

# ANOREXIA

Os transtornos alimentares caracterizam-se por severas perturbações no comportamento alimentar. Esta seção inclui dois diagnósticos específicos, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. A Anorexia Nervosa caracteriza-se por uma recusa a manter o peso corporal em uma faixa normal mínima. A Bulimia Nervosa é caracterizada por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, tais como vômitos auto-induzidos; mau uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejuns ou exercícios excessivos. Uma perturbação na percepção da forma e do peso corporal é a característica essencial tanto da Anorexia Nervosa quanto da Bulimia Nervosa. Uma categoria de Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação também é oferecida para a codificação de transtornos que não satisfazem os critérios para um Transtorno Alimentar específico. A obesidade simples é incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) como uma condição médica geral, não aparecendo no DSM-IV porque não foi estabelecida uma associação consistente com uma síndrome psicológica ou comportamental. Entretanto, quando existem evidências da participação de fatores psicológicos na etiologia ou curso de determinado caso de obesidade, isto pode ser indicado anotando-se a presença de Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica. Os Transtornos de Alimentação vistos pela primeira vez durante a infância (isto é, Pica, Transtorno de Ruminação e Transtorno de Alimentação da Infância) são incluídos na seção "Transtornos de Alimentação da Primeira Infância".

## Características Diagnósticas

As características essenciais da Anorexia Nervosa são a recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima, um temor intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo. Além disso, as mulheres pós-menarca com este transtorno são amenorréicas (o termo anorexia é uma designação incorreta, uma vez que a perda do apetite é rara). O indivíduo mantém um peso corporal abaixo de um nível normal mínimo para sua idade e altura (Critério A). Quando a Anorexia Nervosa se desenvolve em um indivíduo durante a infância ou início da adolescência, pode haver fracasso em fazer os ganhos de peso esperados (isto é, enquanto ganha altura), ao invés de uma perda de peso. O Critério A oferece uma orientação para determinar quando um indivíduo alcança o limiar para um peso abaixo do esperado. Ele sugere que o indivíduo pese menos que 85% do peso considerado normal para sua idade e altura (geralmente computado pelo uso de uma dentre as diversas versões publicadas das tabelas do Metropolitan Life Insurance ou de acordo com tabelas de crescimento usadas em pediatria). Uma orientação alternativa e algo mais rígida (usada nos Critérios de Diagnóstico para Pesquisas da CID-10) exige que o indivíduo tenha um índice de massa corporal (IMC) (calculado como peso em quilogramas/[altura em metros]<sup>2</sup>) igual ou inferior a 17,5 kg/m<sup>2</sup>. Esses recursos são oferecidos apenas como diretrizes sugeridas para o clínico, pois não é razoável especificar um único padrão para um peso normal mínimo, que se aplique a todos os indivíduos de determinada idade e altura. Ao determinar um peso normal mínimo, o clínico deve considerar não apenas essas diretrizes, como também a constituição corporal e a história ponderal do indivíduo. A perda de peso em geral é obtida, principalmente, através da redução do consumo alimentar total. Embora os indivíduos possam começar excluindo de sua dieta aquilo que percebem como sendo alimentos altamente calóricos, a maioria termina com uma dieta muito restrita, por vezes limitada a apenas alguns alimentos. Métodos adicionais de perda de peso incluem purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes ou diuréticos) e exercícios intensos ou excessivos.

Os indivíduos com este transtorno têm muito medo de ganhar peso ou ficar gordos (Critério B). Este medo intenso de engordar geralmente não é aliviado pela perda de peso. Na verdade, a preocupação com o ganho ponderal frequentemente aumenta à medida que o peso real diminui. A vivência e a importância do peso e da forma corporal são distorcidas nesses indivíduos (Critério C). Alguns indivíduos acham que têm um excesso de peso global. Outros percebem que estão magros, mas ainda assim se preocupam com o fato de certas partes de seu corpo, particularmente abdômen, nádegas e coxas, estarem "muito gordas". Eles podem empregar uma ampla variedade de técnicas para estimar seu peso, incluindo pesagens excessivas, medições obsessivas de partes do corpo e uso persistente de um espelho para a verificação das áreas percebidas como "gordas". A auto-estima dos indivíduos com Anorexia Nervosa depende em alto grau de sua forma e peso corporais. A perda de peso é vista como uma conquista notável e como um sinal de extraordinária autodisciplina, ao passo que o ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso do autocontrole. Embora alguns indivíduos com este transtorno possam reconhecer que estão magros, eles tipicamente negam as sérias implicações de seu estado de desnutrição. Em mulheres pós-menarca, a amenorréia (devido a níveis anormalmente baixos de secreção de estrógenos que, por sua vez, devem-se a uma redução da secreção de hormônio folículo-estimulante [FSH] e hormônio luteinizante [LH] pela pituitária) é um indicador de disfunção fisiológica na Anorexia Nervosa (Critério D). A amenorréia em geral é uma consequência da perda de peso mas, em uma minoria dos indivíduos, pode na verdade precedê-la. Em mulheres pré-púberes, a menarca pode ser retardada pela doença. O indivíduo frequentemente é levado à atenção profissional por membros da família, após a ocorrência de uma acentuada perda de peso (ou fracasso em fazer os ganhos de peso esperados). Quando o indivíduo busca auxílio por conta própria, isto geralmente ocorre em razão do sofrimento subjetivo acerca das seqüelas somáticas e psicológicas da inanição. Raramente um indivíduo com Anorexia Nervosa se queixa da perda de peso em si. Essas pessoas frequentemente não possuem insight para o problema ou apresentam uma considerável negação quanto a este, podendo não ser boas fontes de sua história. Portanto, com freqüência se torna necessário obter informações a partir dos pais ou outras fontes externas, para determinar o grau de perda de peso e outros aspectos da doença.

### Subtipos

Os seguintes subtipos podem ser usados para a especificação da presença ou ausência de compulsões periódicas ou purgações regulares durante o episódio atual de Anorexia Nervosa. **Tipo Restritivo.** Este subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso é conseguida principalmente através de dietas, jejuns ou exercícios excessivos. Durante o episódio atual, esses indivíduos não se envolveram com regularidades em compulsões periódicas ou purgações.

**Tipo Compulsão Periódica/Purgativo.** Este subtipo é usado quando o indivíduo se envolveu regularmente em compulsões periódicas ou purgações (ou ambas) durante o episódio atual. A maioria dos indivíduos com Anorexia Nervosa que comem compulsivamente também fazem purgações mediante vômitos auto-induzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Alguns indivíduos incluídos neste subtipo não comem de forma compulsiva, mas fazem purgações regularmente após o consumo de pequenas quantidades de alimentos. Aparentemente, a maior parte dos indivíduos com o Tipo Compulsão Periódica/Purgativo dedica-se a esses comportamentos pelo menos 1 vez por semana, mas não há informações suficientes que justifiquem a especificação de uma freqüência mínima.

### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Quando seriamente abaixo do peso, muitos indivíduos com Anorexia Nervosa manifestam sintomas depressivos, tais como humor deprimido, retraimento social, irritabilidade, insônia e interesse diminuído por sexo. Esses indivíduos podem ter apresentações intomáticas que satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo Maior. Uma vez que esses aspectos também são observados em indivíduos sem Anorexia Nervosa que estão restringindo severamente sua alimentação, muitos dos aspectos depressivos podem ser secundários às seqüelas fisiológicas da semi-inanição. Os sintomas de perturbação do humor devem, portanto, ser reavaliados após uma recuperação completa ou parcial do peso. Características obsessivo-compulsivas, tanto relacionadas quanto não relacionadas com comida, com frequência são proeminentes. A maioria dos indivíduos com Anorexia Nervosa preocupa-se excessivamente com alimentos. Alguns colecionam receitas ou armazenam comida. Observações de comportamentos associados com outras formas de restrição alimentar sugerem que as obsessões e compulsões relacionadas a alimentos podem ser causadas ou exacerbadas pela desnutrição. Quando os indivíduos com Anorexia Nervosa apresentam obsessões e compulsões não relacionadas a alimentos, forma corporal ou peso, um diagnóstico adicional de Transtorno Obsessivo-Compulsivo pode ser indicado. Outras características ocasionalmente associadas com a Anorexia Nervosa incluem preocupações acerca de comer em público, sentimento de inutilidade, uma forte necessidade de controlar o próprio ambiente, pensamento inflexível, espontaneidade social limitada e iniciativa e expressão emocional demasiadamente refreadas. Comparados com indivíduos com Anorexia Nervosa, Tipo Restritivo, aqueles com o Tipo Compulsão Periódica / Purgativo estão mais propensos a ter outros problemas de controle dos impulsos, a abusarem de álcool ou outras drogas, a exibirem maior instabilidade do humor e a serem sexualmente ativos.

### **Achados laboratoriais associados**

Embora alguns indivíduos com Anorexia Nervosa não apresentem anormalidades laboratoriais, a característica de semi-inanição deste transtorno pode afetar sistemas orgânicos importantes e produzir uma variedade de distúrbios. A indução de vômitos e o abuso de laxantes, diuréticos e enemas podem também causar diversos distúrbios, produzindo achados laboratoriais anormais. Hematologia: Leucopenia e leve anemia são comuns; trombocitopenia ocorre raramente. Química: A desidratação pode ser refletida por um elevado nível de uréia sangüínea. Hipercolesterolemia é comum. Os testes de função hepática podem estar elevados. Hipomagnesemia, hipozinquemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia são encontradas ocasionalmente. A indução de vômitos pode provocar alcalose metabólica (elevado bicarbonato sérico), hipocloremia e hipocalemia, e o abuso de laxantes pode causar acidose metabólica. Os níveis de iroxina sérica (T4) estão diminuídos. Hiperadrenocorticismo e resposta anormal a uma variedade de provocações neuroendócrinas são comuns. Em mulheres, baixos níveis de estrógeno sérico estão presentes, enquanto os homens têm baixos níveis de testosterona sérica. Existe uma regressão do eixo hipotalâmico-pituitário-gonadal em ambos os sexos, no sentido de que o padrão de secreção de hormônio luteinizante (LH) em 24 horas assemelha-se àquele normalmente visto em indivíduos pré-púberes ou na puberdade. Eletrocardiografia: São observadas bradicardia sinusal e, raramente, arritmias. Eletroencefalografia: Anormalidades difusas, refletindo uma encefalopatia metabólica, podem decorrer de distúrbios hidroeletrólíticos significativos.

Imagens cerebrais: Um aumento na razão ventricular-cerebral secundária à privação alimentar é vista com frequência. Dispendio de energia em repouso: Frequentemente está reduzido.

## **Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas**

Muitos dos sinais e sintomas físicos da Anorexia Nervosa são atribuíveis à inanição. Além da amenorréia, pode haver queixas de constipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e excesso de energia. O achado que mais chama a atenção no exame físico é a aparência emaciada. Também pode haver hipotensão significativa, hipotermia e pele seca. Alguns indivíduos desenvolvem lanugo (pêlos finos) no tronco. A maioria dos indivíduos com Anorexia Nervosa apresenta bradicardia. Alguns desenvolvem edema periférico, especialmente durante a restauração do peso ou na cessação do abuso de laxantes e diuréticos. Raramente, petéquias, em geral nas extremidades, podem indicar uma diátese hemorrágica. Alguns indivíduos evidenciam um amarelamento da pele, associado com hiper胡萝卜素emia. A hipertrofia das glândulas salivares, particularmente das glândulas parótidas, pode estar presente. Os indivíduos que induzem vômito podem ter erosão do esmalte dentário e alguns têm cicatrizes ou calos no dorso das mãos, causados pelo contato com os dentes quando utilizam as mãos para induzir o vômito.

A inanição da Anorexia Nervosa e os comportamentos purgativos às vezes associados a ela acarretam condições médicas gerais significativas. Estas incluem o desenvolvimento de anemia normocítica normocrômica, prejuízo da função renal (associado com desidratação crônica e hipocalcemia), problemas cardiovasculares (hipotensão severa, arritmias), problemas dentários e osteoporose (consequência do baixo consumo e absorção de cálcio, secreção reduzida de estrógeno e maior secreção de cortisol).

## **Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

A Anorexia Nervosa parece ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza. O transtorno é provavelmente mais comum nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Japão e África do Sul, mas poucos trabalhos sistemáticos examinaram a prevalência em outras culturas. Os indivíduos que emigraram de culturas nas quais o transtorno é raro para culturas nas quais o transtorno é mais prevalente podem desenvolver Anorexia Nervosa, à medida que assimilam os ideais de elegância ligados à magreza. Fatores culturais também podem influenciar as manifestações do transtorno. Por exemplo, em algumas culturas, a percepção distorcida do corpo pode não ser proeminente, podendo a motivação expressada para a restrição alimentar ter um conteúdo diferente, como desconforto epigástrico ou antipatia por certos alimentos.

A Anorexia Nervosa raramente inicia antes da puberdade, mas existem indícios de que a gravidade das perturbações mentais associadas pode ser maior entre os indivíduos pré-púberes que desenvolvem a doença. Entretanto, também há dados que sugerem que quando a doença inicia durante os primeiros anos da adolescência (entre 13 e 18 anos de idade), ela pode estar associada com um melhor prognóstico. Mais de 90% dos casos de Anorexia Nervosa ocorrem em mulheres.

## **Prevalência**

Estudos sobre a prevalência entre mulheres na adolescência tardia e início da idade adulta verificam taxas de 0,5 a 1,0%, para apresentações que satisfazem todos os critérios para Anorexia Nervosa. Indivíduos que não atingem o limiar para o transtorno (isto é, com Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação) são encontrados com maior frequência. Existem dados limitados envolvendo a

prevalência deste transtorno em homens. A incidência de Anorexia Nervosa parece ter aumentado nas últimas décadas.

### **Curso**

A idade média para o início da Anorexia Nervosa é de 17 anos, com alguns dados sugerindo picos bimodais aos 14 e aos 18 anos. O início do transtorno raramente ocorre em mulheres com mais de 40 anos. O aparecimento da doença frequentemente está associado com um acontecimento vital estressante, como sair de casa para cursar a universidade. O curso e o resultado da Anorexia Nervosa são altamente variáveis. Alguns indivíduos com Anorexia Nervosa se recuperam completamente após um episódio isolado, alguns exibem um padrão flutuante de ganho de peso seguido de recaída, e outros vivenciam um curso crônico e deteriorante ao longo de muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para a restauração do peso e para a correção de desequilíbrios hidroeletrólíticos. Dos indivíduos baixados em hospitais universitários, a mortalidade a longo prazo por Anorexia Nervosa é de mais de 10%. A morte ocorre, com maior frequência, por inanição, suicídio ou desequilíbrio eletrolítico.

### **Padrão Familiar**

Existe um risco aumentado de Anorexia Nervosa entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com o transtorno. Um risco maior de Transtornos do Humor também foi constatado entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Anorexia Nervosa, particularmente parentes de indivíduos com o Tipo Compulsão Periódica/Purgativo. Os estudos de Anorexia Nervosa em gêmeos descobriram taxas de concordância para gêmeos monozigóticos significativamente maiores do que para gêmeos dizigóticos.

### **Diagnóstico Diferencial**

Outras possíveis causas de perda significativa de peso devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de Anorexia Nervosa, especialmente quando as características apresentadas são atípicas (tais como início da doença após os 40 anos). Em condições médicas gerais (por ex., doença gastrointestinal, tumores cerebrais, condições malignas ocultas e síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS]) pode ocorrer séria perda de peso, mas os indivíduos com esses transtornos em geral não têm uma imagem distorcida de seus corpos e um desejo de perder ainda mais peso. A síndrome da artéria mesentérica superior (caracterizada por vômitos pós-prandiais secundários à obstrução intermitente da saída gástrica) deve ser diferenciada da Anorexia Nervosa, embora esta síndrome possa ocasionalmente se desenvolver em indivíduos com Anorexia Nervosa, em razão de seu estado emaciado. No Transtorno Depressivo Maior pode ocorrer uma severa perda de peso, mas a maioria dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior não tem um desejo excessivo de perder peso ou um medo excessivo de ganhar peso. Na Esquizofrenia, os indivíduos podem apresentar um comportamento alimentar incomum e ocasionalmente experimentar uma perda de peso significativa, mas raramente demonstram o medo de ganhar peso e a perturbação da imagem corporal, necessários para um diagnóstico de Anorexia Nervosa. Algumas das características da Anorexia Nervosa fazem parte dos conjuntos de critérios para Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Dismórfico Corporal. Especificamente, os indivíduos podem sentir-se humilhados ou embaraçados por serem vistos comendo em público, como na Fobia Social; podem apresentar



obsessões e compulsões relacionadas a alimentos, como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo, ou preocupar-se com um defeito imaginário em sua aparência física, como no Transtorno Dismórfico Corporal. Se os temores de um indivíduo com Anorexia Nervosa se restringem unicamente ao comportamento alimentar, o diagnóstico de Fobia Social não deve ser feito, mas os temores sociais que não têm relação com o comportamento alimentar (por ex., medo excessivo de falar em público) podem justificar um diagnóstico adicional de Fobia Social. Da mesma forma, um diagnóstico adicional de Transtorno Obsessivo-Compulsivo deve ser considerado apenas se o indivíduo apresenta obsessões e compulsões não relacionadas a alimentos (por ex., um medo excessivo de contaminação) e um diagnóstico adicional de Transtorno Dismórfico Corporal deve ser considerado apenas se a distorção não está relacionada à forma e ao tamanho do corpo (por ex., preocupação de que seu nariz seja grande demais). Na Bulimia Nervosa, os indivíduos apresentam episódios recorrentes de comer compulsivo, envolvem-se em comportamentos inadequados para evitarem ganhar peso (por ex., vômito auto-induzido) e preocupam-se excessivamente com a forma e o peso do corpo. Entretanto, à diferença dos indivíduos com Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, os indivíduos com Bulimia Nervosa são capazes de manter um peso corporal no nível normal mínimo ou acima deste.

Critérios Diagnósticos para F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa
A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).
B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.
C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
D. Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex., estrógeno.)
<p>Especificar tipo:</p> <p>Tipo Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Tipo Compulsão Periódica Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).</p>

## Características Diagnósticas

As características essenciais da Bulimia Nervosa consistem de compulsões periódicas e métodos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso. Além

disso, a auto-avaliação dos indivíduos com Bulimia Nervosa é excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo. Para qualificar o transtorno, a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana por 3 meses (Critério C).

Uma compulsão periódica é definida pela ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares (Critério A1). O clínico deve considerar o contexto no qual a compulsão periódica ocorreu — o que seria considerado um consumo excessivo em uma refeição comum poderia ser considerado normal durante uma celebração ou uma ceia festiva. Um "período limitado de tempo" refere-se a um período definido, geralmente durando menos de 2 horas. Um episódio isolado de compulsão periódica não precisa ser restrito a um contexto. Por exemplo, um indivíduo pode começar um episódio em um restaurante e continuá-lo ao voltar para casa. O ato de ingerir continuamente pequenas quantidades de comida durante o dia inteiro não seria considerado uma compulsão periódica.

Embora varie o tipo de alimento consumido durante os ataques de hiperfagia, ele tipicamente inclui doces e alimentos com alto teor calórico, tais como sorvetes ou bolos. Entretanto, as compulsões periódicas parecem caracterizar-se mais por uma anormalidade na quantidade de alimentos consumidos do que por uma avidez por determinados nutrientes, como carboidratos. Embora os indivíduos com Bulimia Nervosa, durante um episódio de compulsão periódica, possam consumir mais calorias do que as pessoas sem Bulimia Nervosa consomem durante uma refeição, a proporção de calorias derivadas de proteínas, gorduras e carboidratos é similar.

Os indivíduos com Bulimia Nervosa tipicamente se envergonham de seus problemas alimentares e procuram ocultar seus sintomas. As compulsões periódicas geralmente ocorrem em segredo, ou tão inconspicuamente quanto possível. Um episódio pode, ou não, ser planejado de antemão e em geral (mas nem sempre) é caracterizado por um consumo rápido. A compulsão periódica frequentemente prossegue até que o indivíduo se sinta desconfortável, ou mesmo dolorosamente repleto. A compulsão periódica é tipicamente desencadeada por estados de humor disfóricos, estressores interpessoais, intensa fome após restrição por dietas, ou sentimentos relacionados a peso, forma do corpo e alimentos. A compulsão periódica pode reduzir temporariamente a disforia, mas autocríticas e humor deprimido frequentemente ocorrem logo após. Um episódio de compulsão periódica também se acompanha de um sentimento de falta de controle (Critério A2). Um indivíduo pode estar em um estado frenético enquanto leva a efeito a compulsão, especialmente no curso inicial do transtorno. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante ou após os episódios de compulsão periódica. Após a Bulimia Nervosa ter persistido por algum tempo, os indivíduos podem afirmar que seus episódios compulsivos não mais se caracterizam por um sentimento agudo de perda do controle, mas sim por indicadores comportamentais de prejuízo do controle, tais como dificuldade em resistir a comer em excesso ou dificuldade para cessar um episódio compulsivo, uma vez iniciado. O prejuízo no controle associado com a compulsão periódica da Bulimia Nervosa não é absoluto, já que, por exemplo, um indivíduo pode continuar comendo enquanto o telefone toca, mas interromper o comportamento se um colega ou o cônjuge ingressar inesperadamente no mesmo aposento. Outra característica essencial da Bulimia Nervosa é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o aumento de peso (Critério B). Muitos indivíduos com Bulimia Nervosa empregam diversos métodos em suas tentativas de compensarem a compulsão periódica. A técnica compensatória mais comum é a indução de vômito após um episódio de compulsão periódica. Este método purgativo é empregado por 80 a 90% dos indivíduos com Bulimia Nervosa que se apresentam para tratamento em clínicas de transtornos alimentares. Os efeitos imediatos do vômito incluem alívio do desconforto físico e redução do medo de ganhar peso. Em alguns casos, o vômito torna-se um objetivo em si mesmo, de modo que a pessoa come em excesso para vomitar ou vomita após ingerir uma

pequena quantidade de alimento. Os indivíduos com Bulimia Nervosa podem usar uma variedade de métodos para a indução de vômitos, incluindo o uso dos dedos ou instrumentos para estimular o reflexo de vômito. Os indivíduos em geral se tornam hábeis na indução de vômitos e por fim são capazes de vomitar quando querem. Raramente, os indivíduos consomem xarope de ipeca para a indução do vômito. Outros comportamentos purgativos incluem o uso indevido de laxantes e diuréticos. Aproximadamente um terço dos indivíduos com Bulimia Nervosa utiliza laxantes após um ataque de hiperfagia. Raramente, os indivíduos com este transtorno utilizam enemas após os episódios compulsivos, mas este quase nunca é o único método compensatório empregado. Os indivíduos com Bulimia Nervosa podem jejuar por um dia ou mais ou exercitar-se excessivamente na tentativa de compensar o comer compulsivo. Exercícios podem ser considerados excessivos quando interferem significativamente em atividades importantes, quando ocorrem em momentos ou contextos inadequados ou quando o indivíduo continua se exercitando apesar de lesionado ou de outras complicações médicas. Raramente, os indivíduos com este transtorno podem tomar hormônio da tireóide na tentativa de prevenir o aumento de peso. Os indivíduos com diabetes melito e Bulimia Nervosa podem omitir ou reduzir as doses de insulina, para reduzir o metabolismo dos alimentos consumidos durante os ataques de hiperfagia. Os indivíduos com Bulimia Nervosa colocam uma ênfase excessiva na forma ou no peso do corpo em sua auto-avaliação, sendo esses fatores, tipicamente, os mais importantes na determinação da auto-estima (Critério D). As pessoas com o transtorno podem ter estreita semelhança com as que têm Anorexia Nervosa, em seu medo de ganhar peso, em seu desejo de perder peso e no nível de insatisfação com seu próprio corpo. Entretanto, um diagnóstico de Bulimia Nervosa não deve ser dado quando a perturbação ocorre apenas durante episódios de Anorexia Nervosa (Critério E).

### **Subtipos**

Os seguintes subtipos podem ser usados para especificar a presença ou ausência do uso regular de métodos purgativos como meio de compensar uma compulsão periódica:

**Tipo Purgativo.** Este subtipo descreve apresentações nas quais o indivíduo se envolveu regularmente na auto-indução de vômito ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual.

**Tipo Sem Purgação.** Este subtipo descreve apresentações nas quais o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual.

### **Características e Transtornos Associados**

Os indivíduos com Bulimia Nervosa tipicamente estão dentro da faixa de peso normal, embora alguns possam estar com um peso levemente acima ou abaixo do normal. O transtorno ocorre, mas é incomum, entre indivíduos moderada e morbidamente obesos. Há indícios de que, antes do início do Transtorno Alimentar, os indivíduos com Bulimia Nervosa estão mais propensos ao excesso de peso do que seus pares. Entre os episódios compulsivos, os indivíduos com o transtorno tipicamente restringem seu consumo calórico total e selecionam preferencialmente alimentos com baixas calorias (diet) evitando alimentos que percebem como



engordantes ou que provavelmente ativarão um ataque de hiperfagia. Os indivíduos com Bulimia Nervosa apresentam uma frequência maior de sintomas depressivos (por ex., baixa auto-estima) ou Transtornos do Humor (particularmente Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Maior). Em muitas ou na maior parte dessas pessoas, o distúrbio do humor começa simultaneamente ou segue o desenvolvimento da Bulimia Nervosa, sendo que com frequência atribuem sua perturbação do humor à Bulimia Nervosa. Também pode haver maior frequência de sintomas de ansiedade (por ex., medo de situações sociais) ou Transtornos de Ansiedade. Esses distúrbios do humor e de ansiedade comumente apresentam remissão após o tratamento efetivo da Bulimia Nervosa. Em cerca de um terço dos indivíduos com Bulimia Nervosa ocorre Abuso ou Dependência de Substâncias, particularmente envolvendo álcool e estimulantes. O uso de estimulantes frequentemente começa na tentativa de controlar o apetite e o peso. É provável que 30 a 50% dos indivíduos com Bulimia Nervosa também tenham características de personalidade que satisfaçam os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade (mais frequentemente Transtorno da Personalidade Borderline). Evidências preliminares sugerem que os indivíduos com Bulimia Nervosa, Tipo Purgativo, apresentam mais sintomas depressivos e maior preocupação com a forma e o peso do que os indivíduos com Bulimia Nervosa, Tipo Sem Purgação. Achados laboratoriais associados. O comportamento purgativo frequente de qualquer espécie pode produzir anormalidades hidroeletrólíticas, mais comumente hipocalemia, hiponatremia e hipocloremia. A perda de ácido gástrico por meio dos vômitos pode produzir uma alcalose metabólica (bicarbonato sérico elevado) e a frequente indução de diarreia pelo abuso de laxantes pode causar acidose metabólica. Alguns indivíduos com Bulimia Nervosa apresentam níveis levemente elevados de amilase sérica, provavelmente refletindo um aumento da isoenzima salivar.

### **Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas**

O vômito recorrente acaba levando a uma perda significativa e permanente do esmalte dentário, especialmente das superfícies linguais dos dentes da frente. Esses dentes podem lascar e ter uma aparência serrilhada e corroída. Também pode haver uma maior frequência de cáries dentárias. Em alguns indivíduos, as glândulas salivares, particularmente as glândulas parótidas, podem tornar-se notavelmente hipertróficas. Os indivíduos que induzem vômitos pela estimulação manual da glote podem desenvolver calos e cicatrizes na superfície dorsal da mão, por traumas repetidos produzidos pelos dentes. Sérias miopatias cardíacas e esqueléticas foram relatadas entre indivíduos que regularmente utilizam xarope de ipeca para a indução de vômitos. Irregularidades menstruais ou amenorréia algumas vezes ocorrem em mulheres com Bulimia Nervosa; ainda não foi definido com certeza se essas perturbações estão relacionadas com as flutuações de peso, com deficiências nutricionais ou com o estresse emocional. Os indivíduos que abusam cronicamente de laxantes podem tornar-se dependentes deles para estimularem os movimentos intestinais. As perturbações hidroeletrólíticas resultantes do comportamento purgativo algumas vezes são suficientemente severas para constituírem problemas clinicamente sérios. Complicações raras, porém fatais, incluem rupturas do esôfago, ruptura gástrica e arritmias cardíacas. Comparados com indivíduos com Bulimia Nervosa, Tipo Sem Purgação, os indivíduos com o Tipo Purgativo estão muito mais propensos a ter problemas físicos, tais como distúrbios hidroeletrólíticos.

### **Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

A Bulimia Nervosa ocorre, conforme relatado, com frequências aproximadamente similares na maioria dos países industrializados, incluindo os Estados Unidos, Canadá, Europa, Austrália, Japão, Nova Zelândia e África do Sul. Poucos estudos examinaram a prevalência da Bulimia Nervosa em outras culturas. Em estudos clínicos da Bulimia Nervosa nos Estados Unidos, os indivíduos com este transtorno eram principalmente brancos, mas o transtorno também foi relatado entre outros grupos étnicos. Em amostras clínicas e populacionais, pelo menos 90% dos indivíduos com Bulimia Nervosa são mulheres. Alguns dados sugerem que os homens com Bulimia Nervosa têm maior prevalência de obesidade pré-mórbida do que as mulheres com o transtorno.

### **Prevalência**

A prevalência da Bulimia Nervosa entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de aproximadamente 1-3%; a taxa de ocorrência deste transtorno em homens é de aproximadamente um décimo da que ocorre em mulheres.

### **Curso**

A Bulimia Nervosa começa ao final da adolescência ou início da idade adulta. A compulsão periódica frequentemente começa durante ou após um episódio de dieta. O comportamento alimentar perturbado persiste por pelo menos vários anos, em uma alta porcentagem das amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com alternância de períodos de remissão e recorrências de ataques de hiperfagia. O resultado da Bulimia Nervosa a longo prazo é desconhecido.

### **Padrão Familiar**

Diversos estudos sugerem uma maior frequência de Bulimia Nervosa, de Transtornos do Humor e de Abuso e Dependência de Substância em parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Bulimia Nervosa. Uma tendência familiar para a obesidade pode existir, mas não foi definitivamente comprovada.

**Diagnóstico Diferencial.** Os indivíduos cujo comportamento de compulsão alimentar ocorre apenas durante a Anorexia Nervosa recebem o diagnóstico de Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, e não devem receber o diagnóstico adicional de Bulimia Nervosa. Para um indivíduo com episódios compulsivos e purgações cuja apresentação, no entanto, não mais satisfaz todos os critérios para Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo (por ex., quando o peso se normalizou ou a menstruação tornou-se regular), o julgamento clínico ditará se o diagnóstico atual mais adequado é de Anorexia Nervosa/Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, Em Remissão Parcial, ou de Bulimia Nervosa. Em certas condições neurológicas ou outras condições médicas gerais, tais como a síndrome de Kleine-Levin, existe uma perturbação do comportamento alimentar, mas os aspectos psicológicos característicos da Bulimia Nervosa, tais como preocupação exagerada com a forma e o peso do corpo, não estão presentes. A hiperfagia é comum em um Transtorno Depressivo Maior, Com Características Atípicas, mas esses indivíduos não se dedicam a um comportamento compensatório inadequado nem demonstram a característica preocupação exagerada com a forma e o peso do corpo. Se são satisfeitos os critérios para ambos os transtornos, devem ser dados ambos os diagnósticos. O comportamento de compulsão periódica é incluído no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição do Transtorno da Personalidade Borderline. Se todos os critérios para os dois transtornos são satisfeitos, podem ser dados ambos os diagnósticos.

#### Critérios Diagnósticos para F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa

A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos:

(1) ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares (2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo)

B. Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.

C. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.

D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.

E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Especificar tipo: Tipo Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo Sem Purgação: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

#### F50.9 - 307.50 Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação

A categoria Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação serve para transtornos da alimentação que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Alimentar específico.

Exemplos:

1. Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que as menstruações são regulares.

2. São satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal.

3. São satisfeitos todos os critérios para Bulimia Nervosa, exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana ou por menos de 3 meses.

4. Uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento (por ex., vômito auto-induzido após o consumo de dois biscoitos).

5. Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.
6. Transtorno de compulsão periódica: episódios recorrentes de compulsão periódica na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característico de Bulimia Nervosa.