

Avanços e Desafios da Nutrição no Brasil

Alexandre Rodrigues Lobo
(Organizador)



Atena
Editora

Ano 2018

Alexandre Rodrigues Lobo
(Organizador)

Avanços e Desafios da Nutrição no Brasil

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A946 Avanças e desafios da nutrição no Brasil [recurso eletrônico] /
Organizador Alexandre Rodrigues Lobo. – Ponta Grossa (PR):
Atena Editora, 2018. – (Avanças e Desafios da Nutrição no
Brasil; v. 1)

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-85107-93-2
DOI 10.22533/at.ed.932180212

1. Nutrição – Brasil. I. Lobo, Alexandre Rodrigues.

CDD 613.2

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A nutrição é uma ciência relativamente nova, mas a magnitude de sua importância se traduz na amplitude de áreas com as quais dialoga. No âmbito das ciências básicas, desde longínquos tempos, atribui-se o reflexo de sintomas provocados por deficiências nutricionais à diminuição no consumo de determinados alimentos. A integração da nutrição com outras disciplinas do campo das ciências da saúde proporcionou o entendimento dos processos fisiopatológicos e a identificação de marcadores bioquímicos envolvidos no diagnóstico das diferentes doenças carenciais. Mais recentemente, os avanços tecnológicos permitiram a elucidação dos complexos mecanismos moleculares ligados às diversas doenças crônicas, condição que elevou a nutrição a um novo patamar. Esses avanços também contribuíram para a identificação cada vez mais refinada de componentes dos alimentos com potencial bioativo e impactou diretamente o desenvolvimento de produtos alimentares.

Aliado ao conhecimento dos efeitos biológicos individuais dos diversos componentes dos alimentos, cabe salientar a importância de uma visão integral do alimento, tanto do ponto de vista químico, se considerarmos, por exemplo, a influência do processamento sobre a bioacessibilidade desses componentes nas diferentes matrizes, mas também sob o aspecto humanístico do alimento, em toda a sua complexidade, considerando diferentes níveis, como o cultural, social, ideológico, religioso, etc. Merecem destaque, também, os avanços políticos traduzidos pela institucionalização das leis de segurança alimentar e nutricional e a consolidação do direito humano à alimentação adequada, que trouxeram perspectivas sociais e econômicas para o campo da saúde coletiva no país.

A presente obra *Avanços e Desafios da Nutrição no Brasil* publicada no formato e-book, traduz, em certa medida, este olhar multidisciplinar e intersetorial da nutrição. Foram 34 artigos submetidos de diferentes áreas de atuação, provenientes de instituições representativas das várias regiões do país: alimentação coletiva, ensino em nutrição, nutrição e atividade física, nutrição clínica, saúde coletiva, tecnologia, análise e composição de alimentos e produtos alimentares. Assim, o livro se constitui em uma interessante ferramenta para que o leitor, seja ele um profissional, estudante ou apenas um interessado pelo campo das ciências da nutrição, tenha acesso a um panorama do que tem sido construído na área em nosso país.

Alexandre Rodrigues Lobo

SUMÁRIO

ALIMENTAÇÃO COLETIVA

CAPÍTULO 1 1

APP RÓTULO SAUDÁVEL: PROMOVEDO ESCOLHAS ALIMENTARES ADEQUADAS

Sonia Maria Fernandes da Costa Souza

Dayse Kelly Moreira de Araújo

Gabriel Alves Vasiljevic Mendes

DOI 10.22533/at.ed.9321802121

CAPÍTULO 2 11

ATITUDES DE COMENSAIS QUE CONFIGURAM RISCO DE CONTAMINAÇÃO AOS ALIMENTOS EM UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.

Tatiana Evangelista da Silva Rocha

Afra Rodrigues Costa

Ludmilla Moreira

Sandra Maria Rosa de Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.9321802122

CAPÍTULO 3 15

AValiação DA CADEIA FRIA DE LATICÍNIOS EM UM SUPERMERCADO DE FORTALEZA-CEARÁ.

Verlaine Suênia Silva de Sousa

Rafaella Maria Monteiro Sampaio

Fernando César Rodrigues Brito

Ana Luíza de Rezende Ferreira Mendes

Anne Rhadassa de Sousa Viana

Marta da Rocha Moreira

DOI 10.22533/at.ed.9321802123

CAPÍTULO 4 24

AValiação DA TEMPERATURA DE REFEIÇÕES TRANSPORTADAS PARA PACIENTES EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA CIDADE DE FORTALEZA-CE

Verlaine Suênia Silva de Sousa

Isabella Costa Pereira

Iramaia Bruno Silva

Fernando César Rodrigues Brito

Ana Luíza de Rezende Ferreira Mendes

Geam Carles Mendes dos Santos

Marta da Rocha Moreira

DOI 10.22533/at.ed.9321802124

CAPÍTULO 5 31

AValiação DAS CONDIÇÕES HIGIÊNICO SANITÁRIAS EM UMA PADARIA NA CIDADE DE VIÇOSA-MG

Bianca Franzoni da Silva

Guadalupe Arroyo Mariano

Cristiane Sampaio Fonseca

DOI 10.22533/at.ed.9321802125

CAPÍTULO 6 37

AValiação QUALITATIVA DE OPÇÕES DE CARDÁPIO DE ESCOLAS ESTADUAIS DE MATO

GROSSO

Gabriella de Musis Macedo Martins

Bárbara Grassi Prado

DOI 10.22533/at.ed.9321802126

CAPÍTULO 7 48

IMPACTO DO TREINAMENTO DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS SOBRE AS CONDIÇÕES AMBIENTAIS, PESSOAIS E MICROBIOLÓGICAS EM UM SETOR DE SALGADOS DE UM BUFFET DE BELO HORIZONTE

Mariana Moreira de Jesus

Stefani Rocha Medeiro

Stephanie Fernanda Martins da Silva

Gisele Campos da Silva

Elen Raiane Andrade Gomes

Carolina Gonçalves Hubner

Sabrina Alves Ramos

DOI 10.22533/at.ed.9321802127

CAPÍTULO 8 59

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS DE UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE HOTEL

Anna Carolina Sampaio Leonardo

Marília Cavalcante Araújo

Clarice Maria Araújo Chagas Vergara

Quezia Damaris Jones Severino Vasconcelos

George Lacerda de Souza

Wilma Stella Giffoni Vieira Baroni

DOI 10.22533/at.ed.9321802128

CAPÍTULO 9 67

SEGURANÇA NO TRABALHO: ACIDENTES E USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM RESTAURANTES COMERCIAIS

Marta da Rocha Moreira

Gildycélia Inácio de Souza

Rafaella Maria Monteiro Sampaio

Ana Luíza de Rezende Ferreira Mendes

Verlaine Suênia Silva de Sousa

Fernando César Rodrigues Brito

DOI 10.22533/at.ed.9321802129

ENSINO EM NUTRIÇÃO

CAPÍTULO 10 81

CIÊNCIA E EMPREENDEDORISMO: INOVAÇÃO NO ENSINO DE NUTRIÇÃO PELO ESTÍMULO A PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DE NOVOS PRODUTOS

William César Bento Régis

Michelle Rosa Andrade Alves

DOI 10.22533/at.ed.93218021210

CAPÍTULO 11 85

EMPREENDEDORISMO E MARKETING EM NUTRIÇÃO: COMO PROPOR E DESENVOLVER UMA IDEIA DE VALOR AO CLIENTE? EXPERIÊNCIAS DOCENTES E AÇÕES DISCENTES

Dinara Leslye Macedo e Silva Calazans

Jessicley Ferreira de Freitas

Grazielle Louise Ribeiro de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.93218021211

CAPÍTULO 12 101

ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS
PROFISSIONAIS DO NUTRICIONISTA

Carla Rosane Paz Arruda Teo

Fátima Ferretti

Janaina Strapazon

DOI 10.22533/at.ed.93218021212

CAPÍTULO 13 117

MEMÓRIAS AFETIVAS REFERENTES À ALIMENTAÇÃO: VALORIZANDO A SOBERANIA
ALIMENTAR E AS DISCIPLINAS SOCIAIS NO CURSO DE NUTRIÇÃO

Ana Carmem de Oliveira Lima

Rayanne Silva Vieira Lima

Benigna Soares Lessa Neta

DOI 10.22533/at.ed.93218021213

NUTRIÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA

CAPÍTULO 14 122

COMPARAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DO TREINAMENTO ENTRE TREINADORES E ATLETAS
JUVENIS FEMININAS DE VÔLEI DE PRAIA

Helenton Cristhian Barrena

Monique Cristine de Oliveira

Nayara Malheiros Caruzzo

DOI 10.22533/at.ed.93218021214

CAPÍTULO 15 133

EFEITO DA SUPLEMENTAÇÃO AGUDA COM PRÉ-TREINO EM ATLETAS DE FUTEBOL DE SALÃO

Lucas Nascimento

Vinicius Muller Reis Weber

Júlio Cesar Lacerda Martins

Flavia Angela Servat Martins

Marcelo Eduardo Almeida Martins

Luiz Augusto da Silva

DOI 10.22533/at.ed.93218021215

CAPÍTULO 16 139

PREVALÊNCIA E PROVÁVEL ASSOCIAÇÃO ENTRE DISFONIA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM
PROFESSORES DA REDE ESTADUAL DE ENSINO

Daiane Soares de Almeida Ciquinato

Caroline Luiz Meneses-Barriviera

Luciana Lozza de Moraes Marchiori

DOI 10.22533/at.ed.93218021216

NUTRIÇÃO CLÍNICA

CAPÍTULO 17 149

A EXPERIÊNCIA EM VIVENCIAR A ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR PARA PACIENTES
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Ana Carolina Lopes Ferreira

Luiz Henrique Mota Orives Graciela
Cardoso Gil Pauli
DOI 10.22533/at.ed.93218021217

CAPÍTULO 18 159

ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO E RELAÇÃO CINTURA E ESTATURA EM PACIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA

Macksuelle Regina Angst Guedes
Camilla Caroline Machado
Thais Jéssica Reis Förster
Fabiola Lacerda Pires Soares
Flávia Andréia Marin

DOI 10.22533/at.ed.93218021218

CAPÍTULO 19 170

ATITUDES ALIMENTARES DE HOMENS E MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

Carolina Haddad Cunha
Alessandra Úbida Braga Fernandes
Lívia Dayane Sousa Azevedo
Rosane Pilot Pessa
Marina Garcia Manochio-Pina

DOI 10.22533/at.ed.93218021219

CAPÍTULO 20 181

AValiação DA ADEQUAÇÃO DA OFERTA ENERGÉTICO PROTEICA EM PACIENTES INTERNADOS E SUBMETIDOS AO SUPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EXCLUSIVO

Maria Fernanda Larcher de Almeida
Angélica Nakamura
Jane de Carlos Santana Capelli

DOI 10.22533/at.ed.93218021220

CAPÍTULO 21 193

AValiação DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL DA CLÍNICA-ESCOLA DE NUTRIÇÃO DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Ana Carolina de Oliveira
Erika Blamires Santos Porto
Lorrany Santos Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.93218021221

CAPÍTULO 22 212

AValiação DO CONSUMO ALIMENTAR, HÁBITOS DE VIDA E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DO SUDOESTE DO PARANÁ

Mirian Cozer
Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.93218021222

CAPÍTULO 23 229

AValiação DO ESTADO NUTRICIONAL E DA PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM PACIENTES CRÍTICOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Mirian Cozer
Marciele Estela Fachinello
Mirian Carla Bortolamedi Silva
Paulo Cezar Nunes Fortes

DOI 10.22533/at.ed.93218021223

CAPÍTULO 24 239

CORRELAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL E DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM PESSOAS VIVENDO COM HIV

Adriana de Sousa Duarte
Luciana Fidalgo Ramos Nogueira
Ananda Laís Felix Garrido
Pollyanna Pellegrino
Elaine Cristina Marqueze

DOI 10.22533/at.ed.93218021224

CAPÍTULO 25 252

EFEITO DO CONSUMO DA FARINHA DE TAMARINDO SOBRE PERFIL LIPÍDICO DE HOMENS COM DIABETES DO TIPO 2 E SÍNDROME METABÓLICA

Diego Bastos do Nascimento Martins
Clarice Maria Araújo Chagas Vergara
Maria Rosimar Teixeira Matos
Helena Alves de Carvalho Sampaio
Tatiana Uchôa Passos
Antônio Augusto Ferreira Carioca
Nedio Jair Wurlitzer
Larissa Cavalcanti Vieira

DOI 10.22533/at.ed.93218021225

CAPÍTULO 26 260

ESTADO NUTRICIONAL E ADEQUAÇÃO DA INGESTÃO PROTEICA, DE PACIENTES COM NEOPLASIA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO NO MUNICÍPIO DE MACAÉ-RJ.

Ana Clara Caldas Cordeiro da Silva
Roberta Melquiades Silva de Andrade
Celia Cristina Diogo Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.93218021226

CAPÍTULO 27 277

FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE APTIDÃO FÍSICA RELACIONADOS A SARCOPENIA DE ADULTOS TRIADOS CLINICAMENTE PARA PROGRAMA DE MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA.

Salete T. Coelho
Rodrigo Minoru Manda
Mariana Santoro
Roberto C. Burini

DOI 10.22533/at.ed.93218021227

CAPÍTULO 28 281

MÉTODOS PARA O DIAGNÓSTICO DA LIPODISTROFIA EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS.

André Pereira dos Santos
Thiago Cândido Alves
Pedro Pugliesi Abdalla
Vitor Antônio Assis Alves Siqueira
Anderson Marliere Navarro
Dalmo Roberto Lopes Machado

DOI 10.22533/at.ed.93218021228

CAPÍTULO 29 296

PERFIL NUTRICIONAL E GRAVIDADE DA MIGRÂNEA EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DA DOR

Márcia Magalhães

Bruna Silva Araújo
Eliéde Cardeal Braga
Priscila Oliveira Abreu
Rafael Arcanjo Tavares Filho
Taylane dos Santos Uzeda

DOI 10.22533/at.ed.93218021229

CAPÍTULO 30 312

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA AO INDIVÍDUO OBESO

Fernanda Bezerra Queiroz Farias
Cássia Regina de Aguiar Nery Luz

DOI 10.22533/at.ed.93218021230

CAPÍTULO 31 321

RELAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E FORÇA DE PREENSÃO MANUAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE.

Andreia de Jesus Ferreira Barros
Ana Karina Teixeira da Cunha França
Nayrana Soares do Carmo Reis
Raimunda Sheyla Carneiro Dias
Gilvan Campos Sampaio
Elane Viana Hortegal

DOI 10.22533/at.ed.93218021231

CAPÍTULO 32 335

RESULTADO E COMPARAÇÃO DE DIFERENTES FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES HOSPITALIZADOS NA CIDADE DE FORTALEZA-CE.

Verlaine Suênia Silva de Sousa
Jadas Reis Filho
Ana Luíza de Rezende Ferreira Mendes
Carone Alves Lima
Fernando César Rodrigues Brito
Marta da Rocha Moreira

DOI 10.22533/at.ed.93218021232

CAPÍTULO 33 344

TRATAMENTO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES: CAUSAS E DESAFIOS DO ABANDONO

Ana Paula Leme de Souza
Lívia Dayane Sousa Azevedo
Rosane Pilot Pessa

DOI 10.22533/at.ed.93218021233

CAPÍTULO 34 359

ZINCO DIETÉTICO NÃO É ASSOCIADO A ACHADOS MAMOGRAFÍCOS EM MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Leandro Teixeira Cacao
Ana Luiza de Rezende Ferreira Mendes
Helena Alves de Carvalho Sampaio
Daianne Cristina Rocha
Antônio Augusto Ferreira Carioca
Luiz Gonzaga Porto Pinheiro
Ilana Nogueira Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.93218021234

SOBRE O ORGANIZADOR..... 366

TRATAMENTO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES: CAUSAS E DESAFIOS DO ABANDONO

Ana Paula Leme de Souza

Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Lívia Dayane Sousa Azevedo

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil; Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, São Paulo, Brasil.

Rosane Pilot Pessa

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil; Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, São Paulo, Brasil.

RESUMO: Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas graves que apresentam quadro complexo e de mau prognóstico. Acometem principalmente adultos jovens que não raramente abandonam o tratamento. O objetivo deste trabalho foi compreender os significados do abandono por pacientes que abandonaram o tratamento em um serviço especializado, e determinar o estado nutricional, percepção e acurácia corporal dessas pacientes no momento atual. Trata-se de estudo

transversal de caráter descritivo exploratório com delineamento qualitativo. Seis participantes do sexo feminino foram entrevistadas para coleta de dados antropométricos, de imagem corporal (Escala de Figuras de Silhuetas) e investigar os motivos do abandono. No momento atual, a maioria das participantes apresentou inacurácia da percepção corporal e insatisfação com a autoimagem. Os motivos para o abandono do tratamento foram multifatoriais envolvendo aspectos relacionados à equipe, ao protocolo de tratamento e à própria paciente. Pelo fato do abandono envolver questões multifatoriais, sugere-se capacitação dos profissionais da equipe, revisão e aprimoramento de protocolos de atendimento para melhor acolhimento, adesão e identificação prévia dos grupos de risco. Estudos prospectivos e baseados em evidências poderão contribuir para as pesquisas dirigidas especificamente à adesão e abandono do tratamento de pacientes com transtornos alimentares, buscando uma melhor compreensão desses transtornos e seu tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos alimentares; Pacientes desistentes do tratamento; Pesquisa qualitativa

ABSTRACT: Eating Disorders are serious psychiatric illness which present a complex set of symptoms and signs and bad prognosis.

Affect mainly young adults who not infrequently dropout of treatment. This paper aimed to understand the meanings of treatment dropout of patients with eating disorders who were followed up at a specialized service, and determine the nutritional status, perception and body accuracy of these patients at the present time. It is a cross-sectional, exploratory descriptive study with a qualitative design. Six women were interviewed to collect anthropometric data, body image (Silhouetted Figures Scale) and investigate the reasons for their dropout. At the moment, the majority of participants presented inaccuracy of body perception and dissatisfaction with self-image. Reasons for their dropping out treatment were due to many factors, involving aspects related to the team, to the treatment protocol and to patients themselves. As dropouts occur for multiple reasons, it is suggested: to qualify and train the team of professionals, review and improve service protocols in order to enhance receptiveness, adherence and prior identification of risk groups. Prospective evidence-based studies could contribute to researches specifically driven to adherence and dropout of the treatment of patients with patients with eating disorders, which could seek a better understanding of these disorders and their treatment.

KEY WORDS: Eating disorders; Patient dropouts; Qualitative research

1 | INTRODUÇÃO

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

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

As atitudes corporais abrangem, além da insatisfação, a avaliação (crenças e pensamentos sobre a aparência), experiências emocionais com o corpo e a importância da aparência (comportamentos para melhorá-la ou mantê-la) (SCAGLIUSI et al., 2005).

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

É comum observar em pacientes portadores de TA traços obsessivos-compulsivos, neuroticismo e personalidade esquiva (CASSIN; VON RANSON, 2005). A história pré-

mórbida de transtorno psiquiátrico, especialmente a depressão, aparece como fator de risco para TA, principalmente para BN. Há associação entre AN e transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, e da BN com transtornos caracterizados por impulsividade e instabilidade (GRILO, 2002).

Atualmente, o trabalho em equipe multidisciplinar tem sido reconhecido como a forma mais adequada de tratamento, sendo que a estrutura básica deve ser composta por médicos psiquiatra, clínico geral ou nutrólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta familiar para atendimento ambulatorial. No entanto, outros profissionais podem compor a equipe como terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais. Essa equipe funciona como uma rede de sustentação para o paciente que descobre, nos vários profissionais, a possibilidade de diversas transferências, tornando-se mais amplas as possibilidades de adesão ao tratamento (BIGHETTI; SANTOS; RIBEIRO, 2006; CLAUDINO; ZANELLA, 2005; PINZON et al., 2004).

Pacientes com TA tendem, inicialmente, a negar a doença e com frequência usam racionalizações para justificar sua sintomatologia. E ao negarem a doença, negam também o tratamento, principalmente no início quando não se formaram ainda as bases seguras que geram o fortalecimento da aliança terapêutica (RIBEIRO et al., 2006).

De forma compreensiva, a adesão à terapêutica pode ser definida como a medida em que o comportamento do paciente coincide com a prescrição médica, tanto no aspecto farmacológico quanto no comportamental. A adesão ao tratamento como estratégia fundamental para o manejo de enfermidades em geral, promove a probabilidade de cura da doença ou leva à melhora da qualidade de vida nos casos de doenças crônicas mediante a minimização dos sintomas. A falta de adesão ao tratamento vem movendo esforços de pesquisadores e clínicos que vivenciam esta condição, sendo considerada um problema de saúde pública. Como consequência, pode haver exacerbação dos sintomas, cronicidade de doenças e altos custos despendidos com tratamentos que se tornam, muitas vezes, ineficazes (CASTRO; MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO, 2000; CUNHA, 2006; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; CATALDO NETO; GAUER; FURTADO, 2003).

O tratamento do TA é desafiador em todas as fases da doença e recuperação, pois os pacientes mostram-se ambivalentes sobre o tratamento e muitas vezes não aderem, abandonando-o precocemente. São vistos como fatores predisponentes para o abandono do tratamento de TA a presença de alguma comorbidade de transtorno psiquiátrico, tratamento psiquiátrico anterior, maior tempo de doença, depressão e desesperança, níveis mais altos de insatisfação com o corpo e certos traços de personalidade tais como perfeccionismo e agressividade (FASSINO et al., 2003; KAHN; PIKE, 2001; MAHON et al., 2001; PEAKE; LIMBERT; WHITEHEAD, 2005).

Ao avaliar pacientes com TA após a alta do tratamento constatou-se que a taxa de abandono é superior à de alta, provavelmente pelo fato de grande parte dos pacientes serem levados para o tratamento contra a própria vontade. Sugere-se assim, maiores

investigações buscando entender os motivos da não adesão e consequente abandono do tratamento (SICCHIERI et al., 2007).

2 | OBJETIVOS

Compreender os significados do abandono do tratamento para transtornos alimentares por pacientes que foram acompanhados por um serviço especializado, além de determinar o estado nutricional, percepção e acurácia corporal dessas pacientes no momento atual.

3 | METODOLOGIA

Pesquisa transversal, descritiva exploratória realizada em serviço especializado para tratamento de TA no interior do estado de São Paulo. Participaram seis mulheres que abandonaram o tratamento entre 2009 e 2013. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada realizada de forma individual e audiogravada. O material coletado foi transcrito na íntegra e de forma literal. A análise dos dados se deu a partir da análise de conteúdo na modalidade temática. Para caracterização socioeconômica, foi aplicado o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2013). As medidas de peso e estatura para cálculo do IMC foram coletadas por balança e estadiômetro portáteis, seguindo protocolo sistematizado (BRASIL, 2004). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 19984113.2.5393).

4 | RESULTADOS

Os dados sociodemográficos das participantes do estudo são apresentados na Tabela 1. Os nomes dados a elas são fictícios para preservar a identidade das mesmas. A idade média foi de $29 \pm 7,1$ anos.

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

Tabela 1. Dados sociodemográficos das participantes (n = 6) do estudo. Ribeirão Preto, SP-Brasil, 2014.

A Tabela 2 mostra os dados clínicos e antropométricos das participantes. Observa-se que a hipótese diagnóstica no início do tratamento mostrou-se diversificada e abrangeram os três tipos de TA: AN (n=03; 50%), BN (n=02; 33%) e TASOE (n=01; 17%). Quatro participantes (67%) apresentaram transtornos de personalidade como comorbidade psiquiátrica e duas (33%) delas apresentaram, além desse quadro, depressão.

O tempo de tratamento foi variável (mínimo de dois meses e máximo de 45 meses) e observou-se que a maior parte da amostra apresentou tempo de tratamento inferior a seis meses (n=04; 67%). O tempo decorrido desde o abandono das participantes até o momento da coleta de dados também foi variável, de 10 a 60 meses.

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

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

Tabela 2 - Dados clínicos e antropométricos das participantes estudo (n=6). Ribeirão Preto-SP, 2014.

HD: Hipótese Diagnóstica. IMC: Índice de Massa Corporal AN: Anorexia Nervosa. BN: Bulimia Nervosa. TASOE: Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação.

Em relação à percepção e satisfação corporais das participantes (Tabela 3), os resultados demonstraram inacurácia da percepção corporal em todas elas, pois o IMC Real foi inferior ao IMC Atual, indicando que todas se viam maiores do que realmente eram e superestimaram o tamanho corporal. Em relação à satisfação corporal, a maioria da amostra (n=5; 83%) demonstrou insatisfação com a imagem e o desejo de diminuir o tamanho corporal.

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

Tabela 3 - Percepção e satisfação corporais das participantes (n=6) do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2014.

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

Para completar a entrevista, as participantes foram questionadas sobre os motivos que as levaram a abandonar o tratamento. As respostas dadas por elas foram agrupadas em temas e subtemas, expressos no quadro 1.

TEMAS	SUBTEMAS
Equipe	- Pouca empatia com os profissionais - Rotatividade de profissionais
Tratamento	- Presença compulsória de um familiar na consulta - Tempo, frequência e horário das consultas - Grupos de apoio aos pacientes
Paciente	- Negação da doença - Melhora do quadro - Outros tratamentos de saúde

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

EQUIPE - Pouca empatia com um profissional

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

“Não gostava da conduta dele. Da forma que ele tratava a gente, da forma que ele tratava os outros pacientes, eu não gostava. Ele era muito irreduzível e eu acho que ele devia separar um pouco as coisas [...] eu acho que a gente chega tão emocionalmente destruído que a gente quer um pouco mais. Ele é muito profissional, muito seco, sabe? Ele te trata de uma forma muito: “ela tem que tomar o remédio,

então ela vai tomar o remédio”, tipo, você tem que fazer tudo o que ele quer, se não você não vai ficar lá e ele te ameaça o tempo todo. E tem coisas que as vezes, no primeiro momento, a gente não consegue fazer” (Telma, TASOE).

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

EQUIPE - Rotatividade de profissionais

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

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

TRATAMENTO - Presença de familiar

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

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

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

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

TRATAMENTO - Tempo e frequência

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

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

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

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

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

TRATAMENTO - Grupos de Pacientes

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

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

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

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

PACIENTE - Negação da doença

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

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

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

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

PACIENTE - Melhora do quadro

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

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

PACIENTE - Outros tratamentos de saúde

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

“É porque eu estava tratando em três ambulatórios, gravidez de risco, o Grata e o transtorno de borderline e estava muito difícil para eu ir nos três [...] eu estava grávida, passando mal e não tinha como ficar indo em três ambulatórios, eu ia nesses 3 todo mês, em dias diferentes, acabou atrapalhando” (Cássia, AN).

5 | DISCUSSÃO

O abandono do tratamento para TA é bastante comum, porém as razões para este fenômeno ainda não são claras e a não conclusão do processo terapêutico representa risco físico e psicológico ao paciente, além de impactos financeiros aos serviços de saúde (FASSINO et al., 2009; WATSON; FURSLAND; BYRNE, 2013).

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

Os relatos das entrevistas trouxeram a tona três esferas que envolveram a dinâmica do abandono: questões próprias do paciente, do tratamento e da equipe de atendimento, o que reforça a ideia de que o abandono possui causas multifatoriais (CATELLANI et al., 2011; MAHON, 2000).

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

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

Pesquisas têm identificado elementos que são essenciais para que o relacionamento profissional da saúde/paciente seja terapêutico, como a confiança e

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

Além disso, pessoas diagnosticadas com TA frequentemente são expostas a preconceitos detidos por um setor importante da comunidade médica, sendo conhecidas por provocarem medo, hostilidade e desaprovação, além de serem desonestos, impertinentes e manipuladores (BROTMAN; STERN; HERZOG, 1984; GOWERS; SHORE, 1999; VANDEREYCKEN, 1993). Tal preconceito com o paciente dificulta qualquer elo entre ele e o profissional, não estabelecendo a confiança e respeito mútuos necessários para um bom relacionamento terapêutico (SURGENOR, 2003).

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

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

Três participantes entrevistadas referiram dificuldade em levar algum familiar ou

pessoa próxima ao tratamento. O isolamento não é incomum em pacientes com TA, e tal atitude fica clara na fala de Telma, que cita que embora tenha pai, mãe e irmão, não tem contato algum com eles. Em estudo qualitativo realizado por Leavey et al. (2011), foram entrevistados pacientes com TA que não aderiram ao programa de tratamento a fim de investigar quais foram as barreiras para a não adesão. Um dos participantes, o qual foi abandonado na infância pelos pais, relatou que sempre se sentiu rejeitado, desde a infância, e já na vida adulta continua a evitar o contato com outras pessoas para não correr o risco de vivenciar mais rejeição. Sugestiu ainda, que sua relação com a comida desde a escolha até a compra e consumo, substituiu o vácuo deixado pela falta de relacionamentos interpessoais.

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

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

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

para o abandono. Além disso, quatro das participantes entrevistadas (67%) tinham, além do TA, algum diagnóstico psiquiátrico.

Por meio da Escala de Figuras de Silhuetas constatou-se que todas as participantes deste estudo apresentaram superestimação do tamanho corporal, e cinco delas (83%) mostraram desejo de diminuir o tamanho corporal, dados que revelam inacurácia e insatisfação corporal. A baixa autoestima e insatisfação corporal são frequentes em portadores de TA e foram encontradas em algumas falas, como na colocação de Geisa, ao deixar claro que o corpo ainda a incomoda e que ela tem dificuldades com a autoestima. Alguns estudos já encontraram associação positiva entre a baixa autoestima e a não adesão ao tratamento (COKER et al., 1993; OLMSTED et al., 1991). Em estudo que investigou a evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com BN ao longo do tratamento e utilizou como instrumento a escala de figuras de Stunkard, os autores Timerman, Scagliusi e Cordás (2010) notaram que no pós-tratamento houve diminuição da insatisfação corporal, mostrando a evidente importância da continuidade do tratamento.

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

6 | CONCLUSÃO

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

Esses achados demonstram que é necessário estimular e capacitar os profissionais das equipes que atendem nos serviços especializados ressaltando

a importância da aliança terapêutica e do processo empático com o paciente para melhor acolhimento e adesão. O tratamento quando incompleto ocasiona manutenção e provável agravamento dos sintomas fazendo essas doenças tornarem-se crônicas, com comprometimento da saúde dos indivíduos acometidos.

Estudos prospectivos e baseados em evidências poderão contribuir para as pesquisas dirigidas especificamente à adesão e abandono do tratamento de pacientes com TA, buscando melhor compreensão desses transtornos e seu tratamento.

REFERENCIAS

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

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

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

BORGES, N. J. B. G. et al. Transtornos alimentares - quadro clínico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional**. Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, DF, 2004.

BROTMAN, A. W.; STERN, T. A.; HERZOG, D. B. Emotional reactions of house officers to patients with anorexia nervosa, diabetes, and obesity. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 3, n. 4, p. 71-77, 1984.

CABRERA, C. C. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 375-380, 2006.

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

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

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

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

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

CLINTON, D. Expectations and experiences of treatment in eating disorders. **Eating Disorders: The**

Journal of Treatment and Prevention, Huddinge, v. 9, n. 4, p. 361-371, 2001.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- PEAKE, K. J.; LIMBERT, C.; WHITEHEAD, L. Gone, but not forgotten: an examination of the factors associated with dropping out from treatment of eating disorders. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 13, n. 5, p. 330-337, 2005.
- PINZON, V. et al. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 167-169, 2004.
- RAMJAN, L. M. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 45, n. 5, p. 495-503, 2004.
- RAMOS, T. M. B.; PEDRÃO, L. J. Acolhimento e vínculo em um serviço de assistência a portadores de transtornos alimentares. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 113-120, 2013.
- RIBEIRO, R. P. P. et al. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. In: KALINOWSKI, C. E. (Ed.). **Programas de atualização em enfermagem**: saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 24-25.
- ROGERS, C. R. The characteristics of a helping relationship. **The Personnel and Guidance Journal**, Alexandria, v. 37, n. 1, p. 6-16, 1958.
- SCAGLIUSI, F. B. et al. Psychometric testing and applications of the body attitudes questionnaire translated into portuguese. **Perceptual and Motor Skills**, São Paulo, v. 101, n. 1, p. 25-41, 2005.
- SICCHIERI, J. M. F. et al. Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares: resultados após a alta hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 68-75, 2007.
- SLY, R. et al. Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: the roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. **Eating Behaviors**, London, v. 14, n. 2, p. 119-123, 2013.
- SURGENOR, L. J. Treatment coercion: listening carefully to client and clinician experiences. **International Journal of Law and Psychiatry**, Christchurch, v. 26, n. 6, p. 709-712, 2003.
- THOMPSON, J. K.; HEINBERG, L. J.; CLARKE, A. J. Treatment of body image disturbance in eating disorders. In: THOMPSON, J. K. (Eds.). **Body image, eating disorders, and obesity**: an integrative guide for assessment and treatment. Washington: American Psychological
- TIMERMAN, F.; SCAGLIUSI, F. B.; CORDÁS, T. A. Acompanhamento da evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com bulimia nervosa, ao longo do tratamento multiprofissional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 113-117, 2010.
- VANDEREYCKEN, W. Naughty girls and angry doctors: eating disorder patients and their therapists. **International Review of Psychiatry**, Louvain, v. 5, n. 1, p. 13-18, 1993.
- WATSON, H. J.; FURSLAND, A.; BYRNE, S. Treatment engagement in eating disorders: who exits before treatment? **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 46, n. 6, p. 553-559, 2013.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-85107-93-2

