

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE DESPORTOS**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

**ELISA MARCON BALTAZAR**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO DE TRANSTORNOS**  
**ALIMENTARES**

**FLORIANÓPOLIS**

**2010**

**ELISA MARCON BALTAZAR**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO DE TRANSTORNOS  
ALIMENTARES**

Projeto apresentado como requisito de aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura em Educação Física, do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosane C. Rosendo da Silva

**FLORIANÓPOLIS**

**2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC**

**CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA – Hab. Licenciatura**

**Termo de Aprovação**

A Comissão Examinadora (Banca), abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia),

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO DE TRANSTORNOS  
ALIMENTARES**

Elaborada por  
**ELISA MARCON BALTAZAR**

Como pré-requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciado em Educação Física.

Comissão Examinadora (Banca): \_\_\_\_\_

Orientadora – Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosane C. R. da Silva  
CDS/UFSC

\_\_\_\_\_  
Membro – Prof<sup>a</sup>. Ms. Cristiane Ker de Melo  
CDS/UFSC

\_\_\_\_\_  
Membro – Prof<sup>a</sup>. Mda. Elisa Ferrari  
PPGEF/CDS/UFSC

Florianópolis, SC., 24 de novembro de 2010

*Com carinho, aos meus pais, pela  
dedicação e apoio em todos os  
momentos de minha vida...*

*Em especial as maiores exemplos  
de vida que tive: Nona Paula e  
Vovó Nira.*

## **Agradecimentos**

A Deus, em primeiro lugar, por tudo;

Aos meus pais, Tadeu e Teresinha, pela compreensão, apoio e amor incondicional;

A Rovana Paludo Toyama, cuja amizade foi um presente de Deus, por iluminar minha vida todos os dias;

Ao meu irmão Juliano, e a minha cunhada Larissa, pelo exemplo de amor, estudo, perseverança e conquista;

A Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosane, por fazer parte não apenas desta, mas de trajetórias importantes em minha vida acadêmica, marcadas pelo incentivo constante e pela confiança em minha capacidade; e também por toda a paciência, compreensão, amizade e carinho demonstrados durante toda nossa convivência;

As pacientes do Ambulatório de Transtornos Alimentares da Residência Médica em Psiquiatria do IPQ-HU, pela confiança depositada em mim e por fazerem parte desta pesquisa;

A Dra. Ana Paula, pelas vezes em que me “cutucou” e incentivou, me ajudando a ver a vida de uma forma diferente;

A Dra. Ana Beatriz Cechinel Souza, pela doçura e incentivo constante; e ao Dr. Rafael Goulart, pela disponibilidade e apoio na coleta de dados;

Ao Dr. Luiz Rath, pelo trabalho realizado no Ambulatório e apoio a este trabalho;

Aos demais médicos residentes e colaboradores que atuaram no Ambulatório nos anos anteriores: Dr. Michel, Dr. Luis Eduardo, e a nutricionista Ms. Emilaura;

A minha amiga e chefe Cris Gheller, pela oportunidade, carinho e presença constante;

As minhas amigas Marcela, Lara e Kayanna por estarem sempre ao meu lado, me confortando, encorajando e amando, independentemente da ocasião;

A Marie, Chelsea, Penélope, Khloé e Lizbela, por existirem;

A amiga Janira, pelos cafés, monitorias, aulas particulares, e por me fazer acreditar que esta jornada valeria à pena;

Aos professores e funcionários do Centro de Desportos, por todo ensinamento, seja ele profissional ou pessoal. Em especial: a Prof<sup>a</sup>. Cris Ker, Prof<sup>a</sup>. Luciana, Prof<sup>a</sup>. Ângela, Prof. Luis Guilherme, Prof. Giovani, Prof. Adair, Prof. Cardoso, Prof. Peter, Prof. Ricardo, Prof. Jolmerson, Prof. Elio, Prof. Bira (sim, O BIRA) e ao Rafael da secretaria;

Aos colegas que tornaram essa caminhada mais prazerosa e divertida: Lorenzo, parceiro e amigo de todas as horas; Luiza Savi, minha conterrânea; Carlinha, minha amiga acrobata; Bruninha, minha colega de estágio no NDI; Maíza, minha conselheira.

## RESUMO

**Introdução:** Os transtornos alimentares (TA) são doenças que afetam, em grande maioria, jovens do sexo feminino, e têm como características a distorção da imagem corporal, constante preocupação acerca da forma e do peso corporal e a busca incessante pela magreza.

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida (QV) de mulheres em tratamento de transtornos alimentares. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva. Fizeram parte da amostra 5 pacientes diagnosticadas com TA e em tratamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Universitário da UFSC. Foi utilizado questionário com perguntas sobre dados pessoais e acerca do TA. Para a avaliação da QV foi usado o questionário *Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), com cômputo de escores brutos e normalizados. Dados antropométricos foram obtidos dos prontuários médicos. **Resultados:** A média de idade das participantes foi de  $27,3 \pm 7,3$  anos. Duas pacientes foram diagnosticadas com anorexia nervosa (AN), duas com bulimia nervosa (BN) e uma com ambos os TA, juntamente com transtorno obsessivo compulsivo, depressão e síndrome do pânico. Todas fazem uso de medicamentos antidepressivos. Seguindo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) com relação ao IMC, três foram classificadas com peso normal e duas com baixo peso. O SF-36 apresentou baixos valores para os domínios do estado geral de saúde (30,0), vitalidade (36,0), limites emocionais (13,3) e saúde mental (37,6). A QV das pacientes mostrou-se afetada no componente mental e os domínios que o compõem.

**Conclusão:** Os achados do presente estudo demonstram que as pacientes em tratamento apresentam valores de QV mais baixos do que indivíduos saudáveis, especialmente o componente mental. Desta forma, sugere-se que a terapia seja direcionada para melhoria deste aspecto da QV.

**Palavras-chave:** transtornos alimentares, qualidade de vida, mulheres.

## SUMÁRIO

### INTRODUÇÃO

Caracterização do Problema.....	9
Objetivo Geral .....	10
Objetivo Específico .....	10

### REVISÃO DE LITERATURA

#### TRANSTORNOS ALIMENTARES

Etiologia e Classificação .....	12
Características Principais: Psicopatologia e Sintomatologia .....	12
Fatores Associados .....	14
Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa .....	15
Considerações sobre Transtornos Alimentares na adolescência e Prevenção .....	15

#### QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida e Transtornos Alimentares .....	16
SF-36 .....	16

#### MÉTODOS

Caracterização da Pesquisa .....	21
População e Amostra .....	21
Procedimento de Coleta de Dados .....	21
Análise de Dados .....	22

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características Gerais da Amostra .....	23
Qualidade de Vida e Transtornos Alimentares .....	24

CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
----------------------------	----

REFERÊNCIAS .....	29
-------------------	----

ANEXOS .....	34
--------------	----

## INTRODUÇÃO

### Caracterização do Problema

A alimentação e o corpo estão ganhando cada vez mais espaço na mídia e no cotidiano das pessoas. Ter “um corpo saudável” não se trata apenas de qualidade de vida, mas também de aceitação social. Partindo do pressuposto de que “a cultura interfere no estado de saúde de seus membros” (MUNSON, 1998), representações e técnicas corporais foram desenvolvidas para a manutenção de um corpo magro – uma percepção subjetiva de corpo – que recebe valores positivos em um contexto mais amplo que associa o magro ao belo.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), transtornos alimentares (TA) são doenças que causam graves alterações na maneira como as pessoas comem e nos pensamentos e sentimentos relacionados à alimentação e ao corpo, podendo deixar seqüelas e aumentando a taxa de morbidade e mortalidade em pacientes com estes transtornos. Não se sabe ao certo quais as verdadeiras causas destas doenças, mas acredita-se que vários aspectos influenciam no seu desencadeamento, entre eles os socioculturais, biológicos e psicológicos (NUNES et al., 1998). Anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) são os dois principais tipos de TA que afetam, na grande maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004).

Segundo o Manual de Estatística e Diagnóstico de Doenças Mentais - DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000) a AN caracteriza-se na recusa em manter o peso do corpo no mínimo normal para a idade e altura; medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo quando abaixo do peso normal; perturbação da imagem do corpo, ou seja, uma distorção de imagem; nas mulheres, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. A BN, por sua vez, é descrita por episódios recentes de ingestão de comida em excesso (consumo rápido de uma grande quantidade de comida em um curto período de tempo); sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante os excessos alimentares; emprego regular de auto-indução do vômito; uso de laxantes ou diuréticos; prática de dietas rígidas ou jejuns, ou exercício vigoroso com o objetivo de evitar o ganho de peso; preocupação excessiva e persistente com a forma do corpo e o peso; média mínima de dois episódios de exagero alimentar por semana ou pelo menos três ao mês.

Estes transtornos afetam diretamente a qualidade de vida (QV) dos acometidos (HAYAS et al., 2007; TURY et al., 2009). Nahas (2003) define a QV como sendo a condição humana que reflete um agrupamento de parâmetros individuais, sócio-culturais e ambientais

que caracterizam as condições em que vive o homem. Entre estes parâmetros estão o bem-estar físico, mental e social. Existem várias formas de mensuração da QV, mas o questionário *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) tem sido amplamente utilizado nos estudos sobre QV em indivíduos com TA (DOLL et al., 2004; PINTO et al., 2004; DE LA RIE et al., 2005; LATNER et al., 2008).

O SF-36 é questionário multidimensional, composto por 36 questões divididas em oito domínios. Traduzido e validado no Brasil por Ciconelli em 1997, ele obtém informações sobre as quatro últimas semanas e avalia tanto os aspectos negativos (doença/enfermidade) quanto os positivos (bem-estar) do sujeito (CICONELLI, 1997).

Por apresentarem incidência crescente, os TA demandam prevenção e tratamento, de todos os meios cabíveis. Algumas pesquisas já foram realizadas no campo da Nutrição e antropologia, contribuindo para o entendimento e tratamento de pessoas com TA. Alves (2006), em estudo com adolescentes femininas no município de Florianópolis, mostrou que 18,8% da amostra estava insatisfeita com sua imagem corporal, e 15,6% destas adolescentes apresentaram prevalência de sintomas de anorexia nervosa.

De Luca (2007), em estudo com 141 adolescentes entre 14 e 16 anos de uma escola particular de Florianópolis, mostrou que 26,2% dos entrevistados apresentaram risco para TA, enquanto Cacciatori (2009), em estudo com 13 patinadoras amadoras da Grande Florianópolis, mostrou que 23,1% da amostra (n=3) apresentaram risco para TA.

Os estudos sobre AN e BN no Brasil são escassos, sobretudo com um enfoque na QV. Em nível regional, no município de Florianópolis/SC não foram identificados estudos publicados sobre esta temática. Estes aspectos tornam evidente a importância desta pesquisa e justificam sua realização.

### **Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade de vida de pacientes com transtornos alimentares, acompanhadas pelo programa da Residência Médica em Psiquiatria do IPQ – Hospital Universitário da UFSC.

### **Objetivos Específicos**

- a. Descrever as características antropométricas e sociodemográficas da amostra;

- b. Avaliar a qualidade de vida de pacientes com transtornos alimentares, por meio dos domínios compreendidos pelo SF-36.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Transtornos Alimentares

#### Etiologia e Classificação

Transtornos alimentares (TA) têm etiologia multifatorial, composta por predisposições genéticas, socioculturais como a supervalorização do corpo magro e vulnerabilidades biológicas e psicológicas, como disfunções metabólicas e traços de personalidade. A interação de fatores de risco e eventos precipitantes desta pode desencadear o desenvolvimento de um TA e seu decurso dependerá da persistência de distorções cognitivas, ocorrência de eventos vitais significativos e alterações secundárias relacionadas ao estado nutricional (MORGAN et al., 2002).

De maneira mais detalhada, durante o desenvolvimento dos TA, três etapas podem ser identificadas: a exposição a fatores predisponentes, ocorrência de fatores precipitantes e o aparecimento de fatores mantedores. Os fatores predisponentes são aqueles que tornam o indivíduo vulnerável e aumentam as chances do aparecimento do TA. Eles podem estar ligados diretamente aos TA ou a transtornos psiquiátricos em geral. Neste contexto, o TA pode surgir através de perdas, separações, mudanças radicais, doenças orgânicas, problemas fisiológicos, depressão, ansiedade e traumas de infância como, por exemplo, o abuso sexual ou a violência física. Os fatores precipitantes são aqueles que marcam o início do aparecimento dos sintomas do TA. Os fatores mantedores são determinantes da perpetuação ou não do transtorno, causados pelas alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos constantes episódios de compulsão e purgação (MORGAN et al., 2002).

Evidências da contribuição de fatores genéticos provêm de estudos realizados com irmãos gêmeos. Através destes estudos, foi possível verificar que há uma contribuição genética na bulimia nervosa, com valores entre 31% a 83%, tanto em amostras populacionais como em amostras clínicas (TREASURE et al., 2010; MORGAN et al., 2002).

Estímulos podem ainda surgir por eventos adversos, como abuso sexual; agrupamento familiar (ou seja, parentes de primeiro grau de pessoas com TA tem 11 vezes mais chance de desenvolver algum tipo de transtorno relacionado à alimentação), hereditariedade e a contínua observância do ideal cultural de magreza (MORGAN et al., 2002).

De acordo com o DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000), há 3 categorias principais delineadas para os TA: anorexia nervosa, bulimia nervosa, e

transtornos alimentares não especificados. A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª ed.) classifica os TA da seguinte forma: anorexia nervosa, bulimia nervosa, e transtornos alimentares atípicos. Este último se caracteriza por variantes desta desordem, mas com sintomas não característicos tais como a presença de menstruação, por exemplo. Sintomas-chaves que demonstram a presença de TA, de uma forma mais generalizada, são comportamento restritivo interrompendo a ingestão da quantidade ideal de alimentos, imposição de regras rígidas, como horário de alimentação e valor calórico de macronutrientes diários, jejum prolongados, comportamento ritualizado na compra, preparo e consumo de alimentos, pouca variedade alimentar, alimentação solitária e competição alimentar social (TREASURE et al., 2010).

Anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) são os dois principais tipos de TA que afetam, na grande maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004).

### **Características Principais: Psicopatologia e Sintomatologia**

É comum, em pacientes com TA, o desenvolvimento de algumas características e padrões relacionados ao próprio TA. Essas características variam desde culpa e enjôo ao ato de se alimentar à depressão. A prática de auto-indução do vômito, o uso errôneo de laxantes, diuréticos e pílulas dietéticas, o excesso de atividade física quando caracterizada como um quadro de dependência (VEALE, 1987) e a ingestão hídrica restrita a (<0,5 L por dia) ou o excesso desta (>1,5 L por dia) são estratégias para a manutenção ou a perda de peso. Outro padrão comum em pessoas com TA é constante checagem corporal, que é feita pinçando as pregas ou partes corporais para a verificação de acúmulo de gordura nestas partes, a checagem repetitiva de protrusão de alguns ossos, a preocupação constante com as roupas no intuito destas estarem cada vez maiores e olhares constantes em frente ao espelho e comparações com outros corpos.

Pacientes com TA possuem imagem corporal distorcida, com constante preocupação a cerca da forma e peso corporal. Frequentemente negam ou minimizam sentimentos de severidade e gravidade e experimentam constante medo de ganho de peso corporal mesmo exibindo avaliação corporal abaixo da normalidade. O TA pode gerar alterações fisiológicas e hormonais, como perda de peso, falência no crescimento, amenorréia, ausência pelo menos três ciclos menstruais, redução da libido, grande sensibilidade ao frio, fadiga e fraqueza. Em

homens pode haver diminuição das ereções matinais e diminuição do crescimento da barba (TREASURE et al., 2010).

### **Fatores Associados**

Os fatores mais comuns associados ao TA são aqueles relacionados à baixa auto-estima, traços obsessivos, perfeccionismo e transtorno de ansiedade, mais relacionados à AN. A impulsividade e instabilidade afetiva e o uso de substâncias viciantes são frequentemente encontrados na BN (ZANDIAN et al., 2007).

A maioria dos indivíduos com algum tipo de TA descrevem suas famílias, sob um ponto de vista subjetivo, como estáveis, sem conflitos, coesas e não se queixam de falta de cuidados ou atenção (MORGAN et al., 2002).

Fatores socioculturais têm um papel importante para os integrantes deste grupo, pois o ideal de beleza, principalmente a feminina, cujo centro seria a magreza, é parte integrante da psicopatologia dos TA, uma vez que a magreza seria sinônimo de competência, sucesso, autocontrole e atração sexual. O ideal de magreza proposto leva a insatisfação corporal e esta por sua vez se torna participante da gênese dos TA (MORGAN et al., 2002).

O papel materno na formação da opinião de seus filhos quanto ao valor da aparência, do peso e da forma corporal também foi investigado. A pressão para perder peso exercida pela mãe é o principal fator preditivo de insatisfação corporal e do engajamento em estratégias para modificar o corpo em adolescentes de ambos os sexos (MORGAN et al., 2002).

A dieta para emagrecer é o fator precipitante mais freqüente nos TA. Estudos longitudinais demonstram claramente que a dieta aumenta de modo considerável o risco para os TA e que indivíduos que faziam dieta tiveram um risco 18 vezes maior para o desenvolvimento de TA do que entre indivíduos que não faziam dieta após um ano de seguimento (MORGAN et al., 2002).

Os fatores responsáveis pela perpetuação da doença incluem o papel das alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos constantes episódios de compulsão alimentar e purgação. Muitas vezes, os fatores que mantêm o problema alimentar são diferentes daqueles que foram responsáveis pelo seu início (MORGAN et al., 2002).

## **Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa**

A AN é uma condição patológica mórbida cuja taxa de mortalidade é a maior entre todas as doenças psiquiátricas. Está intimamente relacionada à recusa da manutenção do peso corporal a níveis normais ou acima do minimamente aceito para a idade e altura, intenso medo do ganho de peso ou do ganho de gordura mesmo em um estado nutricional abaixo do adequado (KINZIG et al., 2010). Tanto a AN quanto a BN parecem ser precedidas por uma maior frequência de eventos estressores. O impacto que os eventos estressores podem ter sobre a patogênese dos TA depende dos recursos que cada indivíduo possui para responder aos mesmos (ZANDIAN et al., 2007).

A AN tem maior prevalência em mulheres do que em homens, afetando aproximadamente 0.3% das mulheres nos Estados Unidos. Esta é marcada por constantes falhas e baixas taxas de recuperação completa. Estudos epidemiológicos indicam que somente 50% dos pacientes diagnosticados com AN evoluirão para a cura completa (TREASURE et al., 2010). Não foram encontrados estudos com prevalência de TA no Brasil, apenas dados em amostras isoladas (ALVES, 2006).

Já a BN é descrita como um transtorno mental de ordem alimentar caracterizado por perda do controle em relação à comida, ou seja, o consumo de uma grande quantidade de comida em um curto espaço de tempo. Seguido ao episódio de compulsão alimentar ocorre a busca por métodos purgativos compensatórios. A BN é difícil de ser identificada, uma vez que os episódios de compulsão e purgação costumam ser escondidos dos familiares e amigos e, normalmente, indivíduos com BN não apresentam estado nutricional seriamente afetado (CENCI, 2007).

É comum encontrar casos em que o paciente vai de um extremo ao outro: da AN a BN. Muitos anoréxicos mostram comportamento bulímico e muitos bulímicos têm um histórico anterior de AN Logo, não é surpresa que a prevalência de BN é a mesma que a da AN, e que pacientes com BN sejam mais velhos que os que apresentaram AN (ZANDIAN et al., 2007).

## **Considerações sobre Transtornos Alimentares na adolescência e prevenção**

A literatura mostra que a maior parte dos casos de TA ocorre na adolescência. Kinzig (2010) afirma que os TA tendem a ocorrer com maior frequência durante o meio e o fim da adolescência, pois este é um período em que acontecem modificações importantes no Sistema Nervoso Central (SNC). As mudanças corporais durante este período, especialmente em

relação ao acúmulo de tecido adiposo no sexo feminino, também geram insatisfação com algumas áreas do corpo ou com o peso corporal (MORGAN et al., 2002; ALVES, 2006).

Também é nesta fase que o indivíduo ganha autonomia com relação aos aspectos alimentares, sofrendo influência dos hábitos familiares e valores socioculturais (ZANCUL, 2008). Os padrões estéticos impostos pela cultura – de corpos magros ou bem definidos – e a facilidade da circulação de informações sobre alimentação e saúde, sobretudo de regimes, acarretam em diretrizes negativas, afetando a imagem corporal e os hábitos alimentares que estão sendo formados durante esta fase (MUNSON, 1998).

Zancul (2008) indica que a prevenção em adolescentes como principal fator para minimizar os riscos de TA na população jovem. A implantação de políticas na área de educação e saúde, por meio de campanhas governamentais veiculadas pela mídia; a inclusão no currículo de conteúdos programáticos em nutrição, alimentação e atividade física e a sensibilização de empresas alimentícias para a veiculação de mensagens adequadas são estratégias apontadas pela autora.

## **Qualidade de Vida**

### **Qualidade de Vida e Transtornos Alimentares**

A partir de 1980 houve o crescimento de estudos sobre QV em pacientes cuja cura não era provável, visando melhorar o bem-estar do paciente e verificar sua satisfação com o tratamento (TIRICO et al., 2010). Métodos de avaliação sob a forma de questionários foram desenvolvidos para aplicação em pacientes com várias doenças, incluindo TA, com o principal objetivo de avaliar características comportamentais e de atitude que envolvem tais doenças. Atualmente, estas ferramentas de propriedades psicométricas utilizadas para a avaliação de TA, são amplamente utilizadas na prática clínica e na pesquisa (TURY et al., 2009).

A definição de saúde proposta pela WHO (2001), como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, favoreceu também o surgimento de novos questionamentos sobre o que constitui saúde mental e como avaliar resultados positivos e negativos dos tratamentos. Inúmeros estudos mostraram que o bem-estar subjetivo do paciente é o maior determinante para a sua decisão de buscar tratamento, sua aderência a ele e avaliação dos resultados obtidos (PREBIANCHI, 2003). Fleck et al. (2000) fazem referência quanto aos profissionais da saúde que sempre enfocaram o controle

da morbidade e da mortalidade. Nos últimos anos têm se intensificado a preocupação não só com a frequência e gravidade das doenças, mas também com a avaliação do impacto provocado pelas doenças na vida diária. Quando enfatiza a natureza da avaliação da saúde, não se refere à natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, mas sim das respostas dadas pelo indivíduo que incluem sua natureza subjetiva também (FLECK et al., 2000). O estado de saúde interfere na QV de maneira significativa. Indivíduos acometidos por doenças apresentam, em grande maioria, QV inferior a indivíduos saudáveis (GÓIS et al., 2009).

Nahas (2003) define a QV como sendo uma condição humana que reflete um agrupamento de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que o homem vive. Entre estes parâmetros estão o bem-estar físico, mental e social.

Segundo Porto (2005), QV é uma expressão aplicada ao indivíduo aparentemente saudável, que diz respeito a tudo aquilo que lhe traz satisfação, nos mais variados aspectos, como a moradia, o transporte, a alimentação, o lazer, a satisfação/ realização profissional, os relacionamentos, a segurança financeira, confundindo-se muitas vezes com o estado de felicidade da pessoa. A QV também se aplica a pessoas sabidamente doentes e diz respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença e/ ou o tratamento relacionado a ela acarretam ao paciente e à sua vida. Os dados da literatura clínica têm mostrado que a vida de uma pessoa apresenta mudanças significativas após a ocorrência de um evento mórbido. Porém, não se deve afirmar que a pessoa não será mais a mesma, nem que sua mudança será para pior.

As medidas de QV têm sido cada vez mais utilizadas como suplementos às medidas biológicas ou clínicas da doença, com o objetivo de avaliar a necessidade de cuidados de saúde, eficiência das intervenções e análise de custos benefícios. O uso dessas medidas reflete um crescente reconhecimento da importância de como os pacientes sentem-se de modo geral e quão satisfeitos estão com o tratamento, em vez de apenas focalizar os resultados da doença (PREBIANCHI, 2003).

### **SF-36**

Existem vários instrumentos para a mensuração da QV, como o AUQUEI (MANIFICAT S.; DAZORD, A; 1997), O WHOQOL (WHOQOL GROUP, 1998), mas o questionário *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) tem sido

amplamente utilizado nos estudos da QV sobre TA (DOLL et al., 2005; DE LA RIE et al., 2005; LATNER et al., 2008).

O SF-36 é um questionário multidimensional, desenvolvido por Ware et al. (1993) e validado no Brasil por Ciconelli (1997), que permite a avaliação de respostas com relação às quatro semanas anteriores ao preenchimento do questionário. É composto por 36 questões, separadas em oito domínios, que avaliam respectivamente:

- capacidade funcional: avalia se há limitações relacionadas à capacidade física e sua extensão;
- aspectos físicos: avalia se há limitações relacionadas ao tipo e a qualidade de trabalho e o quanto elas dificultam a realização das tarefas diárias;
- dor: avalia se há a presença de dor, e o quanto ela influencia na realização das tarefas diárias;
- estado geral de saúde: avalia como o paciente se sente com relação a sua própria saúde, de forma geral;
- vitalidade: avalia o nível de energia e a fadiga;
- aspectos sociais: verifica a interação do paciente em atividades sociais;
- limites emocionais: analisa o impacto causado pelos aspectos psicológicos no bem-estar do paciente;
- saúde mental: inclui algumas questões como depressão, ansiedade, descontrole emocional e seus impactos sobre o bem-estar do paciente (CICONELLI, 1997).

Para cada um destes domínios é gerado um escore, em uma escala que varia de zero (0) a cem (100), onde o zero refere-se ao pior estado de saúde, e 100 ao melhor. Para a comparação entre grupos é possível obter um escore normalizado em relação a uma população saudável. Os valores médios da população americana foram ajustados para a média de escore 50 e desvio padrão de 10. Tal procedimento facilita a análise e interpretação dos dados obtidos. Idealmente, seria importante comparar com dados de população nacional, porém nem sempre estes dados são disponíveis, como é no caso do Brasil.

Estes domínios também geram medidas sumárias: o componente físico é composto pelas quatro primeiras escalas e o componente mental pelas quatro últimas escalas, calculados por meio de análises estatísticas sofisticadas (análise de componentes principais).

No Brasil, o SF-36 tem sido utilizado para avaliar a QV de populações específicas ou em grupos com doenças específicas. Fachineto (2009), em pesquisa com trabalhadores rurais do município de São Miguel do Oeste/SC, mostrou que os homens com sobrepeso ou obesos apresentaram escores médios inferiores do que a população americana para todos os domínios

do SF-36, sendo que os menores valores médios encontrados foram para os domínios da dor, vitalidade e saúde mental. O mesmo padrão do SF-36 foi observado entre as mulheres, porém com valores ainda menores que os dos homens. Góis et al. (2009) realizaram um estudo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. A pesquisa avaliou 54 pacientes antes e após a cirurgia. A primeira avaliação mostrou comprometimento nos componentes do SF-36 para os aspectos físicos, limites emocionais, capacidade funcional e dor. Seis meses após o tratamento cirúrgico da doença coronariana, constatou-se melhora estatisticamente significativa na avaliação dos oito componentes do sf-36.

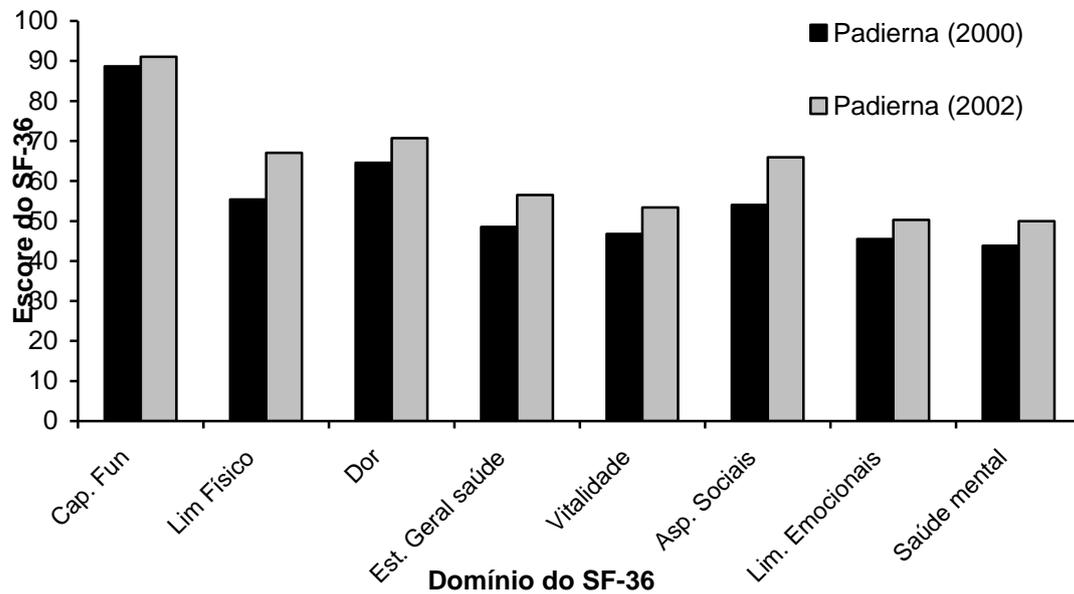
Em artigo de revisão, Tirico et al. (2010) mostraram que 78% dos estudos analisados de 1985 até 2008 sobre QV relacionada a TA utilizaram o SF-36 como instrumento de medida. O autor cita ainda que, quando comparado a população normativa, os grupos com TA apresentaram prejuízos maiores na maior parte dos escores de QV, especialmente no que dizia respeito ao aspecto mental e seus domínios – vitalidade, aspectos sociais, limites emocionais e saúde mental (TIRICO et al., 2010).

Doll et al. (2005) utilizaram o instrumento SF-36 em estudo com 1.439 universitários na Inglaterra, onde 87 deles sofriam de algum tipo de TA. O impacto do TA no SF-36 foi maior nos limites emocionais do que nos aspectos físicos analisados pelo SF-36. Já González-Pinto et al. (2004), em pesquisa realizada com 47 pacientes com AN (82,7% mulheres e 17,3% homens), verificaram que os escores brutos do sf-36 foram baixos para os domínios da saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde.

De La Rie et al. (2005), também utilizando o instrumento SF-36, realizou um estudo com dois grupos de TA: um com pacientes que haviam manifestado TA no passado (n=148) e outro que sofria com TA atualmente (n=156). Com relação ao primeiro grupo, os pacientes que ainda sofriam com TA apresentaram valores menores nos escores do SF-36 para os domínios: aspectos físicos, limites emocionais, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental.

Padierna et al. (2002), em estudo longitudinal realizado na Espanha com 131 pacientes com TA acompanhados durante 2 anos, mostrou que houve melhora nos escores dos domínios nos aspectos físicos e aspectos sociais, seguidos da saúde mental e vitalidade. Mas apesar da melhoria ser significativa, os escores do SF-36 continuaram abaixo dos valores normalizados para a população espanhola saudável. A figura 3 apresenta os resultados do primeiro estudo de Padierna (200) e de seu estudo após dois anos de tratamento com a mesma população. Através destes estudos é possível ver como o tratamento influencia a percepção da qualidade

de vida, uma vez que após os dois anos de tratamento os valores foram superiores para todos os domínios.



**Figura 3:** Escore bruto da qualidade de vida de mulheres no início do tratamento e após dois anos de tratamento (PADIERNA, 2002).

Em suma, em grupos com TA, a QV apresentou valores inferiores quando comparado a população saudável na maior parte dos estudos em que o SF-36 foi utilizado (PADIERNA et al., 2002; GONZÁLES-PINTO et al., 2004; DOLL et al., 2005; DE LA RIE et al., 2005).

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Caracterização da Pesquisa**

Esta é uma pesquisa do tipo descritiva, caracterizada como um estudo de caso, pois tem como objetivo principal a descrição das características relacionadas à QV de mulheres com TA, bem como avaliar o estado geral de saúde, a capacidade funcional, os aspectos emocionais e sociais das mesmas (GIL, 1991).

### **População e Amostra**

A amostra é composta por pacientes diagnosticadas com TA, em tratamento e acompanhadas pelo Ambulatório de Transtornos Alimentares da Residência Médica em Psiquiatria do IPQ - Hospital Universitário da UFSC. Este ambulatório existe há cinco anos e foi o primeiro em Santa Catarina especializado neste tipo de transtorno, tornando-se referência. Coordenado pelo Dr. Luiz Rath, psiquiatra, é composto por dois residentes, dois psicólogos e uma nutricionista. Atende atualmente 14 pacientes do sexo feminino.

### **Procedimento de Coleta dos Dados**

As pacientes foram convidadas a participar da pesquisa pelos médicos residentes durante as consultas individuais no mês de outubro/2010, sendo então encaminhadas à pesquisadora para o preenchimento do questionário. Das sete pacientes abordadas para fazer parte da pesquisa, cinco se disponibilizaram para a coleta de dados. Após a aceitação, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para assinatura pela participante. Devido à greve dos residentes do HU, ocorrida nos meses de agosto/setembro e ao tempo disponível para a realização deste trabalho, não foi possível coletar dados com as demais pacientes atendidas pelo Ambulatório.

A coleta de dados, que ocorreu em três fases: 1ª) coleta dos dados pessoais; 2ª) aplicação do questionário SF-36; 3ª) obtenção da massa corporal e estatura. Na primeira fase, as participantes informaram sobre dados sociodemográficos e sobre o TA (tipo, idade em que desenvolveu o transtorno, início do tratamento (Dados pessoais, Anexo 2).

Para a segunda fase foi aplicado, em forma de entrevista, o questionário *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Os escores foram calculados na forma bruta e na normalizada.

Dados antropométricos foram obtidos dos prontuários das pacientes, pois a algumas participantes não é permitido conhecer a massa corporal atual. A massa corporal (MC) é verificada a cada consulta, sendo que a utilizada para análise dos dados foi a aferida no dia da aplicação do questionário SF-36. A estatura que consta no prontuário foi obtida pelo médico na avaliação inicial da paciente, quando do princípio do tratamento no IPQ-HU.

A partir dos dados antropométricos, foi calculado o índice de massa corporal (IMC) de cada participante, pois este é um indicador do estado nutricional. O IMC foi calculado pela seguinte equação:

$$\text{Índice de Massa Corporal (kg.m}^{-2}\text{)} = \text{Massa Corporal (kg)} / \text{Estatura ao quadrado (m}^{-2}\text{)}.$$

A classificação do IMC obedeceu aos critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde (1998). Para efeito de análise, foram criadas quatro categorias: *baixo peso* (IMC  $\leq 18,5$  kg.m<sup>-2</sup>); *normal* (indivíduos com IMC entre 18,5 e 24,9 kg.m<sup>-2</sup>); *sobrepeso* (IMC  $\geq 25$  kg.m<sup>-2</sup>) e *obesidade* (IMC  $\geq 30$  Kg.m<sup>-2</sup>).

### **Análise dos Dados**

O banco de dados e a estatística descritiva foram efetuados no programa Microsoft Excel for Windows, versão 2003. Os escores brutos e normalizados dos domínios do SF-36 foram calculados de acordo com Ciconelli (1997) e Campolina e Ciconelli (2008).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Características da Amostra

Das cinco participantes da pesquisa, duas (2/5; 40%) foram diagnosticadas com AN, duas (2/5; 40%) com BN e uma (1/5; 20%) com AN, BN, transtorno obsessivo compulsivo, depressão e síndrome do pânico. A maioria referiu ser solteira (4/5; 80%). O aparecimento dos sintomas dos TA ocorreu, na maior parte dos casos, durante a adolescência (entre os 13 e 19 anos de idade); porém, uma das participantes apresentou os sintomas já na vida adulta (aos 37 anos).

A média de tempo de convivência com o transtorno foi de  $7,1 \pm 3,1$  anos. O tratamento teve início depois de  $1,6 \pm 0,5$  anos após a percepção dos sintomas para as pacientes diagnosticadas com AN e de  $8,2 \pm 0,2$  anos para as pacientes diagnosticadas com BN. A paciente diagnosticada tanto com AN quanto BN demorou 1,5 anos para iniciar tratamento. Todas as pacientes, exceto uma, iniciaram o tratamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do IPQ-HU.

A duração dos TA encontrada nesta pesquisa coincide com o estudo de Padierna et al. (2002), no qual a duração média do TA foi de  $5,3 \pm 4,7$  anos. Porém, a média de duração dos TA foi maior que a aferida por Nunes (2006) em estudo realizado com sete adolescentes do Município de Florianópolis: quatro das participantes foram diagnosticadas com AN e três com BN, e a duração do TA neste grupo foi de 1 a 9 anos, média de 3,7 anos. A revisão bibliográfica realizada por Pinzon e Nogueira (2004) sobre as taxas de incidência e recuperação nos TA indica que, depois de intervenções terapêuticas, a taxa de recuperação total na AN foi em torno de 50%. Os índices de recaída variaram em torno de 12% a 27%. O TA tornou-se crônico em 20% dos casos, o que explica a duração do TA.

Todas as entrevistadas fazem uso de medicamentos antidepressivos. O tranquilizante é utilizado pelas três pacientes diagnosticadas com AN. Uma participante faz uso de antipsicótico.

Os valores médios da massa corporal mínima e máxima foram de 39,0 e 54,2 kg, respectivamente. A variação média entre esses dois valores foi de 15,2 kg. Seguindo a classificação da OMS, três participantes (60%) estavam com peso normal, e duas (40%) estavam com baixo peso.

Os dados do presente estudo são semelhantes aos de Nunes (2006), que encontrou nas quatro pacientes diagnosticadas com AN que uma estava com IMC normal, duas com baixo

peso. Uma não foi classificada por não ter relatado o peso no momento do estudo. Das três pacientes diagnosticadas com BN, todas apresentavam IMC normal (NUNES, 2006).

As características antropométricas são apresentadas na Tabela 1:

**Tabela 1:** Valores descritivos (média e desvio-padrão) de idade e de antropometria de mulheres com transtorno alimentar em tratamento, Florianópolis/2010.

<b>Variável</b>	<b>Media</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<i>Idade (anos)</i>	27,3	7,6
<i>Massa corporal (kg)</i>	50,2	6,5
<i>Estatura (cm)</i>	156,9	2,3
<i>IMC (kg.m<sup>-2</sup>)</i>	20,3	2,1

### **Qualidade de Vida e Transtornos Alimentares**

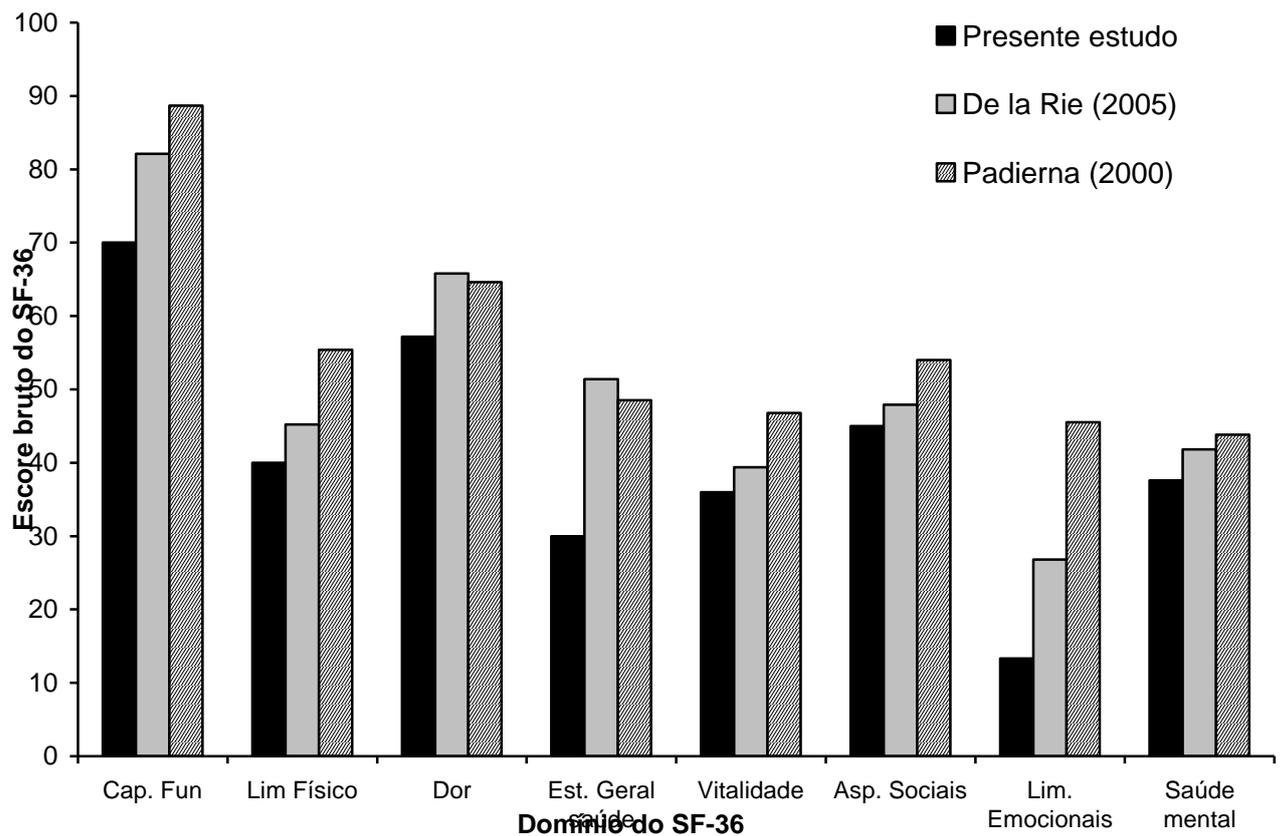
A tabela 2 apresenta as características da QV em relação aos domínios avaliados pelo SF-36 da saúde física (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde) e da saúde mental (vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental) de mulheres com TA em tratamento no IPQ-HU. Os maiores valores foram encontrados para os domínios da capacidade funcional, dor e aspectos sociais, enquanto os limites físicos, limites emocionais, estado geral de saúde e saúde mental tiveram os piores escores.

**Tabela 2:** Valores descritivos (média, desvio-padrão e valor normalizado) dos domínios do SF-36 em mulheres com transtorno alimentar em tratamento, Florianópolis/2010.

<b>Domínio</b>	<b>Media</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Valor normalizado</b>
<i>Capacidade funcional</i>	70,0	38,2	48,7
<i>Limites físicos</i>	40,0	45,4	47,8
<i>Dor</i>	57,2	35,6	41,8
<i>Estado geral de saúde</i>	30,0	22,6	43,8
<i>Vitalidade</i>	36,0	23,8	41,3
<i>Aspectos sociais</i>	45,0	33,8	39,7
<i>Limites emocionais</i>	13,3	29,8	41,6
<i>Saúde mental</i>	37,6	28,5	39,4

A presente pesquisa apresenta valores abaixo dos encontrados por Doll et al. (2005) para a maioria os domínios do SF-36, onde somente os domínios vitalidade e limites emocionais apresentaram valores baixos (42,52 e 33,72 respectivamente). González-Pinto et al. (2004), também mostraram escores superiores ao do presente estudo, sendo que o menor escore encontrado foi para saúde mental (49,29). Os domínios do estado geral de saúde, vitalidade, limites emocionais e saúde mental apresentaram baixos valores, indicando que o componente mental foi o mais afetado nas pacientes com TA.

A figura 1, apresenta comparação dos domínios compreendidos pelo SF-36 no presente estudo com as pesquisas de De La Rie et al. (2005) e Padierna et al. (2000).

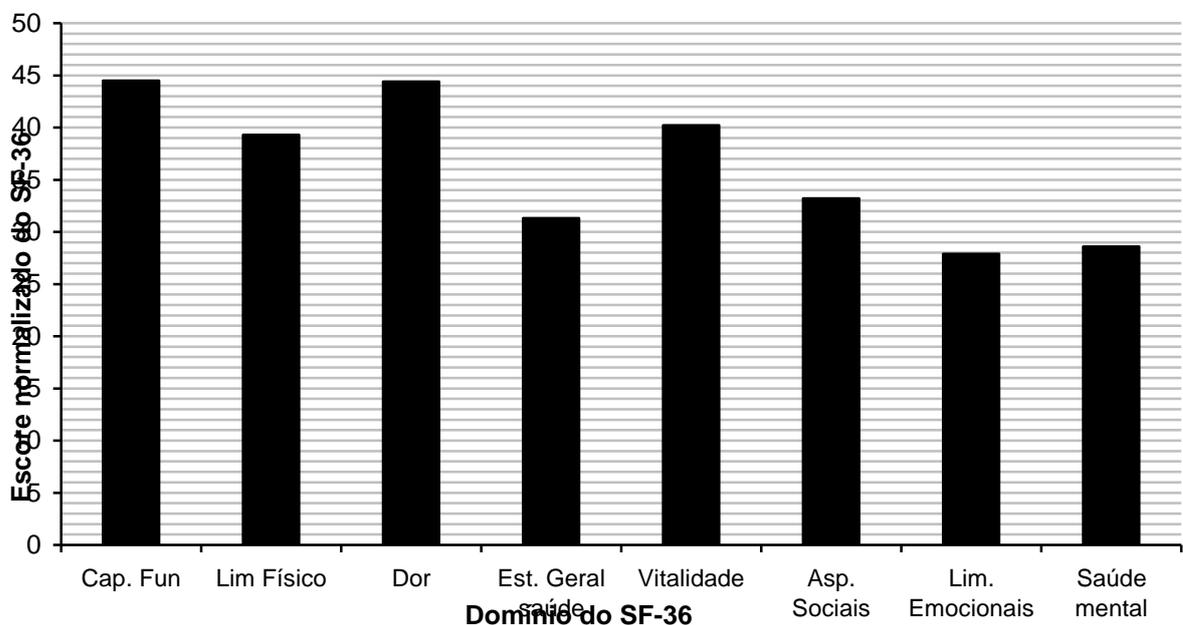


**Figura 1:** Escore bruto da qualidade de vida em mulheres com transtorno alimentar

Os valores evidenciaram que, apesar de apresentar escore menor para a maioria dos domínios em relação os demais estudos, a presente pesquisa assemelha-se com a de De La Rie et al. (2005) no domínio limite físico, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental.

Os dados do presente estudo também apresentaram valores menores para os escores do SF-36 em comparação ao estudo de Padierna et al. (2000).

Os escores médios dos domínios da QV das pacientes com TA, em tratamento no IPQ-HU, transformados para escores normalizados em relação à população americana saudável (média de 50 e desvio padrão de 10) são apresentados na figura 3.



**Figura 3:** Escores da qualidade de vida de mulheres com transtorno alimentar em tratamento, normalizados em relação à população americana saudável.

Quando transformados, os valores encontrados no presente estudo para capacidade funcional, limite físico e estado geral de saúde ficam próximos a média de indivíduos saudáveis. É possível que os baixos valores para os domínios da dor, vitalidade, aspectos sociais, limites emocionais e saúde mental estejam relacionados com a ausência da terapia em grupo e psicoterapia individual durante os meses de agosto e setembro, devido à greve dos residentes do HU.

Estes dados corroboram com os encontrados por Tirico et al. (2010), que afirma que indivíduos com TA invariavelmente apresentam maiores prejuízos em grande parte dos

escores da QV, especialmente no que diz respeito ao aspecto mental e os domínios que o compõem: vitalidade, aspectos sociais, limites emocionais e saúde mental. Esse fato seria devido à comorbidades psiquiátricas, sintomatologia depressiva e ansiosa e gravidade do quadro alimentar, ocasionando níveis mais baixos de QV (TIRICO et al., 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados obtidos neste estudo tem-se que, a classificação das pacientes com relação ao IMC foi de peso normal ou baixo peso, sendo que o baixo peso esta ligado ao próprio TA.

A média de tempo de tratamento foi de 2 anos.

Em comparação indivíduos saudáveis, os participantes com TA do presente estudo apresentaram valores baixos para os domínios da dor, vitalidade, aspectos sociais, limites emocionais e saúde mental.

Através dos dados encontrados na literatura, foi notável a incidência dos transtornos alimentares na adolescência. Por isso, sugere-se que seja feita a prevenção em escolares, com trabalhos relacionados à auto-estima e a imagem corporal e também com discussões dos padrões estéticos da sociedade.

Sugere-se também que novos estudos sejam realizados em pacientes com TA, para que as terapias possam ser cada vez mais direcionadas, atuando nos pontos chaves dos transtornos.

As mulheres participantes neste estudo apresentaram, em média, dois anos de tratamento do TA, tendo a maioria delas peso normal. O início do TA ocorreu durante a adolescência, corroborando a literatura. Desta forma, sugere-se que seja feita a prevenção em escolares, com trabalhos relacionados à auto-estima e a imagem corporal e também com discussões dos padrões estéticos da sociedade.

Em comparação indivíduos saudáveis, as participantes apresentaram valores baixos para os domínios da dor, vitalidade, aspectos sociais, limites emocionais e saúde mental, demonstrando o caráter psicológico envolvido no TA . Acredita-se que a utilização regular da QV possa auxiliar no direcionamento das terapias no tratamento do TA. No entanto, outros estudos, com maior número de paciente e também de outros ambulatorios, poderão ampliar o conhecimento sobre a QV em pacientes de TA.

## REFERÊNCIAS

- ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2009. Disponível em: [http://www.abpcomunidade.org.br/informese/transtornos\\_alimentares.php](http://www.abpcomunidade.org.br/informese/transtornos_alimentares.php). Acesso em 02/09/2010.
- ALVES, E. **Sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes femininas do município de Florianópolis, SC.** 2006. 122 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder: text review.** DSM-IV-TR. Washington, DC: 2000.
- CACCIATORI, F. **Comportamento alimentar, percepção da imagem corporal e nível de atividade física de patinadoras amadoras da Grande Florianópolis - SC.** 2009. 54f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- CENCI, M. **Prevalência de comportamento bulímico e sua associação com imagem corporal e estado nutricional em universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina.** 2007. 95 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey – (SF-36)”.** 1997. 142 f. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade Federal de São Paulo. 1997.
- DE LA RIE, S. M.; NOORDENBOS, G.; FURHT, E.F. Quality of life and eating disorders. National Center for Eating Disorders. **Quality of Life Research**, v.14, p. 1511–1522, 2005.

DE LUCA, B. P. R. **Comportamento alimentar, nível de atividade física e imagem corporal de adolescentes do ensino médio de uma escola particular de Florianópolis – SC.** 2007. 71 f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

DOLL, H. A.; PETERSEN, S. E.; STEWART-BROWN, S. L. 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. **Quality of Life Research**, v.14, p. 705-717, 2005.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. M. Terapia cognitivo comportamental dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, p. 49-53, 2002.

FACHINETO, S. **Indicadores da gordura corporal e qualidade de vida de trabalhadores rurais.** 2009.74f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde WHOQOL-100- bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, p. 178-183, 2000.

GALVÃO, A. L.; CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. *In*: NUNES, M. A.; APPOLIUNARIO, J. C.; GALVÃO, A. L.; COUTINHO, W. e col. **Transtornos alimentares e obesidade.** 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GÓIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S.; TORRATI, F. G. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30 (4), p. 700-707, 2009.

GONZÁLEZ-PINTO, A.; INMACULADA, F.; RODRIGUEZ, C.; FERNÁNDEZ, C. B.; SONSOLES, E.; FERNANDO, R.; PURIFICACION, L. Purging Behaviors and Comorbidity as Predictive Factors of Quality of Life in Anorexia Nervosa. **Wiley Periodicals**, 2004.

HAYAS, C. L.; QUINTANA, J. M.; PADIERNA, J. A.; BILBAO, A.; MUÑOZ, P.; COOK, E. F. Health-Related Quality Of Life For Eating: Disorders questionnaire version-2 was responsive 1-year after initial assessment. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.60, p. 825-833, 2007.

KINZIG, K. P.; HARGRAVE, S. L. Adolescent activity-based anorexia increases anxiety-like behavior in adulthood. **Physiology and Behavior**, v.101, p. 269-276, 2010.

LATNER, J. D.; VALLANCE, J. K.; BUCKETT, G. Health-Related Quality of Life in Women with Eating Disorders: Association with Subjective and Objective Binge Eating. **Journal of Clinical Psychology Medicine Settings**, v.15, p. 148–153, 2008.

MANIFICAT S.; DAZORD, A. Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers résultats. **Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence**, v. 45, p. 106-114, 1997.

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

MUNSON, M. T. A “cultura da manequim”, anorexia nervosa e bulimia: uma reflexão antropológica sobre cultura e doença. 1998. 119 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2003.

NUNES, A. L. **Transtornos alimentares na visão de meninas adolescentes de Florianópolis: uma abordagem fenomenológica**. 2006. 185 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

NUNES, Maria Angélica Antunes et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da Cid-10, 2008. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em 01/09/2010.

PADIERNA, A.; QUINTANA, J. M.; AROSTEGUI, I.; GONZALEZ, N.; HORCAJO, M. J. The health-related quality of life in eating disorders. **Quality of Life Research**, v. 9, p. 667-674, 2000.

PADIERNA, A.; QUINTANA, J. M.; AROSTEGUI, I.; GONZALEZ, N.; HORCAJO, M. J. Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. **Quality of Life Research**, v. 11, p. 545-552, 2002.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva; ALVARENGA, Marle (Org.). **Transtornos Alimentares: Uma Visão Nutricional**. São Paulo: Manole, 2004.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31 (4), p 158-160, 2004.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Doenças do Coração Prevenção e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

PREBIANCHI, Helena Bazanelli. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 5(1), p. 57-69, 2003.

TIRICO, P. P.; STEFANO, S. C.; BLAY, S. L. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26 (3), p. 431-449, 2010.

TREASURE, J.; CLAUDINO, A. M.; ZUCKER, N. Eating disorders. **Lancet** v. 375, p. 583-93, 2010.

TÚRY, F.; GÜLEÇ, H.; KOHLS, E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. **Journal of Psychosomatic Research**, 2009.

VEALE, D. M. W. C. Exercise Dependence. **British Journal of Addiction**, v. 82, p. 735-740, 1987.

WARE, J. E.; SNOW, K. K.; KOSINSKI, M.; GANDEK, B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston (MA): **The Health Institute**, New England Medical Center, 1993.

World Health Organization. The world health report: 2001: Mental health: new understanding, New Hope, v. 2, p. 29-30, 2001.

World Health Organization. BMI classification, 1998. Disponível em: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html). Acesso em 01/09/2010.

WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, p. 551-558, 1998.

ZANCUL, M. S.; VALETA, L. N. Transtornos alimentares na adolescência: algumas considerações sobre a anorexia e a bulimia nervosa. **Revista Salus-Guarapuava**, v. 2 (2), p. 23-30, 2008.

ZANDIAN, M.; IOAKIMIDIS, I.; BERGH, C., SÖDERSTEN, P. Cause and treatment of anorexia nervosa. **Physiology and Behavior**, v. 92, p. 283-290, 2007.

**ANEXO**

**ANEXO 1**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

Departamento de Educação Física – Centro de Desportos  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus da Trindade  
88040-970 Florianópolis, SC

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Elisa Marcon Baltazar, acadêmica do curso de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, portadora RG 4.417.925, estou desenvolvendo o trabalho de conclusão de curso, cujo título é “**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES EM TRATAMENTO**”, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosane Carla Rosendo da Silva. O objetivo deste estudo é Avaliar a qualidade de vida de pacientes com transtornos alimentares, acompanhados pelos programas do Hospital Universitário de Florianópolis (HU).

A pesquisa envolve três etapas, que serão realizadas individualmente nos ambulatórios, durante os horários de atendimento de cada grupo: na primeira etapa, serão coletados os dados pessoais do participante; na segunda etapa será realizada a avaliação antropométrica (massa corporal e estatura); na terceira e última etapa o participante responderá ao questionário de qualidade de vida, que será em forma de entrevista. A participação nesta pesquisa é voluntária e as respostas aos questionários não sofrerão interferência pela parte das pesquisadoras. Da mesma forma, na avaliação corporal não haverá riscos, nem desconforto físico.

Não haverá gastos em nenhuma dessas etapas e todos os materiais necessários serão providenciados pelas pesquisadoras. As informações obtidas serão utilizadas para redação do trabalho monográfico, podendo ser desdobrado em comunicações científicas na área (trabalhos na forma de resumo em eventos e/ou artigos em revistas especializadas). Em quaisquer formas de divulgação dos resultados encontrados, haverá garantia do anonimato das participantes. Também é garantida a liberdade de retirada do consentimento, podendo recusar ou sair da pesquisa a qualquer momento, ou ainda, recusar-se a responder alguma(s) da(s) questão(ões) dos questionários.

Antecipadamente agradecemos sua atenção e colaboração, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

**Acad. Elisa Marcon Baltazar**  
Tel: (48) 9938-0599  
E-mail: [lisamb@hotmail.com](mailto:lisamb@hotmail.com)

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosane Carla Rosendo da Silva**  
Tel: (48) 37216349  
E-mail: [rosane@cds.usfc.br](mailto:rosane@cds.usfc.br)

Atenciosamente,

---

Elisa Marcon Baltazar

---

Rosane Carla Rosendo da Silva

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, em relação ao estudo: **“QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES EM TRATAMENTO”**.

Eu discuti com a Sra. Elisa Marcon Baltazar sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

<p>Nome do participante: _____</p> <p>Florianópolis: ____/____/____</p> <p>Assinatura: _____</p>	<p>_____</p> <p>Assinatura da Pesquisadora Elisa Marcon Baltazar</p>
--	--

## **ANEXO 2**

### **Questionários**

**DADOS PESSOAIS:**

Nome completo:

Data de nascimento:

Estado civil:

Diagnóstico do tipo de transtorno:

Idade em que desenvolveu o transtorno:

Quando iniciou o tratamento:

Participa do programa há quanto tempo;

Peso máximo e peso mínimo atingidos durante o transtorno:

Uso de medicamentos (quais tipos):

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**QUALIDADE DE VIDA (SF-36)**

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor solicite nossa ajuda e tente responder o melhor que puder.

1- Em geral, você diria que a sua saúde é :

- (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Ruim (5) Muito Ruim

2- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- (1) Muito melhor agora do que a um ano atrás  
 (2) Um pouco melhor agora do que a um ano atrás  
 (3) Quase a mesma de um ano atrás  
 (4) Um pouco pior agora do que a um ano atrás  
 (5) Muito pior agora do que a um ano atrás

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	SIM. DIFICULTA MUITO	SIM. DIFICULTA UM POUCO	NÃO. NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM
a) <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) <b>Atividades moderadas</b> , 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 <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e) Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h) Andar <b>vários quarteirões</b>	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c) Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5- Durante as **últimas 4 semanas**, você teve alguns dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2

6- Durante as últimas **4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo ?

- (1) De forma alguma                      (4) Bastante  
 (2) Ligeiramente                        (5) Extremamente  
 (3) Moderadamente

7- Quanta dor **no corpo** você teve durante as últimas **4 semanas** ?

- (1) Nenhuma                                (4) Moderada  
 (2) Muito Leve                            (5) Grave  
 (3) Leve                                      (6) Muito Grave

8- Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora e dentro de casa) ?

- (1) De maneira alguma                (4) Bastante  
 (2) Um pouco                              (5) Extremamente  
 (3) Moderadamente

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação as **4 últimas semanas**.

	TODO TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	UMA BOA PARTE DO TEMPO	ALGUMA PARTE DO TEMPO	UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	NUNCA
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força ?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.) ?

- (1) Todo o tempo                            (4) Uma pequena parte do tempo  
 (2) A maior parte do tempo            (5) Nenhuma parte do tempo  
 (3) Alguma parte do tempo

11- O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você ?

	DEFINITIVAMENTE VERDADEIRO	A MAIORIA DAS VEZES VERDADEIRO	NÃO SEI	A MAIORIA DAS VEZES FALSA	DEFINITIVAMENTE FALSA
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5