

Perturbações do Comportamento Alimentar num Ambulatório Pediátrico: O Impacto da DSM-5

Feeding and Eating Disorders in a Paediatric Outpatient Clinic: The Impact of DSM-5

Rita Moinho¹, Inês Dias², Alexandra Luz², Pascoal Moleiro²

1. Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
2. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Leiria-Pombal, Leiria, Portugal

Acta Paediatr Port 2016;47:3-10

Resumo

Introdução: As perturbações do comportamento alimentar têm início habitualmente na adolescência e podem cursar com graves lesões multiorgânicas e mortalidade não desprezível. O objetivo deste trabalho foi caracterizar adolescentes seguidos em consulta por perturbações do comportamento alimentar e comparar a distribuição desta patologia de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quarta (DSM-IV) e quinta (DSM-5) edições.

Métodos: Estudo observacional descritivo e analítico com colheita retrospectiva de dados. Consultado o processo clínico dos adolescentes seguidos em consulta por perturbações do comportamento alimentar (2005-2012). Foi analisada a idade, sexo, somatometria, satisfação corporal, distorção da imagem corporal, comportamentos alimentares e compensatórios. Comparou-se o tipo de perturbações do comportamento alimentar conforme o DSM-IV e com os critérios atuais do DSM-5.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 73 adolescentes, 86% do sexo feminino, com idade média de $14,7 \pm 1,7$ anos. O índice de massa corporal mínimo médio foi $18,5 \pm 2,9$ kg/m² nas raparigas e $18,2 \pm 2,3$ kg/m² nos rapazes. Do total da amostra, apresentavam insatisfação corporal 88% dos adolescentes, 63% não tinham antecedentes de excesso de peso / obesidade, dos quais 63% tinham distorção da imagem corporal. A restrição alimentar ocorreu em 99% e 16% admitiram compulsão alimentar. Dois terços dos adolescentes realizavam algum comportamento compensatório, sendo o mais frequente o aumento da atividade física (59%). Com os atuais critérios do DSM-5 verificou-se um aumento dos casos de anorexia nervosa (29 vs 60%; $p < 0,001$) e diminuição das perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação (64% vs 7%; $p < 0,001$), sem alteração dos casos de bulimia nervosa (7%). Dos novos diagnósticos DSM-5, houve um caso (1%) com perturbação de compulsão alimentar e 25% com anorexia atípica.

Conclusões: Numa amostra de adolescentes com perturbações do comportamento alimentar, os critérios da DSM-5 levaram a uma diminuição substancial dos casos de perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação, em detrimento do aumento dos casos de anorexia nervosa (específica e atípica). Esta caracterização das perturbações do comportamento alimentar é melhor e mais vantajosa, permitindo maior precisão terapêutica e prognóstica.

Palavras-chave: Adolescente; Anorexia Nervosa; Comportamento Alimentar/classificação; Transtornos Alimentares; Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

Abstract

Introduction: Eating disorders usually start in adolescence and may be associated with severe multiorgan injury and non-negligible mortality. The study objectives were to characterise adolescents followed for eating disorders in the outpatient clinic and to compare the distribution of these disorders according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth (DSM-IV) and fifth (DSM-5) editions.

Methods: In this descriptive and analytical observational study with retrospective data collection, the medical records of each adolescent followed for eating disorders in an outpatient clinic (2005-2012) were consulted. The variables analysed were age, gender, weight and height, body satisfaction, body image distortion, and eating and compensatory behaviours. Types of eating disorders were compared according to DSM-IV and the current DSM-5.

Results: The sample included 73 adolescents, 86% female, with a mean age of 14.7 ± 1.7 years. Mean minimum body mass index was 18.5 ± 2.9 kg/m² for females and 18.2 ± 2.3 kg/m² for males. Of all the adolescents, 88% had body dissatisfaction, 63% had no history of overweight/obesity, and of these 63% had body image distortion. Food restriction occurred in 98.6% and 16.4% admitted binge eating. Two-thirds of the adolescents had some kind of compensatory behaviour, excessive physical activity being the most frequent (59%). On the current DSM-5 criteria, there was an increase in cases of anorexia nervosa (29 vs 60%; $p < 0.001$), a decrease in cases of eating disorders not otherwise specified (64% vs 7%; $p < 0.001$), and no change in cases of bulimia nervosa (7%). Concerning the new DSM-5 diagnoses, there was one case (1%) of binge eating disorder and 25% had atypical anorexia.

Conclusions: In this sample of adolescents with eating

disorders, DSM-5 led to a substantial reduction in eating disorders not otherwise specified and a consequent increase in anorexia nervosa (specific or atypical). This characterisation of eating disorders is better and more useful, enabling greater therapeutic and prognostic accuracy.

Keywords: Adolescent; Anorexia Nervosa; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Eating Disorders/classification; Feeding Behavior/classification

Introdução

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) constituem um grupo de perturbações com psicopatologia crónica potencialmente grave, que habitualmente tem início na adolescência.^{1,2} Caracterizam-se por distúrbios na alimentação ou comportamentos relacionados, que resultam numa alteração no consumo ou absorção de nutrientes, prejudicando significativamente a saúde física e o comportamento psicossocial.² Associam-se frequentemente a outros distúrbios psiquiátricos, como

perturbação depressiva, ansiedade e distúrbios associados ao uso de substâncias ilícitas, todos associados a maior risco de ideação suicida.¹

A quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5),² oficialmente publicada em maio de 2013, é a mais recente desta obra da Associação Americana de Psiquiatria e veio substituir a quarta edição (DSM-IV).³ Uma das secções do manual substancialmente revista e modificada foi a das PCA.^{2,4-6} Os critérios da DSM-IV apresentavam importantes limitações no capítulo das PCA, nomeadamente o facto de o diagnóstico PCA sem outra especificação (SOE) ser, na prática, a categoria mais frequente (mais de 50%); os critérios não serem adequados aos sintomas de crianças e adolescentes e não ser dada relevância clínica suficiente a alguns destes sintomas (como a amenorreia).^{3,7-10} Na prática, apesar da anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) serem as PCA mais reconhecidas, a maior parte dos doentes com PCA, segundo a DSM-IV, categorizava-se como PCA SOE.¹¹ Verificaram-se duas importantes alterações na revisão do capítulo das perturbações do comportamento alimentar da DSM-IV para a DSM-5 (Tabela 1).^{2,3,6}

Tabela 1. Critérios diagnósticos das perturbações do comportamento alimentar e da alimentação² (adaptado)

Anorexia nervosa

A. Restrição do aporte energético relativamente às necessidades, levando a um baixo peso corporal significativo quanto à idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. “Baixo peso significativo” é definido como menor do que o minimamente normal ou, para crianças e adolescentes, menor do que minimamente esperado.

B. Medo intenso em ganhar peso ou em se tornar gordo, ou comportamento persistente que interfere no ganho ponderal mesmo com baixo peso.

C. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais, excessiva influência do peso ou forma corporais na autoavaliação ou persistente falta de reconhecimento da seriedade do atual baixo peso.

Subtipos:

Restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos. Nesse subtipo, a perda de peso é alcançada através de dietas, jejuns e/ou atividades físicas para perder peso.

Compulsivo - purgativo: Durante os últimos três meses, o indivíduo teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos (vómitos, abuso de laxantes e diuréticos ou enemas)

Gravidade:

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²;

Moderada: IMC 16-16,99 kg/m²;

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²;

Extrema: IMC < 15 kg/m²

Bulimia nervosa

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os critérios:

1. Ingestão, num período limitado de tempo (por exemplo, período de duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período semelhante, sob circunstâncias semelhantes.

2. Sentimento de falta de controlo sobre o episódio (por exemplo, sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se come).

B. Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho ponderal, como autoindução de vómito, abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum ou exercício físico excessivo.

C. A compulsão e o comportamento compensatório devem ocorrer, no mínimo, uma vez por semana, durante três meses.

D. Autoavaliação indevidamente influenciada pelo peso e forma corporal.

E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Gravidade:

Leve: Média de um a três episódios de comportamentos compensatórios / semana;

Moderada: Média de quatro a sete episódios de comportamentos compensatórios / semana;

Grave: Média de oito a 13 episódios de comportamentos compensatórios / semana;

Extremo: Média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios / semana.

Distúrbio de compulsão alimentar ou “binge eating”

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os critérios:

1. Ingestão, num período limitado de tempo (por exemplo, período de duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período semelhante, sob circunstâncias semelhantes.
2. Sentimento de falta de controlo sobre o episódio (por exemplo, sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se come).

B. Os episódios de compulsão estão associados a três (ou mais) dos seguintes critérios:

1. Comer muito e mais rapidamente do que o normal;
2. Comer até se sentir incomodamente repleto;
3. Comer grandes quantidades de alimentos quando não se está fisicamente faminto;
4. Comer sozinho por embaraço devido à quantidade de alimentos que consome;
5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.

C. Angústia acentuada quanto à compulsão alimentar.

D. A compulsão alimentar ocorre, em média, um dia por semana, durante três meses.

E. A compulsão alimentar não é associada ao uso recorrente de comportamentos compensatórios como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente no curso da bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

Gravidade: Critérios iguais aos critérios de gravidade da bulimia nervosa.

Outras PCAA

1. Anorexia nervosa atípica: Apresenta todos os critérios de anorexia nervosa, exceto que, mesmo com a significativa perda ponderal, o peso do indivíduo está dentro ou acima do padrão.
2. Bulimia nervosa de baixa frequência e/ou duração limitada: Apresenta todos os critérios de bulimia nervosa, exceto que a compulsão e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, menos de uma vez por semana e/ou menos do que três meses.
3. Distúrbio de compulsão alimentar periódica: Apresenta todos os critérios do distúrbio de compulsão alimentar, exceto que a compulsão ocorre, em média, menos do que uma vez por semana e/ou menos do que três meses.
4. Distúrbio de purgação: Comportamento purgativo recorrente com o objetivo de influenciar o peso ou forma corporal (por exemplo, vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou de outras medicações) sem ter compulsão alimentar.
5. Síndrome de alimentação noturna: Episódios recorrentes de alimentação noturna que se manifesta por comer após despertar do sono ou por consumo excessivo de comida depois de uma refeição noturna. Existe consciência e recordação do que se comeu. Este distúrbio não é melhor explicado por influência externa e causa sofrimento significativo e/ou danos ao funcionamento.

PCAA sem outra especificação

Apresentações com sintomas característicos de uma perturbação do comportamento alimentar e da alimentação, que causam sofrimento clinicamente significativo ou em que predomina prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou de outras áreas importantes de funcionamento, mas não satisfazem os critérios para qualquer um dos distúrbios previamente descritos.

IMC - índice de massa corporal; PCAA - perturbações do comportamento alimentar e da alimentação. Excluíram-se desta tabela os critérios de diagnóstico de três perturbações da alimentação - pica, distúrbio de ruminação e distúrbio alimentar evitativo ou restritivo -, uma vez que não foram incluídos no presente estudo.

Primeiro, foi eliminado o capítulo “Perturbações Geralmente Diagnosticadas pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência”, que foi englobado com o capítulo da DSM-IV das PCA tendo sido criado, na DSM-5, o capítulo “Perturbações do Comportamento Alimentar e da Alimentação” (PCAA).^{4,7,12} Em segundo lugar, os critérios das PCA foram alargados e novos diagnósticos foram definidos.⁷ Este capítulo inclui então três diagnósticos de perturbações da alimentação (pica, distúrbio de

ruminação e distúrbio de ingestão alimentar restritiva), além de três PCA: AN, BN e distúrbio de compulsão alimentar ou “binge eating”. O novo capítulo tem ainda “outras PCAA” bem como “PCAA SOE”. Outra nova característica da DSM-5 é a introdução de critérios de gravidade para as PCA (AN, BN e distúrbio de compulsão alimentar).^{2,6} Os critérios de diagnóstico das PCAA de acordo com a DSM-5 estão discriminados na Tabela 1. Os novos critérios de diagnóstico da AN apresentam

como principais alterações a exclusão do parâmetro da amenorrea e o facto de já não se exigir o peso corporal inferior a 85% do peso alvo, passando a definir-se “baixo peso significativo” como “menor do que o minimamente normal” ou, para crianças e adolescentes, “menor do que minimamente esperado”. Desta forma, a remoção de um valor numérico ponderal como critério para a AN permite que mais doentes sejam apropriadamente diagnosticados.¹³ A principal alteração nos critérios da BN foi a redução da frequência mínima de comportamentos de compulsão alimentar e compensatórios de duas para uma vez por semana. Foram também eliminados os tipos purgativo / não purgativo.⁵ O diagnóstico de perturbação de compulsão alimentar / “binge eating” foi individualizado na DSM-5. Este já era mencionado na DSM-IV, mas como um subtipo da anorexia nervosa.^{2,3} Uma mais-valia do reconhecimento desta entidade advém do facto de estes doentes apresentarem sintomas de ansiedade e alterações do humor mais acentuadas e geralmente beneficiarem de tratamentos dirigidos a esses sintomas.^{4,5}

Sabe-se que a AN e a BN apresentam elevada morbidade e mortalidade, mas ainda pouco se sabe acerca do prognóstico do distúrbio de compulsão alimentar, exceto que se associa a um aumento da probabilidade de vir a ter excesso de peso / obesidade.¹⁴

Com estas mudanças, pretendia-se diminuir a prevalência do diagnóstico de PCA SOE, um diagnóstico heterogéneo, menos valorizado do que as entidades mais específicas e com prognóstico menos definido.^{6,7,13,15,16} De facto, indivíduos com PCA SOE são comparáveis aos que têm AN ou BN em termos de gravidade e persistência dos sintomas e de prejuízo funcional.^{6,8} Desta forma, mais doentes passarão a ter um diagnóstico específico, com melhor definição de sintomas e comportamentos e maior precisão na orientação terapêutica e no prognóstico.^{2,7,12,16} Estima-se ainda que esta nova edição vá levar a um ligeiro aumento da prevalência de PCA, inclusivamente na faixa etária da infância e adolescência.^{4,16}

O objetivo deste estudo foi caracterizar adolescentes com PCA seguidos em consulta num ambulatório pediátrico e avaliar, nesta amostra, o efeito da alteração dos critérios diagnósticos desta patologia da DSM-IV para a DSM-5.

Métodos

Estudo observacional descritivo analítico, com colheita retrospectiva de dados.

Realizou-se a consulta dos processos clínicos de adolescentes (10-18 anos) seguidos na consulta de medicina do adolescente por PCA, entre agosto de 2005 e maio de 2012.

Analisaram-se as variáveis idade na primeira consulta, sexo, evolução dos parâmetros de somatometria, satisfação corporal, distorção da imagem corporal, comportamentos alimentares (restrição e/ou compulsão alimentar) e compensatórios (aumento intencional da atividade física basal com intenção de controlo e/ou perda ponderal ou comportamentos purgativos como indução de vômito, uso de diuréticos, laxantes ou outros produtos de emagrecimento).

Registou-se o tipo de distúrbio alimentar segundo a classificação em vigor à data de seguimento dos adolescentes (DSM-IV) e, posteriormente, com os dados de cada um, classificaram-se novamente as PCA de acordo com os critérios atuais da DSM-5. De acordo com o critério A da AN, considerou-se “baixo peso significativo”, definido pela DSM-5 para crianças e adolescentes, como “menor do que minimamente esperado” (Tabela 1), quando houve cruzamento superior ou igual a dois percentis de índice de massa corporal (IMC), desde que o IMC mínimo fosse igual ou inferior ao P25-50 para a idade e sexo.

No processo clínico de cada adolescente está incluída uma ficha de caracterização, que cada um, garantida a confidencialidade, preenche de forma privada na primeira consulta de medicina do adolescente. Trata-se de um questionário de caracterização, denominado “PSUA – Perfil de Saúde do Utente Adolescente”, que foi validado e posteriormente apresentado num congresso internacional¹⁷ e que permite uma avaliação biopsicossocial de cada adolescente.

Através dessa ficha de caracterização, foi possível avaliar a satisfação corporal de cada um, bem como os comportamentos de restrição alimentar. Quando houve resposta afirmativa a pelo menos uma das questões “Achas-te muito gordo?” e “Há partes do teu corpo das quais não gostas?” considerou-se estar presente a insatisfação corporal. Avaliaram-se ainda as respostas às questões “Estás a fazer algum tipo de dieta alimentar?” e “Acontece-te muitas vezes não fazer certas refeições?”, tendo-se considerado existir restrição alimentar perante a resposta afirmativa a pelo menos uma destas. Por último, definiram-se adolescentes com “distorção da imagem corporal” os que afirmaram considerarem-se gordos apesar de terem sempre tido IMC < P85, ou seja, não tendo antecedentes pessoais de excesso de peso ou obesidade. Também os dados colhidos da entrevista direta do adolescente permitiram complementar os dados de distorção da imagem corporal e os comportamentos alimentares e compensatórios.

Para determinar o peso alvo dos adolescentes, necessário para a classificação pela DSM-IV, calculou-se o peso correspondente ao IMC no P50 para a idade e sexo, utilizando a seguinte fórmula:

Peso alvo (kg) = IMC no P50 (kg/m²) x (estatura em metros)²

Na determinação dos percentis de peso, estatura e IMC foram utilizadas as curvas do Centers for Disease Control and Prevention que estavam em vigor à data da realização das consultas.

A análise estatística foi realizada com o *software* PASW 18 Statistics Data Editor®. A análise comparativa foi realizada pelo teste de qui-quadrado (χ²) ou teste exato de Fisher para variáveis categóricas e teste de t de *Student* ou testes não paramétricos para comparação de médias, consoante distribuição normal da amostra ou não, respetivamente. Considerou-se um nível de significância de 0,05.

Resultados

Foi obtida uma amostra de 73 adolescentes, sendo a razão sexo masculino:feminino de 1:6,3. Para o sexo masculino, a idade média foi de 15,4 ± 1,2 anos, com mínimo de 13,5 e máximo de 17,9 anos. Nas raparigas, a idade média foi de 14,6 ± 1,8 anos, com mínimo de 10,1 e máximo de 17,7 anos.

Ao longo do seguimento em consulta, o IMC mínimo global foi em média de 18,3 ± 2,8 kg/m², com valor mínimo de 12,4 e máximo de 26,9 kg/m². Nas raparigas, o IMC mínimo foi em média 18,5 ± 2,9 kg/m² e nos rapazes foi 18,2 ± 2,3 kg/m². Tinham antecedentes de excesso de peso ou obesidade 40% das raparigas e 20% dos rapazes com PCA.

Pelo acesso à ficha individual de caracterização de cada adolescente, detetou-se que apresentavam insatisfação corporal 88% dos adolescentes, havendo 10% com “partes do corpo que não gostavam”, 8% que se achavam “gordos” e os restantes 70% responderam afirmativamente a ambas as questões. Dos 46 (63%) adolescentes

sem antecedentes de excesso de peso / obesidade, 29 (63%) tinham distorção da imagem corporal, considerando-se “gordos”.

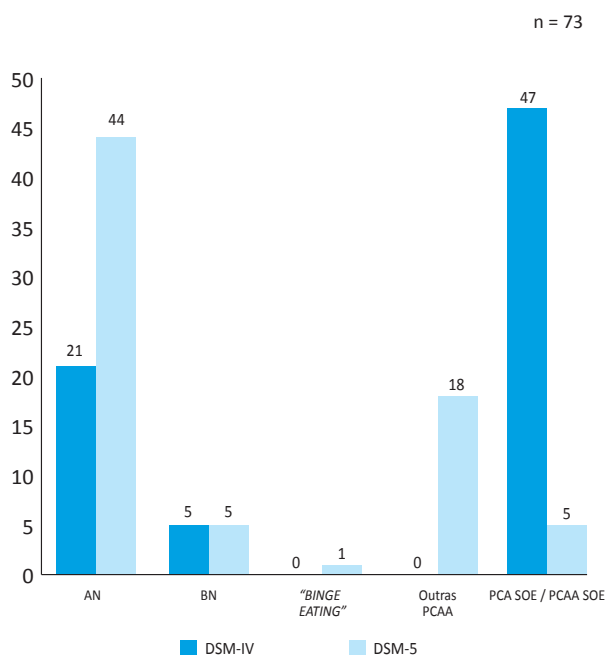
Quanto aos comportamentos alimentares, 99% dos adolescentes com PCA admitiram fazer restrição alimentar e 16% afirmaram apresentar episódios de compulsão alimentar.

Dois terços dos adolescentes realizavam algum tipo de comportamento compensatório, sendo o mais frequente o aumento da atividade física basal (59%). A ocorrência de comportamentos purgativos foi menos frequente (27%), incluindo a indução de vômito em 25% e uso de diuréticos, laxantes ou outros produtos de emagrecimento em 4% dos adolescentes com PCA. Pela classificação previamente utilizada da DSM-IV, havia 21 casos de AN (29%), cinco de BN (7%) e os restantes 47 de PCA SOE (64%). Após a reclassificação conforme os atuais critérios da DSM-5 das PCAA, a distribuição apresentou alterações que estão discriminadas na Tabela 2 e representadas na Fig. 1. Assim, verificou-se um aumento significativo dos casos de AN, de 29% para 60% (p < 0,001), e uma diminuição das PCA SOE / PCAA SOE de 64% para 7% (p < 0,001). Os casos de BN mantiveram-se em ambas as classificações. Dos novos diagnósticos definidos pela DSM-5, um caso (1%) incluiu-se no diagnóstico de perturbação de compulsão alimentar ou “*binge eating*” e 18 (25%) foram classificados como anorexia atípica (incluída em “outras PCAA”). Com a DSM-5, 23 adolescentes foram reclassificados de PCA SOE para AN. Destes, 22 não tinham apresentado peso inferior a 85% do peso-alvo e, como tal, não preenchiam previamente os critérios. Além disso, destes 22, 16 também não cumpriam a exigência de amenorria. A outra adolescente que tinha apresentado peso inferior a 85% do peso-alvo não tinha tido amenorria para se considerar na DSM-IV como AN.

Tabela 2. Distribuição e reclassificação dos diagnósticos das perturbações do comportamento alimentar da DSM-IV para a DSM-5 (n = 73)

DSM-IV	DSM-5						Total n (%)
	AN Restritivo n (%)	Compulsivo - purgativo n (%)	BN n (%)	Distúrbio de compulsão alimentar n (%)	Outras PCAA AN atípica n (%)	PCAA SOE n (%)	
Anorexia nervosa	16 (22)	5 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	21 (29)
Bulimia nervosa	0 (0)	0 (0)	5 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (7)
PCA SOE	14 (19)	9 (12)	0 (0)	1 (1)	18 (25)	5 (7)	47 (64)
Total	30 (41)	14 (19)	5 (7)	1 (1)	18 (25)	5 (7)	73 (100)

AN - anorexia nervosa; BN - bulimia nervosa; DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quarta edição; DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edição; PCA - perturbações do comportamento alimentar; PCAA - perturbações do comportamento alimentar e da alimentação; SOE - sem outra especificação.



AN - anorexia nervosa; BN - bulimia nervosa; DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quarta edição; DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edição; PCA - perturbações do comportamento alimentar; PCAA - perturbações do comportamento alimentar e da alimentação; SOE - sem outra especificação.

Figura 1. Distribuição dos casos de perturbações do comportamento alimentar usando a DSM-IV versus DSM-5.

Os adolescentes com critérios de AN apenas pela DSM-5 apresentaram IMC médio mínimo significativamente superior ($18,07 \pm 1,12 \text{ kg/m}^2$) em relação aos que tinham AN por ambos os critérios DSM-IV e DSM-5 ($15,49 \pm 1,73 \text{ kg/m}^2$) ($p < 0,001$).

Com a aplicação da DSM-5, comparou-se ainda a média do IMC médio mínimo nos casos da AN e da AN atípica, tendo sido significativamente superior na AN atípica: $21,86 \pm 1,67 \text{ kg/m}^2$ vs $16,84 \pm 1,93 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,001$).

Dos casos de AN da DSM-5, 30 (68%) eram do subtipo restritivo e 14 (32%) do subtipo compulsivo - purgativo. Quanto à gravidade da AN, definida segundo a DSM-5 pelo IMC (Tabela 1), 54% era leve, 16% moderada, 16% grave e os restantes 14% extrema.

Discussão

Em concordância com o que tem sido sobejamente descrito na literatura acerca de PCA,¹⁸ também neste estudo esta patologia foi mais frequente no sexo feminino (86%) e com início em idade mais precoce (idade mínima nas raparigas de 10,1 anos comparando com 13,5 anos nos rapazes).

A restrição alimentar e o exercício físico excessivo foram

os comportamentos mais utilizados por adolescentes com PCA, o que está igualmente descrito em estudos semelhantes na mesma faixa etária.^{15,18,19} De facto, no presente estudo, a quase totalidade dos adolescentes admitiu fazer restrição alimentar e o comportamento compensatório mais frequente foi o aumento do exercício físico prévio. Sabe-se que os comportamentos purgativos e os de compulsão alimentar aparecem mais tipicamente na adolescência tardia ou idade adulta precoce,^{7,9,15} o que pode explicar a menor frequência destes na amostra estudada, cuja idade média rondou os 15 anos.

Um estudo populacional britânico, realizado em adolescentes de 13 anos sem patologia conhecida, revelou que os comportamentos de compulsão alimentar foram mais frequentes do que os purgativos.¹⁹ Nesta amostra verificou-se o inverso, ou seja, comportamentos purgativos em 25% versus compulsão alimentar em 16%. Esta diferença poderá ser explicada pelo facto de a amostra avaliada ter sido constituída por adolescentes com o diagnóstico de PCA, enquanto o estudo britânico se baseou em adolescentes sem patologia diagnosticada, nos quais se investigaram sintomas típicos de PCA. Por outro lado, o diagnóstico da amostra deste trabalho baseou-se na DSM-IV, em que os comportamentos de compulsão alimentar foram apenas valorizados quando preenchiam os critérios de BN ou se enquadravam na AN. Esta explicação pode também justificar a baixa frequência de perturbação de compulsão alimentar (1%) em comparação com outros estudos de PCA, usando os critérios da DSM-5, em que a frequência foi de 4%,⁹ 9%¹⁰ e 16%.¹¹ No grupo de adolescentes estudado, apenas um (1%) cumpriu os critérios deste diagnóstico e os restantes 11 que referiram compulsão alimentar cumpriram critérios de AN (tipo compulsivo - purgativo) ou de BN.

Com a classificação prévia da DSM-IV, mais de metade dos adolescentes (64%) estavam categorizados na PCA SOE, frequência semelhante a outros estudos.⁹⁻¹¹ Aplicando a nova classificação (DSM-5) e de acordo com um dos objetivos desta mudança de critérios, verificou-se uma redução muito marcada e significativa do diagnóstico PCA SOE, comparável aos resultados de outros estudos.^{6,7,10,13,15,16} A redução de PCA SOE no presente estudo ocorreu maioritariamente por uma reclassificação em AN ou AN atípica (Tabela 2).

A AN aumentou significativamente, de 29% para 60%. Em estudos semelhantes, o aumento foi de 29,3% para 40%¹³ ou de 24% para 36%.⁶ Assim, conforme já descrito,⁶ a AN foi o diagnóstico mais frequente com a DSM-5 e tendo a maioria gravidade ligeira a moderada. O aumento dos casos de AN fez-se à custa dos casos

prévios de PCA SOE da DSM-IV, e que se deveu maioritariamente à remoção do critério de “peso mínimo inferior a 85% do peso-alvo” e, em segundo lugar, à inexistência do critério da amenorreia. Considerou-se “baixo peso significativo”, definido pela DSM-5 para crianças e adolescentes, como “menor do que minimamente esperado”, quando houve cruzamento superior ou igual a dois percentis de IMC desde que IMC mínimo igual ou inferior a P25-50 para a idade e sexo. De facto, o P25-50 já foi definido como o limiar de IMC mínimo para resolução de distúrbios menstruais em doentes com AN.²⁰ Assim, apesar de não ser definido um mínimo de IMC na DSM-5 para este tipo de PCA, mesmo para crianças e adolescentes com IMC superior ao P5 considera-se “baixo peso significativo”, tendo em conta a incapacidade de manter a sua trajetória de crescimento esperado.

Os doentes com AN apenas pelos critérios da DSM-5 tinham um IMC significativamente superior àqueles que apresentavam critérios pelos dois manuais, sendo este parâmetro comparável a outro estudo.¹³ Ainda assim, o IMC médio mínimo deste grupo de novos casos de AN era um “baixo peso significativo” ($18,07 \pm 1,12 \text{ kg/m}^2$) ou “menor do que o minimamente esperado” de acordo com os novos critérios (Tabela 1). Desta forma, a eliminação de um valor limiar de peso como critério da AN permitiu que mais doentes fossem apropriadamente diagnosticados, sem no entanto comprometer a necessidade de apresentar um peso significativamente baixo.^{2,13} Não se registou um aumento de BN com a aplicação da DSM-5, ao contrário do relatado em outras séries semelhantes, em que se verificou sempre aumento na frequência desta PCA.^{10,11,13} Isto poderá explicar-se pelo facto de a BN cursar com peso muitas vezes normal e não ser tão frequentemente identificada e referenciada para consulta. Apesar da diminuição da frequência necessária dos sintomas de compulsão e comportamentos compensatórios, os restantes casos com compulsão alimentar cumpriam critérios de AN e houve um caso de “binge eating”. Por outro lado, sabe-se também que a BN apresenta-se tipicamente em idade superior em relação às restantes PCA, o que pode explicar a baixa ocorrência de BN na amostra estudada.^{6,7}

A AN atípica definiu-se em 24,7% da amostra e, assim como em outro estudo, emergiu como um diagnóstico frequente na população adolescente.⁹ Como seria esperado, pelos novos critérios da DSM-5, em que se definem casos de AN atípica quando são excluídos da AN por peso acima do padrão, a média do IMC mínimo foi significativamente superior na AN atípica.

Estudos aplicados na população geral confirmaram o aumento da prevalência de PCA com aplicação da

DSM-5 comparativamente à DSM-IV.^{6,8} No entanto, como o estudo presente se baseou numa amostra previamente classificada com a DSM-IV, não foi possível confirmar essa tendência.

Havia o risco desta modificação nos critérios conduzir a uma diminuição da segurança e fiabilidade dos diagnósticos de PCA, tornando-os mais heterogêneos. No entanto, estudos recentes sugerem que se os critérios forem cuidadosamente aplicados, não haverá perda de validade dos mesmos.²¹

Este estudo teve algumas limitações decorrentes do facto de se tratar de um estudo retrospectivo e de não haver controlo sobre as variáveis. Os dados que já tinham sido obtidos nesta amostra não permitiam identificar o diagnóstico da DSM-5 de “síndrome de alimentação noturna”. Com a aplicação da DSM-5, constatou-se alguma dificuldade na aplicação do critério A (Tabela 1) da AN. Assim, em crianças e adolescentes não existe um valor de IMC nem peso mínimo como *cut-off*, o que pode ser suscetível de subjetividade.

Apesar deste último facto, considera-se que a DSM-5 apresenta múltiplas vantagens em relação à edição anterior, nomeadamente na definição de novos diagnósticos e na redução dos diagnósticos de PCA inespecíficos. Torna-se essencial a familiarização dos profissionais de saúde que diagnosticam e orientam adolescentes com estes novos critérios.

Em conclusão, este estudo veio confirmar, numa amostra de 73 adolescentes, que a revisão da DSM-5 veio efetivamente reduzir a frequência do diagnóstico PCA SOE, com aumento dos casos de AN e AN atípica. Desta forma, a classificação dos doentes pela DSM-5 parece levar a uma caracterização mais específica das PCA, incluindo a sua gravidade, o que no futuro conduzirá a melhor orientação terapêutica e prognóstica, tendo em conta que mesmo as formas leves apresentam impacto importante na morbilidade e mortalidade dos adolescentes.

O QUE ESTE ESTUDO TRAZ DE NOVO

- Reforço da importância das PCA nos adolescentes e comorbilidades associadas como potencialmente graves e perturbadoras da qualidade de vida dos doentes e suas famílias.
- Alerta para a nova classificação das PCA, a qual deve ser do conhecimento dos pediatras gerais.
- A nova classificação das PCA segundo a DSM-5 irá levar a um maior número de casos, bem como permitir uma classificação mais específica, proporcionando um seguimento clínico mais adequado a cada caso.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Correspondência

Rita Moinho
ritamoinho@gmail.com

Recebido: 09/11/2014

Aceite: 16/06/2015

Referências

- Swanson SA, Crow SJ, Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:714-23.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: APA; 2013
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: APA; 2000.
- Hoek HW. Classification, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26:529-31.
- Attia E, Becker AE, Bryant-Waugh R, Hoek HW, Kreipe RE, Marcus MD, et al. Feeding and eating disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013;170:1237-9.
- Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord* 2014;47:610-9.
- Fairweather-Schmidt K, Wade TD. DSM-5 eating disorders and other specified eating and feeding disorders: Is there a meaningful differentiation? *Int J Eat Disord* 2014;47:524-33.
- Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *J Abnorm Psychol* 2013;122:720-32.
- Birgegård A, Norring C, Clinton D. DSM-IV versus DSM-5: Implementation of proposed DSM-5 criteria in a large naturalistic database. *Int J Eat Disord* 2012;45:353-61.
- Nakai Y, Fukushima M, Taniguchi A, Nin K, Teramukai S. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders in a Japanese sample. *Eur Eat Disord Rev* 2013;21:8-14.
- Machado PP, Gonçalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *Int J Eat Disord* 2013;46:60-5.
- Araújo AC, Neto FL. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2014;16:67-82.
- Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health* 2013;53:303-5.
- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26:543-8.
- Wade TD, O'Shea A. DSM-5 unspecified feeding and eating disorders in adolescents: What do they look like and are they clinically significant? *Int J Eat Disord* 2015;48:367-74.
- Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol* 2013;122:445-57.
- Luz A, Arriaga C, Dixe MA, Gaspar P, Moleiro P. Aplicación de una nueva herramienta de evaluación en materia de salud y medicina con adolescentes - PSUA. *Adolescencia* 2014;2:153.
- Moinho R, Dias I, Luz A, Moleiro P. Perturbações do comportamento alimentar em rapazes: que diferenças? *Acta Pediatr Port* 2014;45:124-9.
- Micali N, Ploubidis G, De Stavola B, Simonoff E, Treasure J. Frequency and patterns of eating disorder symptoms in early adolescence. *J Adolesc Health* 2014;54:574-81.
- Vale B, Brito S, Paulos L, Moleiro P. Menstruation disorders in adolescents with eating disorders - target body mass index percentiles for their resolution. *Einstein* 2014;12:175-80.
- Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord*. 2011;44:553-60.