

Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática

Quality of life and eating disorders:
a systematic review

Patrícia Passarelli Tirico ¹
Sérgio Carlos Stefano ¹
Sergio Luís Blay ¹

¹ Escola Paulista de
Medicina, Universidade
Federal de São Paulo,
São Paulo, Brasil.

Correspondência

P. P. Tirico
Escola Paulista de Medicina,
Universidade Federal de
São Paulo.
Rua Borges Lagoa 570,
1º andar, São Paulo, SP
04038-030, Brasil.
patytirico@yahoo.com

Abstract

This article provides a systematic review of articles on quality of life (QoL) among individuals with eating disorders. A literature search was conducted using six databases. Manual searches were also performed in two specialized journals, covering the period from January 1975 to June 2008. The search strategies identified a total of 29,537 articles. Forty-one studies met the inclusion criteria, and 36 were analyzed in the present review. Patients with eating disorders showed reduced QoL as compared to normal controls and individuals with other psychiatric disorders. The mental health component of QoL showed greater impairment than the physical component. Patients with binge eating disorders showed reduced physical and psychological QoL. We identified few studies on QoL in bulimia nervosa-only patients. QoL assessment of anorexia nervosa patients showed a modest impact on the physical domain. However, this finding should be interpreted with caution, since it may be due to an artifact in the disorder's psychopathology rather than better health status per se.

Eating Disorders; Quality of Life; Review

Introdução

O estudo sistemático da qualidade de vida começou nos anos 1980, principalmente na área oncológica. Nessa especialidade, os médicos foram confrontados com baixa possibilidade de cura, priorizando, portanto, o bem-estar do paciente e a sua satisfação com o tratamento ¹.

Mais recentemente, a percepção do paciente sobre doença e tratamento passou a ser considerada nas tomadas de decisões psiquiátricas ². Todavia, a avaliação subjetiva da qualidade de vida em psiquiatria requer alguns cuidados. A questão consiste em saber o quanto a capacidade de auto-avaliação de uma pessoa com transtorno mental grave – que freqüentemente apresenta alterações do pensamento, da comunicação e do senso crítico – pode estar comprometida pela doença.

Os transtornos alimentares representam o terceiro transtorno mental crônico mais comum entre adolescentes do sexo feminino, e embora os efeitos fisiológicos e médicos sejam bem caracterizados, o seu impacto psicológico ainda é pouco compreendido ³.

Na revisão mais recente sobre o tema, Engel et al. ⁴ definem a qualidade de vida relacionada à saúde para pacientes com transtornos alimentares como o impacto que estes transtornos acarretam em várias áreas da vida do indivíduo. Todavia, em revisão anterior, Hay & Mond ⁵ mostraram que, até 2005, nenhum estudo de qualidade de

vida em transtornos alimentares foi conduzido com uma medida especificamente desenvolvida para esse grupo de pacientes. A maioria dos estudos incluídos nesta revisão usava medidas genéricas de qualidade de vida (na maioria, o *Short-Form 36 Health Survey – SF-36*)⁵. Além de não abarcar a especificidade dos transtornos alimentares, essas pesquisas revelaram divergências e questionamentos quanto aos resultados obtidos na avaliação da qualidade de vida em sujeitos com estes transtornos^{3,6,7}.

Considerando a dificuldade de precisar o impacto na qualidade de vida de pacientes com transtornos alimentares e de determinar os fatores que contribuem para isto, o objetivo desta revisão sistemática foi obter o melhor nível de evidência disponível na literatura científica sobre o modo de avaliação da qualidade de vida em sujeitos com transtornos alimentares. Como objetivos específicos, o estudo visava a avaliar o impacto na qualidade de vida de pessoas com transtornos alimentares comparativamente a outros grupos e em função de variáveis que pudessem contribuir para este prejuízo (tais como diferenças entre subgrupos diagnósticos, tipos de amostra, gravidade e duração do quadro alimentar, e presença de sintomatologia geral), além de identificar e classificar os instrumentos utilizados nesta avaliação até o momento.

Métodos

O processo envolveu uma ampla revisão da literatura a fim de identificar os estudos que avaliassem qualidade de vida em sujeitos com transtornos alimentares. Para tanto, buscas eletrônicas, usando termos como *Quality of Life*, *Outcome and Process Assessment*, *Health Promotion*, *Personal Satisfaction*, *Eating Disorders*, *Anorexia Nervosa*, *Bulimia Nervosa* e *Binge Eating Disorder* foram realizadas nas seguintes bases de dados: MEDLINE, EMBASE, LILACS, PsycINFO, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Database of Trials e Cochrane Library. O período compreendido pelas buscas foi de 1975, ano em que a qualidade de vida foi introduzida como termo-chave nas indexações médicas, até 30 de junho de 2008. Paralelamente, foram realizadas buscas manuais nas revistas: *International Journal of Eating Disorders* e *Quality of Life Research*. As referências bibliográficas de todos os estudos considerados relevantes foram examinadas detalhadamente e os autores foram contatados somente mediante a necessidade de esclarecimento dos dados. Os títulos e resumos foram avaliados por um revisor para verificar a relevância do estudo para esta revisão. Os estu-

dos considerados relevantes foram avaliados pelo revisor principal (P.P.T.) e por um co-revisor (S.C.S.), a fim de discutir a inclusão ou exclusão na revisão. Os revisores não estavam cegos para os nomes dos autores, instituições e jornais de publicação.

Com relação aos critérios de inclusão, todos os estudos que avaliaram qualidade de vida (qualidade de vida ou qualidade de vida relacionada à saúde) nos transtornos alimentares por meio de instrumentos validados, genéricos ou específicos para transtornos alimentares, foram objeto desta revisão. Estudos que avaliaram qualidade de vida em um dos subgrupos diagnósticos separadamente (anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica ou transtornos alimentares não-especificados) também foram incluídos. Estudos qualitativos e de validação de instrumento de qualidade de vida específico para transtornos alimentares também foram analisados. Estudos com dados parciais ou que avaliassem satisfação com a vida foram excluídos, bem como os que não realizaram o diagnóstico dos transtornos alimentares de acordo com os critérios de classificação diagnóstica (*Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM* – ou *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID*) e por meio de um instrumento diagnóstico ou entrevista (clínica ou estruturada).

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos com amostras clínicas e revisões sistemáticas foi realizada de acordo com as diretrizes do *NHMRC Additional Levels of Evidence and Grades for Recommendations – Stage 2 Consultation*, fornecido pelo National Health and Medical Research Council da Austrália⁸. A avaliação de estudos com amostras populacionais foi baseada no *guideline* de avaliação de estudos de prevalência do *Evidenced-Based Mental Health (EBMH)*⁹. Os estudos qualitativos foram avaliados de acordo com os critérios desenvolvidos pelo Evidence-Based Medicine Working Group para estudos qualitativos¹⁰. E, finalmente, os estudos de validação de instrumentos de qualidade de vida específicos para transtornos alimentares foram avaliados com base nos critérios desenvolvidos pela Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust¹¹. No entanto, a análise dos estudos de validação foge dos objetivos deste artigo.

Resultados

As estratégias de busca forneceram um total de 29.537 referências. A leitura dos títulos permitiu a

exclusão da maior parte dos artigos, de tal forma que 2.758 resumos foram avaliados mais detalhadamente. Posteriormente, 173 artigos foram analisados. Quarenta e um estudos preencheram critérios para inclusão nesta revisão. Desses, 36 serão discutidos no presente trabalho (Figura 1).

Características gerais dos estudos

Dos 41 estudos incluídos nesta revisão, 25 eram de corte transversal ^{6,7,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, sete de coorte ^{3,35,36,37,38,39,40}, uma revisão sistemática ⁵, três es-

tudos qualitativos ^{41,42,43} e cinco de validação de instrumentos de qualidade de vida específicos para transtornos alimentares ^{44,45,46,47,48}. As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam as características gerais e classificação metodológica dos estudos discutidos no presente trabalho (n = 36), que abrangem as pesquisas com amostras clínicas e revisão sistemática (Tabela 1), pesquisas com amostras populacionais (Tabela 2) e as pesquisas qualitativas (Tabela 3).

Vinte e oito estudos (78%) tinham como objetivo primário a avaliação da qualidade de vida nessa população. Do restante, 4 (11%) usaram o

Figura 1

Número de artigos selecionados em cada etapa do estudo.

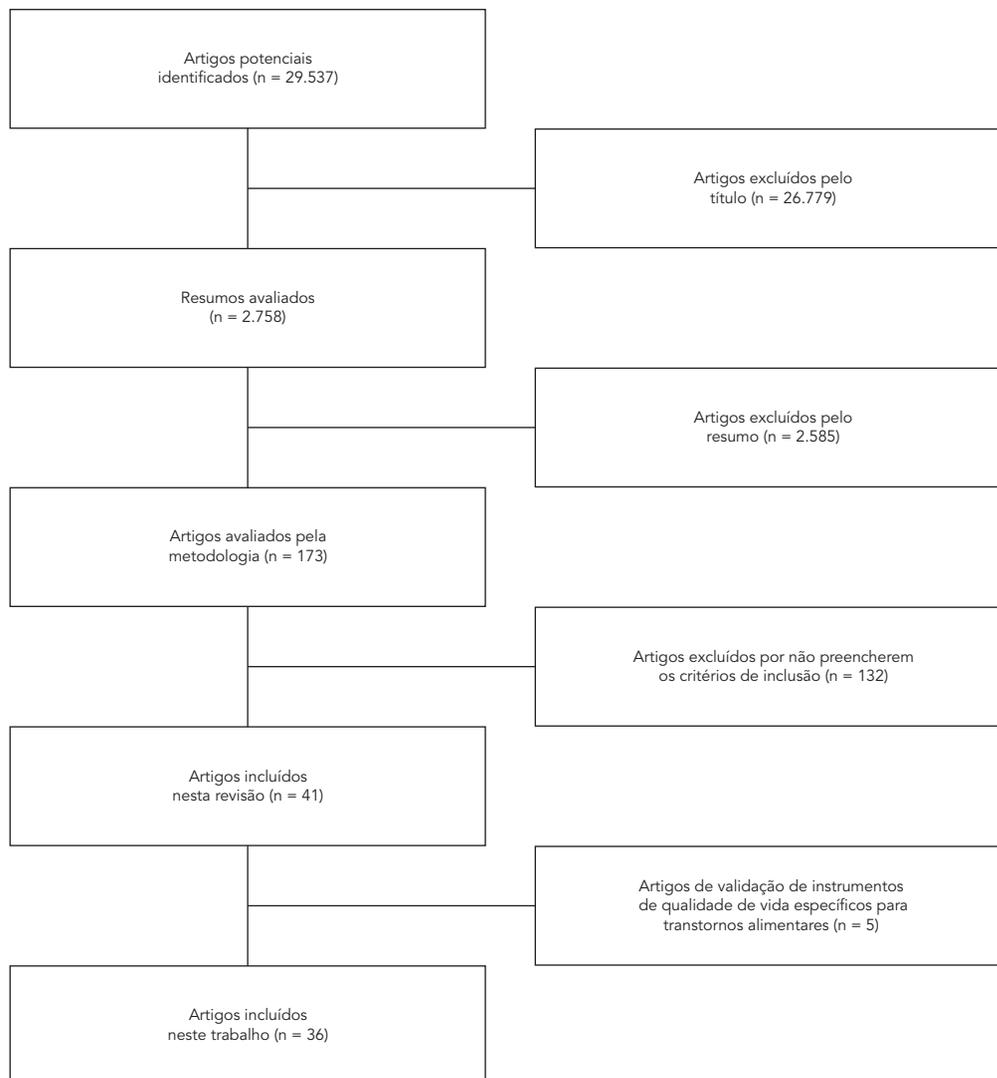


Tabela 1

Características e classificação metodológica dos estudos com amostras clínicas e revisões sistemáticas incluídos nesta revisão.

Referência	Ano	País (Língua)	Desenho	Subgrupos diagnósticos investigados em cada estudo	Amostra	Instrumentos utilizados para realizar o diagnóstico de transtorno alimentar	Instrumentos de qualidade de vida utilizados no estudo	Classificação *
Keilen et al. ²¹	1994	Inglaterra (Inglês)	Estudo de corte transversal	Anorexia nervosa, bulimia nervosa	N = 142 (anorexia nervosa = 62, bulimia nervosa = 80); Grupo controle: 95 estudantes	Entrevista clínica (DSM-III-R)	NHP	D
Spitzer et al. ³⁴	1995	Estados Unidos (Inglês)	Estudo de corte transversal	Assistência primária (maioria com transtorno da compulsão alimentar periódica)	N = 1.000 (pacientes clínicos)	PRIME-MD	SF-20	D
Padierna et al. ³⁰	1999	Espanha (Espanhol)	Estudo de corte transversal	Anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 141 (anorexia nervosa do subtipo restritivo = 33, anorexia nervosa do subtipo purgativo = 48, bulimia nervosa = 48, transtorno da compulsão alimentar periódica = 12); Grupo controle: outros transtornos psiquiátricos	Entrevista clínica (DSM-IV)/EAT > 30	SF-36	D
Padierna et al. ³¹	2000	Espanha (Inglês)	Estudo de corte transversal	Anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 197 (anorexia nervosa do subtipo restritivo = 56, anorexia nervosa do subtipo purgativo = 60, bulimia nervosa = 64, transtorno da compulsão alimentar periódica = 17); Grupo controle: norma espanhola	Entrevista clínica (DSM-IV)	SF-36	D
Danzl et al. ¹⁴	2001	Áustria (Alemão)	Estudo de corte transversal	Anorexia nervosa, bulimia nervosa	N = 46 (anorexia nervosa = 23, bulimia nervosa = 23)	Perguntas com base no DSM-IV	LQOLP	D
De Zwaan et al. ¹⁶	2002	Estados Unidos (Inglês)	Estudo de corte transversal	Obesos, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 110 pacientes avaliados para cirurgia; Grupo controle: norma americana	Avaliação psiquiátrica + QEWP-R + EDE-Q	SF-36 e IWQOL-Lite	D

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Ano	País (Língua)	Desenho	Subgrupos diagnósticos investigados em cada estudo	Amostra	Instrumentos utilizados para realizar o diagnóstico de transtorno alimentar	Instrumentos de qualidade de vida utilizados no estudo	Classificação *
Hsu et al. ²⁰	2002	Estados Unidos (Inglês)	Estudo de corte transversal	Obesos, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 37 (com transtorno da compulsão alimentar periódica = 9, sem transtorno da compulsão alimentar periódica = 28); Grupo controle: sujeitos sem transtorno da compulsão alimentar periódica da amostra	EDE	SF-36	D
Marchesini et al. ³⁶	2002	Itália (Inglês)	Estudo de coorte	Obesos, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 92 (com transtorno da compulsão alimentar periódica = 46, sem transtorno da compulsão alimentar periódica = 46); Grupo controle: 76 lista de espera	EDE	SF-36	C
Padierna et al. ³	2002	Espanha (Inglês)	Estudo de coorte	Anorexia nervosa, bulimia nervosa	N = 131 (anorexia nervosa do subtipo restritivo = 43, anorexia nervosa do subtipo purgativo = 47, bulimia nervosa = 41)	Entrevista clínica (DSM-IV)	SF-36	C
Lee et al. ²⁴	2003	China (Inglês)	Estudo de corte transversal	Anorexia nervosa, bulimia nervosa	N = 88 (anorexia nervosa do subtipo restritivo = 59, anorexia nervosa do subtipo purgativo = 29); Grupo controle: comparação entre grupos de sujeitos	SCID + <i>Morgan Russell Outcome Assessment Schedule</i>	SF-36	D
González-Pinto et al. ¹⁷	2004	Espanha (Inglês)	Estudo de corte transversal	Anorexia nervosa	N = 47 (73,9% com anorexia nervosa do subtipo restritivo e 38,8% com anorexia nervosa do subtipo purgativo)	SCID	SF-36	D

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Ano	País (Língua)	Desenho	Subgrupos diagnósticos investigados em cada estudo	Amostra	Instrumentos utilizados para realizar o diagnóstico de transtorno alimentar	Instrumentos de qualidade de vida utilizados no estudo	Classificação *
Green et al. ³⁵	2004	Estados Unidos (Inglês)	Estudo de coorte	Obesos, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 65 (sem transtorno da compulsão alimentar periódica = 32, com transtorno da compulsão alimentar periódica = 33); Grupo controle: sujeitos sem transtorno da compulsão alimentar periódica da amostra	ED-SCID ou QEWP-R	SF-36	C
Kolotkin et al. ²²	2004	Estados Unidos (Inglês)	Estudo de corte transversal	Obesos, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 530 (com transtorno da compulsão alimentar periódica = 95, sem transtorno da compulsão alimentar periódica = 435); Grupo controle: sujeitos sem transtorno da compulsão alimentar periódica da amostra	QEWP-R	IWQOL-Lite	D
Masheb & Grilo ²⁵	2004	Estados Unidos (Inglês)	Estudo de corte transversal	Obesos, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 94 (transtorno da compulsão alimentar periódica); Grupo controle: norma americana e obesos sem transtorno da compulsão alimentar periódica (312)	SCID + entrevista psicossocial estruturada	SF-36	D
Padierna et al. ³⁹	2004	Espanha (Espanhol)	Estudo de coorte	Anorexia nervosa, bulimia nervosa	N = 131 (anorexia nervosa do subtipo restritivo = 43, anorexia nervosa do subtipo purgativo = 47, bulimia nervosa = 41); Grupo controle: norma espanhola	Entrevista clínica (DSM-IV)	SF-36	C

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Ano	País (Língua)	Desenho	Subgrupos diagnósticos investigados em cada estudo	Amostra	Instrumentos utilizados para realizar o diagnóstico de transtorno alimentar	Instrumentos de qualidade de vida utilizados no estudo	Classificação *
de la Rie et al. ¹⁵	2005	Holanda (Inglês)	Estudo de corte transversal	Anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno alimentar não-especificado, transtorno da compulsão alimentar periódica e sujeitos que preencheram critérios para transtorno alimentar no passado	N = 304 (51,3% com transtorno alimentar, 48,7% sujeitos que preencheram critérios para transtorno alimentar no passado); Grupo controle: norma holandesa e outros quadros psiquiátricos	EDE-Q	SF-36	D
Hay & Mond ⁵	2005	Austrália (Inglês)	Revisão sistemática	Transtorno alimentar	19 estudos	NA	NA	D
Mond et al. ⁷	2005	Austrália (Inglês)	Estudo de corte transversal	Anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno alimentar não-especificado, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 87 (anorexia nervosa do subtipo purgativo = 15, anorexia nervosa do subtipo restritivo = 19, bulimia nervosa = 40, transtorno da compulsão alimentar periódica = 10); Grupo controle: 495 mulheres da comunidade	Entrevista clínica + EDE-Q	SF-12 e WHOQOL-BREF	D
Nickel et al. ³⁸	2005	Alemanha (Inglês)	Estudo de coorte	Bulimia nervosa	N = 60 (grupo topiramato = 30, grupo placebo = 30)	Entrevista clínica + SCID-I	SF-36	A
Rieger et al. ³²	2005	Estados Unidos (Inglês)	Estudo de corte transversal	Obesos, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 118 (com transtorno da compulsão alimentar periódica = 56, sem transtorno da compulsão alimentar periódica = 62)	EDE (em transtorno da compulsão alimentar periódica), EDE-Q (em não-transtorno da compulsão alimentar periódica)	IWQOL-Lite	D
Scocco et al. ³³	2006	Itália (Inglês)	Estudo de corte transversal	Anorexia nervosa, bulimia nervosa	N = 63 (transtorno alimentar = 12: bulimia nervosa = 3, anorexia nervosa = 9, obesos = 29); Grupo controle: 22, Informantes: 41	Entrevista por psiquiatra treinado + SCID-I	WHOQOL-100	D

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Ano	País (Língua)	Desenho	Subgrupos diagnósticos investigados em cada estudo	Amostra	Instrumentos utilizados para realizar o diagnóstico de transtorno alimentar	Instrumentos de qualidade de vida utilizados no estudo	Classificação *
McHugh ³⁷	2007	Estados Unidos (Inglês)	Estudo de coorte	Anorexia nervosa	N = 65 (anorexia nervosa: grupo com baixa predisposição à mudança = 32, grupo com alta predisposição à mudança = 33); Grupo controle: norma americana	Entrevista clínica com psiquiatra especialista (DSM-IV)	SF-36	C
Colles et al. ¹³	2008	Austrália (Inglês)	Estudo de corte transversal	Obesos, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 431 (com transtorno da compulsão alimentar periódica = 38, perda de controle subjetiva = 46, perda de controle objetiva = 40, sem transtorno da compulsão alimentar periódica = 307)	QEWP-R + entrevista clínica semi-estruturada	SF-36	D
Wilfley et al. ⁴⁰	2008	Estados Unidos (Inglês)	Estudo de coorte	Transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 304 (152 placebo e 152 sibutramina)	EDE	IWQOL-Lite	B
Latner et al. ²³	2008	Nova Zelândia (Inglês)	Estudo de corte transversal	Anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno alimentar não-especificado, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 53 (anorexia nervosa = 21%, bulimia nervosa = 9%, transtorno da compulsão alimentar periódica = 6%, transtorno alimentar não-especificado = 56%)	EDE-Q	SF-36	D

DSM-III-R: *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (3ª edição revisada)*; DSM-IV: *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª edição)*; EAT: *Eating Attitudes Test*; EDE: *Eating Disorders Examination*; EDE-Q: *Eating Disorders Examination*, versão questionário; ED-SCID: módulo de transtorno alimentar do SCID; IWQOL-Lite: *Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire*; LQOLP: *Lancashire Quality of Life Profile*; NA: não se aplica; NHP: *Nottingham Health Profile*; PRIME-MD: *The Primary Care Evaluation of Mental Disorders*; QEWP-R: *Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised*; SCID: *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*; SCID-I: *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*; SF-12: *Short-Form 12 Health Survey*; SF-20: *Short-Form 20 Health Survey*; SF-36: *Short-Form 36 Health Survey*; WHOQOL-BREF: Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, versão abreviada; WHOQOL-100: Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS.

* Classificação de acordo com o *NHMR Additional Levels of Evidence and Grades for Recommendations*⁸.

instrumento de qualidade de vida como medida secundária^{18,24,37,40} e 4 (11%) não definiam claramente a medida de desfecho principal, incluindo o instrumento de qualidade de vida junto a outras medidas de desfecho^{13,20,35,38}.

Cerca de 78% dos estudos com amostras clínicas e populacionais utilizaram uma versão do *Short-Form Health Survey* para avaliar qualidade de vida. O instrumento de qualidade de vida desenvolvido pela Organização Mundial da

Tabela 2

Estudos que examinaram a qualidade de vida a partir de amostras populacionais.

Referência	Ano	País	Subgrupos diagnósticos investigados em cada estudo	Amostra	Instrumentos de qualidade de vida utilizados no estudo	Classificação *
Bijl & Ravelli ¹²	2000	Holanda	Transtorno alimentar	N = 7.147 (população geral)	SF-36	B
Doll et al. ⁶	2005	Inglaterra	Anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 1.439 estudantes	SF-36	C
Gruzca et al. ¹⁸	2007	Estados Unidos	Transtorno da compulsão alimentar periódica	N = 917 (sem obesidade e sem transtorno da compulsão alimentar periódica = 595, obesos sem transtorno da compulsão alimentar periódica = 249, com transtorno da compulsão alimentar periódica = 60)	SF-12	B
Hay ¹⁹	2003	Austrália	Mulheres da comunidade com e sem comportamentos compulsivos e purgativos	N = 3.010 (mulheres da comunidade com e sem comportamentos compulsivos e purgativos)	SF-36 e AQoL	A
Mond et al. ²⁶	2004	Austrália	Mulheres que se exercitavam com e sem sintoma alimentar	N = 169 (mulheres da comunidade)	WHOQOL-BREF	B
Mond et al. ²⁷	2004	Austrália	Transtorno alimentar não-especificado	N = 208 (mulheres da comunidade)	SF-12	B
Mond et al. ²⁸	2006	Austrália	Transtorno alimentar do tipo bulímico que não preenche critérios formais para bulimia nervosa, isto é, transtorno alimentar não-especificado	N = 5.232 (mulheres da comunidade)	SF-12	B
Mond et al. ²⁹	2007	Austrália	Transtorno da compulsão alimentar periódica (mulheres)	N = 110 (transtorno da compulsão alimentar periódica)	SF-12 e WHOQOL-BREF	C

AQoL: questionário australiano de qualidade de vida; SF-12: *Short-Form 12 Health Survey*; SF-36: *Short-Form 36 Health Survey*; WHOQOL-BREF: Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, versão abreviada.

* Avaliação feita com base no *guideline* de avaliação de estudos de prevalência do *Evidenced-Based Mental Health* ⁹. Critérios para classificação: preenche todos os critérios do *guideline* = A; preenche todos os critérios, exceto taxa de resposta = B; deixa de preencher outros critérios, além da taxa de resposta = C.

Saúde – OMS, *Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS* (WHOQOL) foi utilizado em quatro estudos, assim como o IWQOL-Lite (*Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire*), instrumento de qualidade de vida específico para obesidade, sendo, portanto, aplicado apenas nos estudos que avaliavam transtorno da compulsão alimentar periódica em amostras de obesos.

Quanto à avaliação diagnóstica, a maior parte dos estudos com amostras clínicas (19 em 24) incluía entrevista clínica no processo de avaliação dos sujeitos, nove dos quais usaram entrevistas estruturadas (EDE – *Eating Disorders Examination* – ou SCID – *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*). Os estudos que não utilizavam

entrevistas clínicas, aplicaram a versão questionário do EDE ou QEWP-R (*Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised*), este último apenas no caso de amostras de transtorno da compulsão alimentar periódica.

Os estudos clínicos que se propuseram a avaliar transtorno da compulsão alimentar periódica junto a pacientes com anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtornos alimentares não-especificados apresentaram amostras muito pequenas de sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica. Dos cinco estudos em questão, a maior amostra foi composta por 17 pacientes ³¹ e a menor contou com apenas três pacientes ²³. Os outros três estudos contaram com amostras de 10 ^{7,15} e 9 pacientes ³⁰. Por esse

Tabela 3

Estudos que examinaram a qualidade de vida com metodologia qualitativa.

Referência	Ano	País (Língua)	Desenho	Subgrupos diagnósticos investigados em cada estudo	Amostra	Método	Classificação *
de la Rie et al. ⁴¹	2007	Holanda (Inglês)	Qualitativo e quantitativo	Anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno alimentar não-especificado	N = 292 [146 com transtorno alimentar no presente (anorexia nervosa = 44, bulimia nervosa = 43, transtorno alimentar não-especificado = 59); 146 com transtorno alimentar no passado]	SEIQOL (entrevista semi-estruturada que avalia qualidade de vida)	A
Etxeberria et al. ⁴²	2002	Espanha (Espanhol)	Estudo qualitativo	Anorexia nervosa, bulimia nervosa	7 grupos focais [4 grupos com pacientes com transtorno alimentar, n = 20 (anorexia nervosa = 11, bulimia nervosa = 9); 2 grupos com os familiares, n = 18] e 1 grupo profissional multidisciplinar]	7 grupos focais + entrevista semi-estruturada que avalia qualidade de vida	B
Jones et al. ⁴³	2008	Inglaterra (Inglês)	Estudo qualitativo	Anorexia nervosa, bulimia nervosa	N = 32 (anorexia nervosa = 20, bulimia nervosa = 6, transtorno alimentar não-especificado = 6)	Entrevista semi-estruturada, com base nos domínios do <i>Morgan Russell Outcome Assessment Schedule</i>	C

SEIQOL: *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*.* Avaliação feita com base nas diretrizes pelo *Evidenced-Based Medicine Working Group* para estudos qualitativos ¹⁰. Critérios para classificação: preenche todos os critérios do *guideline* = A; deixa de preencher um dos critérios = B; deixa de preencher dois ou mais critérios = C.

motivo, os resultados de qualidade de vida desse grupo serão discutidos em separado.

Situação inversa foi observada nos estudos populacionais, cujas amostras geralmente não incluíam pacientes com anorexia nervosa ^{12,18,29} ou possuíam número muito pequeno de participantes ⁶. Os demais estudos populacionais visavam a avaliar o impacto dos comportamentos compulsivos e compensatórios na qualidade de vida, sem a preocupação com o preenchimento de todos os critérios diagnósticos ^{19,26,27,28}.

Qualidade de vida e transtornos alimentares

Os resultados dos estudos que avaliam a qualidade de vida dos indivíduos com transtornos alimentares como um todo mostram que quando a qualidade de vida de sujeitos com estes transtornos é comparada à qualidade de vida de sujeitos sem transtornos alimentares ou à população normativa, indivíduos com transtornos alimentares invariavelmente apresentam maiores

prejuízos na maioria dos escores da qualidade de vida, especialmente no que diz respeito ao aspecto mental ou domínios que o compõem ^{6,7,15,23,31,33,34,37}. Além disso, a gravidade do quadro parece estar diretamente ligada ao prejuízo, de modo que quanto mais grave a sintomatologia alimentar pior a qualidade de vida ^{5,14,26,39}. Os estudos que avaliam sintomatologia geral, além da alimentar, também apresentaram esse mesmo padrão ^{5,17,24,31,39}.

Na comparação com outros transtornos psiquiátricos, é digno de nota o fato de dois estudos apresentarem que a qualidade de vida de sujeitos com transtornos alimentares é similar ¹² ou pior ³⁰ a dos sujeitos portadores de esquizofrenia, um dos quadros mais graves e debilitantes dentre os transtornos psiquiátricos. Além disso, Mond et al. ²⁷ observaram que sujeitos com transtornos alimentares apresentam qualidade de vida mental mais prejudicada do que casos de transtornos afetivos e ansiosos. E nos demais estudos nos quais houve comparação com outros quadros

psiquiátricos (transtornos do humor, depressão e transtorno do pânico), pacientes com transtornos alimentares apresentam maiores prejuízos na maioria das subescalas do *Short-Form Health Survey*, exceto dor^{12,15} e capacidade funcional^{15,30}. Essa última subescala também aparece pouco prejudicada quando sujeitos com transtornos alimentares são comparados à população normativa^{15,31} ou a sujeitos sem estes transtornos⁶. As razões para isso serão levantadas em outro momento do presente artigo (ver o item *Problemas na Avaliação da Qualidade de Vida em Transtornos Alimentares*).

Qualidade de vida na bulimia nervosa e anorexia nervosa

Os resultados dos estudos que avaliam qualidade de vida em sujeitos com anorexia nervosa e bulimia nervosa sugerem que estes quadros parecem estar associados a maiores prejuízos emocionais e sociais do que físicos^{3,6,7,14,15,17,21,23,31,33}. A presença de comorbidades psiquiátricas¹⁷, sintomatologia depressiva e ansiosa^{3,14,24,39}, gravidade do quadro alimentar^{3,14} e menor predisposição à mudança^{37,43} parecem interferir desfavoravelmente, acarretando em níveis mais baixos de qualidade de vida.

Com relação à cronicidade há resultados discordantes. Padierna et al.³⁹ observaram que pacientes com transtornos alimentares crônicos (tempo de doença maior do que cinco anos) e não-crônicos (tempo de doença menor do que cinco anos) apresentavam prejuízos similares na qualidade de vida no início do tratamento. No entanto, após dois anos de tratamento e seguimento, o grupo não-crônico (n = 51) melhorou em todas as subescalas (exceto “limitações por aspectos emocionais”), ao passo que o grupo crônico (n = 80) não apresentou melhora em nenhum domínio da qualidade de vida e tampouco no que se refere à sintomatologia ansiosa e depressiva. Todavia, Hay¹⁹, em um estudo populacional para avaliar o impacto da presença de comportamentos bulímicos nas medidas de qualidade de vida relacionada à saúde, observou que a duração dos comportamentos alimentares não apresentou correlação com os componentes físico ou mental do SF-36.

O primeiro estudo anteriormente citado, que investiga a relação do tempo de doença com a qualidade de vida³⁹, avalia uma amostra de pacientes clínicos tratados por dois anos em um centro específico de tratamento para transtornos alimentares. Já o segundo, é um estudo populacional que investiga os comportamentos relativos aos transtornos alimentares, sem a preocupação com o diagnóstico em questão¹⁹. Visto

que os estudos que visavam a avaliar cronicidade possuíam objetivos, metodologia e amostras distintas, a comparação entre eles torna-se difícil. Contudo, a informação de que pacientes crônicos não apresentam melhora na qualidade de vida após dois anos parece concordar com o resultado encontrado em outros estudos. McHugh³⁷ relatou que pacientes com baixa predisposição à mudança melhoraram menos em termos da qualidade de vida (entre outras medidas de desfecho) quando comparados a pacientes com alta predisposição à mudança. Padierna et al.³, em estudo anterior, mostraram que pacientes com altos níveis de psicopatologia alimentar melhoraram menos após dois anos de tratamento, permanecendo com escores de qualidade de vida muito abaixo da população normativa espanhola, o que não foi observado para pacientes com sintomatologia leve.

Nesse contexto, embora não seja possível relacionar as variáveis entre si – afirmando que pacientes com maior tempo de doença apresentam psicopatologia alimentar mais intensa e menor predisposição à mudança – essas três variáveis estão diretamente relacionadas à gravidade do quadro alimentar, que, por sua vez, parece claramente associada a maiores prejuízos na qualidade de vida.

Aspectos da qualidade de vida mais prejudicados na bulimia nervosa e na anorexia nervosa

Quanto aos domínios mais freqüentemente prejudicados nessas pacientes, especial atenção deve ser dada ao aspecto social. Danzl et al.¹⁴ investigaram a qualidade de vida de 46 pacientes tratados anteriormente usando-se o *Lancashire Quality of Life Profile*. Nesse estudo, os pacientes relataram pouca satisfação com a área social (família, amigos e trabalho) e os domínios que apresentaram correlação com a melhora na qualidade de vida foram família e trabalho. Padierna et al.³¹ relataram que comparados à população normativa, pacientes com transtornos alimentares (n = 197) apresentam deterioração mais evidente nos domínios psicossociais, com baixos níveis de deterioração nas áreas físicas. Já de la Rie et al.¹⁵ também observaram que, comparados a sujeitos que manifestaram transtornos alimentares no passado (n = 148), pacientes com transtornos alimentares (n = 156) obtiveram escores significativamente mais baixos em 6 das 8 subescalas, incluindo o aspecto social e demais subescalas do componente mental. Esses achados também são sustentados pela comparação dos pacientes com transtornos alimentares (n = 53) com as normas da Austrália e da Nova

Zelândia, que mostram que o componente físico do SF-36 das pacientes com transtornos alimentares era comparável aos escores populacionais, enquanto o componente mental estava abaixo das populações normativas²³.

O impacto no aspecto social é corroborado pela avaliação das próprias pacientes nos estudos qualitativos, que descrevem esta área como de grande relevância na qualidade de vida. Em estudo realizado com 292 participantes, de la Rie et al.⁴¹ relataram que o domínio sensação de pertencimento (que se refere ao apoio social de amigos, parceiros e parentes, bem como a capacidade de se comunicar e sentir-se cuidado) foi citado por 93% dos pacientes como um aspecto importante da qualidade de vida, além de ter sido mais freqüentemente mencionado em primeiro lugar na ordem de importância atribuída aos domínios.

Nos grupos focais realizados por Etxeberria et al.⁴², os pacientes (n = 20) discutiram muito sobre as relações familiares. Quando as relações sociais foram abordadas, todos os grupos de pacientes mencionaram que esta era a área mais afetada da vida, ressaltando a perda dos amigos, o isolamento e a dificuldade de estabelecer relações afetivas.

No terceiro estudo qualitativo, realizado com 32 pacientes, Jones et al.⁴³ descreveram que as três formas de relacionamentos discutidas (relacionamentos com amigos, relacionamentos íntimos e relacionamentos familiares) eram fortemente impactadas pelo transtorno alimentares.

Outro aspecto mencionado como importante na qualidade de vida dessas pacientes são as características próprias da psicopatologia alimentar. No estudo de de la Rie et al.⁴¹, a psicopatologia específica dos transtornos alimentares foi mencionada por quase 30% das pacientes como uma área importante na qualidade de vida. Além disso, os autores observaram que pacientes com transtornos alimentares no presente apontaram a psicopatologia específica dos transtornos alimentares como significativamente mais importante na percepção da qualidade de vida do que sujeitos com transtornos alimentares no passado, além de apresentarem pior qualidade de vida em todos os domínios⁴¹.

Com relação à ausência de prejuízos físicos, os resultados são mais duvidosos. É possível que o impacto no aspecto físico seja menos importante do que os prejuízos emocionais e sociais em pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa, mas tal fato também pode ser explicado pelas características inerentes a estes quadros, que apresentam aumento de atividade física como possível manifestação psicopatológica (ver

o item *Problemas na Avaliação da Qualidade de Vida em Transtornos Alimentares*).

Diferenças na qualidade de vida entre os subgrupos diagnósticos

Alguns estudos investigaram diferenças na qualidade de vida entre os subgrupos diagnósticos. Contudo, os resultados encontrados são bastante discrepantes.

De la Rie et al.¹⁵ não encontraram diferenças significativas na qualidade de vida entre os subgrupos diagnósticos.

Doll et al.⁶ relataram que sujeitos com anorexia nervosa do subtipo restritivo apresentavam menor prejuízo na qualidade de vida mental do que anorexia nervosa do subtipo purgativo e bulimia nervosa, além de maior satisfação na subescala de relacionamento social do WHOQOL-BREF (Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, versão abreviada). Esses autores também encontraram diferenças aparentes nos escores médios do SF-36 com relação às dimensões limitações por aspectos físicos, limitações por aspectos emocionais, e o componente mental do SF-36, com menor prejuízo para sujeitos com anorexia nervosa e maiores para sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica (indivíduos com bulimia nervosa apresentaram escores intermediários). Todavia, nesse mesmo estudo, 29% dos sujeitos com anorexia nervosa referiram ter pensado sobre tirar suas vidas, porcentagem bem mais alta do que as encontradas em indivíduos com bulimia nervosa (15%) e transtorno da compulsão alimentar periódica (4,5%).

Entretanto, outros estudos apresentam qualidade de vida prejudicada para pacientes com anorexia nervosa. Padierna et al.³¹ relataram que sujeitos com anorexia nervosa (n = 116) apresentaram maior deterioração nos relacionamentos familiares e sociais do que bulimia nervosa (n = 64), embora ambos tenham manifestado dificuldades nas relações emocionais.

Nessa mesma linha, González-Pinto et al.¹⁷, em estudo realizado somente com pacientes com anorexia nervosa (n = 47), encontraram que as pontuações mais baixas foram saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde. Além disso, a existência de comportamentos purgativos foi fortemente associada aos componentes mental e físico, bem como à qualidade de vida global. Contudo, os autores observaram desvios-padrões muito altos nas subescalas limitações por aspectos físicos e limitações por aspectos emocionais.

Esses resultados revelam a dificuldade de avaliar qualidade de vida em alguns subgrupos

de transtornos alimentares e levantam o questionamento sobre a adequação de medidas genéricas na avaliação desses pacientes, especialmente na anorexia nervosa. Esses questionamentos e suas possíveis razões serão abordados em outro momento do artigo (ver o item *Problemas na Avaliação da Qualidade de Vida em Transtornos Alimentares*).

Comportamentos alimentares específicos e qualidade de vida

Alguns estudos investigaram a relação entre comportamentos alimentares e qualidade de vida, avaliando o impacto dos diferentes comportamentos alimentares na qualidade de vida^{19,23,26,27,28}. A análise utilizada para avaliar a contribuição das duas formas de compulsão alimentar (objetivas e subjetivas) e dos comportamentos compensatórios (uso de laxante, abuso de diuréticos, vômitos auto-induzidos, restrição alimentar e exercício físico) na qualidade de vida diferiu entre os estudos.

Latner et al.²³ relatam que após controle da sintomatologia depressiva, abuso de laxantes e restrição alimentar foram independentemente relacionados ao componente físico da qualidade de vida (SF-36), mas os comportamentos relacionados ao componente mental não atingiram significância estatística.

Hay¹⁹ aponta que compulsão alimentar regular explica 23% da variância no componente mental da qualidade de vida, 29% da variância nas subescalas do SF-36, e 28% da variância nos escores do AQoL (questionário australiano de qualidade de vida). Essas porcentagens foram bem mais baixas para os comportamentos extremos para controle do peso (restrição alimentar e purgação), sendo, respectivamente, 5%, 7% e 16%.

González-Pinto et al.¹⁷ encontraram que presença de purgação determinou redução de quase oito pontos no componente mental do SF-36.

De la Rie et al.⁴¹ observaram que na comparação entre pacientes do subtipo purgativo e não-purgativo, pacientes purgativos reportavam escore médio significativamente pior em relação à psicopatologia específica do transtorno alimentar.

Mond et al.²⁷ também observaram que a existência de comportamentos purgativos (em especial vômito auto-induzido) foi associada a altos níveis de prejuízos na qualidade de vida, bem como na medida de sintomatologia ansiosa e depressiva. A ocorrência de qualquer comportamento purgativo foi associada à queda de nove pontos na qualidade de vida mental. Compulsões

alimentares objetivas também foram associadas a prejuízos consideráveis, ao passo que exercício físico não foi.

A ausência de relação direta entre exercício físico e qualidade de vida foi confirmada em três estudos posteriores, realizados pelo mesmo grupo^{26,28,49}. Os resultados mostram que não há associação entre exercício e qualidade de vida na ausência da psicopatologia alimentar. Os autores relatam que se sentir culpado por perder a sessão de exercício e exercitar-se somente por razões relativas ao peso e forma corporal predizem altos níveis de psicopatologia alimentar (que, por sua vez, interfere na qualidade de vida).

Em estudo subsequente, Mond et al.²⁸ avaliaram os prejuízos associados a métodos purgativos e não-purgativos em uma amostra da comunidade que referia episódios de compulsão alimentar objetivos e/ou subjetivos. Nesse estudo, os autores observaram que sujeitos que reportaram episódios de compulsão alimentar recorrentes (objetivos ou subjetivos) apresentaram maiores níveis de psicopatologia alimentar e prejuízo funcional (baixa qualidade de vida) do que aqueles que não apresentavam tais comportamentos. Similarmente, sujeitos que reportaram comportamentos extremos para controle do peso (purgativos ou não-purgativos) obtiveram maiores níveis de psicopatologia alimentar e prejuízo funcional do que aqueles que não reportaram tais comportamentos. A combinação de episódios de compulsão alimentar e o uso de comportamentos extremos para controle do peso foi associada a níveis particularmente altos de psicopatologia alimentar e prejuízo funcional. E a combinação entre compulsões alimentares subjetivas e comportamentos extremos para controle do peso foi mais comum do que a combinação de compulsões alimentares objetivas e comportamentos extremos. Segundo os autores, esses achados suportam a visão de que a experiência de perda de controle sobre o comer pode ser um melhor índice de perturbação psiquiátrica em sujeitos com transtornos alimentares do tipo bulímico do que a quantidade de comida consumida.

De modo geral, os resultados mostrados sugerem que a perda de controle sobre o comer e a existência de comportamentos compensatórios, especialmente do tipo purgativo, parecem contribuir de modo negativo para a percepção da qualidade de vida.

Todavia, é importante ressaltar que o único estudo que não apresentou correlação dos comportamentos alimentares com o componente mental da qualidade de vida foi um estudo realizado com amostra clínica e que avaliou sintomatologia depressiva. Os demais estudos são

populacionais, feitos na mesma região (Austrália) e que não controlaram para sintomatologia depressiva.

Em função disso, embora pareça que a perda de controle sobre o comer e a presença de métodos purgativos para controle do peso acarretam prejuízos na qualidade de vida, não é possível excluir a possibilidade do envolvimento de outras variáveis neste processo.

Qualidade de vida e transtorno da compulsão alimentar periódica

Com relação às pesquisas com transtorno da compulsão alimentar periódica, cerca de 89% dos estudos foram realizados em amostras de obesos, a maioria avaliando a qualidade de vida de sujeitos com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica, retirados dos mais diversos grupos, em relação a outras variáveis (sintomatologia depressiva, auto-estima, hábitos alimentares, entre outras). Apenas um estudo incluído visava a avaliar a qualidade de vida de sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica antes e após cirurgia bariátrica.

De modo geral, indivíduos com transtorno da compulsão alimentar periódica apresentam pior qualidade de vida do que a população normativa^{16,20,25,36}. Quando a análise é feita em termos do impacto nos aspectos físico e mental, há consenso sobre o impacto da obesidade no aspecto físico e sobre a constatação de maior prejuízo no aspecto emocional em sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica. A dúvida consiste em saber se o prejuízo na qualidade de vida mental de indivíduos com transtorno da compulsão alimentar periódica deve-se aos comportamentos relativos aos transtornos alimentares ou a variáveis que os acompanham, tal como sintomatologia depressiva. Masheb & Grillo²⁵ encontraram que a associação entre transtorno da compulsão alimentar periódica e IMC (índice de massa corporal) foi inversa e significativamente relacionada ao componente físico do SF-36, enquanto a associação entre transtorno da compulsão alimentar periódica e depressão foi inversa e significativamente relacionada ao componente mental do SF-36. O fato de a obesidade por si só explicar baixos níveis de qualidade de vida física já foi comprovado por estudos que avaliaram a qualidade de vida de sujeitos obesos^{50,51}. Todavia, para o aspecto mental permanece a questão: na ausência da sintomatologia depressiva os comportamentos do transtorno da compulsão alimentar periódica são relacionados a prejuízos na qualidade de vida mental?

A esse respeito, os estudos com transtorno da compulsão alimentar periódica que usaram o

Short-Form Health Survey (instrumento que permite a divisão da qualidade de vida nestes dois componentes, mental e físico), mostraram maior concordância quanto ao prejuízo encontrado. Todos os estudos que apresentam resultados sobre o componente mental da qualidade de vida, referem-no como o aspecto mais prejudicado em sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica^{13,16,18,20,25,36}. Além disso, duas dimensões que fazem parte desse componente (aspectos sociais e limitações por aspectos emocionais) são freqüentemente mencionadas como significativamente mais prejudicadas nesses indivíduos, mesmo após controle de outras variáveis^{13,20,25,34,35}. Grucza et al.¹⁸, avaliando uma amostra de sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica retirados da comunidade, observaram que indivíduos com este transtorno (n = 60) obtiveram pontuação significativamente pior no componente mental da qualidade de vida do que obesos sem transtorno da compulsão alimentar periódica (n = 249) e sujeitos sem obesidade e sem este transtorno (n = 595). Embora transtorno da compulsão alimentar periódica tenha apresentado associação significativa com depressão, ansiedade generalizada, ataques de pânico e tentativas de suicídio, os resultados continuaram significantes após controle destas variáveis. Segundo os autores, transtorno da compulsão alimentar periódica prediz escores mais baixos no componente mental do SF-12 (*Short-Form 12 Health Survey*), sendo independentemente associado à baixa qualidade de vida mental.

Quanto aos estudos que usam o IWQOL-Lite para avaliar a qualidade de vida de sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica, observa-se discordância quanto ao maior impacto na qualidade de vida de obesos com este transtorno.

Três desses estudos^{16,22,32} compararam a qualidade de vida relacionada ao peso de obesos com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. Kolotkin et al.,²² atribuíram o maior impacto da qualidade de vida em sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica (n = 95) a variáveis demográficas e ao IMC, enquanto De Zwaan et al.¹⁶ observaram que três das cinco subescalas do IWQOL-Lite (auto-estima, vida sexual e trabalho), além do escore total da qualidade de vida, encontravam-se significativamente mais prejudicadas em sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica (n = 19), os quais não diferiam dos sujeitos sem este transtorno (n = 91) quanto ao IMC. Além disso, após controle da sintomatologia depressiva e medida de auto-estima o resultado permaneceu inalterado. Esses achados são corroborados

pelos resultados de Rieger et al.³², que observaram prejuízos nas mesmas subescalas (auto-estima, vida sexual, trabalho e escore total) em sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica (n = 56) quando comparados a sujeitos sem este transtorno (n = 62). Ainda que esse estudo não tenha avaliado sintomatologia depressiva, os autores avaliaram o impacto do IMC no resultado e encontraram correlação negativa entre IMC e qualidade de vida somente para as subescalas desconforto público e funcionamento físico. Kolotkin et al.²² também apontaram que o IMC explicava 44,5% da variância da subescala desconforto público, 35,2% da variância em funcionamento físico e 34,1% da variância no escore total, sendo pouco responsável pela variância nas demais subescalas.

Embora o IWQOL-Lite não permita a divisão dos domínios nos componentes mental e físico, os domínios significativa e repetidamente afetados nesses sujeitos são relativos à área psicossocial. Além disso, para o domínio funcionamento físico não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de obesos com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica em nenhum dos estudos analisados.

Talvez não seja possível afirmar quais são os comportamentos relativos ao transtorno da compulsão alimentar periódica que possuem maior impacto na qualidade de vida e geram maiores prejuízos, mas os resultados dos estudos aqui apresentados sugerem que o transtorno da compulsão alimentar periódica acarreta em prejuízos nas áreas sociais e emocionais da qualidade de vida, para além do prejuízo físico proveniente da obesidade.

Problemas da avaliação da qualidade de vida em transtornos alimentares

Como já foi dito, alguns estudos trazem questionamentos sobre a adequação dos instrumentos genéricos na avaliação da qualidade de vida em transtornos alimentares, especialmente na anorexia nervosa^{6,7,19,45}.

Com base nos resultados relatados para anorexia nervosa em seu estudo, Mond et al.⁷ apontam que a avaliação da qualidade de vida em pacientes com transtornos alimentares requer reflexões cuidadosas. Os autores consideram pouco provável que o uso de medidas subjetivas funcione como auxílio no tratamento de pacientes com anorexia nervosa, uma vez que o ganho de peso associado ao tratamento provavelmente se reflete em baixos níveis de bem-estar subjetivo.

Doll et al.⁶ também encontraram resultados pouco consistentes com as observações clíni-

cas. Nesse estudo, sujeitos com anorexia nervosa reportaram melhor qualidade de vida do que aqueles com transtorno da compulsão alimentar periódica nas subescalas limitações por aspectos emocionais e limitações por aspectos físicos. Uma vez que refletem resultados irrealistas ou errôneos, os autores levantam a possibilidade dos escores serem reflexo da forma como as perguntas são feitas no SF-36, tornando-o inadequado para sujeitos com transtornos, tais como anorexia nervosa.

Alguns resultados de outros estudos incluídos nesta revisão parecem reforçar essas idéias.

Conforme mencionado anteriormente, observou-se que a subescala capacidade funcional aparece pouco prejudicada (melhor do que outros subgrupos) ou até mesmo sem prejuízos em sujeitos com transtornos alimentares^{6,15,30,31}. As perguntas relativas a essa subescala referem-se ao quanto o sujeito deixou de fazer atividades diárias básicas, que envolvem movimentação física, em função da sua saúde. Tais perguntas são bastante inadequadas para refletir a qualidade de vida de pacientes que aumentam a atividade para perder peso. Dessa forma, é possível que quanto maior a hiperatividade maior o nível de qualidade de vida nesse domínio. Assim, um escore referente à melhor qualidade de vida nesse domínio poderia refletir diretamente maiores níveis de psicopatologia alimentar, e não o contrário.

Nessa mesma linha, observa-se que nos mesmos domínios para os quais Doll et al.⁶ relataram as maiores diferenças entre sujeitos com anorexia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica – limitações por aspectos físicos e limitações por aspectos emocionais – González-Pinto et al.¹⁷ relataram os maiores desvios padrões. Esses domínios também se referem à diminuição das atividades em função de um problema físico ou emocional, respectivamente.

Todavia, embora pareça claro que algumas subescalas do *Short-Form Health Survey* abordem questões delicadas para pacientes com anorexia nervosa, exigindo cautela na avaliação dos achados, também é notório o fato de os resultados de qualidade de vida serem todos mais questionáveis para este grupo de pacientes, independentemente do modo de avaliação.

Há resultados – como os obtidos nas subescalas anteriormente mencionadas – que podem ser atribuídos ao instrumento utilizado, mas existem outros – como a maior satisfação com as áreas sociais no estudo de Doll et al.⁶ e a menor satisfação na mesma área no estudo de Padierna et al.³¹ – que podem ser oriundos da própria complexidade do quadro e questões individuais, como fica bem documentado nos dois estudos qualitativos

que buscam a informação em profundidade^{42,43}. Tais estudos apresentam opiniões divergentes entre os pacientes quanto à satisfação com as áreas da vida, à recuperação e à possibilidade de atribuir estas variações a condições observáveis (subtipo de transtornos alimentares, tempo de doença, idade, IMC, entre outros).

Todavia, para que essas questões sejam esclarecidas, futuras investigações são necessárias, especialmente com instrumentos de qualidade de vida específicos para transtornos alimentares, desenvolvidos com a intenção de serem mais sensíveis às características específicas e particulares dos transtornos alimentares.

Discussão e considerações finais

O presente trabalho pretendeu obter a melhor evidência quanto à qualidade de vida e seu modo de avaliação em pacientes com transtornos alimentares. Para tanto, analisou 36 estudos a esse respeito.

Embora o número de estudos não seja objetivamente pequeno, ele é reduzido quando comparado ao número de referências oriundas das buscas bibliográficas (29.537 referências). Além disso, a diversidade metodológica das pesquisas não permitiu o agrupamento dos dados para realização de análise estatística, e a existência de amostras pequenas dificultou a generalização dos achados. Não obstante, a concordância entre alguns resultados permite considerações sobre a qualidade de vida dos transtornos alimentares e sua avaliação.

A esse respeito, os resultados dos estudos revelam prejuízos na qualidade de vida de sujeitos com transtornos alimentares, quer comparados a grupos controles, população normativa ou outros quadros psiquiátricos. Quanto a esse último, de especial preocupação é o fato de os transtornos alimentares apresentarem prejuízos funcionais similares aos portadores de esquizofrenia^{12,30}, além de pior qualidade de vida do que os sujeitos com depressão, transtorno do pânico, transtornos afetivos e transtornos ansiosos^{12,15,27,30}.

Quanto aos aspectos da qualidade de vida mais afetados, também é bastante consistente o fato de os transtornos alimentares apresentarem maiores prejuízos emocionais do que físicos. O aspecto social foi repetidamente mencionado como a área mais afetada para todos os subgrupos diagnósticos e em todos os tipos de estudo. Tal fato aponta para a necessidade de se considerar os aspectos clínicos e psiquiátricos conjuntamente ao suporte social e envolvimento familiar, no curso do tratamento e planejamento clínico.

A presença de comorbidades, sintomatologia depressiva ou ansiosa, e gravidade do quadro alimentar foi correlacionada a níveis mais altos de prejuízo. Todavia, não parece bem estabelecido em que medida cada uma dessas variáveis contribui para a diminuição do bem-estar.

Entre os subgrupos diagnósticos, observou-se que transtorno da compulsão alimentar periódica apresenta maiores prejuízos físicos do que sujeitos com anorexia nervosa e bulimia nervosa (diferença cuja interpretação exige cautela). E na comparação com obesos sem transtorno da compulsão alimentar periódica, sujeitos com este transtorno apresentam maiores prejuízos emocionais.

A avaliação da qualidade de vida em sujeitos com bulimia nervosa, especificamente, foi pouco discutida, e para anorexia nervosa a mesma mostrou-se muito problemática.

Apesar dos estudos com instrumentos genéricos apresentarem resultados contraditórios entre si e discrepantes com relação à gravidade clínica e psicológica deste quadro (anorexia nervosa), o estudo de validação de instrumento específico para transtornos alimentares que abordou esta questão diretamente não obteve sucesso na eliminação dos efeitos ego-sintônicos na percepção de qualidade de vida, com scores muito altos para indivíduos com anorexia nervosa⁴⁵. Tal fato leva ao questionamento da possibilidade de eliminarmos esse tipo de complicação.

Dado que a avaliação da qualidade de vida é necessariamente subjetiva, talvez não seja o modo de avaliação da qualidade de vida a questão a ser resolvida, mas a própria complexidade dos transtornos alimentares. Os resultados até o momento permitem refletir sobre formas de contornar as dificuldades inerentes à avaliação da qualidade de vida nesse grupo de pacientes, mas não eliminá-la, e tampouco concluir qual é a melhor forma de fazê-lo.

Em suma, embora exista crescente interesse e aumento das pesquisas sobre qualidade de vida e transtornos alimentares, ainda são necessários mais estudos para um melhor delineamento do problema e uma melhor forma de avaliação coerente com esse delineamento. Estudos com amostras clínicas maiores, mais homogêneas, longitudinais, e investigações populacionais com controle de variáveis confundidoras, tais como comorbidade com problemas clínicos e sintomatologias ansiosa e depressiva, podem contribuir para formação de um corpo de conhecimento mais ajustado para a análise da qualidade de vida nesses pacientes.

Limitações

Os resultados apresentados nesta revisão sistemática devem ser examinados à luz de algumas limitações. A primeira é a elevada ocorrência de estudos com amostras pequenas, limitando o poder estatístico da análise. A segunda diz respeito à predominância dos estudos de corte transversal, que não permitem o estabelecimento de relações causais. Em terceiro lugar, as pesquisas populacionais não favorecerem o estudo de transtornos com baixa prevalência como a anorexia nervosa. Em quarto lugar, os estudos que avaliaram a relação entre os comportamentos alimentares

específicos e prejuízos na qualidade de vida são populacionais, realizados em uma mesma região (Austrália) e pelo mesmo grupo de pesquisadores. Além de não favorecer a inclusão de sujeitos com anorexia nervosa, esses estudos podem introduzir dois vieses: de amostragem, visto que a amostra pode não ser representativa de outros grupos populacionais acometidos pelos mesmos transtornos, e de variáveis confundidoras, visto que os estudos em questão não controlam os resultados em função da presença de sintomatologia geral, que poderia interferir e justificar o prejuízo na qualidade de vida atribuído a um comportamento alimentar específico.

Resumo

O objetivo foi fazer uma revisão sistemática dos estudos que avaliam qualidade de vida em pessoas com transtornos alimentares. Foram realizadas buscas bibliográficas em seis bases de dados e buscas manuais em duas revistas, abrangendo o período de janeiro de 1975 até junho de 2008. As estratégias de busca forneceram um total de 29.537 referências. Quarenta e um estudos preencheram os critérios de inclusão desta revisão e 36 foram analisados no presente trabalho. De modo geral, os estudos revelam prejuízos na qualidade de vida de pacientes com transtornos alimentares quando comparados a grupos normais ou outras patologias psiquiátricas. O aspecto mental da qualidade de vida mostra-se mais prejudicado. A avaliação da qualidade de vida em sujeitos com transtorno da compulsão alimentar periódica revela prejuízos nos aspectos físico e mental da qualidade de vida. Há pouca evidência e discussão para indivíduos com bulimia nervosa isoladamente. Em sujeitos com anorexia nervosa, a avaliação requer cautela, já que o aparente menor impacto físico pode ser reflexo da psicopatologia específica deste transtorno e não do funcionamento saudável.

Transtornos de Alimentação; Qualidade de Vida; Revisão

Colaboradores

P. P. Tirico contribuiu com o desenvolvimento do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. S. C. Stefano participou como co-revisor na seleção dos estudos incluídos na pesquisa. S. C. Stefano e S. L. Blay contribuíram com a orientação no desenvolvimento e realização do projeto, revisão do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Berlim MT, Fleck MPA. "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25:249-52.
2. Bullinger M. Generic quality of life assessment in psychiatry. Potentials and limitations. *Eur Psychiatry* 1997; 12:203-9.
3. Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ. Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. *Qual Life Res* 2002; 11:545-52.
4. Engel SG, Adair CE, Las Hayas C, Abraham S. Health-related quality of life and eating disorders: a review and update. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 179-87.
5. Hay P, Mond J. How to 'count the cost' and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. *J Ment Health* 2005; 14:539-52.
6. Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL. Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Qual Life Res* 2005; 14:705-17.
7. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. Assessing quality of life in eating disorder patients. *Qual Life Res* 2005; 14:171-8.
8. The National Health and Medical Research Council. NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations – Stage 2 Consultation. http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/consult/consultations/add_levels_grades_dev_guide_lines2.htm (acessado em 19/Fev/2009).
9. Boyle MH. Guidelines for evaluating prevalence studies. *Evid Based Ment Health* 1998; 1:37-9.
10. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? *JAMA* 2000; 284:357-62.
11. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002; 11:193-205.
12. Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med* 2000; 30:657-68.
13. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16:608-14.
14. Danzl C, Kemmler G, Gottwald E, Mangweth B, Kinzl J, Biebl W. Quality of life of patients with eating disorders. A catamnestic study. *Psychiatr Prax* 2001; 28:18-23.
15. de la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res* 2005; 14:1511-22.
16. De Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swan-Kremeier L, Roerig JL, et al. Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obes Res* 2002; 10:1143-5.
17. González-Pinto A, Inmaculada F, Cristina R, de Corres Blanca F, Sonsoles E, Fernando R, et al. Purging behaviors and comorbidity as predictive factors of quality of life in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004; 36:445-50.
18. Gruzca RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry* 2007; 48:124-31.
19. Hay P. Quality of life and bulimic eating disorder behaviors: findings from a community-based sample. *Int J Eat Disord* 2003; 33:434-42.
20. Hsu LK, Mulliken B, McDonagh B, Krupa Das S, Rand W, Fairburn CG, et al. Binge eating disorder in extreme obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26:1398-403.
21. Keilen M, Treasure T, Schmidt U, Treasure J. Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: are they comparable? *J R Soc Med* 1994; 87:441-4.
22. Kolotkin RL, Westman EC, Østbye T, Crosby RD, Eisenson HJ, Binks M. Does binge eating disorder impact weight-related quality of life? *Obes Res* 2004; 12:999-1005.
23. Latner JD, Vallance JK, Buckett G. Health-related quality of life in women with eating disorders: association with subjective and objective binge eating. *J Clin Psychol Med Settings* 2008; 15:148-53.
24. Lee S, Chan YY, Hsu LK. The intermediate-term outcome of Chinese patients with anorexia nervosa in Hong Kong. *Am J Psychiatry* 2003; 160:967-72.
25. Masheb RM, Grilo CM. Quality of life in patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2004; 9:194-9.
26. Mond JM, Hay P, Rodgers B, Owen C, Beumont P. Relationships between exercise behaviour, eating-disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: when is exercise 'excessive'? *Eur Eat Disord Rev* 2004; 12:265-72.
27. Mond J, Rodgers B, Hay P, Korten A, Owen C, Beumont P. Disability associated with community cases of commonly occurring eating disorders. *Aust N Z J Public Health* 2004; 28:246-51.
28. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. *Int J Eat Disord* 2006; 39:147-53.
29. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Recurrent binge eating with and without the "undue influence of weight or shape on self-evaluation": implications for the diagnosis of binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2007; 45:929-38.
30. Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ. Funcionamiento y bienestar de los pacientes con trastornos alimentarios comparados con otros trastornos mentales. *Anales de Psiquiatría* 1999; 15:278-83.
31. Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ. The health-related quality of life in eating disorders. *Qual Life Res* 2000; 9:667-74.

32. Rieger E, Wilfley DE, Stein RI, Marino V, Crow SJ. A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2005; 37:234-40.
33. Scocco P, Fantoni G, Mondini S, Placentino A. Quality of life and eating disorders: patients' and informants' point of view. *Bridging Eastern and Western Psychiatry* 2006; 4:46-52.
34. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, de Gruy 3rd FV, et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995; 274:1511-7.
35. Green AE, Dymek-Valentine M, Pytluk S, Le Grange D, Alverdy J. Psychosocial outcome of gastric bypass surgery for patients with and without binge eating. *Obes Surg* 2004; 14:975-85.
36. Marchesini G, Natale S, Chierici S, Manini R, Besteghi L, Di Domizio S, et al. Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26:1261-7.
37. McHugh MD. Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2007; 40:602-12.
38. Nickel C, Tritt K, Muehlbacher M, Pedrosa Gil F, Mitterlehner FO, Kaplan P, et al. Topiramate treatment in bulimia nervosa patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Eat Disord* 2005; 38:295-300.
39. Padierna A, Quintana JM, Horcajo MJ, Madrazo A, Ecenarro R. Chronicity and quality of life in eating disorders. *Anales de Psiquiatría* 2004; 20:16-21.
40. Wilfley DE, Crow SJ, Hudson JI, Mitchell JE, Berkowitz RI, Blakesley V, et al. Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double-blind study. *Am J Psychiatry* 2008; 165:51-8.
41. de la Rie S, Noordenbos G, Donker M, van Furth E. The patient's view on quality of life and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007; 40:13-20.
42. Etxeberria Y, Gonzalez N, Padierna A, Quintana JM, Velasco IR. Quality of life in eating disorder patients. *Psicothema* 2002; 14:399-404.
43. Jones A, Evans M, Bamford B, Ford H. Exploring quality of life for eating-disordered patients. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 16:276-86.
44. Abraham SE, Brown T, Boyd C, Luscombe G, Russell J. Quality of life: eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40:150-5.
45. Adair CE, Marcoux GC, Cram BS, Ewashen CJ, Chafe J, Cassin SE, et al. Development and multi-site validation of a new condition-specific quality of lifemeasure for eating disorders. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5:23.
46. Engel SG, Wittrock DA, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Kolotkin RL. Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *Int J Eat Disord* 2006; 39:62-71.
47. Las Hayas C, Quintana JM, Padierna A, Bilbao A, Muñoz P, Madrazo A, et al. The new questionnaire health-related quality of life for eating disorders showed good validity and reliability. *J Clin Epidemiol* 2006; 59:192-200.
48. Las Hayas C, Quintana JM, Padierna JA, Bilbao A, Muñoz P, Francis Cook E. Health-Related Quality of Life for Eating Disorders questionnaire version-2 was responsive 1-year after initial assessment. *J Clin Epidemiol* 2007; 60:825-33.
49. Mond J, Myers TC, Crosby R, Hay P, Mitchell J. 'Excessive exercise' and eating-disordered behaviour in young adult women: further evidence from a primary care sample. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16:215-21.
50. Fontaine KR, Bartlett SJ, Barofsky I. Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *Int J Eat Disord* 2000; 27:101-5.
51. Duval K, Marceau P, Lescelleur O, Hould FS, Marceau S, Biron S, et al. Health-related quality of life in morbid obesity. *Obes Surg* 2006; 16:574-9.

Recebido em 19/Ago/2009

Versão final reapresentada em 07/Mar/2010

Aprovado em 12/Mar/2010