

Transtorno de personalidade e depressão associados Aos transtornos alimentares

Amanda Pio Autran Teixeira^{1,3}, Amanda Santos Silva^{1,3}, Sandymara Coleta Alves^{1,3}
Rosane Pilot Pessa^{2,3}, Fabíola Pansani Maníglia^{1,4}, Marina Garcia Manochio-Pina^{1,3,4}

RESUMO

Objetivo: Investigar a incidência e relação de transtorno de personalidade e depressão nos pacientes com transtornos alimentares (TA). **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, de caráter, observacional descritivo com delineamento quantitativo, realizado em um serviço especializado no tratamento de TA, por meio de análise de prontuário. Foram incluídos todos os pacientes atendidos no serviço, desde sua criação em 1982 até o mês de dezembro de 2016, e coletados dados do início do tratamento, de natureza sociodemográfica, clínica e antropométrica. Foi realizada uma análise descritiva e de frequência. **Resultados:** Dos 243 prontuários analisados, 53 (21,8%) apresentaram associação com depressão e 74 (30,4%) com transtorno de personalidade. Notou-se que a incidência de depressão foi maior em paciente acometidos por anorexia nervosa do subtipo compulsivo purgativo (6,5%) e a incidência de transtorno de personalidade foi maior em pacientes com bulimia nervosa (10,6%). Tanto em depressão, quanto em transtorno de personalidade, foi mais prevalente nos pacientes que se encontravam em eutrofia (27=11,1% e 33=13,5%) e magreza (22=9,05% e 28=11,58%), na idade adulta (14,8% e 21,3%) sem necessidade de internação durante o tratamento (15,22% e 21,39% respectivamente) e que abandonaram o serviço (13,5% e 18,5% respectivamente). **Conclusão:** Observa-se que mais da metade dos pacientes (52,2%) tinham alguma comorbidade psiquiátrica, desta forma, ressalta-se a importância desse tipo de estudo, visto que a presença de uma comorbidade psiquiátrica pode, de forma direta, interferir no prognóstico da doença e no seu manejo clínico.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. Comorbidade. Prognóstico.

1 - Universidade de Franca, Brasil.

2 - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Brasil.

ABSTRACT

Associated personality disorder and depression to eating disorders

Objective: To investigate the incidence of personality disorder and depression in patients with eating disorders (ED). **Materials and Methods:** This is a retrospective, observational, descriptive study with a quantitative outline, performed in a specialized service in treatment of ED (bulimia, restrictive and purgative anorexia), through analysis of medical records. All patients treated at the service were included, from its creation in 1982 to the month of December of 2016, and the data were collected from the beginning of treatment, by sociodemographic, clinical (diagnosis of depression and personality disorder) and anthropometry guidelines. A descriptive and frequency analysis was performed. **Results:** Of 243 medical records analyzed, 53 (21.8%) were associated with depression and 74 (30.4%) with personality disorder. It was noticed that the incidence of depression was higher in patients affected by anorexia nervosa of the compulsive purgative subtype (6.5%) and the incidence of personality disorder was higher in patients with bulimia nervosa (10.6%). Both psychiatric comorbidities were more prevalent in patients who were eutrophic (11.1% and 13.5% respectively), in adulthood (14.8% and 21.3% respectively) without need of hospitalization during treatment (15, 22% and 21.39% respectively) and who abandoned the service (13.5% and 18.5% respectively). **Conclusion:** It was observed that more than half of the patients (52.2%) had some psychiatric comorbidity, thus, the importance of this type of study is emphasized, since the presence of a psychiatric comorbidity can directly interfere in the prognosis of the disease and in its clinical management.

Key words: Eating and feeding disorders. Comorbidity. Prognosis.

3 - Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares, GRATA - HCMFRP/USP, Brasil.

INTRODUÇÃO

De acordo com a American Psychiatric Association (2014), os Transtornos Alimentares (TA) são graves distúrbios do comportamento alimentar que repercutem em diversas alterações fisiológicas e comportamentais, sendo os mais prevalentes a Bulimia Nervosa (BN) e a Anorexia Nervosa (AN).

Entre as principais complicações, estão o comprometimento da saúde, da qualidade de vida, comorbidades associadas e o risco de morte para os pacientes e as pessoas que estão à sua volta (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Tanto a BN, quanto a AN, podem gerar padrões anormais de ingestão de alimentos e podem acontecer em qualquer população, porém há uma incidência maior em mulheres adultas ou adolescentes (Papalia, Olds e Feldman, 2016).

Sua etiologia é multifatorial, podendo envolver fatores genéticos, vulnerabilidades psicológicas e biológicas, perfil comportamental de risco e fatores de risco sociais, como a pressão cultural em favor da supervalorização de corpos emagrecidos (American Psychiatric Association, 2014).

Os TA tiveram sua incidência praticamente dobrada nos últimos 20 anos, o que demonstra uma preocupação permanente da população com a imagem corporal (Uzunian e Vitale, 2015).

Normalmente os problemas relacionados ao emocional estão associados com sintomas alimentares nos TA, principalmente nas fases agudas da doença, na qual os pacientes apresentam grande dificuldade no desenvolvimento das habilidades cognitivas referentes à falta de controle emocional e alimentar (Haynos, Roberto e Attia, 2015).

Muitas são as comorbidades psiquiátricas que podem vir associadas aos TA e essas podem ser definidas como “presença de duas ou mais patologias em um indivíduo, em período definido de tempo” (Wittchen e Essau, 1993), o que pode antecipar a procura pelo atendimento médico em decorrência do grande desconforto que a superposição de sintomas pode causar.

Por outro lado, a presença de uma comorbidade pode, de forma direta, interferir no prognóstico da doença e no seu manejo clínico (Cordás e Neves, 1999).

A depressão e os transtornos de personalidade (emocionalmente instável tipo borderline e impulsivo, histriônico e anancástico) segundo a literatura, têm grande prevalência em grupos de pacientes com TA.

Os resultados epidemiológicos encontrados, são muito variados, entretanto, estes sempre mostram uma relação próxima entre os dois transtornos (Martins e Sassi, 2004).

Um transtorno de personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo (American Psychiatric Association, 2014).

Um exemplo disso é a prevalência de transtornos de personalidade em pacientes com TA comparada à população em geral (Martins e Sassi, 2004).

Semelhantemente, a prevalência de depressão também é alta na população geral, quanto mais nos portadores de TA. A prevalência de depressão é mais alta em todos os tipos de transtornos alimentares do que na população em geral.

A principal característica dos transtornos depressivos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O transtorno depressivo maior é o clássico desse grupo de transtorno psiquiátrico (Nascimento e colaboradores, 2019).

Desta forma, o objetivo do presente trabalho foi investigar a incidência e relação de transtorno de personalidade e depressão nos pacientes com transtornos alimentares de um serviço especializado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Considerações éticas

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Franca e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, cujo número de aprovação: 26953219.9.0000.5495 e 26953219.9.3001.5440, por se referir a uma pesquisa envolvendo seres humanos e que requer o compromisso e respeito necessários

para com os participantes e aspectos éticos envolvidos, conforme previsto pelas normas e diretrizes previstas pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Esta pesquisa consiste em um estudo retrospectivo, de caráter observacional descritivo com abordagem quantitativo, realizada junto a um serviço especializado em tratamento para TA. Este foi o primeiro serviço a prestar assistência a portadores de TA no país pelo Sistema Único de Saúde (SUS) fundado no início dos anos 80. Nesses mais de 35 anos, o serviço atendeu cerca de 250 pacientes na modalidade ambulatorial, com frequência de retorno variada, dependendo da gravidade do caso (Santos, 2006).

Foram realizadas análises de prontuário e incluídos todos os pacientes que foram atendidos pelo serviço, desde sua criação em 1982 até o mês de dezembro de 2016, por meio do sistema informatizado implantado no hospital junto ao Departamento de Seção de Dados Médicos, sendo este um extenso acervo físico e virtual em que estão contidas todas as informações e registros dos pacientes, realizado por qualquer membro da equipe multiprofissional pertencente a esse serviço.

Foram coletados dados referentes ao início do atendimento do paciente no serviço, de natureza sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, procedência), clínica (hipótese diagnóstica, presença de comorbidades psiquiátricas, tempo de sintomas e de tratamento) e antropométrica (IMC).

Além disso, foram coletadas informações sobre a necessidade de internação durante o tratamento e desfecho. Considerou-se como desfecho as seguintes situações: abandono, alta hospitalar (por recuperação completa ou inassistência do paciente), encaminhamento para outros serviços ou óbito.

Os dados foram descritos por meio de frequências absolutas e percentuais (variáveis qualitativas) e por meio de medidas como média e desvio-padrão (variáveis quantitativas).

Para estimar as razões de prevalência (RP) de comorbidades psiquiátricas de acordo com os TA foi utilizado o modelo de regressão log-binominal (Skov e colaboradores, 1998), dado que a resposta era binária (sim ou não). Todas as análises foram feitas por meio do

software SAS 9.2. Para todas as comparações adotou-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um total de 253 pacientes que foram atendidos pelo serviço entre 1982 e 2016, 10 prontuários não foram encontrados, totalizando 243 prontuários analisados.

Em relação aos dados sociodemográficos, houve maior prevalência do sexo feminino (217=89,7%). Segundo Breda e Hoc (2019), algumas mulheres acabam suprimindo seus sentimentos em prol da busca pelo corpo perfeito e tendo atitudes destrutivas e prejudiciais para com seu corpo e sua mente.

Em uma revisão sobre a epidemiologia dos TAs, produzida por Smink, Hoeken e Hoek (2013), após a publicação do DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), obtiveram resultados que indicaram que a prevalência da AN em mulheres, chega a ser de 4% e de BN 2%, e ambas as categorias diagnósticas estavam relacionadas com altas taxas de mortalidade.

A faixa etária predominante foi de adultos (entre 18 e 59 anos). Segundo Branco, Hilário, Cintra, (2006), existe uma forte ligação entre idade e imagem corporal, visto que a aparência física para esta população tem grande importância para sua aceitação nos grupos. Porém, os aspectos relacionados à saúde e as distintas constituições físicas não são levados em consideração quando se referem ao modelo de beleza "ideal".

Aproximadamente 25% da população jovem mundial utilizam os comportamentos de risco para os transtornos alimentares com o propósito de emagrecimento (Fortes e colaboradores, 2016).

Devido ao fato de existir pacientes idosos nestes dados coletados a média de idade foi acima do que normalmente se encontra na literatura.

Outra pesquisa com universitários da área da saúde analisou a relação entre a insatisfação da imagem corporal e atitudes para transtornos alimentares, resultado que Conforme o BSQ (Body Shape Questionnaire), 51,1% das universitárias tiveram algum grau de insatisfação corporal, e a prevalência de atitudes indicativas de transtornos alimentares, de acordo com o EAT-26 (Eating Attitudes Test), foi de 21,8% e que ao relacionar a insatisfação da imagem corporal e as atitudes de risco para transtornos alimentares,

percebeu-se que 87,75% das universitárias com EAT positivo também apresentaram algum

grau de insatisfação corporal (Kessler e Poll, 2018).

Tabela 1 - Dados de natureza sociodemográficos de pacientes com TA, Brasil, 2020.

Variáveis	(n) %	Média	Mediana	Mínima	Máxima
Sexo					
Feminino	217 (89,67%)				
Masculino	25 (10,29%)				
Idade	-	21,07	19	10	78
Escolaridade					
Ensino Fundamental Incompleto / Não Alfabetizado	46 (18,93%)				
Ensino Fundamental Completo	70 (28,80%)				
Ensino Médio Completo	58 (23,83%)				
Ensino Superior Completo	26 (10,7%)				
Sem Informação	43 (17,69%)				
Estado Civil					
Solteira / Divorciada	209 (86%)				
Casada	29 (11,93%)				
Sem Informação	5 (2,05%)				
Procedência					
Ribeirão Preto	105 (43,21%)				
Ribeirão Preto e Região	30 (12,34%)				
Estado de São Paulo	84 (34,56%)				
Outros Estados	20 (8,23%)				
Sem Informação	4 (1,64%)				

O que corrobora com os resultados da presente pesquisa, que também demonstram que os transtornos alimentares afetam evidentemente mais pacientes jovens e adultos. A maioria possui o ensino fundamental completo, correspondendo a (28,8% do total analisado).

Segundo Gonçalves e colaboradores (2018), a escolaridade aumenta a possibilidade de escolhas na vida, além de influenciar na autoestima, motivando atitudes e comportamentos mais saudáveis, e sua falta diminui o poder de decisão do indivíduo, gerando incapacidade de influenciar o meio, resultando em comprometimento da saúde.

Em relação ao estado civil, percebeu-se que neste estudo que a maior parte dos pacientes são solteiros (209=86%).

Segundo Souza e Pessa (2016), o estado civil pode ter relação com a idade dos pacientes que são geralmente jovens.

Nos dados clínicos observados, a AN foi o diagnóstico mais ocorrente (n=162), sendo 94 pacientes do subtipo restritivo (36,6%) e 68 do subtipo compulsivo purgativo (28%). Já a BN correspondeu a 53 pacientes (21,81%). Em relação às comorbidades psiquiátricas, 53 (21,8%) possuíam depressão e 74 (30,45%) possuíam transtorno de personalidade.

Tabela 2 - Dados de natureza antropométricos e clínicos de pacientes com TA, Brasil, 2020.

Variáveis	(n) %	Média	Mediana	Mínima	Máxima
Hipótese Diagnóstica					
Anorexia nervosa compulsiva purgativa	68 (28%)				
Anorexia nervosa restritiva	94 (36,68%)				
Bulimia nervosa	53 (21,81%)				
Transtorno alimentar sem outras especificações (TASOE)	27 (11,11%)				
Sem informação	1 (0,41%)				
Comorbidades Psiquiátricas					
Sim	112 (46,1%)				
Não	129 (53,1%)				
Sem informação	2 (0,82%)				
Depressão					
Sim	53 (21,81%)				
Não	189 (77,77%)				
Sem informação	1 (0,41%)				
Transtorno De Personalidade					
Sim	74 (30,45%)				
Não	165 (67,90%)				
Sem informação	4 (1,64%)				
IMC (kg/m ²)	-	18,5	17,8	8,4	44,6
Classificação IMC					
Magreza	105 (43,21%)				
Eutrofia	116 (47,73%)				
Excesso de peso	21 (8,64%)				
Sem informação	1 (0,41%)				
Necessidade De Internação					
Sim	53 (21,81%)				
Não	185 (76,13%)				
Sem informação	5 (2,05%)				
Tempo de Sintomas	-	49	24	2	480
Tempo de Tratamento	-	26	12	0	309
Desfecho de Tratamento					
Abandono	170 (69,96%)				
Alta por recuperação	52 (21,14%)				
Óbito	3 (1,23%)				
Encaminhamento para outro serviço	14 (5,76%)				
Alta por inassistência	3 (1,23%)				
Sem informação	1 (0,41%)				

A maior parte dos prontuários analisados (170 = 69,96%), tiveram o desfecho de seu tratamento caracterizado por abandono o que gera grande preocupação e evidencia um dos desafios do tratamento desta doença. Os

dados literários sobre este assunto são escassos.

Manochio e colaboradores (2018) associaram a elevada incidência de abandono devido aos mecanismos de negação acionados pelos pacientes e seus familiares no sentido de

negar a gravidade, quando não a própria existência do problema, dificultando assim a adesão ao tratamento. Sabe-se que o critério para este fim é algo bastante discutível quando se trata de TA, sendo que o estado nutricional adequado não representa, sozinho, critério para alta.

A prevalência de pacientes que não necessitaram de internação durante o tratamento foi superior àqueles que foram internados, correspondendo a 185 (76,1%) e 53 (21,8%) respectivamente. Quanto ao estado nutricional, a maior parte dos pacientes (116=47,73%) estavam classificados com eutrofia, em seguida 105 pacientes classificados em magreza (43,2%), restando 21 pacientes com excesso de peso (8,6%).

A AN, por conta de suas graves consequências nos sistemas orgânicos decorrentes da desnutrição, é o diagnóstico de TA mais comum nas internações hospitalares (Palma, Santos e Ribeiro, 2014).

Um estudo francês analisou as comorbidades psiquiátricas associadas em 30 pacientes franceses e 30 gregos já diagnosticados com AN, maioria mulheres, com idade média de 29 anos (variando entre 18 e 60 anos). Foi identificado principalmente episódio depressivo maior, transtorno obsessivo compulsivo e transtornos de personalidade (Kountza e colaboradores, 2017).

Segundo Barros e colaboradores (2017), em sua pesquisa relacionada aos comportamentos de saúde, a associação com quadros depressivos tem sido evidenciada por alguns fatores específicos, como por exemplo a baixa prática de atividade física, sedentarismo e maus hábitos alimentares (elevado consumo de alimentos processados e ultra processados e baixo consumos de alimentos in natura como carnes, frutas, verduras e legumes), visto que existem evidências de que a atividade física pode constituir fator significativo para a promoção de saúde mental e de bem-estar e pesquisas de seguimento que indicam o exercício físico como fator protetor no risco de desenvolver distúrbios depressivos.

Quanto ao fator alimentação a maior parte das evidências relacionando dieta e depressão vêm de pesquisas com delineamento transversal, o que dificulta avaliar a relação de causa. Um estudo longitudinal acompanhou mais de 10 mil participantes por seis anos e encontrou associação entre consumo de gorduras trans, fast food e

produtos de panificação com maior risco de depressão.

Estudo de revisão sistemática identificou como fatores associados a menor risco de depressão o consumo de folato, ômega-3 e ácidos graxos monoinsaturados, de alimentos como azeite de oliva, peixes, frutas, legumes, nozes e leguminosas.

De forma geral, dentro de algumas pesquisas existentes nesta vertente da alimentação e sintomas depressivos, comumente encontra-se uma associação inversamente proporcional entre consumo de dieta com padrão mediterrâneo e a presença de sofrimento psíquico.

Contudo a associação entre padrões alimentares e saúde mental ainda é um tema emergente no campo da epidemiologia nutricional.

Dos pacientes que apresentaram diagnóstico de depressão, a maioria possui associação com anorexia nervosa, tanto do subtipo compulsivo purgativo, quanto do subtipo restritivo (16=6,5% e 15=6,1% respectivamente). Já a presença do transtorno de personalidade relacionado com as hipóteses diagnósticas de TA, também foi mais prevalente em pacientes com anorexia nervosa sendo, do subtipo compulsivo purgativo (22=9,05%) e do subtipo restritivo (16= 6,58%).

Um estudo transversal realizado em estudantes, cujo objetivo foi identificar sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos, verificou que a frequência para sintomas de transtornos alimentares foi de 7,4% e que desses, 29,1% possuíam sintomas para de bulimia nervosa. Cerca de 17,3% foram sintomáticos para depressão maior (Nascimento e colaboradores, 2019).

Corroborando com estes dados, outro estudo canadense constatou que quase 50% da população com transtorno alimentar, também possuía algum tipo de comorbidade, neste caso: transtorno de humor (transtorno bipolar) ou ansiedade (Joy, Kussman, Nattiv, 2016).

Relacionando a escolaridade com a presença de uma comorbidade psiquiátrica, Gonçalves e colaboradores (2018) discutem que quanto menor o nível de escolaridade, maior a possibilidade de ocorrência de um transtorno psiquiátrico (neste caso em específico a depressão).

Ressalta que alguns estudos relatam que a escolaridade e a pobreza podem ser um determinante dos índices de depressão, pois

eles estão associados a condições sociais como desemprego, baixa qualidade de moradia e alimentação inadequada, o que reforça a hipótese de que as condições de vida, acompanhadas de condições sociais impróprias, sejam determinantes no aparecimento das doenças, pois levam a um estado de desesperança que conseqüentemente favorece a incapacidade para lidar com situações estressoras e acontecimentos adversos e frustrantes.

Segundo American Psychiatric Association (2000), o paciente bulímico pode apresentar diversas complicações psiquiátricas, como o isolamento social, depressão e perda de oportunidades de convívio e profissionais.

A depressão atinge grande parte dos pacientes com este diagnóstico, porém, nos resultados, foi demonstrado que os pacientes AN possuem mais pré-disposição a transtornos de personalidade. Segundo o DSM-V, existe uma porcentagem substancial de indivíduos bulímicos que apresentam aspectos de

personalidade que satisfazem os critérios de um ou mais transtornos de personalidade, tendo em maior frequência o Transtorno de Personalidade Borderline. Isso vale para a AN, ainda segundo o DSM-V (APA, 2013), os pacientes anoréxicos podem apresentar principalmente transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade em geral concomitantemente com o TA.

Como demonstrado nos resultados, a maior parte dos pacientes não tiveram necessidade de internação tanto na depressão (37=15,22%) quanto no transtorno de personalidade (52= 21,3%).

No entanto, é perceptível que a maior parte dos pacientes que internaram são os diagnosticados com transtorno de personalidade. Isso pode estar relacionado ao fato de que o estado nutricional de boa parte dos pacientes com transtorno de personalidade está classificado como magreza, que quanto mais for acentuado, maior ainda será a necessidade de internação.

Tabela 3 - Caracterização dos pacientes com TA. e comorbidades psiquiátricas, Brasil, 2020.

Hipótese Diagnóstica	Possui Depressão	Possui Transtorno de Personalidade
Anorexia nervosa compulsiva purgativa	16 (6,58%)	22 (9,05%)
Anorexia nervosa restritiva	15 (6,17%)	16 (6,58%)
Bulimia nervosa	13 (5,34%)	26 (10,69%)
TASOE	9 (3,7%)	10 (4,11%)
Sem informação	1 (0,41%)	4 (1,64%)
Necessidade de Internação		
Sim	13 (5,34%)	22 (9,05%)
Não	37 (15,22%)	52 (21,39%)
Classificação IMC		
Magreza	22 (9,05%)	28 (11,52%)
Eutrofia	27 (11,11%)	33 (13,58%)
Excesso de peso	4 (1,64%)	13 (5,3%)
Sem informação	1 (0,41%)	4 (1,64%)
Idade		
Criança (abaixo de 12 anos)	0 (0%)	0 (0%)
Adolescente (entre 12 e 18 anos)	16 (6,58%)	22 (9,05%)
Adulto (entre 18 e 60 anos)	36 (14,81%)	52 (21,39%)
Idoso (acima de 60 anos)	1 (0,41%)	0 (0%)
Desfecho de Tratamento		
Abandono	33 (13,58%)	45 (18,51)
Alta por recuperação	13 (5,3%)	16 (6,58%)
Óbito	1 (0,41%)	0 (0%)
Encaminhamento para outro serviço	6 (2,46%)	11 (4,56%)
Alta por inassistência	0 (0%)	2 (0,82%)
Sem informação	4 (1,64%)	4 (1,64%)

De acordo com os resultados a maior parte dos pacientes com depressão e

transtorno de personalidade apresentavam estado nutricional classificado em eutrofia

(27=11,1% e 33=13,58%, respectivamente) e magreza (22=9,05% e 28=11,52%, respectivamente).

Percebe-se assim que os pacientes classificados com estes estados nutricionais são os que mais possuem comorbidades psiquiátricas, e conseqüentemente, os pacientes classificados com excesso de peso possuem menor quantidade de diagnósticos com alguma das comorbidades psiquiátricas analisadas.

Na vertente da faixa etária, ambos diagnósticos (depressão e transtorno de personalidade) foram mais prevalentes em adultos (36=14,81% e 52=21,3% respectivamente).

Segundo a World Health Organization (2017), a população global com depressão em 2015 estava estimada em 4.4% do total, dentre essas, 7.5% são mulheres adultas e 5.5% são homens adultos. Sabe-se que a depressão depende de alguns fatores que predispõem o seu desenvolvimento, como: histórico familiar,

estresse, ansiedade, situações adversas da vida (desemprego, falta de controle financeiro, traumas, entre outros), aspectos comumente associados à vida adulta.

Um estudo realizado com 271 universitários (conseqüentemente adultos), constatou que quase um quinto dos pesquisados foram sintomáticos para depressão, corroborando com outros estudos em populações de universitários (Nascimento e colaboradores, 2019).

Nenhuma criança apresentou diagnóstico de comorbidade psiquiátrica, mas, os dados são maiores na população de adolescentes e adultos, tendo em vista que os TA atingem mais essas faixas etárias.

Um segundo diagnóstico psiquiátrico, como por exemplo a depressão ou o transtorno de personalidade, pode ser fator de risco para o abandono do tratamento, segundo Bandini e colaboradores (2006) pois encontraram relação entre as variáveis, principalmente a depressão.

Tabela 4 - Prevalência de comorbidade psiquiátrica nos pacientes com TA, Brasil, 2020.

Comorbidade	Razão de Prevalência	Intervalo de Confiança (95%)		Valor-P
Bulimia vs Anorexia	1,57	1,18	2,09	<0,01
TASOE vs Anorexia	1,80	1,27	2,54	<0,01
TASOE vs Bulimia	1,15	0,80	1,64	0,46
Depressão	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		VALOR-p
Bulimia vs Anorexia	1,41	0,81	2,44	0,23
TASOE vs Anorexia	2,17	1,16	4,05	0,02
TASOE vs Bulimia	1,54	0,77	3,11	0,23
Transtorno de personalidade	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		VALOR-p
Bulimia vs Anorexia	2,05	1,39	3,03	<0,01
TASOE vs Anorexia	2,02	1,17	3,49	0,01
TASOE vs Bulimia	0,98	0,57	1,70	0,95

Legenda: * "vs": comparação de um termo com o outro.

Bandini e colaboradores (2006) também analisaram que 60% dos pacientes nessa condição de abandono, eram diagnosticados com AN.

Mas, em contrapartida, Swan-Kremeier e colaboradores, (2005) encontraram taxas maiores de abandono em pacientes com BN e TASOE, defendendo que o índice foi menor em pacientes com AN, devido a gravidade dos sintomas, do ponto de vista antropométrico,

fazendo com que eles reconheçam a importância do tratamento.

No presente estudo, em relação ao desfecho de tratamento, a maior parte dos pacientes abandonaram o serviço, tanto com diagnóstico de depressão (33=13,58%) quanto de transtorno de personalidade (45= 18,5%).

É perceptível que a maior parte dos pacientes abandonam o tratamento,

independentemente de seu diagnóstico e comorbidade.

Souza e Pessa (2016) perceberam que algumas comorbidades psiquiátricas como a depressão, estão relacionadas ao abandono do tratamento.

Bandini e colaboradores, (2006) defendem que as comorbidades podem ser fator de risco para o abandono do tratamento, pois encontraram uma relação entre um segundo diagnóstico e os transtornos alimentares.

Para estimar as razões de prevalência (RP) de comorbidades psiquiátricas de acordo com os TA, utilizou-se o modelo de regressão log-binomial, com nível de significância de 5% (Tabela IV).

Deste modo, ao identificar as comorbidades psiquiátricas nos TA, aquelas que tiveram maior significância estavam presentes nas comparações de “Bulimia vs Anorexia” e “TASOE vs Anorexia”, com valores de $p < 0,01$, ou seja, a depressão é mais prevalente na AN, comparada a BN ($p = 0,23$) e também comparada a TASOE ($p = 0,02$).

Já no transtorno de personalidade obtém-se valor $p < 0,01$ na comparação “Bulimia vs Anorexia” e $p = 0,01$ na comparação “TASOE vs Anorexia”, sendo que a razão de prevalência também é expressiva e o intervalo de confiança para as duas é maior para AN. Isso significa que nos pacientes com AN tanto a depressão quanto transtornos de personalidade foram prevalentes.

Este estudo se torna importante pois colabora para busca de melhores condições de tratamento para população clínica que é atendida pelos profissionais de saúde.

Tendo, portanto, uma visão integral do paciente, recebendo-o como indivíduo, compreendê-lo em seu sofrimento e conhecê-lo, tanto quanto possível, e da mesma forma com a sua doença. Para isso são necessários estudos e comprovações científicas que nos permitam acesso à patologia.

CONCLUSÃO

A maior ocorrência foi em mulheres, jovens e/ou adultas, em eutrofia e sem necessidade de internação. O TA mais prevalente foi a AN-R. Não houve associação das TAs com comorbidades psiquiátricas, dentre as quais o transtorno de personalidade foi o mais prevalente. Na população com esta característica, a BN foi o TA mais prevalente.

Já nos pacientes com depressão, a AN restritiva ou compulsiva purgativa foi o TA mais encontrado.

Este estudo trouxe em seus resultados que existe uma elevada incidência de depressão e transtorno de personalidade nos pacientes com TA, mostrando que quase metade dos pacientes possuem comorbidade psiquiátricas.

Dos pacientes portadores de patologias como essa, inteiramente psíquica em seu conceito, cabe ressaltar que estes, sempre estarão em um estado de vulnerabilidade e carência (mesmo que desconhecidas), maior em comparação a um indivíduo com diagnóstico negativo para TA.

Portanto, se tratando ainda de indivíduos com TA e uma outra patológica psiquiátrica associada, requer muito mais cautela e instrumentos para abordagem.

AGRADECIMENTOS

A autora Amanda Santos Silva é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), cujo número do processo nº 2019/17013-4.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- 1-American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Am J. Psychiatry. Vol. 157. p.1-39. 2000.
- 2-American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5. Artmed Editora. 2014.
- 3-Bandini, S.; Antonelli, G.; Moretti, P.; Pampanelli, S.; Quartesan, R.; Perriello, G. Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. Eat Weight Disord. Vol. 11. Núm. 4. p.179-84. 2006.
- 4-Barros, M.B.A.; Lima, M.G.; Azevedo, R.C.S.; Medina, L.B.P.; Lopes, C.S.; Menezes, P.R.; Malta, D.C. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros. PNS 2013. Rev. Saúde Pública. Vol. 51. supl. 1. 2017.

5-Branco, L.M.; Hilário, M.; Cintra, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 33. Núm. 6. p. 292-296. 2006.

6-Breda, P. C.; Hoc, V.A. A relação da mulher com o próprio corpo e a influência no desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc*. Vol. 5. p. e23676. 2019.

7-Cordás, T.A.; Neves, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 26. p. 41-7. 1999.

8-Fortes, L. S.; Filgueiras, J.F.; Oliveira, F.C.; Almeida, S.S.; Ferreira, M.E.C. Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em adolescentes brasileiros do sexo feminino. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 32. Núm. 4. p.e00024115. 2016.

9-Gonçalves, A.M.C.; Teixeira, M.T.B.; Gama, J.R.A.; Lopes, C.S.; Silva, G.A.; Gamarra, C.J.; Duque, K.C.D.; Machado, M.L.S.M. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. bras. psiquiatr.* Vol. 67. Núm. 2. p.101-109. 2018.

10-Haynos, A. F.; Roberto, C. A.; Attia, E. Examining the associations between emotion regulation difficulties, anxiety, and eating disorder severity among inpatients with anorexia nervosa. *Compr Psychiatry*. p. 93-98. 2015.

11-Joy, E.; Kussman, A.; Nattiv, A. 2016 Update On Eating Disorders In Athletes: A Comprehensive Narrative Review With A Focus On Clinical Assessment And Management. Vol. 50. p. 154-162. 2016.

12-Kessler, A.L.; Poll, F.A. relação entre imagem corporal, atitudes para transtornos alimentares e estado nutricional em universitárias da área da saúde. *J. Bras. Psiquiatr.* Vol. 67. Núm. 2. p. 118-125. 2018.

13-Kountza, M.; Garyfallos, G.; Ploumpidis, D.; Varsou, E.; Gkiouzezas, I. La Comorbidity Psychiatrique De L'anorexie Mentale: Une Étude Comparative Chez Une Population De

Patients Anorexiques Franc. Ais Et Grecs. *Encéphale*. 2017.

14-Manochio, M.G.; Reis, P.G.; Luperi, H.S.; Pessa, R.P.; Sarrasini, F.B. tratamento dos transtornos alimentares: perfil dos pacientes e desfecho do seguimento. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*. Vol. 1. Núm. 1. 2018.

15-Martins, F.C.O.; Sassi, E. A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. *Rev. Psiq. Clin.* Vol. 31. Núm. 4. p. 161-163. 2004.

16-Nascimento, V.S.; Santos, A.V.; Arruda, S.B.; Silva, G.A.; Cintra, J.D.C.; Pinto, T.C.C.; Ximenes, R.C.C. associação entre transtornos alimentares, suicídio e sintomas depressivos em universitários de cursos de saúde. *Einstein*. Vol. 18. 2019.

17-National Institute for Health and Care Excellence - NICE (UK). Eating disorders: Recognition and treatment. London. National Guideline Alliance. 2017.

18-Palma, R.; Santos, J.; Ribeiro, R. Hospitalização Integral Para Tratamento Dos Transtornos Alimentares: A Experiência De Um Serviço Especializado. Vol. 62. Núm.1. 2014.

19-Papalia, D. E.; Olds, S. W.; Feldman, R. D. *Desenvolvimento Humano*. 8ª edição. Porto Alegre. Artmed. 2016.

20-Santos, J.E. Grata: Nossa História, Trabalho e Desafios. *Medicina*, Ribeirão Preto. Vol. 39. Núm. 3. p. 323-6. 2006.

21-Skov, T.; Deddens, J.; Petersen, M.R.; Endahl, L. Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. *Int J Epidemiol*. Vol. 27. p.91-5. 1998.

22-Smink, F. R. E.; Hoeken, D. V.; Hoek, H. W. Epidemiology, course and outcome of eating disorders. *Current Opinion*. Vol. 26. Núm. 6. 543-548. 2013.

23-Souza, A.P.L.; Pessa, R.P. Tratamento Dos Transtornos Alimentares: Fatores Associados Ao Abandono. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 65. Núm. 1. p. 60-67. 2016.

24-Swan-kremeier, L.A.; Mitchell, J.E.; Twardowski, T.; Lancaster, K.; Crosby, R.D. Travel Distance And Attrition In Outpatient Eating Disorders Treatment. Int J Eat Disord. Vol. 38. Núm. 4. p.367-70. 2005.

25-Uzunian, L.G.; Vitale, M.S.S. Habilidades Sociais: Fator De Proteção Contra Transtornos Alimentares Em Adolescentes. Ciênc Saúde Coletiva. Vol. 20. Núm. 11. p.3495-508. 2015.

26-Wittchen, H.U.; Essau, C.A. Epidemiology o fanxiety disorders. Psychiatry, Ed. R. Michels, p. 1-25. Philadelphia: J.B. Lippincott. 1993.

27-World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva. 2017.

4 - Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde, Brasil.

E-mail dos autores:

amandaautran@hotmail.com

santosamanda_07@hotmail.com

sandymaraalves@outlook.com

rosane@eerp.usp.br

fabiola.maniglia@unifran.edu.br

marina.manochio@unifran.edu.br

Autor Correspondente:

Marina Garcia Manochio Pina.

Avenida Dr. Armando Sales Oliveira, 201.

Parque Universitário, Franca, SP. Brasil.

Recebido para publicação em 20/01/2022

Aceito em 05/06/2022