



INTERFACE  
ISSN 2448-2064



120

## Abandono do tratamento em anorexia nervosa e bulimia: uma revisão crítica

*Dropout in treatment for anorexia nervosa and bulimia: a critical review*

**Flávia Machado Seidinger-Leibovitz<sup>1</sup>**

Universidade Estadual de Campinas  
[flaviamsleibovitz@gmail.com](mailto:flaviamsleibovitz@gmail.com)

**Larissa Rodrigues<sup>2</sup>**

Universidade Estadual de Campinas  
[rodrigues-larissa@uol.com.br](mailto:rodrigues-larissa@uol.com.br)

**Celso Garcia Júnior<sup>3</sup>**

Universidade Estadual de Campinas  
[celsogarciajr@gmail.com](mailto:celsogarciajr@gmail.com)

**Carla Maria Vieira<sup>4</sup>**

Universidade Metodista de Piracicaba  
[vcarlamaria@gmail.com](mailto:vcarlamaria@gmail.com)

**RESUMO** Trata-se de revisão crítica de publicações científicas sobre abandono de tratamento ambulatorial e em internação, em anorexia nervosa ou bulimia nervosa, com levantamento de artigos indexados no PubMed/Medline, LILACS, Cochrane e PsycINFO utilizando-se os descritores: dropout, anorexia nervosa, bulimia nervosa e eating disorders em variadas combinações, selecionados por título, resumo e leitura do artigo na íntegra. Incluídos estudos sobre abandono em regime ambulatorial ou internação investigando AN e BN isoladas ou junto a outros transtornos alimentares. Em sua maioria os estudos abordam AN em internação. Encontradas contradições na busca de preditores; o subtipo purgativo é o preditor mais sustentado; a seguir, severidade de sintomas na triagem, menor nível educacional e aspectos familiares. Encontrou-se relação do abandono com aspectos psicopatológicos e aliança terapêutica. Sugerem-se estratégias de adesão: tratamento estruturado por fases, foco na aliança terapêutica, participação familiar, flexibilidade e prontidão da equipe no manejo das dificuldades dos pacientes com: impulsividade, controle e no relacionamento interpessoal. Há

<sup>1</sup> Membro do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (CNPq), bolsista CAPES, auxílio-pesquisa FAPESP no. 2011/20469-8, Psicóloga, psicanalista, membro da CEPPAN e do Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade (CLIN-a), mestre em Ciências Médicas/Saúde Mental (FCM-Unicamp) e membro do Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares (GETA - UNICAMP).

<sup>2</sup> Membro do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (CNPq), Faculdade de Enfermagem – Unicamp.

<sup>3</sup> Membro do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (CNPq) e membro do Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares (GETA - UNICAMP).

<sup>4</sup> Membro do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (CNPq) e Curso de Nutrição/Universidade Metodista de Piracicaba (SP)

necessidade de amostras adequadas e termos padronizados na pesquisa quantitativa; estudos qualitativos para compreender os significados implicados no abandono. Destaque para a relação do abandono com diferentes expectativas entre paciente/equipe e dificuldades interpessoais inerentes a estes pacientes, portanto, em constituir a aliança terapêutica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Pacientes Internados; Assistência Ambulatorial; Pacientes Desistentes de Tratamento.

**ABSTRACT** Critical review of the scientific publications about inpatient and outpatient treatment dropout for anorexia nervosa and bulimia. Indexed articles were taken from PubMed/Medline, LILACS, Cochrane and PsycINFO, using the keywords dropout, anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders in different combinations, selected by title, abstract with a later reading of the full article. We have included studies on outpatients and inpatients dropouts investigating AN and BN isolated or combined with eating disorders. Usually, most studies approach AN in inpatients. There have been some contradictions for the search of key words; the purging subtype is the most sustained predictor; followed by severity of symptoms on screening, poor schooling, and family aspects. Dropout was connected to psychopathological aspects and therapy. Compliance/adherence strategies are suggested: treatment structured into stages, focus on a “therapeutic alliance”, family participation, flexibility, and preparation of the team to manage patients’ difficulties with: impulsiveness, control and interpersonal relationship. There is a need for more adequate samples and standardized terms in quantitative research; for qualitative studies that understand the meanings implied in dropout. The relationship between dropout and different expectations of the patients/team and the interpersonal difficulties of these type of patients stand out, therefore, it is difficult to build the “therapeutic alliance”.

**KEY WORDS:** Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Inpatients; Outpatient Care; Patient Dropout

## INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares (TA) são transtornos psiquiátricos graves que podem levar a complicações clínicas importantes. Foram consideradas doenças mentais prioritárias na infância e adolescência pela Organização Mundial de Saúde e recebem destaque em seu documento para educadores sobre prevenção de suicídio, devido às altas incidências de depressão e suicídio, estimado em vinte vezes maior entre jovens adolescentes com TA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em mulheres jovens ocidentais, a incidência da anorexia nervosa (AN) é menor que 0,5%, da bulimia nervosa (BN) é ao redor de 1%, e entre 2 e 5% em Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação (TASOE). Hayet al.(2008) apresentam dados que apontam para o aumento da prevalência dos TA em geral, com destaque para o marcado aumento generalizado dos comportamentos purgativos; estudo que também afirma que os TASOE aumentam mais que AN e BN.

Estudo de revisão com meta-análise confirma que taxas de mortalidade em todos os tipos de TA são muito mais elevadas que em outros distúrbios psiquiátricos; estudo que também afirma a proporção de um suicídio a cada cinco mortos com anorexia nervosa (ARCELUS et al., 2011).

O abandono é fenômeno comum nos tratamentos psiquiátricos e psicoterapias como um todo. Estudos como os de Mohlet al. (1991) e Therani et al. (1996) encontram como seu principal motivo a insatisfação com o tratamento ou com o(s) terapeuta(s). O risco de abandono em internação para AN é duas vezes maior que em outros transtornos psiquiátricos, conforme Kahn; Pike (2001, 2002). As taxas médias conhecidas giram em torno de 50% para AN e 30% para BN e são relativas especialmente à internação; as experiências ambulatoriais encontram taxas mais elevadas ainda entre pacientes adultos. Apesar dos esforços de pesquisadores e clínicos, alguns autores relatam verificar aumento nas taxas de abandono entre 1991 e 2006 (CAMPBELL, 2009; MAHON, 2000).

O abandono do tratamento, “*dropout*”, como é conhecido na literatura científica internacional, segue como preocupação e desafio para os campos da clínica e da pesquisa nos Transtornos Alimentares. O fenômeno do abandono permanece ainda muito pouco esclarecido e pode constituir obstáculo aos êxitos terapêuticos e importante fator de piora do prognóstico.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivos levantar e analisar artigos sobre o abandono do tratamento hospitalar ou ambulatorial em Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, com vistas a levantar aspectos implicados.

## **METODOLOGIA**

A estratégia de busca utilizou as bases de dados PubMed/MedLine, PsycInfo, Cochrane Library e LILACS, com combinações dos seguintes descritores e operadores booleanos: *patientdropouts* e anorexia nervosa ou bulimia nervosa; anorexia nervosa ou bulimia nervosa ou *eatingdisorders* e *dropouts*; anorexia e nervosa ou bulimia e nervosa; anorexia e bulimia.

A seleção dos estudos teve por critérios de inclusão: artigos publicados até outubro de 2010; em qualquer idioma; com os descritores acima relatados; que analisassem o fenômeno do abandono do tratamento (*dropout*) hospitalar (*inpatientdropout*) ou ambulatorial (*outpatientdropout*); estudos que contemplassem o abandono como foco em seus objetivos, ou como categoria de análise dos resultados; em anorexia nervosa ou bulimia nervosa, analisadas isoladas ou em conjunto com outros transtornos alimentares.

A seleção dos artigos levantados deu-se pela análise dos títulos e resumos. Os artigos foram lidos na íntegra, fichados e classificados como estudos originais, artigos teóricos e revisões de literatura e, para análise, sumarizados conforme: objeto de estudo (diagnóstico,

modalidade de tratamento e faixa etária), foco do estudo, definição do termo *dropout* empregada, método e conclusão.

## RESULTADOS

Foram levantados estudos até outubro de 2010, datando do ano de 1983 a primeira publicação sobre o tema: o estudo clássico de Vandereycken&Pierloot, considerado marco zero no referido campo.

Os estudos sobre o abandono em TA concentram-se especialmente na Europa, em sua maioria no Reino Unido. Não foram encontrados artigos latino-americanos publicados com foco sobre o tema. Incluiu-se um único estudo brasileiro que, sob a ótica do psicodiagnóstico, atribui os altos índices de abandono de tratamento nos TA ao perfil psicológico destes pacientes, discutindo o abandono dentre seus resultados, portanto não se tratando de pesquisa com foco no estudo do fenômeno (OLIVEIRA, SANTOS, 2006).

A maioria dos estudos baseia-se em experiências de tratamento, sendo, assim, produzidos em e influenciados por contextos socioculturais diversificados; além disso, encontra-se grande diversidade de *settings*, propostas de tratamento e composição de amostras, dificultando outros tipos de análise, porém permitindo uma revisão de natureza integrativa e crítica.

Dos 42 artigos incluídos, 21 estudam o fenômeno da AN, em sua maioria em regime de internação com pacientes adultos. Seis estudam BN e quinze analisam AN e/ou BN dentro dos TA como um todo, sendo, destes últimos, a maioria em regime ambulatorial. Foram encontrados somente três estudos sobre adolescentes. Para a fundamentação e discussão do tema, foram adicionados mais cinco trabalhos, sendo, destes, os três últimos obtidos por citação dos artigos revisados (WHO, 2005; HAY et al., 2008; PEKARIK, 1992).

Podemos categorizar os estudos encontrados por faixa etária: 39 com adultos e 3 com adolescentes; 29 oriundos da Europa, sendo: 10 da Inglaterra, 5 da Itália, 4 da Suécia, 3 da Alemanha, 3 da Holanda, 2 da França e 2 da Espanha, 10 oriundos da América do Norte, 5 dos Estados Unidos e 5 do Canadá, 1 da América Latina, especificamente do Brasil; 2 da Oceania, sendo 1 revisão da Austrália com co-autores do Brasil e da Índia e 1 da Nova Zelândia.

É encontrada relação do fenômeno do abandono com aspectos psicopatológicos dos TA em Dalle Grave (1993), Favaro e Santonastaso (2000); em Vandereycken e Vansteenkiste

(2009) com a abordagem da equipe, a relação terapeuta-paciente em Bell (2003) e Björk (2009), guardando importante relação com a aliança terapêutica (DALLE GRAVE et al., 2008, GODART et al., 2005, VANDEREYCKEN e PIERLOOT, 1983). Foram encontradas taxas significativamente mais altas dentre filhos de pais separados, seja entre adolescentes, em Locket al. (2006), ou adultos, conforme Dalle Grave et al. (2008), Mahon et al. (2001); estudos de van Strien, van Der Ham, van Engeland (1992) indicam relação com histórico de psicopatologia familiar. Em geral, as taxas de abandono encontradas foram mais baixas entre adolescentes, o que é atribuído à participação familiar no tratamento.

Dentre os achados, vale destacar a relação significativa entre abandono e rigorosos programas de restauração de peso em AN/internações, de acordo com Mahon (2003) e Bell (2000); estudos como os de Eivors (2003), Kahn e Pike (2001) e Waller (1997) encontram que abordagens de tratamento mais estritas, com maior nível de controle por parte da equipe, tendem a aumentar a não-adesão ou abandono, tanto na AN como na BN. Revisões relatam relação entre abandono e controles estritos de programas de restauração de peso nas internações para AN. Esse dado é convergente com as conclusões de que abordagens flexíveis e brandas na AN grave podem aumentar a adesão e diminuir o abandono (MAHON, 2000; VANDEREYCKEN e VANSTEENKISTE, 2009).

Já com relação à BN a revisão sistemática de Hayet al. (2010) encontra melhores resultados com abordagens mais coercitivas; o complexo fenômeno do abandono encontra-se fortemente relacionado à gravidade dos sintomas alimentares nas triagens em Woodside et al. (2004), Fassino et al. (2003) e Surgenor et al. (2004); estrutura e psicopatologia familiar, conforme Mahon (2000), Mahon et al. (2001) e Lock et al. (2006); e com a relação terapeuta-paciente em Campbell (2009), Dalle Grave et al. (1993); portanto, com motivações intrínsecas ao tratamento, isto é, de natureza distinta dos motivos como os relatados no item a seguir; motivos externos, como por exemplo a distância física do local de tratamento. Fatores externos também não se verificam como determinantes do abandono nos estudos de van Strien, van der Ham e van Engeland (1992), com exceção de quando os pacientes arrumam um emprego (Swan-Kremeier et al., 2005); programas que experimentaram “negociar”, permitindo que parte do *locus* de controle passasse para as mãos das pacientes, seja na restauração do peso, seja em outras decisões do tratamento, encontraram redução significativa do abandono (DALLE GRAVE et al., 1993; VANDEREYCKEN; VANSTEENKISTE, 2009).

Não há uniformidade na definição do fenômeno do abandono, o que leva a vieses, dificulta a padronização das pesquisas e impede a generalização dos resultados. Mesmo dentre os estudos com foco na questão do abandono, há grandes variações na forma de definir o fenômeno estudado, comportando dificuldades em padronizar a pesquisa na área, limitando a generalização de resultados. Tal variação pode ser exemplificada nas diversas definições encontradas para *dropout* nos estudos revisados, o que, logicamente, implica em variações daquilo que está sendo medido no estudo, como nas definições a seguir: “desligamento prematuro contra conselho médico: abandono precoce (uma semana após admissão) e abandono tardio entre segunda semana e momento anterior à alta médica” (BELL, 2003).

Considera-se “abandono antes de atingir a meta de 90% do IMC, sendo precoce quando menor ou igual a 80% da meta, e tardio quando igual ou maior a 81%”, em Arcelus et al. (2011); “precoce quando antes da 4ª semana, tardio quando no final do tratamento” em Bewell e Carter (2008); “qualquer interrupção não planejada antes de atingir a meta de peso (IMC = 19)” em Favaro e Santonastaso (2000), ou “antes da 10ª consulta, inclusive durante a triagem” em Mahon et al. (2001); “término prematuro do tratamento quando antes do IMC=20” em Fassino et al. (2003) ou a mesma definição, porém considerando incluir tanto as “interrupções por iniciativa unilateral do paciente como da equipe” em Vandereycken e Vansteenkiste (2009) e Zeeck (2005); “‘término prematuro do tratamento’ quando desligado pela equipe, diferenciando do termo ‘abandono’, quando por parte do paciente” em Kahn e Pike (2001); “sujeitos que não atingiram o contrato terapêutico” (GODART et al., 2005); “término do tratamento pelo paciente antes da conclusão planejada” (BJÖRK et al., 2009); cite-se ainda um estudo no qual não foi definido o que se considerou “abandono” (VAN STRIEN; VAN DER HAM; VAN ENGELAND, 1992).

Tal variação pode explicar parte dos resultados contraditórios encontrados, segundo os estudos críticos como os de Wallier (2009), Campbell (2009) e Sly (2009), que apontam ajustes urgentes e necessários ao campo de pesquisa.

## **DISCUSSÃO**

Segundo Mahon (2000), analisando a literatura sobre o abandono do tratamento psicológico para TA, considerando tipo de tratamento, formato e *setting*, o abandono não guarda relação direta com as modalidades de tratamento ambulatorial ou hospitalar. Entretanto, consideramos essa conclusão discutível. Diversos pesquisadores encontraram

maiores taxas de abandono em tratamento ambulatorial do que em internação. Além disso, há que se levar em conta a não padronização dentre os estudos levantados, desde a definição de abandono, seja com relação aos desenhos dos estudos e métodos empregados, sendo pouco legítimo compará-los: em sua maioria trata-se de estudos prospectivos baseados em experiências muito particulares de tratamento, em contextos culturais diversos, com variações enormes, inclusive daquilo que é considerado como abandono. Apresentamos as variações das taxas encontradas a partir das quais se pode não muito mais que inferir: maior índice de abandono em regime ambulatorial que em internação, na AN e BN, no caso de adultos. Já o contrário se pode observar se considerarmos os dois únicos estudos sobre AN em adolescentes: Godart et al. (2005) apresentam taxa de abandono mais alta, pesquisando o abandono em internação, que o estudo de Lock et al. (2006) em regime ambulatorial. Não foram encontrados estudos sobre internação para BN em adolescentes.

Uma vez que os estudos com adolescentes são muito escassos para qualquer inferência a respeito, limitamo-nos a simples comparações e hipóteses que esta revisão permite apontar, deixando a recomendação de aprofundamento a estudos futuros focados no tema, tendo em vista que as revisões existentes, quando analisam números por métodos estatísticos, não abordam os dois diagnósticos comparativamente.

Essa observação é válida também para os achados sobre adultos: embora tenhamos número maior de estudos, não utilizamos método de análise que permita conclusões pormenorizadas sobre os números. Assim, a análise discute aspectos encontrados, de interesse, sobretudo à clínica dos transtornos alimentares. Os índices encontrados em internação para BN são menores quando comparados à AN, e o contrário é encontrado em regime ambulatorial: taxas maiores de abandono ambulatorial na BN.

Frente a tal dado podemos considerar a hipótese de que, por ser menos frequente a indicação de internação em BN, trata-se possivelmente de casos que, quando internados, serão situações extremas nas quais outros critérios de gravidade ou risco podem estar presentes, gerando maior aceitação e adesão. Também é possível que a questão com “o controle”, central nos transtornos alimentares, no caso da internação, sendo bruscamente passada para as mãos do outro, seja menos suportada pelos pacientes com AN, podendo ser fator de aumento de abandono. Em nossa leitura, o controle excessivo, presente na AN, ficaria abalado pela intervenção da internação; ao contrário, o controle buscado, que vacila na BN e costuma ser

sentido como falha com o excesso de comida, em nossa hipótese, seria reestabelecido pela internação, o que poderia refletir em melhor adesão, portanto menor abandono.

Já no *setting* ambulatorial encontramos maiores índices de abandono nos tratamentos para BN, o que pode ser atribuído ao maior ajuste social no caso das pessoas com BN do que com AN, desde a visível desnutrição, e a doença aparente *versus* a doença que se omite, fator que é acompanhado da estimativa de que as pacientes com BN se tratem menos que as com AN; porém, é também sabido que, quando se tratam, é mais frequente que a procura se dê por demanda espontânea, do que na AN, quando os pacientes chegam pela demanda da família ou outros vínculos sociais. Com relação aos chamados “preditores” do abandono, muito pouco se pode prever sobre o abandono a partir dos pacientes, como buscava a tendência primeira neste campo de pesquisa, a qual vem declinando segundo Kahn e Pike (2001), Mahon (2000) e Vandereycken e Pierloot (1993). Os achados na busca de preditores muitas vezes conflitantes são discutidos a seguir.

Alguns estudos não encontraram relação significativa entre abandono e quaisquer características sociodemográficas, como referem Kahn e Pike (2002), Woodside, Carter, Blackmore (2004) e Zeeck (2005), ao contrário de outros, como Dalle Grave et al. (2008) e Godart et al. (2005), que identificaram que pacientes com baixa escolaridade abandonam o tratamento com maior frequência. Entre adolescentes com AN, são encontrados como preditores do abandono idade de desencadeamento mais tardia em Hoste (2007) e *status* educacional em Dalle Grave et al. (2008), e indicadores socioeconômicos baixos em Godart et al. (2005).

Em adultos, a idade no abandono, internações prévias, duração da doença, gravidade dos sintomas alimentares, peso mínimo, índice de massa corporal na triagem ou duração da doença também não se mostraram de forma consistente como preditores do abandono. Foram encontradas mais internações prévias dentre os pacientes que não abandonaram. Estudo em internações de adolescentes por AN encontrou como preditores do abandono: IMC, peso mínimo e máximo, idade, tempo de internação, tempo de desencadeamento, subtipo e internações prévias. (GODART et al., 2005).

Encontrados em relação significativa com o abandono respectivamente, os seguintes aspectos: sintomas alimentares mais severos nas triagens, em Waller (1997), Vandereycken e Pierloot (1983), Woodside, Carter, Blackmore (2004), Fassino et al. (2003) e Surgenor, Maguire, Beumont (2004); correlação com tempo de duração da doença em tratamento ambulatorial



para adolescentes com BN em Hoste et al (2007) e também internação para adultos com AN em Vandereycken e Pierloot (1983); correlação não confirmada em outros estudos também sobre internação na AN em Kahn e Pike (2002) e Woodside, Carter, Blackmore (2004).

O subtipo purgativo, preditor do abandono mais sustentado, é atribuído à impulsividade. Ainda assim achados divergem: forte preditor em Fernandez-Aranda et al. (2009) e Carter et al. (2006); preditor modesto em Zeeck e Herzog (2000); e não se revela como preditor para Favaro e Santonastaso (2000), Zeeck e Herzog (2000) e Zeeck (2005). Observamos que os estudos que não o confirmam são todos referentes à internação para AN, sendo um deles com adolescentes, quando é mais rara a incidência de tal subtipo (GODART et al., 2005).

Vale destacar, com relação à característica clínica “comorbidade”, que o fator depressão pode diminuir o risco de abandono, o que tampouco significa nestes casos melhor prognóstico para Zeeck e Herzog (2000); estudos sobre internações para anorexia em adultos encontram o contrário em Hayet et al. (2008) e Kahn e Pike (2001). Encontrada relação positiva com severidade dos sintomas alimentares e psicopatologia psiquiátrica para Clinton et al. (2004) e Hoste et al. (2007); de modo contrário, também encontrado em relação negativa por Mahon et al. (2001).

A melhora no quadro de TA apresentou-se significativamente relacionada à melhora no quadro de Transtorno de Personalidade, com melhora em maior proporção em BN (61%) que em AN (34%), ainda que mais frequentemente encontrados Transtornos de Personalidade na BN. Os transtornos tipo esquizóide e de evitação foram encontrados nos pacientes mais resistentes e menos aderentes ao tratamento, grupo com maior índice de abandono. Frente a tais achados, autores questionam a fidedignidade de pesquisas que consideram quaisquer interrupções como abandono e advertem para o fato de que pacientes co-mórbidos com Transtorno de Personalidade são frequentemente desligados pela equipe – e são muitas vezes computados como abandonos, alertando, inclusive, sobre constituição de vieses prejudiciais à construção do saber como tratar tal grupo, com pior prognóstico nos Transtornos Alimentares para Zeeck et al. (2000); Clinton et al. (2004) e Martín Murcia et al. (2009).

Autoimagem negativa foi encontrada com menor frequência em pacientes que abandonam em Björck et al. (2008) e Clinton (1996). Baixa autoestima, como em Halmiet et al. (2005) e Waller (1997); propensão à irritabilidade, ao ódio e à não cooperação para Fassino et al. (2003) foram relacionados ao abandono e à não adesão. O abandono em sua forma mais

tardia tende a ocorrer ao verem-se no limiar de mudanças subjetivas importantes, quando os pacientes com TA tendem a recuar, de acordo com Woodside, Carter, Blackmore (2004) e Zeeck e Herzog (2000).

São aspectos que podem explicar o abandono frente à melhora: dificuldade em ganhar peso na AN e BN, segundo Dalle Grave et al. (1993); aspectos descritos, em geral medidos por escalas: “dificuldade em realizar mudanças”, para Mahon (2000); “medo do amadurecimento”, em Woodside, Carter, Blackmore (2004), Zeeck et al. (2005); “necessidade de deter o controle” – dilema central vivido por estes pacientes em Eivors (2003); casos nos quais o paciente não concede à equipe a oportunidade de dar-lhe a alta, para Vandereycken e Vansteenkiste (2009), logrando assim manter consigo o controle, de acordo com Bell (2003). Nesses casos, dar-se-ia uma inversão da relação de potência no ato de abandonar na iminência da alta, como quem retira da equipe este poder, tomando-o para si. Nesse sentido, pesquisa de abordagem compreensiva com entrevistas revela como central a questão do controle, sendo interpretado o fenômeno do abandono como tentativa de resolução do dilema do ‘controle eu-outro’, ao retirá-lo das mãos da equipe nesse ato, conforme Eivors (2003).

Outra possibilidade que podemos supor, a partir da clínica, é o fato constantemente observado de que custa muito aos pacientes com tais transtornos ver-se sem seus sintomas. Podemos interpretar aí a possível esQUIVA em se ver totalmente sem poder recorrer aos comportamentos do comer desordenado, o que poderia explicitar o desarranjo de algo que cumpria uma função muito cara à sua economia psíquica, espécie de recuo, também apontado pela literatura na análise do abandono tardio.

Destaca-se a dinâmica estabelecida nos TA como possível fator relevante nas interrupções, com destaque às características psicológicas do desamparo psíquico, baixa autoestima, hostilidade e ambivalência. Assim, a disponibilidade da equipe para manejo clínico e flexibilidade mostrou-se relevante e relacionada à adesão e permanência, especialmente nas anorexias.

Estudos encontram relação entre maior envolvimento familiar no tratamento e menor índice de abandono em Hoste et al. (2007) e Lock et al. (2006). Pacientes que não abandonam têm famílias mais estruturadas para Hoste et al. (2007), com menos histórico de psicopatologia (VAN STRIEN; VAN DER HAM; VAN ENGELAND, 1992), enquanto pacientes que abandonam maissão filhos de pais separados, de acordo com achados de Dalle Grave et al. (2008); Lock et al. (2006) e Mahon et al. (2001)– aspecto encontrado como

relativo à capacidade desses pacientes de constituir e manter laços em Mahon (2000) desde as experiências primordiais e familiares. Vale ressaltar que o que entendemos, a partir da experiência clínica, como “deseestrutura familiar” é algo que se dá de diversos modos, inclusive quando o núcleo familiar não se desfez efetivamente, porém as figuras parentais não o sustentam, deixando de ocupar posições simbólicas fundamentais ao desenvolvimento psíquico dos filhos. Assim, não lhes é possibilitado um desenvolvimento saudável da própria imagem e, por conseguinte, tampouco galgar identificações que lhes permitam encontrar seu próprio lugar (na família e no mundo). Na falta destes, o quadro alimentar é desencadeado em momentos de eclosão da angústia frente à convocatória para assunção da sexualidade e/ou de responsabilidades impostas pelo período da adolescência ou outras situações de quebra ou grande exigência, não somente interna. Tal análise é convergente com a discussão de Waller (1997), que destaca o achado dos pacientes impulsivos, geralmente observado na bulimia, os quais possuem dificuldade de constituir aliança terapêutica, aspecto revelado como fundamental para adesão e permanência no tratamento.

A observação das análises e conclusões relativas à relação entre “abandono” e “deseestrutura familiar” e sua consistência confirmada na presente revisão aponta para maior abandono dentre esses pacientes que vivenciam a deseestrutura familiar. Converte com outro estudo que encontra, nos relatos de pacientes que descrevem suas famílias como pobres na manifestação do afeto, justamente aqueles que apresentam maior incidência de comportamento purgativo, discutido pela autora como demanda endereçada à família em Waller (1997) corroborando com nossa hipótese o fato de o comportamento purgativo ser o preditor do abandono mais sustentado nas pesquisas.

A leitura transversal dos estudos revelou, no centro da discussão do abandono, a dificuldade nas relações interpessoais e seu correlato clínico, a aliança terapêutica, para Dalle Grave et al. (2008) e Godart et al. (2005). A ambivalência significativamente ligada ao abandono na AN é relatada por Wild et al. (2009); Clinton (1992) aponta os mecanismos de introjeção e projeção da culpa relacionados à autoimagem e, por sua vez, as dificuldades geradas no campo da relação interpessoal, o que inclui o terapeuta, podem desembocar no abandono, segundo Oliveira e Santos (2006) e Clinton (1996). O mesmo ocorre com relação à repetição das dificuldades com as figuras parentais projetadas nesta relação, de acordo com Oliveira e Santos (2006) e Clinton et al. (2004). Essa dinâmica, se negligenciada pelas equipes, pode contribuir para o abandono, aspecto que será retomado nas contribuições.

Estudo de Bell (2003) conclui que pacientes com AN recebendo psicoterapia especializada são mais propensos a permanecer em tratamento que aqueles a quem foi oferecido somente tratamento ambulatorial de rotina, apesar de tratar-se de grupo com pior prognóstico por desencadeamento precoce, longa duração da doença e história de insucesso do tratamento. Perguntamo-nos se tais dados podem ser explicados pela seguinte hipótese: independentemente da abordagem, será a aliança construída o aspecto determinante para a permanência e sucesso do tratamento? É interessante observar que a revisão sistemática (Cochrane Library) sobre programas de autoajuda para TA encontrou melhores resultados e preferência pelos programas orientados, se comparados aos não orientados (PERKINS et al. 1996), o que parece apontar também para a importância da função da aliança terapêutica; ou seja, o fato de ter alguém na posição de acompanhar e orientar o paciente cumpre uma função e reflete na adesão e permanência.

É bastante criticada a não padronização do termo *dropout* nas pesquisas, termo ao qual são atribuídos vieses e resultados discrepantes. Autores concordam que há problemas metodológicos, que o tema é pouco estudado e permanece como desafio para clínicos e pesquisadores (SLY, 2009; WALLIER et al., 2009). São sugeridos: adequação das amostras e controle metodológico mais rigoroso nos estudos quantitativos.

A revisão permitiu caracterizar o abandono como fenômeno complexo e multifacetado, e a área de pesquisa como pautada por discussão e tentativa constante de evolução quanto aos problemas intrínsecos à natureza do próprio objeto de estudo, visando avançar com os problemas da padronização, não somente do termo. Seja porque os diagnósticos e seus subtipos não são estanques, podem mudar ao longo do tratamento, seja devido ao reduzido número de pacientes que buscam tratamento, as interrupções da participação nos estudos também se devem às internações, impactando as amostras pela alta mortalidade por complicações nutricionais ou suicídio, e o próprio elevado fenômeno do abandono (WILD et al., 2009; SANTONASTASO et al., 2009). Assim, é difícil compor amostras estatisticamente significativas nos TA, muitas vezes resultando em estudos não conclusivos ou sem validade por problemas metodológicos. Na mesma direção apontam as conclusões da revisão crítica de Wallier et al. (2009), focada somente em estudos quantitativos sobre internação para AN, que apresenta análise uni e multifatorial apontando importantes deficiências metodológicas. Sugere a necessidade de uniformidade na definição dos termos envolvidos e examina o “término prematuro do tratamento” – termo que vem sendo mais

utilizado e considerado mais adequado que “abandono” (*dropout*). Tal preocupação com a definição e uso desse termo vem sendo contemplada nas pesquisas mais recentes, especialmente a partir de 2009, quando avança com a proposta de parâmetros feita por outros artigos teóricos que discutem criticamente a problemática do uso do termo e propõem a criação de definição comum em Sly (2009). Tais conclusões contribuem para a mudança da concepção de abandono, ao considerar os vieses nas pesquisas, e assim considerando outros fatores o que tem como efeito, em parte, questionar a responsabilidade somente do paciente.

Estudo de Zeeck e Herzog (2000) questiona se é positivo que pacientes com TA e depressão abandonem menos, o que pode indicar incapacidade de separação, dependência do outro, considerando que tampouco obtêm melhoras em outros critérios – dados que apontam para a relativização do paradigma do abandono como resistência do paciente. Na mesma direção, outros artigos questionam seu caráter negativo e patológico ao encontrar correlação significativa com melhora global e escores em escalas de depressão, autoestima ou autoconfiança, como os trabalhos de Bell (2003) e Björket al. (2009).

O significado univocamente negativo do abandono passa a ser interrogado. Nesse sentido, diversos estudos asseveram a necessidade de mais pesquisas com análise qualitativa de entrevistas com pacientes, em Martín Murcia et al. (2009) e Masson (2007), e terapeutas em Mahon (2001), a fim de investigar a subjetividade ligada ao abandono e seus significados (MARTÍN MURCIA et al., 2009; SURGENOR; MAGUIRE; BEUMONT, 2004). Foram encontrados poucos estudos que se utilizam de métodos qualitativos.

## **CONSIDERAÇÕES**

A análise dos artigos levantados aponta para que nossa revisão se coloque de acordo com a conclusão de que, acima de qualquer outra variável do paciente ou abordagem, encontram-se significativamente relacionados ao abandono o papel da aliança terapêutica e diferenças entre expectativas do paciente e equipe. Com vistas a melhorar adesão e permanência, o estudo sugere discussão das expectativas e investimento na constituição da aliança desde o início. É importante que o tratamento trabalhe pela localização subjetiva dos fatores e da conjuntura do desencadeamento do transtorno, paralelamente ao investimento em construir e conquistar a tão difícil aliança terapêutica com pacientes que possuem dificuldades no campo do relacionamento interpessoal, o que é inerente à psicopatologia dos transtornos alimentares.

Com base na revisão, sugerimos as seguintes estratégias clínicas para a redução do abandono: discussão das expectativas do tratamento; constante investimento na construção e manutenção da aliança terapêutica e seu manejo clínico; abertura para negociar certas decisões, deixando tramitar “o controle”, entre equipe e paciente; apoio emocional; participação familiar no tratamento.

A tendência primeira na pesquisa sobre o abandono do tratamento em Transtorno Alimentar, que buscava os preditores e a responsabilidade pelo abandono somente do lado dos pacientes, perdeu força. Passou-se a considerar o processo de tratamento como um todo, incluindo outras variáveis discutidas nesta revisão (como o *setting*, a abordagem, grau de autonomia do paciente, características dos terapeutas). Ainda assim, é válido apontar que subtipo purgativo, baixa escolaridade, gravidade dos sintomas alimentares nas triagens e estrutura e psicopatologia familiar foram encontrados em vários estudos como significativamente relacionados ao abandono.

Problemas metodológicos são evidentes nesta área de pesquisa. Entretanto, a revisão indica que a motivação central do abandono parece residir nas dificuldades próprias à psicopatologia dos transtornos alimentares no campo do relacionamento interpessoal e na diferença entre as expectativas do terapeuta e paciente com anorexia nervosa ou bulimia. Reitera-se, portanto, a importância fundamental da construção da “aliança terapêutica” pela equipe, condição conhecida para qualquer tratamento, porém, ainda mais importante em se tratando de pacientes com anorexia nervosa ou bulimia.

A presente revisão é exitosa em fundamentar e motivar pesquisa qualitativa de campo e merece continuidade com foco nos temas do apego e da aliança terapêutica.

---

***AGRADECIMENTOS:** Este estudo fez parte da pesquisa que fundamentou estudo para obtenção de título de mestre em Ciências Médicas/Saúde Mental (FCM-Unicamp). Os autores agradecem aos suportes CAPES (bolsa) e FAPESP (Auxílio Pesquisa 2011/20469-8); etambém agradecem grandemente ao LPCQ, e às valorosas contribuições de Vanda F. de Oliveira, Daniela F. Araújo Silva, a Fátima Böttcher-Luiz, e especialmente ao Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato.*

## **REFERÊNCIAS**

ARCELUS, J.; MITCHELL, A. J.; WALES, J.; NIELSEN, S. Mortality Rates en Patients with Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders – a Meta-analysis of 36 studies. **Arch Gen Psychiatry**.2011; 724–31.

BELL, L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? **Eat Weight Disord**. Sep. 2003; 8 (3): 181–7.

BEWELL, C.V., CARTER, J.C. Readiness to change mediates the impact of eating disorder symptomatology on treatment outcome in anorexia nervosa. **Int J Eat Disord**. May. 2008; 41 (4): 368–71.

BJÖRCK, C., BJÖRK, T., CLINTON, D., SOHLBERG, S., NORRING, C. Self-image and treatment drop-out in eating disorders. **PsycholPsychother**. Mar. 2008; 81 (Pt 1): 95–104.

BJÖRK, T., BJÖRCK, C., CLINTON, D., SOHLBERG, S., NORRING, C. What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. **European Eating Disorders Review**. Mar. 2009; 17 (2): 109–19.

CAMPBELL, M. Drop-out from treatment for the eating disorders: A problem for clinicians and researchers. **European Eating Disorders Review**. Jul. 2009; 17 (4): 239–42.

CARTER, J.C., BEWELL, C., BLACKMORE, E., WOODSIDE, D.B. The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. **Child Abuse Negl**. Mar. 2006; 30 (3): 257–69.

CLINTON, D.N. Why do eating disorder patients drop out? **PsychotherPsychosom**. 1996; 65 (1): 29–35.

CLINTON, D.N. Why do eating disorder patients drop out? **PsychotherPsychosom**. 1996; 65 (1): 29–35.

CLINTON, D., BJÖRCK, C., SOHLBERG, S., NORRING, C. Patient satisfaction in treatment of Eating Disorders: cause for complacency or concern? **European Eating Disorders Review**. 2004; 240–6.

DALLE GRAVE, R., BARTOCCI, C., TODISCO, P., PANTANO, M., BOSELLO, O. Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: a lenient approach. **European Eating Disorders Review**. 1993; 166–76.

DALLE GRAVE, R.; CALUGI, S.; BRAMBILLA, F.; MARCHESINI, G. Personality dimensions and treatment drop-outs among eating disorders patients treated with cognitive-behavior therapy. **Psychiatry Research**. 2008; 381–8.

EIVORS, A., BUTTON, E., WARNER, S., TURNER, K. Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. **European Eating Disorders Review**. Mar. 2003; 11 (2): 90–107.

FASSINO, S., ABBATE-DAGA, G., PIERO, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G.G. Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: Role of personality and anger. **PsychotherPsychosom**. 2003; 203–10.

FAVARO, A., SANTONASTASO, P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. **J NervMent Dis**. Ago. 2000; 188 (8): 537–42.

FERNÁNDEZ-ARANDA, F., ÁLVAREZ-MOYA, E.M., MARTÍNEZ-VIANA, C., SÁNCHEZ, I., GRANERO, R., PENELO, E., et al. Predictors of early change in bulimia nervosa after a brief psychoeducational therapy. **Appetite**. Jun. 2009; 52 (3): 805–8.

GODART, N.T., REIN, Z., PERDEREAU, F., CURT, F., JEAMMET, P. Predictors of premature termination of anorexia nervosa treatment. **Am J Psychiatry**. Dez. 2005; 162 (12): 2398–9; author reply 2399.

HALMI, K.A., AGRAS, W.S., CROW, S., MITCHELL, J., WILSON, G.T., BRYSON, S.W., KRAEMER, H.C. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. **Arch Gen Psychiatry**. 2005; 776–81.

HAY, P.J., MOND, J., BUTTNER, P., DARBY, A. Eating Disorder Behaviors Are Increasing: Findings from Two Sequential Community Surveys in South Australia. Murthy RS, organizador. **PLoS ONE**. Fev. 2008; 3 (2): e 1541.

HAY, P.J., BACALTCHUK, J., STEFANO, S, KASHYAP, P. Psychological Treatments for Bulimia Nervosa and Bingeing. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**. Issue 9, 2010. Art. No. CD00562. DOI: 10.1002/14651858.CD00562.pub4.

HOSTE, R.R., ZAITSOFF, S., HEWELL, K., LE GRANGE, D. What can dropouts teach us about retention in eating disorder treatment studies? **Int J Eat Disord**. Nov. 2007; 40 (7): 668–71.

KAHN, C., PIKE, K.M. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. **Int J Eat Disord**. Nov. 2001; 30 (3): 237–44.

KAHN, C., PIKE, K.M. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. Erratum. **Int J Eat Disord**. Sep. 2002; 32(2): 249.

LOCK, J., COUTURIER, J., BRYSON, S., AGRAS, S. Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. **Int J Eat Disord**. Dez. 2006; 39 (8): 639–47.

MAHON, J., WINSTON, A.P., PALMER, R.L., HARVEY, P.K. Do broken relationships in childhood relate to bulimic women breaking off psychotherapy in adulthood? **Int J Eat Disord**. Mar. 2001; 29 (2): 139–49.

MAHON, J., BRADLEY, S.N., HARVEY, P.K., WINSTON, A.P., PALMER, R.L. Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: a replication. **Int J Eat Disord**. 2001; 30 (02): 138-48.

MARTÍN MURCIA, F.M., CANGAS, A.J., POZO, E.M., MARTINEZ SANCHEZ, M., LOPEZ PEREZ, M. Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. **Psicothema**. 2009; 21(1): 33-8.



MASSON, P.C., PERLMAN, C.M., ROSS, S.A., GATES, A.L. Premature termination of treatment in an inpatient eating disorder programme. **European Eating Disorders Review**. Jul. 2007; 15 (4): 275–82.

MASSON, P., SHEESHKA, J.D. Clinicians Perspectives on the Premature Termination of Treatment in Patients with Eating Disorders. **European Eating Disorders Review**. 2007; 15(4): 275–282.

MOHL, P.C., MARTINEZ, D., TICKNOR, C., HUANG, M., CORDELL, L. Early dropouts from psychotherapy. **J NervMentDis**. Ago. 1991; 179 (8): 478–81.

OLIVEIRA, E.A., SANTOS, M.A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. **Medicina**. 2006; 39(3): 353-60.

PEKARIK G. Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. **J Clin Psychol**. Jan. 1992; 48 (1): 91–8.

PERKINS SARAH, S.J., MURPHY REBECCA, R.M., SCHMIDT ULRIKE, U.S., WILLIAMS, C. Self-help and guided self-help for eating disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, Issue 9, Art. No. CD004191. DOI: 10.1002/14651858. CD004191.pub3.

SANTONASTASO, P., BOSELLO, R., SCHIAVONE, P., TENCONI, E., DEGORTES, D., FAVARO, A. Typical and atypical restrictive anorexia nervosa: weight history, body image, psychiatric symptoms, and response to outpatient treatment. **Int J Eat Disord**. 2009; 44–70.

SLY R. What's in a Name? Classifying 'the Dropout' from Treatment for Anorexia Nervosa. **European Eating Disorders Review**. 2009; 17(6): 405–407.

SURGENOR, L.J., MAGUIRE, S., BEUMONT, P.J.V. Drop-out from inpatient treatment for anorexia nervosa: can risk factors be identified at point of admission? **European Eating Disorders Review**. Mar. 2004; 12 (2): 94–100.

SWAN-KREMEIER, L.A., MITCHELL, J.E., TWARDOWSKI, T., LANCASTER, K., CROSBY, R.D. Travel distance and attrition in outpatient eating disorders treatment. **International Journal of Eating Disorders**. Dez. 2005; 38 (4): 367–70.

SWAN-KREMEIER, L.A., MITCHELL, J.E., TWARDOWSKI, T., LANCASTER, K., CROSBY, R.D. Travel distance and attrition in outpatient eating disorders treatment. **International Journal of Eating Disorders**. Dez. 2005; 38 (4): 367–70.

THERANI, E., KRUSSEL, J., BORG, L., MUNK-JORGENSEN, P. Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first admission cohort. **ActaPsychiatr Scand**. 1996; 94 (4):266–271.

VANDEREYCKEN, W., PIERLOOT, R. Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. **British Journal of Medical Psychology**. Jun. 1983; 56 (2): 145–56.

VANDEREYCKEN, W., VANSTEENKISTE, M. Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. **European Eating Disorders Review**. May. 2009; 17 (3): 177–83.

VAN STRIEN, D.C., VAN DER HAM, T., VAN ENGELAND, H. Dropout Characteristics in a Follow-Up Study of 90 Eating-Disordered Patients. **Int J Eat Disord**. 1992; 12(3): 341-3.

WALLER G. Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for bulimic disorders. **Int J Eat Disord**. Jul. 1997; 22 (1): 35–41.

WALLIER, J., VIBERT, S., BERTHOZ, S., HUAS, C., HUBERT, T., GODART, N. Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. **Int J Eat Disord**. Nov. 2009; 42 (7): 636–47.

WILD, B., FRIEDERICH, H.C., GROSS, G., TEUFEL, M., HERZOG, W., GIEL, K.E., DE ZWAAN, M., SCHAUBENBURG, H., SCHADE-BRITTINGER, C., SCHÄFER, H., ZIPFEL, S. The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa – a randomized controlled trial. **Trials**. 2009; 10–23.

WOODSIDE, D.B., CARTER, J.C., BLACKMORE, E. Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. **Am J Psychiatry**. Dez. 2004; 161 (12): 2277–81.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, organizador. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark: **World Health Organization**, Regional Office for Europe; 2005. 181 p.

ZEECK, A., HARTMANN, A., BUCHHOLZ, C., HERZOG, T. Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. Jan. 2005; 111 (1): 29–37.

ZEECK, A., HERZOG, T. Behandlungsabbrüche bei der stationären Behandlung der Anorexia nervosa. **Der Nervenarzt**. Jul. 2000; 71 (7): 565–72.

Recebido para publicação em fevereiro de 2016  
Aprovado para publicação em abril de 2016