresentarem que a QV de sujeitos com TA é similar (Bijl & Ravelli, 2000) ou pior (Padierna et al, 1999) à dos sujeitos portadores de esquizofrenia, um dos quadros mais graves e debilitantes dentre os transtornos psiquiátricos. Além disso, Mond et al (2004b) observaram que sujeitos com TA apresentam QV mental mais prejudicada do que casos de transtornos afetivos e ansiosos. E nos demais estudos nos quais houve comparação com outros quadros psiquiátricos (transtornos do humor, depressão e transtorno do pânico), pacientes com TA apresentam maiores prejuízos na maioria das subescalas do **Short-Form Health Survey**, exceto *dor* (De la Rie et al, 2005; Bijl e Ravelli, 2000) e *capacidade funcional* (Padierna et al, 1999; De la Rie, 2005). Esta última subescala também aparece pouco prejudicada quando sujeitos com TA são comparados à população normativa (Padierna et al, 2000; De la Rie, 2005) ou a sujeitos sem TA (Doll et al, 2005). As razões para isso serão levantadas em um outro momento desta discussão (ver **problemas na avaliação da QV em TA**).

### 5.3 Qualidade de vida na BN e AN

Os resultados dos estudos que avaliam QV em sujeitos com AN e BN sugerem que esses quadros parecem estar associados a maiores prejuízos emocionais e sociais do que físicos (Padierna et al, 2000, Padierna et al, 2002, De la Rie, 2005; Doll et al, 2005;

González-Pinto, 2004; Mond et al, 2005, Danzl et al, 2001; Keilen et al, 1994; Latner et al, 2008, Scocco et al, 2006). A presença de comorbidades psiquiátricas (González-Pinto, 2000), sintomatologia depressiva e ansiosa (Padierna et al, 2002; Padierna et al, 2004; Danzl et al, 2001; Lee et al, 2003), gravidade do quadro alimentar (Padierna et al, 2002; Danzl et al, 2001) e níveis de predisposição à mudança (McHugh, 2007; Jones et al, 2008) parecem interferir desfavoravelmente, acarretando em níveis mais baixos de QV.

Com relação à cronicidade há resultados discordantes. Padierna et al (2004) observaram que pacientes com TA crônicos (tempo de doença maior do que cinco anos) e não-crônicos (tempo de doença menor do que cinco anos) apresentavam prejuízos similares na QV ao início do tratamento. No entanto, após 2 anos de tratamento e seguimento, o grupo não-crônico melhorou em todas as subescalas (exceto *limitações por aspectos emocionais*), ao passo que o grupo crônico não apresentou melhora em nenhum domínio da QV e tampouco no que se refere à sintomatologia ansiosa e depressiva. Todavia, Hay (2003), em um estudo populacional para avaliar o impacto da presença de comportamentos bulímicos nas medidas de QVRS, observou que a duração dos comportamentos alimentares não apresentou correlação com o componente físico ou componente mental do SF-36.

O primeiro estudo acima citado, que investiga a relação do tempo de doença com a QV (Padierna et al, 2004), avalia uma amostra de pacientes clínicos tratados por dois anos em um centro específico de tratamento para TA. Já o segundo (Hay, 2003), é um estudo populacional que investiga os comportamentos relativos ao TA, sem a preocupação com o diagnóstico em questão. Dado que os estudos que visavam avaliar cronicidade possuíam objetivos, metodologia e amostras distintas, a comparação entre eles torna-se difícil. Contudo, o dado de que pacientes crônicos não apresentam melhora na QV após dois anos (Padierna et al, 2004) parece concordar com o resultado encontrado por McHugh (2007), que investigou o quanto a predisposição à mudança interferia no prognóstico de pacientes com TA em tratamento residencial. Neste estudo, o autor reporta que pacientes com baixa predisposição à mudança melhoraram menos em termos da QV (entre outras medidas de desfecho) quando comparadas às pacientes com alta predisposição à mudança. Do mesmo modo, Padierna et al (2002) reportaram que pacientes com altos níveis de psicopatologia alimentar melhoraram menos após 2 anos de tratamento,

permanecendo com escores de QV muito abaixo da população normativa espanhola, o que não foi observado para pacientes com sintomatologia leve.

Neste contexto, embora não seja possível relacionar as variáveis entre si – afirmando que pacientes com maior tempo de doença apresentam maior psicopatologia alimentar mais intensa e menor predisposição à mudança – essas três variáveis estão diretamente relacionadas à gravidade do quadro alimentar, que, por sua vez, parece claramente associada a maiores prejuízos na QV.

#### **5.4 Aspectos da QV mais prejudicados na BN e AN**

Quanto aos domínios mais freqüentemente prejudicados nessas pacientes, especial atenção deve ser dada ao aspecto social. Danzl et al (2001) investigaram a QV de pacientes tratadas anteriormente, através do **Lancashire Quality of Life Profile**, mostrando que as pacientes reportavam pouca satisfação com a área social (família, amigos e trabalho) e que os domínios que apresentaram correlação com a melhora na QV foram *família* e *trabalho*. Padierna et al (2000) relatou que comparado à população normativa, pacientes com TA apresentam deterioração mais evidente nos domínios psicossociais (*vitalidade, limitações por aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental*), com baixos níveis de deterioração nas áreas físicas (*limitações por aspectos físicos e estado geral de saúde*). De la Rie (2005) também observou que, comparados a sujeitos que manifestaram TA no passado, pacientes com TA obtiveram escores significativamente mais baixos nas subescalas *limitações por aspectos físicos, limitações por aspectos emocionais, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental*. Estes achados também são sustentados pela comparação dos pacientes com TA com as normas da Austrália e da Nova Zelândia, que mostra que o componente físico do SF-36 das pacientes com TA era comparável aos escores populacionais, enquanto o componente mental estava abaixo das populações normativas (Latner et al, 2008).

O impacto no aspecto social é corroborado pela avaliação das próprias pacientes, as quais descrevem essa área como de grande impacto na QV nos estudos qualitativos. De la Rie (2007) relata que o domínio *sensação de pertencimento* (que se refere ao apoio social de amigos, parceiros e parentes, bem como a capacidade de se comunicar e sentir-

se cuidado) foi citado por 93% dos pacientes como um aspecto importante da QV, além de ter sido mais freqüentemente mencionado em primeiro lugar na ordem de importância atribuída aos domínios.

Etzeberria et al (2002) também relata que os pacientes dedicaram muito tempo falando sobre as relações familiares, um dos aspectos mais afetados pelo TA segundo elas. Quando as relações sociais foram abordadas, todos os grupos de pacientes mencionaram que esta era a área mais afetada da vida. Os pacientes mencionavam a perda dos amigos, o isolamento e a dificuldade de estabelecer relações afetivas.

No terceiro estudo qualitativo, Jones et al (2008) reportam que as três formas de relacionamentos discutidas (relacionamentos com amigos, relacionamentos íntimos e relacionamentos familiares) eram fortemente impactadas pelo TA. Quanto aos relacionamentos íntimos e com amigos, as pacientes referiam isolamento e dificuldade de encontrar um parceiro. Para o relacionamento familiar, os comentários dividiam-se entre aquelas que atribuíam restrição e tensão familiar em função do TA, e aquelas que julgavam o relacionamento próximo e suportivo.

Outro aspecto mencionado como importante na QV dessas pacientes são as características próprias da psicopatologia alimentar. A psicopatologia específica do TA foi mencionada por quase 30% das pacientes como uma área importante na QV. Além disso, os autores observaram que comparados à pacientes com TA no passado, as pacientes com TA no presente mencionaram a psicopatologia específica do TA como significativamente mais importante na percepção da QV do que sujeitos com TA no passado, reportando pior QV em todos os domínios, especialmente *bem-estar* e *auto-imagem*. Este último referido como segundo domínio mais importante na QV, seguido por *bem-estar* e *saúde* (De la Rie et al, 2007).

Entretanto, a este respeito há divergências entre os estudos, já que *saúde*, *alimentação*, *percepção corporal* não foram temas provenientes dos grupos de pacientes no estudo do Etzeberria et al (2002), sendo somente mencionado nos grupos de familiares e profissionais. No estudo de Jones et al (2008), como as áreas de investigação foram baseadas no **Morgan-Russel Outcome Assessment Schedule**, as questões relativas à saúde giraram em torno da presença ou ausência de menstruação. A perspectiva de voltar a menstruar era fonte de alívio para algumas e tensão para outras.



Com relação à ausência de prejuízos físicos, os resultados são mais duvidosos. É possível que o impacto no aspecto físico seja menos importante do que os prejuízos emocionais e sociais em pacientes com AN e BN, mas tal fato também pode ser explicado pelas características inerentes a estes quadros, que apresentam aumento de atividade física como possível manifestação psicopatológica (ver **problemas na avaliação da QV em TA**).

## 5.5 Diferenças na QV entre os subgrupos diagnósticos

Alguns estudos investigaram diferenças na QV dentre os subgrupos diagnósticos. Contudo, os resultados encontrados são bastante discrepantes.

De La Rie et al (2005) não encontraram diferenças significativas na QV entre os subgrupos diagnósticos.

Doll et al (2005) relataram que sujeitos com AN do subtipo restritivo apresentavam menor prejuízo na QV mental do que AN do subtipo purgativo e BN, além de maior satisfação na subescala de relacionamento social do WHOQOL-BREF. Esses autores também encontraram diferenças aparentes nos escores médios do SF-36 com relação às dimensões *limitações por aspectos físico*, *limitações por aspectos emocionais*, e o componente mental do SF-36, com menor prejuízo para sujeitos com AN e maiores para sujeitos com TCAP (sujeitos com BN apresentaram escores intermediários). Todavia, neste mesmo estudo 29% dos sujeitos com AN referiram ter pensado sobre tirar suas vidas, porcentagem bem mais alta do que as encontradas em sujeitos com BN (15%) e TCAP (4,5%).

Entretanto, outros estudos apresentam QV prejudicada para pacientes com AN. Padierna et al (2000) relatam que AN apresentaram maior deterioração nos relacionamentos familiares e sociais do que BN, embora ambos tenham manifestado dificuldades nas relações emocionais. Neste estudo, o grupo de pacientes com comportamentos anoréxicos e purgativos tendeu a perceber maior deterioração na qualidade de vida do que pacientes com comportamento restritivos ou aquelas com BN.

Nesta mesma linha, Gonzáles-Pinto et al (2004) realizaram um estudo somente com pacientes com AN e encontraram que as pontuações mais baixas foram *saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde*. Além disso, a existência de comportamentos purgativos também foi mais fortemente associada aos componentes mental e físico, bem como à QV global. Contudo, os autores relatam a observação de desvios padrões muito altos nas subescalas *limitações por aspectos físicos e limitações por aspectos emocionais*.

Esses resultados levam ao questionamento sobre a adequação de medidas genéricas, em especial o SF-36 (e versões do mesmo), na avaliação de pacientes com TA, em especial AN. Esses questionamentos e suas possíveis razões serão abordados em outro momento desta discussão (ver **problemas na avaliação da QV em TA**).

## **5.6 Comportamentos alimentares específicos e QV**

Alguns estudos investigaram a relação entre comportamentos alimentares e QV, avaliando o impacto dos diferentes comportamentos alimentares na QV (Hay, 2003; Latner et al, 2008; Mond et al, 2004a; Mond et al, 2004b, Mond et al, 2006). A este respeito, a análise utilizada para avaliar a contribuição das duas formas de compulsão alimentar (compulsões alimentares objetivas e subjetivas) e dos comportamentos compensatórios (uso de laxante, abuso de diuréticos, vômitos auto-induzidos, restrição alimentar e exercício físico) na QV diferiu entre os estudos.

Latner et al (2008) relatam que após controle da sintomatologia depressiva, abuso de laxantes e restrição alimentar foram independentemente relacionados ao componente físico da QV (SF-36), mas os comportamentos que prediziam o componente mental não atingiram significância estatística.

Hay (2003) aponta que compulsão alimentar regular explica 23% da variância no componente mental da QV, 29% da variância nas subescalas do SF-36, e 28% da variância nos escores do AQL (questionário australiano de QV). Essas porcentagem foram bem mais baixas para o comportamentos extremos para controle do peso (restrição alimentar e purgação), sendo, respectivamente, 5%, 7% e 16%.

González-Pinto et al (2004) encontraram que presença de purgação determinou redução de quase 8 pontos no componente mental do SF-36.

De la Rie et al (2007) observou que na comparação entre pacientes do subtipo purgativo e não-purgativo, pacientes purgativos reportavam escore médio significativamente pior com relação à *psicopatologia específica* do transtorno alimentar.

Mond et al (2004b) também observaram que a existência de comportamentos purgativos (em especial vômito auto-induzido) foi associada a altos níveis de prejuízos na QV, bem como na medida de sintomatologia ansiosa e depressiva. A ocorrência de qualquer comportamento purgativo foi associada a queda de 9 pontos na QV mental. Compulsões alimentares objetivas também foram associadas a prejuízos consideráveis, ao passo que exercício físico não foi.

A ausência de relação direta entre exercício físico e QV foi confirmada em três estudos posteriores realizados pelo mesmo grupo (Mond et al, 2004a; Mond et al, 2006; Mond et al, 2008), nos quais os resultados mostram que não há associação entre exercício e QV na ausência da psicopatologia alimentar, e que se sentir culpado por perder a sessão de exercício e exercitar-se somente por razões relativas ao peso e forma corporal predizem altos níveis de psicopatologia alimentar.

Em estudo subsequente, Mond et al (2006) avaliaram os prejuízos associados a métodos purgativos e não-purgativos em uma amostra da comunidade que referiam episódios de compulsão alimentar objetivos e/ou subjetivos. Neste estudo, os autores observaram que sujeitos que reportaram episódios de compulsão alimentar recorrentes (objetivos ou subjetivos) apresentaram, de modo significativo, maiores níveis de psicopatologia alimentar e prejuízo funcional (baixa QV) do que aqueles que não apresentavam tais comportamentos. Similarmente, sujeitos que reportaram comportamentos extremos para controle do peso (purgativos ou não-purgativos) obtiveram maiores níveis de psicopatologia alimentar e prejuízo funcional do que aqueles que não reportaram tais comportamentos. A combinação de episódios de compulsão alimentar e o uso de comportamentos extremos para controle do peso foi associada a níveis particularmente altos de psicopatologia alimentar e prejuízo funcional. E a combinação entre compulsões alimentares subjetivas e comportamentos extremos para controle do peso foi mais comum do que a combinação de compulsões alimentares objetivas e

comportamentos extremos. Segundo os autores, esses achados suportam a visão de que a experiência de perda de controle sobre o comer pode ser um índice melhor de perturbação psiquiátrica dentre indivíduos afetados por transtornos alimentares do tipo bulímico do que a quantidade de comida consumida.

De modo geral, os resultados acima sugerem que a perda de controle sobre o comer e a existência de comportamentos compensatórios, especialmente do tipo purgativo, parecem contribuir de modo negativo para a percepção da QV.

Todavia, é digno de nota que o único estudo que não apresentou correlação dos comportamentos alimentares com o componente mental da QV foi um estudo realizado com amostra clínica e que avaliou sintomatologia depressiva. Os demais estudos são populacionais, feitos na mesma região (Austrália) e que não controlaram para sintomatologia depressiva. Embora os autores tenham incluído uma medida de desconforto psicológico no pacote de questionários enviado aos participantes, nos referidos estudos não houve análise desses dados. Os autores compararam somente os escores do EDE com os instrumentos de QV. Dessa forma, torna-se necessário avaliar se a presença de sintomatologia depressiva ou ansiosa interferiria neste resultado e de que forma.

Em função disso, embora pareça claro que a perda de controle sobre o comer e a presença de métodos purgativos para controle do peso acarretam prejuízos na QV, não é possível excluir a possibilidade do envolvimento de outras variáveis neste processo.

## **5.7 Qualidade de vida e TCAP**

Com relação às pesquisas com TCAP, cerca de 89% dos estudos foram realizados em amostras de obesos, a maioria avaliando a QV de sujeitos com TCAP e sem TCAP, retirados dos mais diversos grupos, em relação a outras variáveis (sintomatologia depressiva, autoestima, hábitos alimentares, entre outras). Apenas um estudo incluído visava avaliar a QV de sujeitos com TCAP antes e após cirurgia bariátrica. Vale ressaltar, no entanto, que outros 18 estudos que se propunham avaliar esta questão foram excluídos

da presente revisão por não avaliarem o referido transtorno alimentar de forma adequada, o que se faz necessário em futuras pesquisas.

De modo geral, sujeitos com TCAP apresentam pior qualidade de vida do que a população normativa (De Zwaan et al, 2002; Hsu et al, 2002; Marchesini et al, 2002. Masheb e Grilo, 2004). Quando a análise é feita em termos do impacto nos aspectos físico e mental, há consenso sobre o impacto da obesidade no aspecto físico e sobre a constatação de maior prejuízo no aspecto emocional em sujeitos com TCAP. A dúvida consiste em saber se o prejuízo na QV mental de sujeitos com TCAP deve-se aos comportamentos relativos ao transtorno alimentar ou a variáveis que o acompanham, tal como sintomatologia depressiva. Masheb e Grillo (2004) encontraram que a associação entre TCAP e IMC foi inversa e significativamente relacionado ao componente físico do SF-36, enquanto a associação entre TCAP e depressão foi inversa e significativamente relacionada ao componente mental do SF-36. Parece claro que a obesidade por si só explica baixos níveis de QV física, dado este que é comprovado por outros estudos que avaliam a QV de sujeitos obesos (Fontaine et al, 2000; Duval et al, 2006). Todavia, para o aspecto mental permanece a questão: na ausência da sintomatologia depressiva os comportamentos do TCAP são relacionados à prejuízos na QV mental?

A este respeito, os estudos com TCAP que usaram o **Short-Form Health Survey** (instrumento que permite a divisão da QV nesses dois componentes, mental e físico), mostram maior concordância quanto ao prejuízo encontrado. Todos os estudos que apresentam resultados sobre o componente mental da QV, referem-no como o aspecto mais prejudicado em sujeitos com TCAP (Colles et al, 2008; De Zwaan et al, 2002; Masheb e Grilo, 2004, Hsu, 2002, Marchesini, 2002: Grucza et al, 2007). Além disso, duas dimensões que fazem parte deste componente (*aspectos sociais e limitações por aspectos emocionais*) são freqüentemente mencionadas como significativamente mais prejudicadas nesses indivíduos, mesmo após controle de outras variáveis (Colles et al, 2008; Green et al, 2004; Hsu et al, 2002; Masheb e Grilo, 2004, Spitzer et al, 1995). Grucza et al (2007), avaliando uma amostra de sujeitos com TCAP retirados da comunidade, observou que sujeitos com TCAP obtiveram pontuação significativamente pior no componente mental da QV do que obesos sem TCAP e sujeitos sem obesidade e sem TCAP. E embora TCAP tenha apresentado associação significativa com depressão,

ansiedade generalizada, ataques de pânico e tentativas de suicídio, os resultados continuaram significantes após controle dessas variáveis. Segundo os autores, TCAP prediz escores mais baixos no componente mental do SF-12, sendo independentemente associado à baixa QV mental.

Quanto aos estudos que usam o IWQOL-Lite para avaliar a QV de sujeitos com TCAP, observa-se discordância quanto ao maior impacto na QV de obesos com TCAP.

Wilfley et al (2008) realizaram o único estudo que utiliza o IWQOL-Lite com objetivo diferente do acima citado. Ao invés de comparar sujeitos com e sem TCAP, o estudo pretende investigar o efeito da sibutramina (comparado ao placebo) na QV, entre outras variáveis, em sujeitos com TCAP. Este estudo não reporta os escores da QV iniciais e tampouco os compara à população normativa, concluindo apenas que a sibutramina não acarretou em mudanças na QV dos sujeitos, os quais não apresentaram escores significativamente diferente do grupo de TCAP em uso de placebo.

Todavia, os estudos restantes (De Zwaan et al, 2002; Kolotkin et al, 2004; Rieger et al, 2005), compararam a QV relacionada ao peso de obesos com e sem TCAP. Kolotkin et al (2004) atribuíram o maior impacto da QV em sujeitos com TCAP a variáveis demográficas e ao IMC, enquanto De Zwaan et al (2002) observaram que três das cinco subescalas do IWQOL-Lite (*autoestima, vida sexual e trabalho*), além do escore total da QV, encontravam-se significativamente mais prejudicadas em sujeitos com TCAP, os quais não diferiam dos sujeitos sem TCAP quanto ao IMC. Além disso, após controle da sintomatologia depressiva e medida de autoestima o resultado permaneceu inalterado. Esses achados são corroborados pelos resultados de Rieger et al (2005), que observam prejuízos nas mesmas subescalas (*autoestima, vida sexual, trabalho* e escore total) em sujeitos com TCAP quando comparados a sujeitos sem TCAP. Ainda que este estudo não tenha avaliado sintomatologia depressiva, os autores avaliaram o impacto do IMC no resultado e encontraram correlação negativa entre IMC e QV somente para as subescalas *desconforto público* e *funcionamento físico*. Kolotkin et al (2004) também apontaram que IMC explicava 44,5% da variância da subescala *desconforto público* e 35,2% da variância em *funcionamento físico*, e 34,1% da variância no escore total, sendo pouco responsável pela variância nas demais subescalas.

Embora o IWQOL-Lite não permita a divisão nos domínios nos componentes mental e físico, os domínios significativa e repetidamente afetados nesses sujeitos são relativos à área psicossocial. Além disso, é digno de nota que em nenhum dos estudos a diferença entre os grupos de obesos com e sem TCAP para o domínio *funcionamento físico* tenha alcançado significância estatística.

Talvez não seja possível afirmar quais são os comportamentos relativos ao TCAP que possuam maior impacto na QV e geram os maiores prejuízos, mas os resultados dos estudo aqui apresentados sugerem que o TCAP acarreta em prejuízos nas áreas sociais e emocionais da QV, para além do prejuízo físico proveniente da obesidade.

Tentando compreender as características centrais do TCAP e os prejuízos relativos a elas, Mond et al (2007) investigaram prováveis casos de TCAP retirados de uma grande amostra da comunidade, a fim de comparar sujeitos com TCAP que mencionavam também extrema preocupação com peso e forma corporal, e sujeitos com TCAP que não referiam a mesma preocupação. Neste estudo, sujeitos com TCAP e extremas preocupações com peso e forma corporal mostraram-se significativamente mais pesados, com maior psicopatologia alimentar e mais baixos níveis de QV subjetiva (WHOQOL-BREF) e QVRS (SF-12). No entanto, não houve diferenças em relação à frequência das compulsões alimentares entre os grupos de TCAP com e sem extrema preocupação com peso e forma corporal. Os autores apontaram que sujeitos com TCAP e extremas preocupações com peso ou forma corporal eram mais comparáveis a pacientes com TA, em termos de psicopatologia alimentar e prejuízos funcionais, ao passo que sujeitos com TCAP sem extremas preocupações com peso e forma corporal se assemelhavam mais aos obesos sem compulsão alimentar na maioria dos aspectos.

Embora interessantes, estes achados são dignos de maiores investigações, por dois motivos relacionados entre si. Primeiro, a amostra é 100% feminina e o TCAP é o transtorno alimentar de maior incidência sobre os homens (33%) (APA, 2006). Segundo, a questão que os autores investigaram (extrema preocupação com peso e forma corporal) é sabidamente uma preocupação com maior impacto sobre as mulheres, dado o momento cultural e as exigências sociais a este respeito. Dessa forma, ficam em aberto as perguntas: será que estas mesmas diferenças são válidas para homens com TCAP? Será

que os prejuízos funcionais em homens com TCAP e extrema preocupação com peso e forma corporal são equivalente aos prejuízos de pacientes com AN e BN?

À parte isso, é importante ressaltar que talvez existam características centrais, específicas e comuns a todos os TA (AN, BN, TCAP), que estão diretamente ligadas aos prejuízos funcionais observados nesses pacientes. Apesar da população investigada e do tipo de comparação realizadas, os sujeitos com AN, BN e TCAP invariavelmente reportaram maiores prejuízos nos aspectos emocionais e sociais da QV. A única diferença mais evidente entre esses grupos foi que, na presença de obesidade, TCAP também apresenta maiores prejuízos físicos, ainda que não seja possível afirmar o que de fato significa este baixo impacto físico em pacientes com AN e BN.

## **5.8 Problemas da avaliação da QV em TA**

Como já foi dito, alguns estudos trazem questionamentos sobre a adequação dos instrumentos genérico na avaliação da QV em TA, especialmente na AN (Doll et al, 2005; Mond et al, 2005; Hay, 2003; Adair et al, 2007).

Dados os resultados relatados para AN em seu estudo, Mond et al, 2005 apontam que a avaliação da QV em pacientes com TA requer considerações cuidadosas. Os autores consideram pouco provável que o uso de medidas subjetivas funcione como auxílio no tratamento de pacientes com AN, uma vez que o ganho de peso associado ao tratamento provavelmente se reflete em baixos níveis de bem-estar subjetivo. Como estratégia, eles sugerem documentar as discrepâncias entre diferentes medidas de QV e discutir qual é a mudança esperada nos escores de cada medida de acordo com a mudança no nível de psicopatologia alimentar e peso corporal.

Doll et al (2005) também encontram resultados pouco consistentes com as observações clínicas. Neste estudo, sujeitos com AN reportaram melhor QV do que aqueles com TCAP nas subescalas *limitações por aspectos emocionais* e *limitações por aspectos físicos*. A este respeito os autores relatam a possibilidade do resultado ser reflexo da forma como as perguntas são feitas no SF-36, tornando-o inadequado para



sujeitos com transtornos tais como AN, uma vez que refletem resultados irreais ou errôneos.

Alguns resultados de outros estudos incluídos nesta revisão parecem reforçar estas idéias.

Conforme mencionado anteriormente, observa-se que a subescala *capacidade funcional* aparece pouco prejudicada (melhor do que outros subgrupos) ou até mesmo sem prejuízos em sujeitos com TA (De la Rie et al, 2005; Padierna et al, 1999; Padierna et al, 2000; Doll et al, 2005). As perguntas relativas à esta subescala (tabela 25) referem-se à atividades físicas, isto é, o quanto o sujeito deixou de fazer atividades diárias básicas, que envolvem movimentação física, em função da sua saúde. Tais perguntas são bastante inadequadas para refletir a QV de pacientes que aumentam a atividade para perder peso. No lugar da debilidade física, muitas vezes observa-se hiperatividade, por vezes em níveis incompatíveis com o estado clínico de saúde das pacientes. Dessa forma, é possível que quanto maior a hiperatividade, maior o nível de QV neste domínio. Assim, um escore referente à melhor QV neste domínio poderia refletir diretamente maiores níveis de psicopatologia alimentar, e não o contrário.

**Tabela 25. Perguntas e possibilidades de resposta relativas ao domínio *capacidade funcional* do SF-36**

Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. De acordo com a sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

<b>Atividades</b>	<b>Sim, muita dificuldade</b>	<b>Sim, um pouco de dificuldade</b>	<b>Sem dificuldade</b>
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes intensos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 Km	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

Nesta mesma linha, observa-se que nos mesmos domínios para os quais Doll et al (2005) relataram as maiores diferença entre sujeitos com AN e TCAP – *limitações por aspectos físicos e limitações por aspectos emocionais* – Gonzáles-Pinto et al (2004) relataram os maiores desvios padrões (tabelas 26 e 27, respectivamente). Estes domínios também se referem à diminuição das atividades em função de um problema físico ou emocional, respectivamente.

**Tabela 26. Perguntas e possibilidades de resposta relativas ao domínio *limitações por aspectos físicos* do SF-36**

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas no seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de executar seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

**Tabela 27. Perguntas e possibilidades de resposta relativas ao domínio *limitações por aspectos emocionais* do SF-36**

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

Embora a primeira pergunta desses dois domínios seja relativa ao tempo dedicado ao trabalho e que seja de conhecimento clínico – bem como bastante documentado nos estudos aqui descritos – que o trabalho e a educação são áreas muito afetadas pelo TA,

tal fato parece ser influenciado por outras questões, apresentando-se de modo muito variável entre as pacientes.

De la Rie et al (2007) mencionam que os domínios *trabalho* e *educação* foram freqüentemente mencionados (64% dos pacientes o fizeram), mas foram menos freqüentemente considerados como o aspecto mais importante da vida pelos pacientes, sendo colocado em primeiro lugar na ordem de importância dos domínios por apenas 8,7% dos sujeitos do estudo.

Os achados de Etxeberria et al (2002) são consistentes com este fato, dado que os autores relatam que nos grupos de pacientes surgiram opiniões diferentes sobre como o TA havia influenciado o trabalho e atividades diárias, diferenças estas que dependiam mais da visão pessoal dos participantes do que do diagnóstico e tempo de evolução da doença.

Além disso, considerando que AN incide sobre mulheres mais jovens do que os demais transtornos, é possível considerar que o impacto maior do transtorno recaia sobre o estudos, e não sobre o trabalho. Tal fato pode ser evidenciado pelo relato de que *estudos* foi o primeiro aspecto afetado pelo TA mencionado por pacientes com AN com menor tempo de doença (menos de três anos), aspecto que não recebeu a mesma prioridade dos demais subgrupos investigados (Etxeberria et al, 2002). A este respeito, as pacientes comentaram sobre a diminuição da capacidade de concentração e memória, bem como a percepção de ir da perfeição ao fracasso.

Entretanto, no estudo de Jones et al (2008) a maioria dos pacientes (15 de 20) reportaram não serem aptos a trabalhar ou estudar no início do tratamento, principalmente por impedimentos oriundos do impacto físico e emocional do TA (falta de energia, de concentração, e demandas emocionais e de tempo excessivas). E ao final do tratamento, embora a maioria dos pacientes estivesse pronto para estas atividades (quer trabalho, quer educação), alguns pacientes não se sentiam aptos e relatavam necessidade de suporte.

Tais colocações parecem estar em concordância com as contradições apresentadas entre os estudos e com as variações nos escores evidenciadas pelos desvios padrões observados no estudo de Gonzáles-Pinto et al (2004).

Dessa forma, embora pareça claro que algumas subescalas do **Short-Form Health Survey** abordam questões delicadas para pacientes com AN, exigindo cautela na avaliação dos achados, também é digno de nota o fato dos resultados de QV serem todos mais questionáveis para este grupo de pacientes, independente do modo de avaliação.

Há resultados – como os obtidos nas subescalas acima mencionadas – que podem ser atribuídos ao instrumento utilizado, mas existem outros – como a maior satisfação com as áreas sociais no estudo de Doll et al (2005) e a menor satisfação na mesma área no estudo de Padierna et al (2000) – que podem ser oriundos da própria complexidade do quadro e questões individuais, como fica bem documentado nos dois estudos qualitativos que buscam a informação em profundidade (Etxeberria et al, 2002; Jone et al, 2008). Tais estudos apresentam opiniões divergentes entre as pacientes quanto à satisfação com as áreas da vida, à recuperação e à possibilidade de atribuir estas variações a condições observáveis (subtipo de TA, tempo de doença, idade, IMC, entre outros).

Todavia, para que estas questões sejam esclarecidas, faz-se necessárias futuras investigações, especialmente com instrumentos de QV específicos para TA (discutidos a seguir), desenvolvidos com a intenção de serem mais sensíveis às características específicas e particulares dos TA.

## **5.9 Instrumentos genéricos versus instrumentos específicos**

### **5.9.1 Instrumentos em uso**

Conforme mencionado anteriormente, instrumentos genéricos e específicos possuem vantagens e desvantagens. Ao mesmo tempo em que instrumentos genéricos permitem comparações entre transtornos distintos, não são sensíveis às características específicas da patologia em questão. Por sua vez, instrumentos específicos, que visam dar conta dessas características, além de não permitirem a comparação entre grupos distintos, também podem apresentar problemas. A este respeito Hay e Mond (2005) citam o estudo de Kolotkin et al (2004) que, ao utilizar IWQOL-Lite para avaliar QV relacionada

ao peso em obesos com TCAP, observou que os resultados deixaram de ser significativos após controle de IMC e outras variáveis.

Embora este tenha sido o único estudo com este tipo de resultado para TCAP, talvez seja importante tecer alguns comentários sobre o referido instrumento.

O IWQOL-Lite é um instrumento de QV específico para a obesidade, que visa investigar o impacto do peso na QV. Das 31 questões que compõem o instrumento, 27 começam da seguinte maneira: “Por causa do meu peso eu...”. Dado que a obesidade não é critério diagnóstico para TCAP, e que embora menos freqüentes existam sujeitos com TCAP não-obesos, talvez este instrumento não seja o mais adequado para avaliar QV nesta população. O peso parece estar relacionado muito mais aos aspectos físicos da QV. Ainda que os aspectos físicos estejam prejudicados em sujeitos com TCAP, uma avaliação específica dos prejuízos relativos à obesidade, que é geralmente consequência do transtorno alimentar, pode subestimar o impacto do TCAP na QV, associado a prejuízos no aspecto emocional também.

Dessa forma, ao avaliar a QV de sujeitos com TCAP com instrumentos específicos para a obesidade, é necessário ter em mente que as características centrais do TCAP não estão relacionadas à obesidade, não sendo, portanto, compreendidas por este tipo de instrumento.

Apesar disso, os resultados sobre o impacto do TCAP na QV parecem bem consistentes dentre os estudos incluídos nesta revisão, quer o instrumento utilizado fosse o SF-36 (instrumento genérico de QV), quer fosse o IWQOL-Lite.

Quanto ao uso do SF-36 na avaliação dos TA como um todo, o **Short-Form Health Survey** parece apropriado para comparação com outros transtornos. Todos os estudos que avaliaram a QV dos TA, comparados à população normativa, grupos controles ou outros quadros psiquiátricos, parecem refletir o impacto funcional destes transtornos conforme observação clínica.

No entanto, na avaliação dos subgrupos diagnósticos, observa-se que tal instrumento não parece discriminar suficientemente bem os subgrupos, o que pode ser inferido pela ausência de significância estatística neste tipo de comparação e pela discordância entre os estudos a este respeito.

Além disso, enquanto parece evidente que o instrumento parece refletir níveis reais de prejuízos em pacientes com TCAP, o extremo oposto é observado em sujeitos com AN. Pacientes com BN geralmente apresentaram escores intermediários, sendo, na realidade, pouco discutidos nos estudos.

Dessa forma, fica em aberto a adequação deste instrumento na avaliação de sujeitos com BN. É possível que os prejuízos na QV de pacientes com BN sejam bem refletidos nos escores do **Short-Form Health Survey**, mas também é possível que esta varie de acordo com a forma de manifestação clínica e pessoal deste transtorno. Se a manifestação clínica for mais próxima do TCAP (como na bulimia do subtipo não-purgativo) pode ser que os escores reflitam prejuízos reais. Mas se a manifestação for mais próxima dos quadros de AN (com comportamentos mais restritivos entre os episódios de compulsão alimentar e menor crítica sobre a doença), pode ser que os escores sejam mais irreais. Seja como for, para este grupo não parece haver nem evidências e nem discussão suficiente para afirmar a adequação deste instrumento na avaliação da QV.

### 5.9.2 Instrumentos recentes

Entre 2006 e 2007 foram desenvolvidos quatro instrumentos de QV específicos para TA: **QOL ED – Quality of Life for Eating Disorders** (Abraham et al, 2006), **EDQLS – Eating Disorders Quality of Life Scale** (Adair et al, 2007), **EDQOL – Eating Disorders Quality of Life** (Engel et al, 2006), **HeRQoLED –Health-Related Quality of Life in Eating Disorders** (Las Hayas et al, 2006 e 2007, primeira e segunda versão, respectivamente).

De modo geral, os quatro estudos tinham por objetivo desenvolver um instrumento que pudesse discriminar entre os subgrupos diagnósticos, bem como entre estes e sujeitos sem TA. Além disso, um dos estudos (Adair et al, 2007) visava, ainda, minimizar os efeitos das características ego-sintônicas, atentando para os vieses de respostas nos itens nos quais esta questão poderia aparecer.

Quanto ao objetivo comum (validade discriminativa entre os grupos), os quatro instrumentos foram bem sucedidos, embora os achados relativos ao QOL ED (Abraham et

al, 2006) fiquem comprometidos pelos poucos dados fornecidos a respeito do grupo controle.

Quanto ao objetivo específico de minimizar os efeitos das características ego-sintônicas (Adair et al, 2007), é digno de nota o fato dos autores reportarem que ainda que o fenômeno tenha sido minimizado, ele permanecia presente em alguns participantes. Os autores relatam que um escore de 180 (em uma escala de 200 pontos) parece pouco realista para pacientes de um serviço terciário para TA em função da presença de sintomatologia grave. Esses escores foram reportados por participantes mais jovens, com diagnóstico de AN. Uma das pacientes estava em regime de internação, muitas apresentavam baixo peso e outras haviam iniciado o tratamento recentemente, com menor tempo de doença. Os autores levantam a hipótese de que o TA poderia não ter impactado de forma ampla a vida dessas pacientes, mas também é possível que essas pacientes ainda não percebessem os prejuízos na QV, como resultado das características ego-sintônicas.

Quanto ao desenvolvimento dos instrumentos e propriedades psicométricas, o estudo de Abraham et al (2006) é o que apresenta maiores limitações. Além de ter sido conduzido somente com pacientes internados, o estudo não descreve o desenvolvimento do instrumento, a criação de seus domínios, além de não fornecer informações sobre a consistência interna de todos os domínios avaliados, bem como a descrição do grupo controle ao qual as pacientes com TA foram comparados a fim de obter a validade discriminativa.

O estudo de Adair et al (2007) é bastante consistente na descrição do desenvolvimento do instrumento e criação dos seus domínios, sendo o estudo que contém a maior diversidade de fontes de informação na realização deste processo: pacientes, profissionais, familiares, revisão bibliográfica e narrativas da Internet – estudo qualitativo exploratório publicado anteriormente (Adair et al, 2006). As descrições a este respeito são bastante detalhadas, incluindo a realização de grupo focal para avaliação da adequação das questões na população-alvo. Quanto às propriedades psicométricas, o estudo apresenta dados de validade e confiabilidade adequados, e embora não tenha avaliado a validade teste-reteste, a autora menciona o fato referindo que a mesma será realizada em separado. Este instrumento contém 40 questões e é o único cujas possibilidades de

resposta não são baseadas em critérios de frequência, apresentando frases afirmativas que podem ser assinaladas em cinco opções de concordância (“concordo fortemente até “discordo fortemente”). Este instrumento compreende o maior número de domínios (11 dimensões), sendo o instrumento mais próximo à realidade retratada na avaliação individualizada da QV de pacientes com TA, no qual 12 domínios foram identificados (De la Rie et al, 2007).

O estudo de Engel et al (2006) também é bastante adequado em termos de desenvolvimento, validade e confiabilidade, preenchendo todos os critérios exigidos na avaliação de um instrumento. Contudo, o processo de desenvolvimento envolve menos fontes de informações, provenientes somente de pacientes e profissionais. Este instrumento apresenta 25 questões, cujas possibilidades de resposta baseiam-se em critérios de frequência, com 5 alternativas por questão (de “nunca” até “sempre”). Além disso, na mesma linha do IWQOL-Lite, o instrumento avalia a frequência com a qual a alimentação ou peso prejudica uma das quatro áreas da QV abordadas (domínios Psicológico, Físico/Cognitivo, Trabalho/ Escola e Finanças). Todas as questões começam com a seguinte frase: “Com que frequência a sua alimentação/peso...”. Dessa forma, o instrumento avalia o quanto o TA afeta essas áreas da vida, sendo menos amplo na avaliação das questões que a QV dessas pacientes parece compreender.

Os estudos de Las Hayas et al (2006 e 2007) também são bastante adequados em termos validade, confiabilidade e descrição do desenvolvimento do instrumento e seus domínios, que foram baseados em pacientes, familiares, profissionais e revisão bibliográfica. Este estudo apresentou as melhores propriedades psicométricas, reformulando o domínio de *compulsão alimentar*, que no estudo de 2006 não havia atingido a consistência interna  $> 0,70$ . Além disso, é o único instrumento cuja responsividade já foi reportada, apresentando resultados adequados (embora não discutidos no presente trabalho). Contudo, é o instrumento mais longo. A segunda versão conta com 55 questões, as quais também apresentam possibilidades de resposta baseadas nos critérios de frequência (de “nem um pouco” até “muito” ou de “0 dia” até “22 a 28 dias”).

Não obstante, vale ressaltar o fato dos estudos utilizarem como instrumento de referência uma versão do **Short-Form Health Survey** –para avaliar validade concorrente



(Las Hayas et al, 2006; Adair et al, 2007; Abraham et al, 2006) ou validade convergente e divergente (Engel et al, 2006) – instrumento que, conforme discutido acima, é questionado em sua capacidade de avaliar QV de sujeitos com TA, especialmente no que tange ao aspecto físico e ao diagnóstico de AN – que compuseram a maior parte da amostra em três dos quatros estudos (Abraham et al, 2006, Las Hayas et al, 2006 e Adair et al, 2007). O estudo de Engel et al (2006) não informou a divisão da amostra por subgrupo diagnóstico, somente por gravidade do quadro alimentar e comparação dos sujeitos com TA (juntos) com outros grupos (dieta/exercício e sem TA).

Dessa forma, é necessário investigar com mais cautela o que as correlações com estes instrumentos significam. A este respeito, vale ressaltar que o QOL ED (Abraham et al, 2006) apresentou correlações intermediárias com os componentes mental ( $r = -0,537$ ,  $r = -0,49$ ) e físico ( $r = -0,409$ ) do SF-12.

O EDQLS (Adair et al, 2007) foi altamente correlacionado ao componente mental do SF-12 ( $r = 0,71$ ) e obteve baixa correlação com o componente físico ( $r = 0,37$ ), dado este que é condizente com os achados aqui discutidos. Além disso, foi o único instrumento que incluiu a avaliação de adolescentes, apresentando boa correlação com o instrumento de QV para esta população ( $r = 0,78$ ).

Comparado ao instrumento acima, observa-se que o EDQOL (Engel et al, 2006) apresentou correlação mais baixa com o componente mental do SF-36 (0.58) e um pouco mais alta para o aspecto físico (entre 0.41 e 0.48), apresentando correlações intermediárias, assim como o QOL ED.

O HeRQoLED (Las Hayas et al, 2006) foi o instrumento que apresentou maior correlação com o componente mental do SF-12 ( $r = -0.73$ ), mas também a mais alta correlação com o aspecto físico ( $r = -0.65$ ), quando comparado aos demais instrumentos. Apesar deste instrumento apresentar as melhores propriedades psicométricas, o dado relativo à correlação com o aspecto físico merece maiores investigações, dado que o componente físico do SF-36 é justamente o que coloca em cheque a adequação deste instrumento na avaliação da QV em TA.

Dessa forma, apesar de três dos questionários acima – **EDQLS – Eating Disorders Quality of Life Scale** (Adair et al, 2007), **EDQOL – Eating Disorders Quality of Life** (Engel et al, 2006), **HeRQoLED –Health-Related Quality of Life in Eating Disorders**

(Las Hays et al, 2006 e 2007) – se mostrarem inicialmente adequados para avaliação da QV nos TA, ainda são necessários estudos que comprovem a validade dos achados iniciais e uma maior compreensão da avaliação da QV nessas pacientes, especialmente naquelas cujo impacto da doença na QV ainda não foi percebido ou é, eventualmente, negado.

Enquanto isso, parece importante que outras medidas sejam tomadas. Conforme sugerido por Mond et al (2005), talvez a estratégia seja documentar as alterações nos escores de QV de acordo com as mudanças clínicas esperadas, bem como outras medidas correlacionadas, tais como: gravidade da psicopatologia alimentar, comorbidades, níveis de predisposição à mudança, avaliações de personalidade e grau de negação da doença.



## 6. CONCLUSÕES

O presente trabalho pretendeu obter a melhor evidência quanto à QV e seu modo de avaliação em pacientes com TA.

Para tanto, avaliou 41 estudos a este respeito. E ainda que não tenha sido possível a realização de análise estatística pela diversidade metodológica das pesquisas, esta mesma diversidade permitiu uma análise qualitativa que mostrou dados relevantes sobre o tema.

Observa-se concordância entre os estudos quanto aos prejuízos encontrados na QV de sujeitos com TA, quer comparados a grupos controles, população normativa ou outros quadros psiquiátricos. Quanto a este último, de especial preocupação é o fato dos TA apresentarem prejuízos funcionais similares aos portadores de esquizofrenia, além de pior QV do que os sujeitos com depressão, transtorno no pânico, transtornos do humor, transtornos ansiosos e transtornos afetivos.

Quanto aos aspectos da QV mais afetados, também é bastante consistente o fato dos TA apresentarem maiores prejuízos emocionais do que físicos. O aspecto social foi repetidamente mencionado como a área mais afetada para todos os subgrupos diagnósticos e em todos os tipos de estudo (quantitativo, qualitativo e de validação). Tal fato aponta para a necessidade de se considerar os aspectos clínicos e psiquiátricos conjuntamente ao suporte social e envolvimento familiar, no curso do tratamento e planejamento clínico.

A presença de comorbidades, sintomatologia depressiva ou ansiosa, e gravidade do quadro alimentar foram correlacionadas a níveis mais altos de prejuízo. Todavia, não parece bem estabelecido em que medida cada uma dessas variáveis contribui para a diminuição do bem-estar.

Com relação aos comportamentos alimentares com maior impacto na QV, observou-se que a perda de controle sobre o comer e a presença de métodos purgativos parecem ser responsáveis por importante queda na percepção da qualidade de vida. Todavia, este dado também não parece bem estabelecido, exigindo novas pesquisas para investigar o nível de prejuízo proveniente de comportamentos alimentares específicos.

Entre os subgrupos diagnósticos, observou-se que TCAP apresenta maiores prejuízos físicos do que sujeitos com AN e BN (diferença cuja interpretação exige cautela). E na comparação com obesos sem TCAP, sujeitos com TCAP apresentam maiores prejuízos emocionais.

A avaliação da QV em sujeitos com BN, especificamente, foi pouco discutida, e para AN a mesma mostrou-se muito problemática.

Além dos resultados dos estudos com instrumentos genéricos apresentarem resultados contraditórios entre si e discrepantes com relação à gravidade clínica e psicológica deste quadro (AN), o estudo de validação de instrumento específico para TA que abordou esta questão diretamente não obteve sucesso na eliminação dos efeitos ego-sintônicos na percepção de QV, com escores muito altos para sujeitos com AN. Tal fato leva ao questionamento da possibilidade de eliminarmos este tipo de complicação.

Dado que a avaliação da QV é necessariamente subjetiva, talvez não seja o modo de avaliação da QV a questão a ser resolvida, mas a própria complexidade da patologia. Os resultados até o momento permitem refletir sobre formas de contornar as dificuldades inerentes à avaliação da QV neste grupo de pacientes, mas não eliminá-la, e tampouco concluir qual é a melhor forma de fazê-lo.

Os resultados apresentados nessa revisão sistemática devem ser examinados a luz de algumas limitações. A primeira é a elevada ocorrência de estudos com amostras pequenas, limitando o poder estatístico da análise. A segunda diz respeito a predominância dos estudos de corte transversal, que não permitem o estabelecimento de relações causais. Em terceiro lugar, os estudos populacionais não favorecerem o estudo de patologias com baixa prevalência como a AN. Em quarto lugar, as considerações sobre os instrumentos de QV específicos para TA foram baseadas em apenas 5 estudos. Finalmente, somente um dos instrumentos específicos aborda diretamente as características ego-sintônicas dos sintomas clínicos observados em sujeitos com AN, condições estas que oferecem grandes obstáculos para a avaliação da qualidade de vida nestes pacientes.

Em suma, embora exista crescente interesse e aumento nas pesquisas sobre QV e TA, ainda são necessários mais estudos para um melhor delineamento do problema e uma melhor forma de avaliação coerente com esse delineamento. Estudos com amostras

clínicas maiores, mais homogêneas, longitudinais, e investigações populacionais com controle de variáveis confundidoras tais como comorbidade com problemas clínicos e sintomatologias ansiosa e depressiva, podem contribuir para formação de um corpo de conhecimento mais ajustado para a análise de qualidade de vida nesses pacientes.



## Anexo 01

Em 1998, O grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu o WHOQOL-100, instrumento de qualidade de vida que possui seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade). Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas através de quatro questões. Dessa forma, o instrumento é composto por 24 facetas específicas, descritas na tabela abaixo, e uma faceta geral que inclui questões para avaliação da qualidade de vida global (Fleck et al, 1999).

<b>Domínios e facetas do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL).</b>
<p><b>Domínio I - Domínio físico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dor e desconforto</li> <li>2. Energia e fadiga</li> <li>3. Sono e repouso</li> </ol>
<p><b>Domínio II - Domínio psicológico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sentimentos positivos</li> <li>5. Pensar, aprender, memória e concentração</li> <li>6. Auto-estima</li> <li>7. Imagem corporal e aparência</li> <li>8. Sentimentos negativos</li> </ol> <p><b>Domínio III - Nível de independência</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Mobilidade</li> <li>10. Atividades da vida cotidiana</li> <li>11. Dependência de medicação ou de tratamentos</li> <li>12. Capacidade de trabalho</li> </ol>
<p><b>Domínio IV - Relações sociais</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Relações pessoais</li> <li>14. Suporte (Apoio) social</li> <li>15. Atividade sexual</li> </ol>
<p><b>Domínio V - Ambiente</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Segurança física e proteção</li> <li>17. Ambiente no lar</li> <li>18. Recursos financeiros</li> <li>19. Cuidados de saúde e sociais : disponibilidade e qualidade</li> <li>20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades</li> <li>21. Participação em e oportunidades de recreação/ lazer</li> <li>22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)</li> <li>23. Transporte</li> </ol>
<p><b>Domínio VI - Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais</li> </ol>



## Anexo 02

### Estratégia de busca MEDLINE

**Período pesquisado: 01/01/1975 até 30/06/08**

("health care quality, access, and evaluation"[MeSH Terms] OR ("health care quality assurance"[Text Word] OR "quality assurance, health care"[MeSH Terms] OR Quality Assurance, Health Care[Text Word]) OR ("quality of health care"[MeSH Terms] OR Quality of Health Care[Text Word]) OR (("outcome and process assessment (health care)"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "outcome and process assessment (health care)"[MeSH Terms] OR Outcome and Process Assessment[Text Word]) AND (("delivery of health care"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "delivery of health care"[MeSH Terms] OR Health Care[Text Word]) OR (programme evaluation[Text Word] OR "program evaluation"[MeSH Terms] OR Program Evaluation[Text Word]) OR ("quality of life"[MeSH Terms] OR Quality of Life[Text Word]) OR ("health promotion"[MeSH Terms] OR Health Promotion[Text Word]) OR ("personal satisfaction"[MeSH Terms] OR Personal Satisfaction[Text Word]) OR ("life expectancy"[MeSH Terms] OR Life Expectancy[Text Word]) OR ("social environment"[MeSH Terms] OR Social Environment[Text Word]) OR ("social support"[MeSH Terms] OR Social Support[Text Word]) OR (socialisation[Text Word] OR "socialization"[MeSH Terms] OR Socialization[Text Word]) OR ("activities of daily living"[MeSH Terms] OR Activities of Daily Living[Text Word]) OR ("life style"[MeSH Terms] OR Life Style[Text Word]) OR ("interpersonal relations"[MeSH Terms] OR Interpersonal Relations[Text Word]) OR ("life change events"[MeSH Terms] OR Life Change Events[Text Word]) OR ("health"[MeSH Terms] OR Health[Text Word])) AND (("eating disorders"[MeSH Terms] OR Eating Disorders[Text Word]) OR ("bulimia nervosa"[MeSH Terms] OR Bulimia Nervosa[Text Word]) OR ("bulimia"[MeSH Terms] OR Bulimia[Text Word]) OR ("anorexia nervosa"[MeSH Terms] OR Anorexia Nervosa[Text Word]) OR ("anorexia"[MeSH Terms] OR Anorexia[Text Word]) OR ("feeding and eating disorders of childhood"[MeSH Terms] OR Feeding and Eating Disorders of Childhood[Text Word]) OR ("bulimia nervosa"[MeSH Terms] OR Binge-Eating Disorder[Text Word]) OR (("bulimia"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "bulimia"[MeSH Terms] OR Binge Eating[Text Word]) OR ("hyperphagia"[MeSH Terms] OR Hyperphagia[Text Word]) OR (feeding behaviour[Text Word] OR "feeding behavior"[MeSH Terms] OR Feeding Behavior[Text Word]))

## Anexo 03

### Estratégia de busca EMBASE

Busca realizada de 1980 até 24/11/07. Bases pesquisadas: 1980 to 2007 Week 46

Search History	Results
exp Eating Disorder/	15845
*Eating Disorder/	2814
bulimia.mp. or BULIMIA/	6836
anorexia nervosa.mp. or Anorexia Nervosa/	8274
BINGE EATING DISORDER/ or binge.mp.	3774
feeding behavior.mp. or Feeding Behavior/	15135
quality of life.mp. or exp "Quality of Life"/	97255
health care quality.mp. or Health Care Quality/	47184
personal satisfaction.mp. or Satisfaction/	5252
social support.mp. or Social Support/ or Psychological Aspect/	150239
life style.mp. or Lifestyle/	29683
mental health.mp. or Mental Health/	56331
1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	31171
7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	358624
13 and 14	5382

### Estratégia utilizada na atualização da busca, em 04.07.2008<sup>24</sup>

No. Query

#1 **'eating disorder'/exp OR 'bulimia'/exp OR 'anorexia nervosa'/exp OR 'binge eating disorder'/exp OR 'feeding behavior'/exp AND [embase]/lim AND [24-11-2007]/sd NOT [30-06-2008]/sd AND [embase]/lim AND [24-11-2007]/sd NOT [30-06-2008]/sd**

#2 **'quality of life'/exp OR 'health care quality'/exp OR 'satisfaction'/exp OR 'social support'/exp OR 'lifestyle'/exp OR 'mental health'/exp AND [embase]/lim AND [24-11-2007]/sd NOT [30-06-2008]/sd**

#3 **#1 AND #2**

<sup>24</sup> Na época da atualização, não tínhamos mais o acesso à base da EMBASE pela University of New York, que permitiu a montagem da primeira estratégia de busca. Dessa forma, uma nova estratégia de busca foi montada, dentro dos limites do acesso da Universidade de São Paulo (USP) a esta base de dados.

## **Anexo 04**

### **Estratégia de busca PSYCINFO**

#### **Bases pesquisadas:**

**PsycINFO (2008/01-2008/06, 2007, 2006,2005,2004,2003,2002,2001,2000,1970-1999)**

((Health Complaints) or (Social Integration) or (Health Care Utilization) or (Social Influences) or (Health Care Psychology) or (Social Identity) or (Health Care Costs) or (Social Environments) or (Social Control) or (Social Comparison) or (Health Behavior) or (Health Attitudes) or (Health) or (General Health Questionnaire) or (Emotional Instability) or (Emotional Control) or (Emotional Adjustment) or (Daily Activities) or (Community Mental Health) or (Activities of Daily Living) or (Social Behavior) or (Social Approval) or (Social Adjustment) or (Social Acceptance) or (Self Evaluation) or (Self Esteem) or (Self Confidence) or (Self Concept) or (Relationship Quality) or (Quality of Work Life) or (Quality of Services) or (Quality of Life) or (Quality of Care) or (Mental Health Services) or (Mental Health Program Evaluation) or (Mental Health) or (Lifestyle Changes) or (Lifestyle) or (Life Satisfaction) or (Life Experiences) or (Well Being) or (Treatment Refusal) or (Treatment Outcomes) or (Life Expectancy) or (Life Changes) or (Holistic Health) or (Treatment Barriers) or (Health Screening) or (Social Norms) or (Health Promotion) or (Social Isolation) or (Health Impairments) or (Social Interaction)) and ((Rumination Eating) or (Eating Disorders) or (Purging Eating Disorders) or (Eating Behavior) or (Hyperphagia) or (Eating Attitudes) or (Bulimia) or (Body Image Disturbances) or (Binge Eating) or (Anorexia Nervosa))

## **Anexo 05**

## Estratégia de busca LILACS

(( (( ( "QUALIDADE da assistencia a saude" or "QUALIDADE da assistencia a saude, acesso e avaliacao" or "QUALIDADE de vida" or "impacto da doenca na QUALIDADE de vida" or "indicadores de QUALIDADE de vida" or "avaliacao da QUALIDADE dos cuidados de saude" ) or "avaliacao da qualidade dos cuidados de SAUDE" or "avaliacao de programas e projetos de SAUDE" or "avaliacao de servicos de SAUDE" ) or "SAUDE/DI" or "SAUDE/PC" or "SAUDE/PL" ) or "EXPECTATIVA DE VIDA" ) or "ESTILO DE VIDA" ) or "aceitacao SOCIAL" or "ajustamento SOCIAL" or "apoio SOCIAL" or "bem-estar SOCIAL" or "interacao SOCIAL" or "isolamento SOCIAL" or "SOCIALIZacao" [Descritor de assunto] and ( ( ( ( "TRANSTORNOS ALIMENTARES" ) or "ANOREXIA nervosa" ) or "BULIMIA" or "BULIMIA nervosa" ) or "transtorno da compulsao alimentar" ) or "transtornos da alimentacao" or "transtornos de alimentacao" or "transtornos da alimentacao na infancia" or "transtornos de alimentacao na infancia" [Descritor de assunto]

## Estratégia de busca COCHRANE

Database: All EBM Reviews - Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, and CCTR  
EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 4th Quarter 2007  
EBM Reviews Full Text - Cochrane DSR, ACP Journal Club, and DARE  
All EBM Reviews - Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, and CCTR

Search Strategy:

- 
- 1 exp Eating Disorder/ (783)
  - 2 \*Eating Disorder/ (128)
  - 3 bulimia.mp. or BULIMIA/ (588)
  - 4 anorexia nervosa.mp. or Anorexia Nervosa/ (366)
  - 5 BINGE EATING DISORDER/ or binge.mp. (545)
  - 6 feeding behavior.mp. or Feeding Behavior/ (518)
  - 7 quality of life.mp. or exp "Quality of Life"/ (14359)
  - 8 health care quality.mp. or Health Care Quality/ (116)
  - 9 personal satisfaction.mp. or Satisfaction/ (195)
  - 10 social support.mp. or Social Support/ or Psychological Aspect/ (1816)
  - 11 life style.mp. or Lifestyle/ (1055)
  - 12 mental health.mp. or Mental Health/ (3167)
  - 13 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 (1731)
  - 14 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 (19093)
  - 15 13 and 14 (131)

### Estratégia utilizada na atualização da busca, em 30.06.2008<sup>25</sup>:

("eating disorder" or "bulimia nervosa" or "anorexia nervosa" or "binge eating disorder" or "bariatric surgery")  
 and "quality of life" - 4 encontrado(s)

---

<sup>25</sup> Na época da atualização, não tínhamos mais o acesso à base da COCHRANE pela University of New York, que permitiu a utilização da mesma estratégia de busca na EMBASE e nas bases da COCHRANE. Dessa forma, uma nova estratégia de busca foi montada, dentro dos limites do acesso da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP / EPM) a esta base de dados.

**REFERÊNCIAS**

---

## 8. REFERÊNCIAS

1. Abraham SF, Lovell N. Research and clinical assessment of eating and exercise behaviour. *Hospital Medicine*. 1999; 60:481–485
2. Abraham SF, Brown T, Boyd C, Luscombe G, Russell J. Quality of life: eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Feb;40(2):150-5
3. Adair CE, Marcoux G, Williams A, Reimer M. The Internet as a source of data to support the development of a quality-of-life measure for eating disorders. *Qual Health Res*. 2006 Apr;16(4):538-46.
4. Adair CE, Marcoux GC, Cram BS, Ewashen CJ, Chafe J, Cassin SE, Pinzon J, Gusella JL, Geller J, Scattolon Y, Fergusson P, Styles L, Brown KE. Development and multi-site validation of a new condition-specific quality of life measure for eating disorders. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Apr 30;5:23
5. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association (APA); 2006
6. Assumpção CL, Cabral M. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(supl III):29-33.
7. Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: Diniz DP (org). *Guia de Qualidade de Vida*. Barueri (SP): Manole, 2006. p.1-10. [Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina]
8. Berlim MT, Fleck MPA. “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003; 25 (4):249-52.

9. Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med.* 2000 May;30(3):657-68.
10. Blay SL, Merlin MS. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida In: Diniz DP (org). *Guia de Qualidade de Vida.* Barueri (SP): Manole, 2006. p.19-30. [Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina]
11. Boyle MH. Guidelines for evaluating prevalence studies. *Evid Based Ment Health.* 1998; 1: 37-39.
12. Bullinger M. Generic quality of life assessment in psychiatry. Potentials and limitations. *Eur Psychiatry.* 1997; 12:203-9.
13. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39(3):143-50
14. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring).* 2008 Mar; 16(3):608-14
15. Coppini R, Jorge MR. Qualidade de vida e transtornos mentais graves. In: Diniz DP (org). *Guia de Qualidade de Vida.* Barueri (SP): Manole, 2006.p 65-78 [Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina]
16. Danzl C, Kemmler G, Gottwald E, Mangweth B, Kinzl J, Biebl W. [Quality of life of patients with eating disorders. A catamnestic study]. *Psychiatr Prax.* 2001 Jan;28(1): 18-23. German



17. De la Rie S, Noordenbos G, Donker M, van Furth E. The patient's view on quality of life and eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2007 Jan;40(1):13-20.
18. De la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res*. 2005 Aug;14(6):1511-22
19. De Man Lapidoth J, Ghaderi A, Norring C. A comparison of eating disorders among patients receiving surgical vs non-surgical weight-loss treatments. *Obes Surg*. 2008 Jun;18(6):715-20.
20. De Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swan-Kremeier L, Roerig JL, Kolotkin RL, Crosby RD. Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obes Res*. 2002 Nov;10(11):1143-51
21. Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL. Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Qual Life Res*. 2005 Apr;14(3):705-17
22. Duarte OS, Ciconelli RM. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. . In: Diniz DP (org). *Guia de Qualidade de Vida*. Barueri (SP): Manole, 2006. p.11-18 [Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina]
23. Duval K, Marceau P, Lescelleur O, Hould FS, Marceau S, Biron S, Lebel S, Pérusse L, Lacasse Y. Health-related quality of life in morbid obesity. *Obes Surg*. 2006 May;16(5):574-9.
24. Dymek MP, le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg*. 2001 Feb;11(1):32-9.

25. Engel SG, Wittrock DA, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Kolotkin RL. Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *Int J Eat Disord*. 2006 Jan;39(1):62-71
26. Etxeberria Y, Gonzalez N, Padierna A, Quintana JM, Velasco IR. [Quality of life in eating disorder patients]. *Psicothema*. 2002 May; 14(2):399-404. Spanish
27. Fleck PA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. [Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)]. *Rev Saude Pública*. 1999; 33(2):198-205. Portuguese
28. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83
29. Fleck MPA (Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil). WHOQOL-100. Versão em português. [texto na Internet].  
Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqold.pdf>.
30. Fleck MPA (Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil). WHOQOL-ABREVIADO. Versão em português. [texto na Internet].  
Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/breve.PDF>
31. Fontaine KR, Bartlett SJ, Barofsky I. Health-Related Quality of Life Among Obese Persons Seeking and not Currently Seeking Treatment *Int J Eat Disord*. 2000; 27:101–105.

32. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature XXIII. Qualitative research in health care A. Are the Results of the Study Valid? JAMA. 2000 Jul 19;284(3):357-362
33. Glasziou PP, Irwig L, Bain C, *et al.* *Systematic reviews in health care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
34. González N, Padierna A, Quintana J, Aróstegui I, Horcajo M. [Quality of life in patients with eating disorders]. Gac Sanit. 2001, 15 (1): 18-24. Spanish
35. González-Pinto A, Inmaculada F, Cristina R, de Corres Blanca F, Sonsoles E, Fernando R, Purificacion L. Purging behaviors and comorbidity as predictive factors of quality of life in anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2004 Dec;36(4):445-50
36. Green AE, Dymek-Valentine M, Pytluk S, Le Grange D, Alverdy J. Psychosocial outcome of gastric bypass surgery for patients with and without binge eating. Obes Surg. 2004 Aug;14(7):975-85
37. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. Compr Psychiatry. 2007 Mar-Apr;48(2):124-31.
38. Hay P, Mond J. How to 'count the cost' and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. Journal of Mental Health. 2005 Dec; 14(6): 539-552
39. Hay P. Quality of life and bulimic eating disorder behaviors: findings from a community-based sample. Int J Eat Disord. 2003 May;33(4):434-42
40. Hsu LK, Mulliken B, McDonagh B, Krupa Das S, Rand W, Fairburn CG, Rolls B, McCrory MA, Saltzman E, Shikora S, Dwyer J, Roberts S. Binge eating disorder in extreme obesity. Int J Obes Relat Metab Disord. 2002 Oct;26(10):1398-403.

41. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JB. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychol Med.* 2001 Nov;31(8):1455-66.
42. Jones A, Evans M, Bamford B, Ford H. Exploring quality of life for eating-disordered patients. *Eur Eat Disord Rev.* 2007 Dec 6;16(4):276-286
43. Keilen M, Treasure T, Schmidt U, Treasure J. Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: are they comparable? *J R Soc Med.* 1994 Aug;87(8):441-4.
44. Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research.* 2001;9:102-11.
45. Kolotkin RL, Crosby RD. Psychometric evaluation of the Impact Of Weight On Quality Of Life-Lite Questionnaire (IWQOL-Lite) in a community sample. *Quality of Life Research.* 2002;11 (2):157-71.
46. Kolotkin RL, Westman EC, Østbye T, Crosby RD, Eisenson HJ, Binks M. Does binge eating disorder impact weight-related quality of life? *Obes Res.* 2004 Jun; 12(6):999-1005
47. Las Hayas C, Quintana JM, Padierna A, Bilbao A, Muñoz P, Madrazo A, Urresti B, Cook EF. The new questionnaire health-related quality of life for eating disorders showed good validity and reliability. *J Clin Epidemiol.* 2006 Feb;59(2):192-200
48. Las Hayas C, Quintana JM, Padierna JA, Bilbao A, Muñoz P, Francis Cook E. Health-Related Quality of Life for Eating Disorders questionnaire version-2 was responsive 1-year after initial assessment. *J Clin Epidemiol.* 2007 Aug;60(8):825-33.

49. Latner JD, Vallance JK, Buckett G. Health-related quality of life in women with eating disorders: association with subjective and objective binge eating. *J Clin Psychol Med Settings*. 2008 Jun;15(2):148-53.
50. Lee S, Chan YY, Hsu LK. The intermediate-term outcome of Chinese patients with anorexia nervosa in HongKong. *Am J Psychiatry*. 2003 May;160(5):967-72
51. Luce KH, Crowther JH. The reliability of the Eating Disorder Examination Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *Int J Eat Disord*. 1999 Apr;25(3):349-51.
52. Marchesini G, Natale S, Chierici S, Manini R, Besteghi L, Di Domizio S, Sartini A, Pasqui F, Baraldi L, Forlani G, Melchionda N. Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 Sep;26(9):1261-7
53. Marcus MD, Wing RR, Lamparski DM. Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addict Behav* 1985;10:163-8.
54. Masheb RM, Grilo CM. Quality of life in patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2004 Sep;9(3):194-9
55. McHugh MD. Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2007 Nov;40(7):602-12.
56. Mond J, Hay P, Rodgers B, Owen C, Crosby R, Mitchell J. Use of extreme weight control behaviors with and without binge eating in a community sample: implications for the classification of bulimic-type eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2006 May; 39(4):294-302.

57. Mond J, Myers TC, Crosby R, Hay P, Mitchell J. 'Excessive exercise' and eating-disordered behaviour in young adult women: further evidence from a primary care sample. *Eur Eat Disord Rev.* 2008 May;16(3):215-21.
58. Mond J, Rodgers B, Hay P, Korten A, Owen C, Beumont P. Disability associated with community cases of commonly occurring eating disorders. *Aust N Z J Public Health.* 2004 Jun;28(3):246-51
59. Mond JM, Hay P, Rodgers B, Owen C, Beumont P. Relationships between exercise behaviour, eating-disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: When is exercise 'excessive'? *Eur Eat Disord Rev.* 2004 Jul-Aug; 12(4): 265-272.
60. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. Assessing quality of life in eating disorder patients. *Qual Life Res.* 2005 Feb;14(1):171-8
61. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. *Int J Eat Disord.* 2006 Mar;39(2):147-53.
62. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Recurrent binge eating with and without the "undue influence of weight or shape on self-evaluation": implications for the diagnosis of binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2007 May;45(5):929-38.
63. NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations STAGE 2 CONSULTATION. [ text on the Internet]. The National Health and Medical Research Council NHMRC; 2008 [cited 2009 fev 19]. Available from: [http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/consult/consultations/add\\_levels\\_grades\\_dev\\_guidelines2.htm](http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/consult/consultations/add_levels_grades_dev_guidelines2.htm)
64. Nickel C, Tritt K, Muehlbacher M, Pedrosa Gil F, Mitterlehner FO, Kaplan P, Lahmann C, Leiberich PK, Krawczyk J, Kettler C, Rother WK, Loew TH, Nickel

- MK. Topiramate treatment in bulimia nervosa patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2005 Dec;38(4):295-300.
65. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry*. 1998; 172(4):291-3.
66. Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ. [Functioning and well-being of patients with eating disorders in relation to other mental disorders]. *Anales-de-Psiquiatria*. 1999 Jul-Aug; 15(7): 278-283. Spanish
67. Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ. Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. *Qual Life Res*. 2002 Sep;11(6):545-52
68. Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ. The health-related quality of life in eating disorders. *Qual Life Res*. 2000;9(6):667-74
69. Padierna A, Quintana JM, Horcajo MJ, Madrazo A, Ecenarro R. [Chronicity and quality of life in eating disorders]. *Anales-de-Psiquiatria*. 2004 Jan; 20(1): 16-21. Spanish
70. Paixão CM Jr, Reichenheim ME. [A review of screening tools to assess domestic violence against the elderly] *Cad Saude Publica*. 2006 Jun;22(6):1137-49. Portuguese.
71. Rieger E, Wilfley DE, Stein RI, Marino V, Crow SJ. A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2005 Apr; 37(3):234-40
72. Rizvi SL, Peterson CB, Crow SJ, Agras WS. Test-retest reliability of the eating disorder examination. *Int J Eat Disord*. 2000 Nov;28(3):311-6.

73. [Ruggeri M](#), [Placentino A](#), [Sebastiani G](#), [Spagnolo A](#), [Rossi G](#), [Rucci P](#). [Quality of life-proxy (QoL-P)]. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2002 Oct-Dec;11(4):284-97. Italian.
74. Ruggeri M, Warner R, Bisoffi G, Fontecedro L. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach. *Br J Psychiatry*. 2001;178:268-75.
75. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *Eur Psychiatry*. 1997; 12 (suppl 3):263s-66s.
76. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002; 11:193-205
77. Scocco P, Fantoni G, Mondini S, Placentino A. Quality of life and eating disorders: Patients' and informants' point of view. *Bridging Eastern and Western Psychiatry*. 4(1)(pp 46-52), 2006.
78. Sen SS, Gupchup GV, Thomas J. Selecting among health-related quality of life instruments. *Am J Health-Syst Pharm*. 1999; 56:1965-73.
79. Solans M, Pane S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Berra S, Herdman M, Alonso J, Rajmil L. Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value Health*. 2007 Dec 17.
80. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV 3rd, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*. 1995 Nov 15;274(19):1511-7.



81. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA. 1999 Nov 10;282(18):1737-44.
82. Streiner DL. A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. Can J Psychiatry. 1993 Mar;38(2):140-8.
83. Thien V, Thomas A, Markin D, Birmingham CL Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2000 Jul; 28(1): 101-6.
84. Thornborg U, Nordholm L, Wallstrom A, Svantesson U. Quality of life assessment for patients with eating disorders. Eat Weight Disord. 2005; 10(3): e56-e60.
85. Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de vida SF-36 [texto na Internet]. Disponível em:  
<http://listas.cev.org.br/pipermail/cevidoso/attachments/20050507/eba397a1/VersoBrasileiradoQuestionariodeQualidadedeVida.doc>
86. Ware JE. Conceptualization and Measurement of Health-Related Quality of Life: Comments of an Evolving Field. Arch Phys Med Rehabil. 2003; 84 (suppl 2):S43-S51.
87. Wilfley DE, Crow SJ, Hudson JI, Mitchell JE, Berkowitz RI, Blakesley V, Walsh BT, Alger-Mayer S, Bartlett S, Fernstrom M, Foreyt J, Fujioka K, Halmi K, Harrison RW, Gerich J, Johnson W, Lilenfeld L, Pearlstein T, Perri MG, Robbins D, Smith-West D. Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: A randomized multicenter placebo-controlled double-blind study Am. J. Psychiatry. 2008; 165 (1): 51-58.

88. Wilson IB, Cleary PD. Linking Clinical Variables with health-related quality of life. *JAMA*. 1995; 273 (1):59-65.
89. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO—Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res*. 1994 Jan-Feb;28(1): 57-84.

## **Abstract**

**Purpose:** To conduct a systematic review evaluating eating disorders (ED) quality of life studies. **Methods:** Bibliographic searches were made on six electronic databases (MEDLINE, EMBASE, LILACS, PSYCINFO, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Database Trials, e Cochrane Library), and manual searches were performed on two journals (The International Journal of Eating Disorders, and Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation), concerning to the period of January/1975 to June/2008. All eating disorders quality of life studies assessed through validated measures, generic or specific to ED, were included in this review. Studies with clinical samples and systematic reviews were evaluated and classified based on "NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations STAGE 2 CONSULTATION" criteria. Studies with populational samples were evaluated based on Evidenced-Based Mental Health (EBMH) prevalence guideline. Qualitative studies were evaluated based on Evidence-Based Medicine Working Group criteria for qualitative research, and studies validating specific quality of life measures for ED patients were evaluated based on Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust criteria. **Results:** A total of 29.537 articles were identified. Most of them were excluded by title and 2.758 abstracts were read more carefully. Next, 173 articles were analyzed, providing the inclusion of 41 articles in this review. **Discussion:** Overall, the studies demonstrate impairment on eating disorders patients quality of life. The evaluation of binge eating disorder (BED) subjects revealed concordance between the results. Little evidence and discussion were observed to bulimia nervosa (BN) subjects, and the evaluation of anorexia nervosa (AN) subjects request caution. Most studies used a generic instrument to evaluate quality of life in this population and four specific eating disorders quality of life instrument were developed, being at validation phase. **Conclusion:** In spite of a growing interest on the theme and increasing number of research on eating disorders quality of life, the results of this review denote a preponderance of cross-sectional studies, small samples sizes, populational studies with no control of confounding variables and few studies about validation of specific eating disorders quality of life

instruments, which limits the generalization of the findings. Therefore, researches considering these aspects are necessary to allow a better drawing of the problem and its evaluation.

**Fonte financiadora**

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Processo nº: 134181/2008-5

## **Bibliografia consultada**

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. São Paulo, 2005.

