

Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico

Classification and Diagnosis of Eating Disorders

TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS¹

Resumo

O presente artigo apresenta os critérios diagnósticos atuais dos transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa. Os aspectos controversos da anorexia nervosa são discutidos.

Palavras-chave: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, diagnóstico, classificação.

Abstract

This article presents the current diagnostic criteria for eating disorders: anorexia nervosa and bulimia nervosa. The controversial aspects of anorexia nervosa are discussed.

Keywords: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, diagnosis, classification.

O aumento do interesse e da importância epidemiológica levou a uma rápida evolução na discussão dos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares nas últimas décadas.

Dos principais transtornos do comportamento alimentar, a anorexia nervosa (AN) foi a primeira a ser descrita já no século XIX e, igualmente, a pioneira a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos já na década de 1970.

A bulimia nervosa (BN) foi descrita por Gerald Russell em 1979, e um terceiro grupo heterogêneo de quadros assemelhados, mas que não apresentavam sintomas completos nem para o diagnóstico de AN nem para BN, foram classificados como Transtornos Alimentares Atípicos nos anos 1980. O transtorno da compulsão alimentar periódica e suas questões polêmicas será motivo de um capítulo em separado nesta publicação.

Recebido: 02/09/2004 - Aceito: 15/09/2004

¹ Professor colaborador do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenador Geral do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. São Paulo. SP. Brasil.

Endereço para correspondência: AMBULIM – Rua Dr. Ovideu Pires de Campos, 785 – 2º andar – 05403-010 – São Paulo – SP – e-mail: ambulim@hcnet.usp.br – Fone: (11) 3069-6975.

Os transtornos alimentares são doenças que afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a marcantes prejuízos psicológicos, sociais e aumento de morbidade e mortalidade.

Anorexia nervosa

A anorexia nervosa caracteriza-se por perda de peso intensa e intencional às expensas de dietas extremamente rígidas com uma busca desenfreada pela magreza, uma distorção grosseira da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual.

O termo anorexia sabidamente não é o mais adequado do ponto de vista psicopatológico na medida que não ocorre uma perda real do apetite, ao menos nos estágios iniciais da doença. A negação do apetite e o controle obsessivo do corpo tornam o termo alemão *pubertaetsmagersucht*, isso é, “busca da magreza por adolescentes”, bem mais adequado.

Breve histórico

Habermas (1986) descreveu um caso pioneiro altamente sugestivo de anorexia nervosa em uma serva que viveu no ano de 895. A jovem Friderada, após ter-se recuperado de uma doença não-reconhecível, passou a apresentar um apetite voraz e descontrolado.

Para tentar diminuí-lo, buscou refúgio em um convento e nele, com o tempo, foi restringindo sua dieta ate passar a efetuar longos jejuns. Embora inicialmente ainda conseguisse manter suas obrigações conventuais, rapidamente seu quadro foi-se deteriorando até a sua morte, por desnutrição.

No século XIII, encontramos em grande profusão descrições de mulheres que se auto-impunham jejum como uma forma de se aproximar espiritualmente de Deus: eram as chamadas “santas anoréxicas”. O quadro era acompanhado de perfeccionismo, auto-insuficiência, rigidez no comportamento, insatisfação consigo própria e distorções cognitivas, tal qual as anoréxicas hoje. Um dos casos mais conhecidos é o de Catarina Benincasa, mais tarde Santa Catarina de Siena, que, aos 16 anos, recusou o plano de casamento imposto por seus pais, jurando manter-se virgem e entrando para o convento. Alimentava-se de pão e alguns vegetais, autoflagelava-se, e eventualmente provocava vômitos com ingestão de plantas.

No ano de 1694, Richard Morton é autor do primeiro relato médico de anorexia nervosa, descrevendo o tratamento de uma jovem mulher com recusa em alimentar-se e ausência de ciclos menstruais, que rejeitou qualquer ajuda oferecida e morreu de inanição. O autor mostra-se profundamente intrigado pela indiferença que a paciente demonstrava em relação ao seu estado crítico e pela preservação de suas faculdades mentais básicas.

Na segunda metade do século XIX, a anorexia nervosa emerge como uma entidade autônoma e delineada a partir dos relatos do francês Charles Laségue (1873) que descreve a *anorexie hystérique*. No ano seguinte, William Gull descreve três meninas com quadro anoréxico restritivo com o nome de “apepsia hystérica”. A discussão sobre a primazia do relato inicial do quadro é mais uma das longas novelas médicas existentes sobre paternidade de idéias (Van der Ham *et al.*, 1989).

Em 1903, Janet relata o caso de Nadia, uma moça de 22 anos de idade, que manifestava vergonha e repulsa ao seu corpo com constante desejo de emagrecer, quadro que denominou de *anorexie mental*. O autor relacionou a busca intensa da magreza à necessidade de protelar a maturidade sexual e sugeriu dois subtipos psicopatológicos, obsessivo e histórico.

Diagnóstico

A seguir, apresentamos um quadro (Quadro 1) com os critérios diagnósticos segundo o DSM-IV (APA-1994) e CID-10 (OMS-1993).

Bulimia nervosa

A bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. A preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal levam o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como vômitos auto-induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos.

O termo bulimia nervosa foi dado por Russell (1979) e vem da união dos termos gregos *boul*(boi) ou *bou*(grande quantidade) com *leomos*(fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi.

Breve histórico

O termo *boulimos* já era usado séculos antes de Cristo. Hipócrates o empregava para designar uma fome doentia, diferente da fome fisiológica.

Em 1743, James descreve a *true boulimus* para os episódios de grande ingestão de alimentos e preocupação intensa com os mesmos, seguidos de desmaios e uma variante chamada *caninus appetities*, com vômitos após estes episódios (Habermas, 1989).

Crisp (1967) descreve episódios bulímicos e vômitos auto-induzidos em algumas de suas pacientes com anorexia nervosa.

A descrição de bulimia nervosa, tal como conhecemos hoje, nasce com Gerald Russell (1979) em Londres, a partir da descrição de pacientes com peso normal, pavor de engordar, que tinham episódios

Quadro 1: Critérios diagnósticos para anorexia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10.

DSM-IV	CID-10
<p>1. Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; por exemplo, perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado.</p> <p>2. Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior.</p> <p>3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se auto-avaliar; negação da gravidade do baixo peso.</p> <p>4. No que diz respeito especificamente às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorréia primária ou secundária). Considera-se que uma mulher tem amenorréia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, estrógeno administrado.</p> <p>Tipo: - Restritivo: não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos, enemas). - Purgativo: existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação.</p>	<p>a) Há perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso, e peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado.</p> <p>b) A perda de peso é auto-induzida pela evitação de "alimentos que engordam".</p> <p>c) Há uma distorção na imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica de um pavor de engordar.</p> <p>d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva).</p> <p>Comentários: Se o início é pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, as mamas não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia; os seguintes aspectos corroboram o diagnóstico, mas não são elementos essenciais: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercícios excessivos e uso de anoréxicos e/ou diuréticos.</p>

bulímicos e vômitos auto-induzidos. Como algumas dessas pacientes haviam apresentado anorexia nervosa no passado, considerou, em um primeiro momento, que a bulimia seria uma seqüela desta.

Diagnóstico

A seguir, apresentaremos o Quadro 2 com os critérios diagnósticos segundo o DSM IV (APA, 1994) e CID 10 (OMS, 1993).

Questões diagnósticas em aberto

Desde os anos 1980, tornou-se clássico, na maior parte da literatura, o estabelecimento de dois subtipos clínicos da AN, o restritivo e o purgativo. Nos anos 90, diferentes estudos evidenciaram que o subtipo purgativo apresentaria mais: transtornos de personalidade e comportamentos impulsivos, tais como tentativas de suicídio, auto-mutilação, cleptomania, abuso de substâncias.

Recentemente, porém, alguns trabalhos têm questionado a validade dessa dicotomia.

Eddy *et al.* (2002) evidenciaram que apenas 12% das pacientes com AN restritiva nunca haviam apresentado episódios bulímicos e purgação. O seguimento de pelo menos oito anos de pacientes com AN restritiva mostrou que 62% passaram a ser classificados como AN purgativa pela mudança das características clínicas.

Van der Ham *et al.* (1997): após quatro anos de seguimento de um grupo de anoréxicas, não conseguiram diferenciar claramente o subgrupo que no início do projeto preenchia critérios para um dos subtipos.

A questão que se coloca hoje é: seriam esses subtipos apenas estágios evolutivos de uma mesma doença?

Outra questão em aberto é a exigência de uma perda de peso mínima nos diferentes critérios adotados.

Diferentes estudos não têm conseguido correlacionar, porém, qualquer porcentagem de perda de peso com os outros sintomas da doença.

Por fim, a questão da exigência de amenorréia para o diagnóstico de anorexia nervosa.

Um grande estudo canadense mostrou que cerca de 30% dos pacientes com todos os critérios de AN não apresentavam amenorréia (Garfinkel *et al.*, 1991).

Qual a necessidade desse critério?

Quadro 2: Critérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10.

DSM-IV	CID-10
<p>A. Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo – episódios bulímicos – tendo as seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ingestão em pequeno intervalo de tempo (i.e., aproximadamente em duas horas) uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias; e 2. sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (i.e., a sensação da não conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto come). <p>B. Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.</p> <p>C. Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses.</p> <p>D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p> <p>Tipos: - Purgativo: auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, enemas. - Sem purgação: sem práticas purgativas, prática de exercícios excessivos ou jejuns.</p>	<p>A. O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses).</p> <p>B. Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão a comer.</p> <p>C. O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos por meio de um ou mais do que segue: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, períodos de alternância de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento insulínico.</p> <p>D. Há uma auto-percepção de estar muito gorda, com pavor intenso de engordar e com uso exercícios excessivos ou jejuns.</p>

Referências bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC, 1994.
- CRISP, A.H. - The Possible Significance of some Behavioral Correlates of Weight and Carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research* 11: 117-31, 1967.
- EDDY, K.T.; KEEL, P.K.; DORER, D.J.; DELINSKY, S.S.; HERZOG, D.B.- Longitudinal Comparison of Anorexia Nervosa Subtypes. *Int.J. Eat. Disord* 31(2): 191-201, 2002.
- GARFINKEL, P.E.; LIN E.; GOERING, P.; SPEGG, C.; GOLDBLOOM, D.S.; KENNEDY, S.; KAPLAN, A.S.; WOODSIDE, D.B. - Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups. *Am J Psychiatry* 148: 1627-37, 1991.
- HABERMAS, T. - Friderada: a Case of Miraculous Fasting. *Int J Eat Disord* 5: 555-62, 1986.
- HABERMAS, T. - The Psychiatric History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Weight Concerns and Bulimic Symptoms in early case Reports. *Int J Eat Disord* 8: 259-73, 1989.
- LASÈGUE, E.C. - De l' anorexie hysterique. *Archives of General Medicine* 21: 385-403, 1873.
- RUSSELL, G.F.M. - Bulimia Nervosa: on Ominous Variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine* 9: 429-48, 1979.
- VAN DER HAM, T.; MEULMANN, J.J.; VAN STRIEN, D.C.; VAN ENGELAND, H. - Empirically based Subgrouping of eating Disorders in Adolescence: A Longitudinal Study. *Br J Psychiatry* 170: 363-8, 1997.
- VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R. - Who was the First to Describe Anorexia Nervosa: Gull or Lasègue ? *Psychol. Med* 19: 837-45, 1989.