

ser mais bem feito no contexto de uma relação clínica ao longo do tempo. Em alguns indivíduos, o transtorno alimentar restritivo/evitativo pode preceder o aparecimento da anorexia nervosa.

**Transtorno obsessivo-compulsivo.** Indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo podem apresentar-se com evitação ou restrição da alimentação relacionada a preocupações com alimentos ou comportamento de alimentação ritualizado. O transtorno alimentar restritivo/evitativo deverá ser diagnosticado concomitantemente apenas se forem satisfeitos todos os critérios para ambos os transtornos e quando a alimentação aberrante for um aspecto maior da apresentação clínica que demande intervenção específica.

**Transtorno depressivo maior.** No transtorno depressivo maior, o apetite pode estar afetado de tal forma que os indivíduos apresentam-se com ingesta alimentar significativamente restrita, em geral em relação à ingesta calórica total e muitas vezes associada a perda de peso. A inapetência e a decorrente redução da ingesta costumam ceder com a resolução dos problemas de humor. O transtorno alimentar restritivo/evitativo só deverá ser diagnosticado concomitantemente se todos os critérios forem preenchidos para ambos os transtornos e quando a perturbação alimentar demandar tratamento específico.

**Transtornos do espectro da esquizofrenia.** Indivíduos com esquizofrenia, transtorno delirante ou outros transtornos psicóticos podem exibir comportamentos alimentares estranhos, evitação de alimentos específicos em virtude de crenças delirantes ou outras manifestações de alimentação restritiva/evitativa. Em alguns casos, crenças delirantes podem contribuir para preocupação acerca das consequências negativas de ingerir determinados alimentos. O transtorno alimentar restritivo/evitativo deve ser usado concomitantemente apenas se todos os critérios forem satisfeitos para ambos os transtornos e quando a perturbação alimentar demandar tratamento específico.

**Transtorno factício ou transtorno factício imposto a outro.** O transtorno alimentar restritivo/evitativo deve ser diferenciado do transtorno factício ou do transtorno factício imposto a outro. Para assumir o papel de doente, alguns indivíduos com transtorno factício podem descrever intencionalmente dietas que são muito mais restritivas do que aquelas que de fato são capazes de consumir, bem como complicações de tal comportamento, como necessidade de dietas enterais ou suplementos nutricionais, incapacidade de tolerar uma gama normal de alimentos e/ou incapacidade de participar normalmente de situações apropriadas à idade envolvendo alimentação. A apresentação pode ser bastante dramática e envolvente, e os sintomas, relatados de maneira inconsistente. No transtorno factício imposto a outro, o cuidador descreve sintomas compatíveis com transtorno alimentar restritivo/evitativo e pode induzir sintomas físicos, como o fracasso em ganhar peso. Assim como em qualquer diagnóstico de transtorno factício imposto a outro, o cuidador recebe o diagnóstico em vez do indivíduo afetado, e este só deverá ser feito com base em uma avaliação cuidadosa e abrangente do indivíduo afetado, do cuidador e de sua interação.

## Comorbidade

Os transtornos comórbidos mais comumente observados com transtorno alimentar restritivo/evitativo são transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos do neurodesenvolvimento (especificamente transtorno do espectro autista, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e deficiência intelectual [transtornos do desenvolvimento intelectual]).

## Anorexia Nervosa

---

### Critérios Diagnósticos

---

- A. Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. *Peso significativamente baixo* é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.

- B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
- C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

**Nota para codificação:** O código da CID-9-MC para anorexia nervosa é **307.1**, atribuído independentemente do subtipo. O código da CID-10-MC depende do subtipo (ver a seguir).

*Determinar o subtipo:*

**(F50.01) Tipo restritivo:** Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.

**(F50.02) Tipo compulsão alimentar purgativa:** Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

*Especificar se:*

**Em remissão parcial:** Depois de terem sido preenchidos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, o Critério A (baixo peso corporal) não foi mais satisfeito por um período sustentado, porém ou o Critério B (medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento que interfere no ganho de peso), ou o Critério C (perturbações na autopercepção do peso e da forma) ainda está presente.

**Em remissão completa:** Depois de terem sido satisfeitos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, nenhum dos critérios foi mais satisfeito por um período sustentado.

*Especificar a gravidade atual:*

O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual (ver a seguir) ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC. Os intervalos abaixo são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para baixo peso em adultos; para crianças e adolescentes, os percentis do IMC correspondentes devem ser usados. O nível de gravidade pode ser aumentado de maneira a refletir sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão.

**Leve:**  $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

**Moderada:**  $IMC 16\text{-}16,99 \text{ kg/m}^2$

**Grave:**  $IMC 15\text{-}15,99 \text{ kg/m}^2$

**Extrema:**  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

## Subtipos

A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa que se envolvem em comportamentos periódicos de hiperfagia também purga por meio de vômitos autoinduzidos ou faz uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Alguns indivíduos com esse subtipo de anorexia nervosa não apresentam episódios de hiperfagia, mas purgam regularmente depois do consumo de pequenas quantidades de alimento.

A alternância entre os subtipos ao longo do curso do transtorno não é incomum; portanto, a descrição do subtipo deverá ser usada para indicar os sintomas atuais, e não o curso longitudinal.

## Características Diagnósticas

A anorexia nervosa tem três características essenciais: restrição persistente da ingestão calórica; medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso; e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma. O indivíduo mantém um peso corporal abaixo daquele minimamente normal para idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física (Critério A). O peso corporal dessas pessoas com frequência satisfaz esse critério depois de uma perda ponderal significativa, porém, entre crianças e adoles-

centes, pode haver insucesso em obter o ganho de peso esperado ou em manter uma trajetória de desenvolvimento normal (i.e., enquanto cresce em altura) em vez de perda de peso.

O Critério A requer que o peso do indivíduo esteja significativamente baixo (i.e., inferior à faixa mínima normal ou, no caso de crianças e adolescentes, inferior à faixa mínima esperada). A determinação do peso pode ser problemática porque a faixa de peso normal difere entre indivíduos, e limiares diferentes foram publicados definindo magreza ou peso abaixo do normal. O índice de massa corporal (IMC; calculado como o peso em quilogramas dividido pela altura em  $m^2$ ) é uma medida útil para determinar o peso corporal em relação à altura. Para adultos, um IMC de  $18,5 \text{ kg}/m^2$  tem sido empregado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o limite inferior de peso corporal normal. Dessa forma, a maioria dos adultos com um IMC igual ou acima de  $18,5 \text{ kg}/m^2$  não seria considerada como com baixo peso corporal. Por sua vez, um IMC inferior a  $17,0 \text{ kg}/m^2$  tem sido considerado pela OMS como indicativo de magreza moderada ou grave; portanto, um indivíduo com um IMC inferior a  $17,0 \text{ kg}/m^2$  provavelmente seria considerado com um peso significativamente baixo. Um adulto com um IMC entre  $17,0$  e  $18,5 \text{ kg}/m^2$ , ou até mesmo acima de  $18,5 \text{ kg}/m^2$ , poderia ser considerado com um peso significativamente baixo se a história clínica ou outras informações fisiológicas corroborarem tal julgamento.

Para crianças e adolescentes, determinar um percentil de IMC por idade é útil (ver, p. ex., o calculador de percentil de IMC dos CDC para crianças e adolescentes). Assim como nos adultos, não é possível fornecer padrões definitivos para julgar se o peso de uma criança ou de um adolescente está significativamente baixo, e variações nas trajetórias de desenvolvimento entre os jovens limitam a utilidade de diretrizes numéricas simples. Os CDC usaram um IMC por idade abaixo do 5º percentil como sugestivo de peso abaixo do normal; entretanto, crianças e adolescentes com um IMC acima desse marco podem ser julgados como significativamente abaixo do peso em face do fracasso em manter sua trajetória de crescimento esperada. Em suma, ao determinar se o Critério A é satisfeito, o clínico deverá considerar diretrizes numéricas disponíveis, bem como a constituição corporal do indivíduo, a história ponderal e a existência de qualquer perturbação fisiológica.

Indivíduos com esse transtorno exibem geralmente medo intenso de ganhar peso ou de engordar (Critério B). Esse medo intenso de engordar não costuma ser aliviado pela perda de peso. Na verdade, a preocupação acerca do peso pode aumentar até mesmo se o peso diminuir. Indivíduos mais jovens com anorexia nervosa, bem como alguns adultos, podem não reconhecer ou perceber medo de ganhar peso. Na ausência de outra explicação para o peso significativamente baixo, podem ser usados, para estabelecer o Critério B, a inferência do clínico a partir da história fornecida por informantes, dados de observação, achados físicos e laboratoriais ou curso longitudinal indicando seja um medo de ganhar peso, seja comportamentos persistentes relacionados que impeçam o ganho de peso.

A vivência e a significância do peso e da forma corporal são distorcidas nesses indivíduos (Critério C). Algumas pessoas sentem-se completamente acima do peso. Outras percebem que estão magras, mas ainda assim se preocupam com determinadas partes do corpo, em particular que o abdome, os glúteos e o quadril estão “gordos demais”. Elas podem empregar uma variedade de técnicas para avaliar o tamanho ou o peso de seus corpos, incluindo pesagens frequentes, medição obsessiva de partes do corpo e uso persistente de um espelho para checar áreas percebidas de “gordura”. A estima de indivíduos com anorexia nervosa é altamente dependente de suas percepções da forma e do peso corporal. A perda de peso é, com frequência, vista como uma conquista marcante e um sinal de autodisciplina extraordinária, enquanto o ganho ponderal é percebido como falha de autocontrole inaceitável. Embora alguns indivíduos com esse transtorno talvez reconheçam que estão magros, frequentemente não assumem as graves implicações médicas de seu estado de desnutrição.

Geralmente, o indivíduo é levado à atenção profissional por familiares depois de perda de peso marcante (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado) ter ocorrido. Se buscam ajuda por si mesmos, costuma ser devido à angústia causada por sequelas somáticas e psicológicas da inanição. É raro uma pessoa com anorexia nervosa queixar-se da perda de peso por si só. Na verdade, indivíduos com anorexia nervosa com frequência carecem de *insight* ou negam o problema. É, portanto, importante obter informações de familiares ou de outras fontes para avaliar a história da perda de peso e outros aspectos da doença.

## Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A semi-inanição da anorexia nervosa e os comportamentos purgativos às vezes associados a ela podem resultar em condições médicas importantes e potencialmente fatais. O comprometimento nutricional associado a esse transtorno afeta a maioria dos sistemas corporais e pode produzir uma variedade de perturbações. Perturbações fisiológicas, incluindo amenorreia e anormalidades nos sinais vitais, são comuns. Enquanto grande parte das perturbações fisiológicas associadas à desnutrição é reversível com reabilitação nutricional, algumas, incluindo a perda de densidade óssea mineral, com frequência não são completamente reversíveis. Comportamentos como vômitos autoinduzidos e uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas podem causar uma série de distúrbios que levam a achados laboratoriais anormais; entretanto, alguns indivíduos com anorexia nervosa não exibem tais anormalidades.

Quando gravemente abaixo do peso, indivíduos com anorexia nervosa apresentam sinais e sintomas depressivos, como humor deprimido, isolamento social, irritabilidade, insônia e diminuição da libido. Na medida em que alguns desses aspectos também são observados em indivíduos sem anorexia nervosa, mas significativamente subnutridos, muitos dos aspectos depressivos podem ser secundários às sequelas fisiológicas da semi-inanição, embora também possam ser graves o suficiente para justificar um diagnóstico adicional de transtorno depressivo.

Características obsessivo-compulsivas, relacionadas ou não à alimentação, são com frequência proeminentes. A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa é centrada na preocupação com os alimentos. Alguns colecionam receitas e estocam comida. Observações de comportamentos associados a outras formas de inanição sugerem que obsessões e compulsões relacionadas à alimentação podem ser exacerbadas por subnutrição. Quando indivíduos com anorexia nervosa exibem obsessões e compulsões não relacionadas a alimentos, forma corporal ou peso, um diagnóstico adicional de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) pode ser justificável.

Outros aspectos por vezes associados à anorexia nervosa incluem angústia de alimentar-se publicamente, sentimentos de fracasso, forte desejo por controlar o próprio ambiente, pensamentos inflexíveis, espontaneidade social limitada e expressão emocional excessivamente contida. Comparados a indivíduos com anorexia nervosa do tipo restritiva, os que têm anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa apresentam taxas maiores de impulsividade e tendem a abusar mais de álcool e outras drogas.

Um subgrupo de indivíduos com anorexia nervosa exibe níveis excessivos de atividade física. Aumentos na atividade física com frequência precedem a manifestação inicial do transtorno, e, durante o curso da doença, a atividade física mais intensa acelera a perda de peso. Durante o tratamento, talvez seja difícil controlar o excesso de atividade física, prejudicando, assim, a recuperação do peso.

Indivíduos com anorexia nervosa podem fazer uso indevido de medicamentos, como, por exemplo, manipular a dosagem para conseguir perder peso ou evitar ganhá-lo. Aqueles com diabetes melito podem omitir ou reduzir as doses de insulina a fim de minimizar o metabolismo de carboidratos.

## Prevalência

A prevalência de 12 meses de anorexia nervosa entre jovens do sexo feminino é de aproximadamente 0,4%. Pouco se sabe a respeito da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas o transtorno é bem menos comum no sexo masculino do que no feminino, com populações clínicas em geral refletindo uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1.

## Desenvolvimento e Curso

A anorexia nervosa começa geralmente durante a adolescência ou na idade adulta jovem. Raramente se inicia antes da puberdade ou depois dos 40 anos, porém casos de início precoce e tardio já foram descritos. O início desse transtorno costuma estar associado a um evento de vida estressante, como deixar a casa dos pais para ingressar na universidade. O curso e o desfecho da anorexia nervosa são altamente variáveis. Indivíduos mais jovens podem manifestar aspectos atípicos,

incluindo a negação do “medo de gordura”. Indivíduos mais velhos tendem a ter duração mais prolongada da doença, e sua apresentação clínica pode incluir mais sinais e sintomas de transtorno de longa data. Os clínicos não devem excluir anorexia nervosa do diagnóstico diferencial com base apenas em idade mais avançada.

Muitos indivíduos apresentam um período de mudança no comportamento alimentar antes de preencherem todos os critérios para o transtorno. Alguns com anorexia nervosa se recuperam inteiramente depois de um único episódio, alguns exibem um padrão flutuante de ganho de peso seguido por recaída, e outros ainda experienciam um curso crônico ao longo de muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para recuperar o peso e tratar complicações clínicas. A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa sofre remissão dentro de cinco anos depois da manifestação inicial do transtorno. Entre os admitidos ao hospital, as taxas de remissão podem ser menores. A taxa bruta de mortalidade (TBM) para anorexia nervosa é de cerca de 5% por década. A morte resulta mais comumente de complicações clínicas associadas ao próprio transtorno ou de suicídio.

## Fatores de Risco e Prognóstico

**Temperamentais.** Indivíduos que desenvolvem transtornos de ansiedade ou exibem traços obsessivos na infância estão em risco maior de desenvolver anorexia nervosa.

**Ambientais.** A variabilidade histórica e transcultural na prevalência de anorexia nervosa corrobora sua associação com culturas e contextos que valorizam a magreza. Ocupações e trabalhos que incentivam a magreza, como modelo e atleta de elite, também estão associados a um risco maior.

**Genéticos e fisiológicos.** Existe risco maior de anorexia e bulimia nervosas entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o transtorno. Também foi observado risco maior de transtornos bipolares e depressivos entre parentes de primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa, em particular parentes daqueles com o tipo compulsão alimentar purgativa. As taxas de concordância para anorexia nervosa em gêmeos monozigóticos são significativamente mais altas do que as de gêmeos dizigóticos. Uma gama de anormalidades cerebrais foi descrita na anorexia nervosa usando tecnologias de imagem funcional (imagem por ressonância magnética funcional, tomografia por emissão de pósitrons). O grau em que esses achados refletem mudanças associadas a desnutrição *versus* anormalidades primárias associadas a esse transtorno não está claro.

## Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A anorexia nervosa ocorre entre populações diversas em termos culturais e sociais, embora as evidências disponíveis sugiram variações transculturais em sua ocorrência e apresentação. É provável que seja mais prevalente em países ricos pós-industrializados, como os Estados Unidos, em muitos países europeus, na Austrália, na Nova Zelândia e no Japão, mas sua incidência em países de baixa e média rendas é incerta. Enquanto a prevalência do transtorno parece comparativamente baixa entre latinos, afro-americanos e asiáticos nos Estados Unidos, os clínicos deverão estar atentos ao fato de que a utilização de serviços de saúde mental entre indivíduos com um transtorno alimentar é significativamente menor nesses grupos étnicos e de que as taxas baixas talvez indiquem um viés de aferição. A apresentação de preocupações a respeito do peso entre indivíduos com transtornos alimentares varia substancialmente nos diferentes contextos culturais. A ausência de medo intenso manifesto de ganhar peso, às vezes referido como “fobia de gordura”, parece ser relativamente mais comum em populações na Ásia, onde a justificativa de restrição dietética costuma estar relacionada a uma queixa mais culturalmente sancionada, como desconforto gastrointestinal. Nos Estados Unidos, apresentações sem um temor intenso declarado de ganhar peso podem ser, de forma comparativa, mais comuns entre grupos latinos.

## Marcadores Diagnósticos

As seguintes anormalidades laboratoriais podem ser observadas na anorexia nervosa; sua presença pode servir para aumentar a confiabilidade diagnóstica.

**Hematologia.** É comum haver leucopenia, com a perda de todos os tipos de células, mas habitualmente com linfocitose aparente. Pode haver anemia leve, bem como trombocitopenia e, raramente, problemas de sangramento.

**Bioquímica.** A desidratação pode refletir-se por um nível sanguíneo elevado de ureia. A hipercolesterolemia é comum. Os níveis de enzimas hepáticas podem estar elevados. Hipomagnese-mia, hipozincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia são ocasionalmente observadas. Vômitos autoinduzidos podem levar a alcalose metabólica (nível sérico elevado de bicarbonato), hipoclo-remia e hipocalcemia; o uso indevido de laxantes pode causar acidose metabólica leve.

**Endocrinologia.** Os níveis séricos de tiroxina ( $T_4$ ) geralmente se encontram na faixa entre normal e abaixo do normal; os níveis de tri-iodotironina ( $T_3$ ) estão diminuídos, enquanto os níveis de  $T_3$  reverso estão elevados. Os níveis séricos de estrogênio são baixos no sexo feminino; já no masculino, os níveis séricos de testosterona são baixos.

**Eletrocardiografia.** É comum a presença de bradicardia sinusal, e, raramente, arritmias são observadas. O prolongamento significativo do intervalo QTc é observado em alguns indivíduos.

**Massa óssea.** Com frequência se observa densidade mineral óssea baixa, com áreas específicas de osteopenia ou osteoporose. O risco de fratura é significativamente maior.

**Eletrencefalografia.** Anormalidades difusas, refletindo encefalopatia metabólica, podem resultar de desequilíbrios hídrico e eletrolítico significativos.

**Gasto calórico em repouso.** Há, com frequência, redução significativa no gasto calórico em repouso.

**Sinais e sintomas físicos.** Muitos dos sinais e sintomas físicos da anorexia nervosa são atribuíveis à inanição. A presença de amenorreia é comum e parece ser um indicador de disfunção fisiológica. Se presente, a amenorreia costuma ser consequência da perda de peso, porém, em uma minoria dos indivíduos, ela pode, na verdade, preceder a perda de peso. Em meninas pré-púberes, a menarca pode ser retardada. Além de amenorreia, pode haver queixas de constipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e energia excessiva.

O achado mais marcante no exame físico é a emaciação. É comum haver também hipotensão significativa, hipotermia e bradicardia. Alguns indivíduos desenvolvem lanugo, um pelo corporal muito fino e macio. Alguns desenvolvem edema periférico, especialmente durante a recuperação de peso ou na suspensão do uso indevido de laxantes e diuréticos. Raramente, petéquias ou equimoses, normalmente nas extremidades, podem indicar diátese hemorrágica. Alguns indivíduos evidenciam tonalidade amarelada na pele, associada a hiper胡萝卜素emia. Assim como é visto em indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com anorexia nervosa que autoinduzem vômitos podem apresentar hipertrofia das glândulas salivares, sobretudo das glândulas parótidas, bem como erosão do esmalte dentário. Algumas pessoas podem apresentar cicatrizes ou calos na superfície dorsal da mão pelo contato repetido com os dentes ao induzir vômitos.

## Risco de Suicídio

O risco de suicídio é elevado na anorexia nervosa, com taxas de 12 por 100.000 por ano. A avaliação abrangente de indivíduos com anorexia nervosa deve incluir a determinação de ideação e comportamentos suicidas, bem como de outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativa(s) de suicídio.

## Consequências Funcionais da Anorexia Nervosa

Indivíduos com anorexia nervosa podem exibir uma gama de limitações funcionais associadas ao transtorno. Enquanto alguns permanecem ativos no funcionamento social e profissional, outros demonstram isolamento social significativo e/ou fracasso em atingir o nível acadêmico ou profissional potencial.



## Diagnóstico Diferencial

Outras possíveis causas de baixo peso corporal ou perda de peso significativa deverão ser consideradas no diagnóstico diferencial de anorexia nervosa, especialmente quando o quadro for atípico (p. ex., manifestação depois dos 40 anos de idade).

**Condições médicas (p. ex., doença gastrointestinal, hipertireoidismo, malignidades ocultas e síndrome da imunodeficiência adquirida [SIDA]).** A perda de peso grave pode ocorrer em condições médicas, mas indivíduos com esses distúrbios geralmente não manifestam também perturbação na maneira como a forma ou o peso de seus corpos é vivenciada, medo intenso de ganhar peso nem persistem em comportamentos que interferem no ganho de peso apropriado. A perda de peso aguda associada a uma condição médica às vezes pode ser seguida pelo início ou por recaída de anorexia nervosa, que podem ser inicialmente mascarados pela condição médica comórbida. Raramente, a anorexia nervosa se desenvolve depois de uma cirurgia bariátrica para obesidade.

**Transtorno depressivo maior.** No transtorno depressivo maior, pode ocorrer perda de peso grave, mas a maioria dos indivíduos com esse transtorno não manifesta nem desejo de perda de peso excessiva, nem medo intenso de ganhar peso.

**Esquizofrenia.** Indivíduos com esquizofrenia podem exibir comportamento alimentar estranho e às vezes apresentam perda de peso significativa, mas raramente manifestam o medo de ganhar peso e a perturbação da imagem corporal necessários para um diagnóstico de anorexia nervosa.

**Transtornos por uso de substância.** Indivíduos com transtornos por uso de substância podem apresentar perda de peso devido à ingesta nutricional deficiente, mas geralmente não temem ganhar peso e não manifestam perturbação da imagem corporal. Indivíduos que abusam de substâncias que reduzem o apetite (p. ex., cocaína, estimulantes) e que também temem ganhar peso deverão ser avaliados cuidadosamente quanto à possibilidade de anorexia nervosa comórbida, considerando-se que o uso indevido da substância pode representar um comportamento persistente que interfere no ganho de peso (Critério B).

**Transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal.** Alguns dos aspectos da anorexia nervosa se sobrepõem aos critérios para fobia social, TOC e transtorno dismórfico corporal. Mais especificamente, os indivíduos podem sentir-se humilhados ou envergonhados de serem vistos comendo em público, como ocorre na fobia social; podem exibir obsessões e compulsões relacionadas a alimentos, como no TOC; ou podem ficar preocupados com um defeito imaginado na aparência do corpo, como no transtorno dismórfico corporal. Se o indivíduo com anorexia nervosa tiver temores sociais que se limitem apenas ao comportamento alimentar, o diagnóstico de fobia social não deve ser feito, mas temores sociais não relacionados ao comportamento alimentar (p. ex., temor excessivo de falar em público) podem justificar um diagnóstico adicional de fobia social. Da mesma maneira, um diagnóstico adicional de TOC deverá ser considerado apenas se o indivíduo exibir obsessões e compulsões não relacionadas a alimento (p. ex., medo excessivo de contaminação), e um diagnóstico adicional de transtorno dismórfico corporal deverá ser considerado apenas se a distorção não estiver relacionada à forma e ao tamanho do corpo (p. ex., preocupação com o tamanho excessivo do próprio nariz).

**Bulimia nervosa.** Indivíduos com bulimia nervosa exibem episódios recorrentes de compulsão alimentar, adotam comportamento indevido para evitar o ganho de peso (p. ex., vômitos autoinduzidos) e preocupam-se excessivamente com a forma e o peso corporais. Entretanto, diferentemente de indivíduos com anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa, aqueles com bulimia nervosa mantêm um peso corporal igual ou acima da faixa mínima normal.

**Transtorno alimentar restritivo/evitativo.** Indivíduos com esse transtorno podem exibir perda de peso ou deficiência nutricional significativas, mas não temem ganhar peso ou se tornar gordos nem apresentam perturbação na maneira como vivenciam a forma e o peso do próprio corpo.

## Comorbidade

Transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade em geral ocorrem concomitantemente com anorexia nervosa. Muitos indivíduos com anorexia nervosa relatam a presença de um transtorno de ansiedade ou de sintomas previamente ao aparecimento de seu transtorno alimentar. O TOC é descrito em alguns indivíduos com anorexia nervosa, especialmente naqueles com o tipo restritivo. O transtorno por uso de álcool e outras substâncias pode também ser comórbido à anorexia nervosa, sobretudo entre aqueles com o tipo compulsão alimentar purgativa.

## Bulimia Nervosa

### Critérios Diagnósticos

**307.51 (F50.2)**

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
  1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
  2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.
- C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.
- D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

*Especificar se:*

**Em remissão parcial:** Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos os critérios, foram preenchidos por um período de tempo sustentado.

**Em remissão completa:** Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, nenhum dos critérios foi preenchido por um período de tempo sustentado.

*Especificar a gravidade atual:*

O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser elevado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

**Leve:** Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

**Moderada:** Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

**Grave:** Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

**Extrema:** Média de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

## Características Diagnósticas

Existem três aspectos essenciais na bulimia nervosa: episódios recorrentes de compulsão alimentar (Critério A), comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso (Critério B) e autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais (Critério D). Para se qualificar ao diagnóstico, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados devem ocorrer, em média, no mínimo uma vez por semana por três meses (Critério C).

Um “episódio de compulsão alimentar” é definido como a ingestão, em um período de tempo determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos



indivíduos comeria em um mesmo período de tempo em circunstâncias semelhantes (Critério A1). O contexto no qual a ingestão ocorre pode afetar a estimativa do clínico quanto à ingestão ser ou não excessiva. Por exemplo, uma quantidade de alimento que seria considerada excessiva para uma refeição típica poderia ser considerada normal durante uma refeição comemorativa ou nas festas de fim de ano. Um “período de tempo determinado” refere-se a um período limitado, normalmente menos de duas horas. Um único episódio de compulsão alimentar não precisa se restringir a um contexto. Por exemplo, um indivíduo pode iniciar um comportamento de compulsão alimentar no restaurante e depois continuar a comer ao voltar para casa. Lanches contínuos de pequenas quantidades de alimento ao longo do dia não seriam considerados compulsão alimentar.

Uma ocorrência de consumo excessivo de alimento deve ser acompanhada por uma sensação de falta de controle (Critério A2) para ser considerada um episódio de compulsão alimentar. Um indicador de perda de controle é a incapacidade de abster-se de comer ou de parar de comer depois de começar. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante, ou em seguida a, episódios de compulsão alimentar. O prejuízo no controle associado à compulsão alimentar pode não ser absoluto; por exemplo, um indivíduo pode continuar a comer de forma compulsiva enquanto o telefone está tocando, mas vai parar se um amigo ou o cônjuge entrar inesperadamente no recinto. Alguns relatam que seus episódios de compulsão alimentar não são predominantemente caracterizados por um sentimento agudo de perda de controle, e sim por um padrão mais generalizado de ingestão descontrolada. Se relatarem que desistiram de tentar controlar a ingestão, a perda de controle deverá ser considerada presente. A compulsão alimentar também pode ser planejada, em alguns casos.

O tipo de alimento consumido durante episódios de compulsão alimentar varia tanto entre diferentes pessoas quanto em um mesmo indivíduo. A compulsão alimentar parece ser caracterizada mais por uma anormalidade na quantidade de alimento consumida do que por uma fissura por um nutriente específico. Entretanto, durante episódios de compulsão alimentar, os indivíduos tendem a consumir alimentos que evitariam em outras circunstâncias.

Indivíduos com bulimia nervosa em geral sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam esconder os sintomas. A compulsão alimentar normalmente ocorre em segredo ou da maneira mais discreta possível. Com frequência continua até que o indivíduo esteja desconfortável ou até mesmo dolorosamente cheio. O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo. Outros gatilhos incluem fatores de estresse interpessoais; restrições dietéticas; sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, à forma do corpo e a alimentos; e tédio. A compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitam o episódio a curto prazo, mas a autoavaliação negativa e a disforia com frequência são as consequências tardias.

Outro aspecto essencial da bulimia nervosa é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho de peso, conhecidos coletivamente como *comportamentos purgativos*, ou *purgação* (Critério B). Muitos indivíduos com bulimia nervosa empregam vários métodos para compensar a compulsão alimentar. Vomitar é o comportamento compensatório inapropriado mais comum. Os efeitos imediatos dos vômitos incluem alívio do desconforto físico e redução do medo de ganhar peso. Em alguns casos, vomitar torna-se um objetivo em si, e o indivíduo comerá excessiva e compulsivamente a fim de vomitar, ou vomitará depois de ingerir uma pequena quantidade de alimento. Indivíduos com bulimia nervosa podem usar uma variedade de métodos para induzir o vômito, incluindo o uso dos dedos ou instrumentos para estimular o reflexo do vômito. Geralmente se tornam peritos em induzir vômitos e acabam conseguindo vomitar quando querem. Raramente, consomem xarope de ipeca para induzir o vômito. Outros comportamentos purgativos incluem o uso indevido de laxantes e diuréticos. Uma série de outros métodos compensatórios também pode ser usada em casos raros. Indivíduos com bulimia nervosa podem usar indevidamente enemas após episódios de compulsão alimentar, mas raramente este se trata do único mecanismo compensatório empregado. As pessoas com esse transtorno podem tomar hormônio da tireoide em uma tentativa de evitar o ganho de peso. Aquelas com diabetes melito e bulimia nervosa podem omitir ou diminuir doses de insulina a fim de reduzir a metabolização do alimento consumido durante episódios de compulsão alimen-

tar. Indivíduos com o transtorno, ainda, podem jejuar por um dia ou mais ou se exercitar excessivamente na tentativa de impedir o ganho de peso. O exercício pode ser considerado excessivo quando interfere de maneira significativa em atividades importantes, quando ocorre em horas inapropriadas ou em contextos inapropriados ou quando o indivíduo continua a se exercitar a despeito de uma lesão ou outras complicações médicas.

Indivíduos com bulimia nervosa enfatizam de forma excessiva a forma ou o peso do corpo em sua autoavaliação, e esses fatores são extremamente importantes para determinar sua autoestima (Critério D). Eles podem lembrar muito os portadores de anorexia nervosa pelo medo de ganhar peso, pelo desejo de perder peso e pelo nível de insatisfação com o próprio corpo. Entretanto, um diagnóstico de bulimia nervosa não deve ser dado quando a perturbação só ocorrer durante episódios de anorexia nervosa (Critério E).

## Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com bulimia nervosa estão geralmente dentro da faixa normal de peso ou com sobrepeso ( $IMC \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$  e  $< 30$  em adultos). O transtorno ocorre, mas é incomum, entre indivíduos obesos. Entre os episódios de compulsão alimentar, indivíduos com bulimia nervosa costumam restringir seu consumo calórico total e optam, de preferência, por alimentos hipocalóricos (“dietéticos”), ao mesmo tempo que evitam alimentos que percebem como engordantes ou com potencial para desencadear compulsão alimentar.

Irregularidade menstrual ou amenorreia ocorrem com frequência em mulheres com bulimia nervosa; não está claro se tais perturbações estão relacionadas a oscilações no peso, a deficiências nutricionais ou a sofrimento emocional. Os distúrbios hidreletrolíticos decorrentes do comportamento purgativo são por vezes graves o suficiente para constituírem problemas clinicamente sérios. Complicações raras, porém fatais, incluem lacerações esofágicas, ruptura gástrica e arritmias cardíacas. Miopatias esqueléticas e cardíacas graves foram relatadas em indivíduos depois do uso repetido de xarope de ipeca para induzir o vômito. Indivíduos que abusam cronicamente de laxantes podem tornar-se dependentes do seu uso para estimular movimentos intestinais. Sintomas gastrintestinais costumam estar associados a bulimia nervosa, e prolapso retal já foi relatado entre indivíduos com esse transtorno.

## Prevalência

A prevalência de 12 meses de bulimia nervosa entre jovens do sexo feminino é de 1 a 1,5%. A prevalência-ponto é maior entre adultos, já que o transtorno atinge seu pico no fim da adolescência e início da idade adulta. Pouco se sabe a respeito da prevalência-ponto de bulimia nervosa no sexo masculino, porém o transtorno é bem menos comum nestes, com uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1.

## Desenvolvimento e Curso

A bulimia nervosa começa na adolescência ou na idade adulta jovem. A manifestação inicial antes da puberdade ou depois dos 40 anos é incomum. A compulsão alimentar com frequência começa durante ou depois de um episódio de dieta para perder peso. A vivência de múltiplos eventos estressantes na vida também pode precipitar o aparecimento de bulimia nervosa.

A perturbação do comportamento alimentar persiste por no mínimo muitos anos em uma porcentagem elevada de amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão alternando com recorrências de compulsão alimentar. Entretanto, durante o seguimento, os sintomas de muitos indivíduos parecem diminuir com ou sem tratamento, embora o tratamento nitidamente tenha impacto na evolução. Períodos de remissão acima de um ano estão associados a uma evolução de longo prazo mais favorável.

Um risco significativamente maior de mortalidade (por todas as causas e por suicídio) foi relatado para indivíduos com bulimia nervosa. A TBM para o transtorno é de aproximadamente 2% por década.

A mudança diagnóstica de bulimia nervosa inicial para anorexia nervosa ocorre em uma minoria dos casos (10 a 15%). Indivíduos que evoluem para anorexia nervosa comumente reverterão para bulimia nervosa ou terão múltiplas ocorrências de alternâncias entre esses dois transtornos. Um subgrupo de indivíduos com bulimia nervosa continua a manifestar compulsão alimentar, porém não se engaja mais em comportamentos compensatórios indevidos, e, portanto, seus sintomas satisfazem os critérios de transtorno de compulsão alimentar ou outro transtorno alimentar especificado. O diagnóstico deverá se basear na apresentação clínica atual (i.e., últimos três meses).

## Fatores de Risco e Prognóstico

**Temperamentais.** Preocupações com o peso, baixa autoestima, sintomas depressivos, transtorno de ansiedade social e transtorno de ansiedade excessiva da infância (DSM-III-R) estão associados a um risco maior de desenvolver bulimia nervosa.

**Ambientais.** Observou-se que a internalização de um ideal corporal magro aumenta o risco de desenvolver preocupações com o peso, o que, por sua vez, aumenta o risco de desenvolver bulimia nervosa. Indivíduos que sofreram abuso sexual ou físico na infância têm um risco maior de desenvolver o transtorno.

**Genéticos e fisiológicos.** Obesidade infantil e maturação puberal precoce aumentam o risco de bulimia nervosa. A transmissão familiar do transtorno pode estar presente, bem como vulnerabilidades genéticas para a perturbação.

**Modificadores do curso.** A gravidade da comorbidade psiquiátrica prediz uma evolução mais desfavorável de bulimia nervosa no longo prazo.

## Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Há relatos da ocorrência de bulimia nervosa em frequências relativamente similares na maioria dos países industrializados, incluindo Estados Unidos, Canadá, muitos países europeus, Austrália, Japão, Nova Zelândia e África do Sul. Em estudos clínicos de bulimia nervosa nos Estados Unidos, indivíduos com esse transtorno são essencialmente brancos. Entretanto, o transtorno também pode ocorrer em outros grupos étnicos e com uma prevalência comparável às prevalências estimadas em amostras de brancos.

## Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

A bulimia nervosa é bem mais comum em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino. Os últimos estão especialmente sub-representados nas amostras que buscam tratamento, por razões que ainda não foram examinadas sistematicamente.

## Marcadores Diagnósticos

Não existe, atualmente, teste diagnóstico específico para bulimia nervosa. Entretanto, diversas anormalidades laboratoriais podem ocorrer em consequência da purgação e aumentar a certeza diagnóstica, incluindo anormalidades eletrolíticas, como hipocalemia (que pode provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia. A perda de ácido gástrico pelo vômito pode produzir alcalose metabólica (nível sérico de bicarbonato elevado), e a indução frequente de diarreia ou desidratação devido a abuso de laxantes e diuréticos pode causar acidose metabólica. Alguns indivíduos com bulimia nervosa exibem níveis ligeiramente elevados de amilase sérica, provavelmente refletindo aumento na isoenzima salivar.

O exame físico geralmente não revela achados físicos. Entretanto, a inspeção da boca pode revelar perda significativa e permanente do esmalte dentário, em especial das superfícies linguais dos dentes da frente devido aos vômitos recorrentes. Esses dentes podem lascar ou parecer desgastados, corroídos e esburacados. A frequência de cáries dentárias também pode ser maior.

Em alguns indivíduos, as glândulas salivares, sobretudo as glândulas parótidas, podem ficar hipertrofiadas. Indivíduos que induzem vômitos estimulando manualmente o reflexo de vômito podem desenvolver calos ou cicatrizes na superfície dorsal da mão pelo contato repetido com os dentes. Miopatias esqueléticas e cardíacas graves foram descritas entre pessoas depois do uso repetido de xarope de ipeca para induzir vômitos.

## Risco de Suicídio

O risco de suicídio é alto na bulimia nervosa. A avaliação completa de indivíduos com esse transtorno deverá incluir determinação de ideação e comportamentos suicidas, bem como outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativas de suicídio.

## Consequências Funcionais da Bulimia Nervosa

Indivíduos com bulimia nervosa podem exibir uma gama de limitações funcionais associadas ao transtorno. Uma minoria de pessoas relata prejuízo grave no desempenho de papéis, sendo o domínio social da vida o mais provavelmente afetado de maneira adversa pela bulimia nervosa.

## Diagnóstico Diferencial

**Anorexia nervosa, tipo compulsão alimentar purgativa.** Indivíduos cujo comportamento alimentar compulsivo ocorre apenas durante episódios de anorexia nervosa recebem o diagnóstico de anorexia nervosa tipo compulsão alimentar purgativa e não deverão receber o diagnóstico adicional de bulimia nervosa. Para aqueles com diagnóstico inicial de anorexia nervosa com compulsão alimentar purgativa, mas cuja apresentação não satisfaz mais os critérios plenos para anorexia nervosa tipo compulsão alimentar purgativa (p. ex., quando o peso é normal), um diagnóstico de bulimia nervosa só deverá ser dado quando todos os critérios desse transtorno tiverem sido preenchidos por no mínimo três meses.

**Transtorno de compulsão alimentar.** Alguns indivíduos apresentam compulsão alimentar, porém não adotam comportamentos compensatórios inapropriados regularmente. Nesses casos, o diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar deve ser considerado.

**Síndrome de Kleine-Levin.** Em certas condições neurológicas e algumas condições médicas, como a síndrome de Kleine-Levin, existe comportamento de comer perturbado, mas os aspectos psicológicos característicos de bulimia nervosa, como preocupação excessiva com a forma e o peso corporais, não estão presentes.

**Transtorno depressivo maior, com aspectos atípicos.** A hiperfagia é comum no transtorno depressivo maior com aspectos atípicos, mas os indivíduos com esse transtorno não adotam comportamentos compensatórios indevidos e não exibem a preocupação excessiva com a forma e o peso corporais característica da bulimia nervosa. Se os critérios de ambos os transtornos forem satisfeitos, ambos os diagnósticos devem ser dados.

**Transtorno da personalidade *borderline*.** O comportamento de compulsão alimentar está incluso no critério de comportamento impulsivo que faz parte do transtorno da personalidade *borderline*. Se os critérios para transtorno da personalidade *borderline* e bulimia nervosa forem satisfeitos, então ambos os diagnósticos devem ser dados.

## Comorbidade

A comorbidade com transtornos mentais é comum em indivíduos com bulimia nervosa, com a maioria sofrendo de pelo menos um outro transtorno mental e muitos sofrendo de múltiplas comorbidades. A comorbidade não se limita a algum subgrupo especial, mas passa por uma ampla gama de transtornos mentais. Existe uma frequência maior de sintomas depressivos (p. ex., sentimentos de desvalia) e transtornos bipolares e depressivos (sobretudo transtornos depressivos)

em indivíduos com bulimia nervosa. Em muitos, a perturbação do humor começa concomitantemente ou em seguida ao desenvolvimento de bulimia nervosa, e os indivíduos afetados muitas vezes atribuem suas perturbações do humor a esse transtorno. Entretanto, em algumas pessoas, a perturbação do humor claramente precede o desenvolvimento de bulimia nervosa. Pode haver também frequência maior de sintomas de ansiedade (p. ex., medo de situações sociais) ou transtornos de ansiedade. Essas perturbações do humor e ansiedade com frequência cedem depois do tratamento efetivo para bulimia nervosa. A prevalência ao longo da vida de uso de substâncias, particularmente álcool ou estimulantes, é de pelo menos 30% entre indivíduos com bulimia nervosa. O uso de estimulantes começa com frequência como uma tentativa de controlar o apetite e o peso. Uma porcentagem substancial de indivíduos com bulimia nervosa também apresenta aspectos da personalidade que satisfazem os critérios de um ou mais transtornos da personalidade, com mais frequência transtorno da personalidade *borderline*.

## Transtorno de Compulsão Alimentar

### Critérios Diagnósticos

**307.51 (F50.8)**

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
  1. Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
  2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:
  1. Comer mais rapidamente do que o normal.
  2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
  3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.
  4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.
  5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
- C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.
- D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses.
- E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

*Especificar se:*

**Em remissão parcial:** Depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno de compulsão alimentar, a hiperfagia ocorre a uma frequência média inferior a um episódio por semana por um período de tempo sustentado.

**Em remissão completa:** Depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno de compulsão alimentar, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado.

*Especificar a gravidade atual:*

O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência de episódios de compulsão alimentar (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser ampliado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

**Leve:** 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana.

**Moderada:** 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana.

**Grave:** 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana.

**Extrema:** 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.

## Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de compulsão alimentar são episódios recorrentes de compulsão alimentar que devem ocorrer, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses (Critério D). Um “episódio de compulsão alimentar” é definido como a ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período sob circunstâncias semelhantes (Critério A1). O contexto em que a ingestão ocorre pode afetar a estimativa do clínico quanto à ingestão ser ou não excessiva. Por exemplo, uma quantidade de alimento que seria considerada excessiva para uma refeição típica seria considerada normal durante uma refeição comemorativa ou nas festas de fim de ano. Um “período de tempo determinado” refere-se a um período delimitado, geralmente inferior a duas horas. Não é necessário que um episódio de compulsão alimentar limite-se a um único contexto. Por exemplo, um indivíduo pode começar a comer compulsivamente em um restaurante e depois continuar a comer quando volta para casa. Lanches contínuos em pequenas quantidades de alimento ao longo do dia não seriam considerados compulsão alimentar.

Uma ocorrência de consumo excessivo de alimento deve ser acompanhada por uma sensação de falta de controle (Critério A2) para ser considerada um episódio de compulsão alimentar. Um indicador da perda de controle é a incapacidade de evitar comer ou de parar de comer depois de começar. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante, ou depois de, episódios de compulsão alimentar. O prejuízo no controle associado à compulsão alimentar pode não ser absoluto; por exemplo, um indivíduo pode continuar a comer compulsivamente enquanto o telefone está tocando, mas vai parar se um conhecido ou o cônjuge entrar no recinto. Alguns indivíduos relatam que seus episódios de compulsão alimentar não são mais caracterizados por um sentimento agudo de perda de controle, e sim por um padrão mais generalizado de ingestão descontrolada. Se relatarem que desistiram dos esforços para controlar a ingestão, a perda de controle ainda assim pode ser considerada presente. A compulsão alimentar também pode ser planejada, em alguns casos.

O tipo de alimento consumido durante episódios de compulsão alimentar varia tanto entre diferentes pessoas quanto em um mesmo indivíduo. A compulsão alimentar parece ser caracterizada mais por uma anormalidade na quantidade de alimento consumida do que pela fissura por um nutriente específico.

É preciso que a compulsão alimentar seja caracterizada por sofrimento marcante (Critério C) e pelo menos três dos seguintes aspectos: comer muito mais rapidamente do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; ingerir grandes quantidades de alimento sem estar com sensação física de fome; comer sozinho por vergonha do quanto se come; e sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida (Critério B).

Indivíduos com transtorno de compulsão alimentar geralmente sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam ocultar os sintomas. A compulsão alimentar ocorre em segredo ou o mais discretamente possível. O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo. Outros gatilhos incluem estressores interpessoais; restrições dietéticas; sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, à forma do corpo e ao alimento; e tédio. A compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitaram o episódio a curto prazo, porém a autoavaliação negativa e a disforia com frequência são as consequências tardias.

## Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno de compulsão alimentar ocorre em indivíduos de peso normal ou com sobrepeso e obesos. O transtorno é consistentemente associado ao sobrepeso e à obesidade em indivíduos que buscam tratamento. Contudo, é distinto da obesidade. A maioria dos indivíduos obesos não se envolve em compulsão alimentar recorrente. Além disso, comparados a indivíduos obesos de peso equivalente sem transtorno de compulsão alimentar, aqueles com o transtorno consomem mais calorias em estudos laboratoriais do comportamento alimentar e têm mais prejuízo funcional, qualidade de vida inferior, mais sofrimento subjetivo e maior comorbidade psiquiátrica.



## Prevalência

A prevalência de 12 meses do transtorno de compulsão alimentar entre mulheres e homens adultos norte-americanos (com idade igual ou superior a 18 anos) é de 1,6 e 0,8%, respectivamente. A taxa de gênero é bem menos assimétrica no transtorno de compulsão alimentar do que na bulimia nervosa. Esse transtorno é tão prevalente entre mulheres de minorias raciais e étnicas quanto em mulheres brancas e é mais prevalente entre indivíduos que buscam tratamento para emagrecer do que na população em geral.

## Desenvolvimento e Curso

Pouco se sabe a respeito do desenvolvimento do transtorno de compulsão alimentar. Tanto a compulsão alimentar quanto a perda de controle da ingestão sem consumo objetivamente excessivo ocorrem em crianças e estão associadas a maior gordura corporal, ganho de peso e mais sintomas psicológicos. A compulsão alimentar é comum em amostras de adolescentes e de universitários. A ingestão fora de controle ou a compulsão alimentar episódica podem representar uma fase prodromica dos transtornos alimentares para alguns indivíduos.

A prática de fazer dieta segue o desenvolvimento de compulsão alimentar em muitos indivíduos com o transtorno. (Em contraste com a bulimia nervosa, na qual o hábito disfuncional de fazer dieta geralmente precede o início da compulsão alimentar.) O transtorno começa, em geral, na adolescência ou na idade adulta jovem, mas pode ter início posteriormente, na idade adulta. Indivíduos com transtorno de compulsão alimentar que buscam tratamento costumam ser mais velhos do que aqueles com bulimia nervosa ou anorexia nervosa que buscam tratamento.

As taxas de remissão tanto em estudos do curso natural quanto nos de tratamento do transtorno são maiores para o transtorno de compulsão alimentar do que para bulimia ou anorexia nervosas. O transtorno de compulsão alimentar parece ser relativamente persistente, e seu curso é comparável ao da bulimia nervosa em termos de gravidade e duração. A mudança diagnóstica de transtorno de compulsão alimentar para outros transtornos alimentares é incomum.

## Fatores de Risco e Prognóstico

**Genéticos e fisiológicos.** O transtorno de compulsão alimentar parece comum em famílias, o que pode refletir influências genéticas adicionais.

## Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O transtorno de compulsão alimentar ocorre com frequências razoavelmente semelhantes na maioria dos países industrializados, incluindo Estados Unidos, Canadá, muitos países europeus, Austrália e Nova Zelândia. Nos Estados Unidos, a prevalência do transtorno parece comparável entre brancos não latinos, latinos, asiáticos e afro-americanos.

## Consequências Funcionais do Transtorno de Compulsão Alimentar

O transtorno de compulsão alimentar está associado a uma gama de consequências funcionais, incluindo problemas no desempenho de papéis sociais, prejuízo da qualidade de vida e satisfação com a vida relacionada à saúde, maior morbidade e mortalidade médicas e maior utilização associada a serviços de saúde em comparação a controles pareados por índice de massa corporal. O transtorno pode estar associado também a um risco maior de ganho de peso e desenvolvimento de obesidade.

## Diagnóstico Diferencial

**Bulimia nervosa.** O transtorno de compulsão alimentar tem em comum com a bulimia nervosa o comer compulsivo recorrente, porém difere desta última em alguns aspectos fundamentais. Em termos de apresentação clínica, o comportamento compensatório inapropriado recorrente (p. ex., purgação, exercício excessivo) visto na bulimia nervosa está ausente no transtorno de compulsão alimentar. Diferentemente de indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com transtorno de compulsão alimentar não costumam exibir restrição dietética marcante ou mantida voltada para influenciar o peso e a forma corporais entre os episódios de comer compulsivo. Eles podem, no entanto, relatar tentativas frequentes de fazer dieta. O transtorno de compulsão alimentar também difere da bulimia nervosa em termos de resposta ao tratamento. As taxas de melhora são consistentemente maiores entre indivíduos com transtorno de compulsão alimentar do que entre aqueles com bulimia nervosa.

**Obesidade.** O transtorno de compulsão alimentar está associado a sobrepeso e obesidade, mas apresenta diversos aspectos-chave distintos da obesidade. Primeiro, os níveis de valorização excessiva do peso e da forma corporais são maiores em indivíduos obesos com o transtorno do que entre aqueles sem o transtorno. Em segundo lugar, as taxas de comorbidade psiquiátrica são significativamente maiores entre indivíduos obesos com o transtorno comparados aos que não o têm. Em terceiro lugar, o sucesso prolongado de tratamentos psicológicos baseados em evidência para o transtorno de compulsão alimentar podem ser contrastados com a ausência de tratamentos eficazes a longo prazo para obesidade.

**Transtornos bipolar e depressivo.** Aumentos no apetite e ganho de peso estão inclusos nos critérios para episódio depressivo maior e nos especificadores de aspectos atípicos para transtornos depressivo e bipolar. O aumento da ingesta no contexto de um episódio depressivo maior pode ou não estar associado a perda de controle. Se todos os critérios para ambos os transtornos forem satisfeitos, ambos os diagnósticos podem ser dados. Compulsão alimentar e outros sintomas da ingestão desordenada são vistos em associação com transtorno bipolar. Se todos os critérios para ambos os transtornos forem preenchidos, ambos os diagnósticos deverão ser dados.

**Transtorno da personalidade *borderline*.** A compulsão alimentar está inclusa no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição do transtorno da personalidade *borderline*. Se todos os critérios de ambos os transtornos forem preenchidos, então os dois diagnósticos devem ser dados.

## Comorbidade

O transtorno de compulsão alimentar está associado a comorbidade psiquiátrica significativa comparável à da bulimia nervosa e da anorexia nervosa. Os transtornos comórbidos mais comuns são transtornos bipolares, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e, em um grau menor, transtornos por uso de substância. A comorbidade psiquiátrica está ligada à gravidade da compulsão alimentar, não ao grau de obesidade.

## Outro Transtorno Alimentar Especificado

**307.59 (F50.8)**

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno alimentar que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos alimentares. A categoria outro