

# Análise da evolução dos critérios diagnósticos da anorexia nervosa

Felipe Alckmin-Carvalho<sup>1</sup>

Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Deivid Regis dos Santos

Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

Renatha El Rafihi-Ferreira

Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Maria Rita Zoéga Soares

Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

## RESUMO

Desde a inclusão da anorexia nervosa (AN) na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), os critérios diagnósticos do transtorno têm sido atualizados. O objetivo deste trabalho foi apresentar a evolução destes critérios e discutir sobre suas principais alterações. Trata-se de um estudo teórico. Foram consultadas as versões III, IV, IV-TR e V do DSM e realizada pesquisa nas bases de dados PubMed, Scielo e Scopus, com as seguintes palavras-chave em combinação: “anorexia”, “DSM” e “*diagnostic criteria*”. Verificaram-se alterações nos critérios relacionados à necessidade de amenorria, de índice de massa corporal mínimo e foram acrescentadas informações sobre o nível de gravidade e de remissão do transtorno, além de mais detalhes sobre subtipos de AN. Revisões periódicas do DSM, a partir de contribuições de clínicos e de pesquisadores garantem avaliações mais precisas e o delineamento de intervenções mais efetivas no tratamento e na prevenção de transtornos alimentares.

*Palavras-chave:* distúrbios do ato de comer; anorexia nervosa; diagnóstico.

## ABSTRACT – Analysis of the evolution of the diagnostic criteria for anorexia nervosa

Since the inclusion of anorexia nervosa (AN) in the third edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), the diagnostic criteria of the disorder have been updated. The aim of this study was to present the evolution of these criteria and discuss the major changes. This is a theoretical study. The III, IV, IV-TR and V versions of DSM were consulted. The authors also consulted PubMed, SciELO and Scopus databases, using the following keywords in combination: anorexia, DSM, and diagnostic criteria. There have been changes in the criteria related to the need for amenorrhea and minimum body mass index, and information was added on the level of severity and remission of the disorder, as well as subtype details. Periodic reviews of the DSM, based on clinical researcher’s contributions, provide more accurate assessments and the design of more effective interventions in the treatment and prevention of eating disorders.

*Keywords:* eating disorders; anorexia nervosa; diagnosis.

## RESUMEN – Análisis de la evolución de los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa

Desde la inclusión de la anorexia nervosa (AN) en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), sus criterios diagnósticos se han actualizado. El objetivo de este estudio fue presentar la evolución de estos criterios y discutir sus principales cambios. Este es un estudio teórico. Las Versiones III, IV, IV-TR y V del DSM fueron consultados y se buscó en la bases de datos PubMed, SciELO y Scopus, con las palabras clave en combinación: “anorexia”, “DSM” y “criterios diagnósticos”. Se han producido cambios en los criterios de necesidad de amenorrea, índice mínimo de masa corporal y se añade información sobre el nivel de severidad y remisión de la enfermedad, así como más detalles acerca de sus subtipos. Revisiones periódicas del DSM, a partir de contribuciones de clínicos y investigadores proporcionan mejor evaluación y intervenciones más eficaces en el tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios.

*Palabras clave:* trastornos de la ingestión de alimentos; anorexia nerviosa; diagnóstico.

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar grave, associado as mais elevadas taxas de mortalidade entre todos os transtornos psiquiátricos (Franko

et al., 2013). Caracteriza-se pela intensa perda de peso, produzida por meio de restrição alimentar autoimposta e pela negação do paciente da gravidade de seu estado

<sup>1</sup> Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, Avenida Professor Mello Moraes, 1721, Prédio F, Sala 19, Cidade Universitária, 05508-030, São Paulo-SP. E-mail: felipcarvalho@usp.br

nutricional. Além disso, essa condição é caracterizada pela influência indevida do peso na autoestima do indivíduo, pelo medo mórbido de ganhar peso ou tornar-se obeso e pela distorção de imagem corporal (*American Psychiatric Association*, 2013; Hearer & Walsh, 2013).

Com relação às taxas de prevalência de AN (na vida), em população geral, um estudo epidemiológico recente realizado nos Estados Unidos, com amostra de 10.123 adolescentes, encontrou que 0,3% dos participantes preenchiam critérios diagnósticos para o transtorno (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011). Outro estudo, realizado por pesquisadores alemães, indicou taxas bastante similares (0,28%) na avaliação de 1.404 crianças e adolescentes (Jaite, Hoffmann, Glaeske, & Bachmann, 2013).

Em uma busca em bases de dados nacionais (LILACS, PEPISIC, BIREME e SciELO), realizada em outubro de 2014, utilizando-se as seguintes palavras-chave: “anorexia nervosa” e “prevalência” em combinação, não foram encontrados artigos que avaliassem a taxa de prevalência da AN no Brasil. Encontrou-se apenas estudos que utilizaram instrumentos de triagem, como o *Eating Attitudes Test* (EAT) e o *Eating Disorder Inventory* (EDI) que indicavam a prevalência de sintomas da AN (e.g., Souza, Souza, Hirai, Luciano, & Souza, 2011). Tomando por base os dados internacionais sobre prevalência do transtorno alimentar, calcula-se que no Brasil, com população estimada em 202,7 milhões de habitantes (IBGE, 2014) há aproximadamente 600 mil pessoas que sofrem ou sofreram de AN. Destaca-se ainda que os estudos de prevalência de AN mencionados anteriormente foram realizados tomando com base os critérios do DSM-IV-TR. A partir da flexibilização desses critérios, a ser discutida posteriormente, as taxas de prevalência tendem a aumentar.

Sabe-se que a AN é mais frequente entre mulheres jovens, sendo que a incidência média de relação entre homem-mulher varia de 1:10 até 1:20 (Swanson et al., 2011), e seu aparecimento é mais comum durante a adolescência e início da idade adulta (Claudino & Borges, 2002; Cordás, 2004; Klein & Walsh, 2004). No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado alterações no perfil de pacientes com este transtorno alimentar (Alckmin-Carvalho, Rafihi-Ferreira, Zazula, & Soares, 2013). Entre as mudanças mais aparentes, destacam-se a idade de início do transtorno, que tem ocorrido mais precocemente (Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2012) e também o aumento do número de homens, adolescentes e adultos, com AN (Reas & Stedal, 2015; Strother, Lemberg, Stanford, & Turberville, 2012) sendo essa tendência também verificada por pesquisadores brasileiros (Abreu-Gonçalves, Moreira, Trindade, & Fiates, 2013).

Indivíduos com esse tipo de TA podem apresentar complicações fisiológicas devido aos danos causados pela utilização de métodos purgativos e decorrentes do

baixo peso, que incluem inanição, alterações endócrinas, anemia, lesões no sistema gástrico, osteoporose, alterações hidroeletrólíticas (especialmente hipocalemia, que pode levar à arritmia cardíaca e morte súbita), hipotermia, pielonefrite decorrente da baixa imunidade, alterações hormonais, bradicardia e erosão no esmalte dentário (*American Psychiatric Association*, 2013).

A presença de alterações nos hábitos alimentares também pode influenciar no comportamento, no desenvolvimento, na aprendizagem e no relacionamento social do indivíduo. Tirico, Stefano, e Blay (2010) realizaram uma revisão sistemática sobre qualidade de vida entre pacientes com TA, analisando resultados de 36 artigos. Os autores encontraram que a área mais prejudicada parece ser a das relações sociais. Pacientes com AN relatam mais solidão, isolamento e dificuldades para estabelecer e manter relações amorosas e de amizade quando comparados a controles sem TA.

Padierna, Quintana, Arostegui, Gonzalez, e Horcajo (2002) apontam que o nível de satisfação com as relações familiares e com o trabalho também é menor entre pacientes com AN quando comparado a indivíduos não clínicos. Claudino e Borges (2002) explicam que pacientes com AN passam, gradativamente, a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de interesses. Segundo os autores, esse padrão de comportamento favorece o isolamento e a falta de apoio social relatados pelos pacientes.

Estudos longitudinais têm sido realizados desde a década de 1980 com a finalidade de avaliar o desfecho clínico de pacientes com AN. Foram encontradas taxas de mortalidade que variaram entre 5% a 20% (Pinzon & Nogueira, 2004) e a AN foi considerada o transtorno psiquiátrico com maior probabilidade de morte do paciente (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Franko et al., 2013) por complicações fisiológicas decorrentes da inanição crônica ou por suicídio (Button, Chadalavada, & Palmer, 2010).

O tratamento de AN se configura como uma tarefa bastante complexa (Araújo & Henriques, 2011) e onerosa (Economics, 2012; Whiteford et al., 2013), exigindo equipe multidisciplinar mínima composta por médico psiquiatra, psicólogo e nutricionista (*American Academy of Pediatrics*, 2003; Fairburn & Cooper, 2007). O primeiro objetivo do tratamento é a recuperação nutricional, de modo que é comum que pacientes com AN sejam internados por estarem em condições clínicas que oferecem risco à vida, para então, em um segundo momento, investir-se em tratamento psicológico envolvendo as múltiplas causas do transtorno.

Clínicos e pesquisadores indicam que indivíduos com tal diagnóstico costumam negar a doença, frequentemente se recusam a seguir as regras do tratamento medicamentoso e nutricional a fim de evitar o ganho de peso. Desse modo, as indicações de internação podem

gerar estresse ao paciente, além de altos custos financeiros para a família e/ou ao sistema público de saúde (Pinzon & Nogueira, 2004; Simon, Schmidt, & Pilling, 2005).

Mesmo com esses custos em termos financeiros e de recursos humanos, pesquisas sobre aderência e resultados do tratamento apontam taxas de recuperação desanimadoras, sobretudo em longo prazo, tanto em tratamentos ambulatoriais quanto em unidades de internação, uma vez que recaídas e nova busca por tratamento e internação parecem ser mais a regra do que a exceção (Vall & Wade, 2015).

Um dos primeiros estudos longitudinais realizados com essa população acompanhou, por quatro anos, 41 pacientes que deram entrada em uma unidade de internação com diagnóstico de AN. Os pesquisadores encontraram apenas 39% de recuperação completa, 5% de óbitos e 66% dos pacientes com recaídas e nova busca por tratamento (Morgan & Russell, 1975). Outro estudo longitudinal que acompanhou por 90 meses uma amostra de 243 mulheres com AN encontrou que apenas 33% das participantes se recuperaram completamente, sendo que um terço destas tiveram recaídas após o tratamento (Herzog et al., 1999).

Manuais com finalidade diagnóstica têm sido utilizados como instrumentos auxiliares à prática de profissionais da área de saúde mental. O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), é frequentemente utilizado no Brasil, como referência em transtornos mentais. Araújo e Lotufo (2014) apontam que a observação, descrição e categorização de enfermidades, por meio do manual, permite a formulação de diagnósticos precisos, que por sua vez, auxilia na escolha da modalidade de tratamento mais adequado e na previsão da evolução clínica do paciente.

Além da importância clínica e epidemiológica, o DSM é fundamental para fins de pesquisa (Walsh, 2007). A partir de critérios diagnósticos previamente estabelecidos para determinado transtorno psiquiátrico, utilizados como critério de inclusão de sujeitos em pesquisa, é possível comparar resultados de estudos com metodologias compatíveis, realizados por diferentes grupos de pesquisa, facilitando a replicação em diferentes países, a fim de produzir evidências científicas robustas acerca de que perfil de paciente se beneficia mais de determinada modalidade de tratamento (Araújo & Lotufo, 2014). Critérios ambíguos podem produzir vieses metodológicos e, conseqüentemente, problemas na interpretação e generalização dos resultados de pesquisas na área (Walsh, 2007). Por meio da padronização da linguagem, presente no DSM, a comunicação entre os envolvidos no tratamento de pacientes com determinado transtorno é facilitada, o que possibilita um melhor diálogo entre profissionais de diferentes áreas.

Com relação à AN, no manual são apresentados, além dos critérios diagnósticos para o transtorno, fatores

etiológicos, dados de incidência e prevalência, de desenvolvimento, curso, fatores de risco, comorbidades, diagnóstico diferencial e de prejuízos fisiológicos e funcionais associados ao quadro (Call, Walsh, & Attia, 2013). Estudos indicam que o diagnóstico e tratamento precoces de AN estão associados a melhores prognósticos. Desse modo, conhecer a caracterização clínica e acompanhar a evolução dos critérios diagnósticos desse transtorno alimentar é extremamente importante para profissionais da área (Regier, 2007; Wilfley, Bishop, Wilson, & Agras, 2007).

Considerando os aspectos citados anteriormente, avaliar as atualizações dos critérios diagnósticos de AN contribui para seu reconhecimento por clínicos e traz visibilidade para uma condição clínica grave, que tem sido subdiagnosticada, sobretudo nos casos em que pacientes procuram o profissional de saúde a partir de queixas difusas. Além disso, uma vez que o tratamento de AN é interdisciplinar, envolvendo nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e psiquiatras, a utilização desse manual é amplamente facilitadora do processo diagnóstico e de tratamento, bem como da comunicação desses profissionais em unidades ambulatoriais e de internação (Araújo & Lotufo, 2014).

A partir de constatações clínicas e provenientes de pesquisas empíricas baseadas em evidências, o DSM passa periodicamente por reformulações. Apesar da importância do manual para a conduta profissional, descrita anteriormente, pouco foi explorado em território nacional sobre a evolução de suas características em relação à AN. Visando ampliar a compreensão sobre o tema, o presente artigo teve como objetivo apresentar a evolução dos critérios diagnósticos de AN e apresentar as evidências que sustentam as atualizações.

## Método

Trata-se de um estudo teórico e reflexivo, em que foram consultadas as versões III, IV, IV-TR e 5 do DSM para a análise. Somado a isso, no presente trabalho utilizou-se, para a discussão das atualizações do DSM, estudos empíricos, de revisão, bem como artigos teóricos publicados entre os anos de 1980 (ano de publicação do DSM III, em que foram adicionados os transtornos alimentares) e 2015.

A revisão da literatura foi realizada, em maio de 2015 nas bases de dados: PubMed, SciELO e Scopus, utilizando-se as seguintes palavras-chave em português e inglês, em diferentes combinações: “anorexia”, “DSM” e “*diagnostic criteria*”. Foram excluídos do estudo dissertações, teses, livros e capítulos de livro.

## Resultados e Discussão

Com relação à evolução dos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares, constatou-se que somente na terceira edição do DSM (1980) a AN e bulimia nervosa

(BN) foram formalmente reconhecidas como duas categorias específicas (*American Psychiatric Association*, 1980). Considera-se, portanto, que a publicação do DSM-III foi um marco que contribuiu para o diagnóstico dos transtornos alimentares (Walsh, 2007).

Na versão posterior revisada do manual (*American Psychiatric Association*, 1987), a AN aparece como um distúrbio alimentar, ao lado de outras perturbações do comportamento alimentar, como BN, pica e distúrbio ruminativo da infância, começando tipicamente na adolescência ou no início da idade adulta e, frequentemente, associada a quadros comórbidos de BN. Nessa versão do manual, ainda não constavam as divisões da AN em subtipos restritivo e purgativo, como ocorre nas versões posteriores.

No DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) e no DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2002), os transtornos alimentares estão divididos em AN e BN, sendo que os transtornos ruminativos da infância e pica passaram a integrar a sessão de Transtornos Alimentares da Primeira Infância. Já no DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013) os transtornos alimentares citados são: pica, transtorno de ruminação, transtorno da evitação ou restrição alimentar, AN, BN e transtorno da compulsão alimentar.

O aumento da importância epidemiológica dos transtornos alimentares conduziu a uma rápida evolução nas pesquisas e discussões acerca dos critérios diagnósticos desses transtornos nas últimas décadas (Cordás,

2004). Atualmente a AN é considerada um transtorno alimentar cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados. Na Tabela 1 estão descritos os critérios para AN nas versões do DSM-III, DSM-IV e DSM-V.

Como é possível observar na Tabela 1, na avaliação dos critérios diagnósticos de AN, desde o DSM III até a publicação do DSM-5, verificou-se a retirada do critério de amenorreia, flexibilização do IMC mínimo, inclusão de estágios de remissão do transtorno alimentar e classificação de seu nível de gravidade. Embora não tenha havido alterações expressivas nos subtipo de AN (apenas a inclusão de exemplos de comportamentos purgativos e o período de três meses como critério para os episódios de purgação caracterizarem o subtipo), considerou-se importante apontar as discussões atuais sobre esse critério (Fairburn & Cooper, 2011; Smink, Hoeken, Oldehinkel, & Hoek, 2014).

As atualizações seguem na direção de tornar os critérios diagnósticos de AN mais acurados e úteis, de modo a reduzir a frequência de transtornos alimentares não especificados (TANE), um grupo heterogêneo e indefinido que inclui formas parciais de AN, BN e de transtorno da compulsão alimentar. A partir da classificação proposta pelo DSM-IV, esse era o diagnóstico mais comum em amostras clínicas e em estudos populacionais (aproximadamente 80% de todos os transtornos alimentares) (Fairburn & Cooper, 2011; Smink et al., 2014). Essas atualizações, bem como dados de pesquisa e clínicos que as sustentam, serão descritas em tópicos a seguir.

Tabela 1  
Critérios para Diagnóstico da Anorexia Nervosa nas Versões do DSM-III, DSM-IV e DSM-V

DSM-III	<p>A. Recusa em manter o peso acima do mínimo normal adequado à idade e à altura, por exemplo, perda de peso levando à manutenção do peso corporal 15% abaixo do esperado; ou malogrado em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal 15% abaixo do esperado.</p> <p>B. Medo intenso de ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior.</p> <p>C. Perturbação no modo de vivenciar o peso corporal, tamanho ou forma, por exemplo, a pessoa reclama que se “sente gorda” mesmo quando emagrecida; acredita que uma área do corpo está “muito gorda” mesmo quando obviamente tem peso inferior ao esperado.</p> <p>D. Nas mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorreia primária ou secundária).</p>
DSM-IV e DSM-IV-TR	<p>A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por exemplo, perda de peso levando a manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).</p> <p>B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.</p> <p>C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.</p> <p>D. Nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.</p> <p>Especificar tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo restritivo: durante o episódio normal de AN, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.</li> <li>• Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de AN, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.</li> </ul>

Tabela 1 (continuação)

Critérios para Diagnóstico da Anorexia Nervosa nas Versões do DSM-III, DSM-IV e DSM-V

	<p>A. Restrição da ingestão 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.</p> <p>B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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).</li> </ul>
	<p>Especificar se:</p>
DSM-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>Especificar a gravidade atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p>Leve: <math>IMC \geq 17 kg/m^2</math>  Moderada: <math>IMC 16-16,99 kg/m^2</math>  Grave: <math>IMC 15-15,99 kg/m^2</math>  Extrema: <math>IMC &lt; 15 kg/m^2</math></p>

### 1. Retirada da exigência de amenorreia como critério diagnóstico de AN.

No DSM 5 houve alteração no critério que diz respeito à amenorreia- ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (critério D do DSM-IV). Na atual versão do manual esse critério foi retirado. Essa alteração é consequência de estudos sobre a relevância clínica da amenorreia para o diagnóstico de AN (Faiburn & Cooper, 2007; Hebebrand & Bulik, 2011; Regier, 2007; Walsh & Sysko, 2009; Wilfley et al., 2007).

O DSM-IV-TR pontua que pacientes que preenchem todos os critérios diagnósticos para AN, com exceção da amenorreia, eram diagnosticados como tendo um transtorno alimentar sem outra especificação (TASOE), sem que houvesse uma indicação específica para o tratamento de indivíduos com este diagnóstico. Uma possível consequência dessa classificação seria a falsa sensação quanto à menor severidade do quadro de pacientes que têm menstruação regular (Roberto,

Steinglass, Mayer, Attia, & Walsh, 2008). Outro fator a ser considerado é que a paciente pode omitir ou mentir sobre informações relacionadas ao ciclo menstrual, de modo que seria mais aconselhável que a equipe de profissionais realizasse uma avaliação que envolva marcadores biológicos como exames hormonais, de eletrólitos, das funções hepáticas, renais, dentre outros exames que possam auxiliar no diagnóstico e não fiquem pautados apenas no relato verbal do indivíduo.

Garfinkel et al. (1995), com uma amostra de 8116 pacientes, mostrou que cerca de 30% destes preenchiam todos os critérios diagnósticos de AN com exceção de amenorreia. Por este motivo, foram classificadas como tendo um TASOE e os autores consideraram que esta alta porcentagem seria indicador de inconsistência na formulação do critério diagnóstico. Outro ponto controverso relacionado ao critério da amenorreia é que este não pode ser aplicado a indivíduos do sexo masculino (Roberto et al., 2008).

## 2. Índice de massa corporal.

O DSM-IV-TR apresentava no critério A, que se refere à recusa de manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo esperado para a idade e altura. O manual apresenta duas modalidades de classificação do limiar de baixo peso. A primeira, em que baixo peso seria considerado abaixo de 85% do esperado (critério utilizado em tabelas de crescimento utilizadas em pediatria e pela *Metropolitan Life Insurance*); e a segunda, mais rígida, utilizada nos critérios diagnósticos para a pesquisa na CID 10, que exige que o indivíduo tenha um IMC abaixo de  $17,5\text{kg/m}^2$ . Os autores destacam que as duas alternativas são oferecidas apenas como diretrizes sugeridas ao clínico, pois não é razoável especificar um padrão único para peso normal mínimo que se aplique a todos os indivíduos de determinada idade e altura. Alertam ainda que o clínico deve avaliar, além do peso, a constituição corporal, o histórico ponderal e os possíveis prejuízos fisiológicos associados ao baixo peso. Por fim, apontam que entre crianças e adolescentes o limiar de peso deve ser avaliado não apenas em termos de perda significativa de peso, mas também em termos de fracasso de ganho de peso esperado a partir do gênero, idade e do crescimento.

No DSM-5, na seção de critérios diagnósticos não há um ponto de corte sugerido para baixo peso. Na seção de características diagnósticas os autores discutem que a definição de um limiar de baixo peso universalmente aceita é problemática uma vez que a faixa de peso normal difere entre indivíduos. Adicionalmente, apontam que diferentes limiares de baixo peso foram publicados. Para adultos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente aos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) utilizam o limiar de IMC abaixo de  $18,5\text{kg/m}^2$  como limite inferior de peso corporal normal. As mesmas instituições apontam IMC abaixo de  $17\text{kg/m}^2$  como indicativo de peso significativamente baixo.

Na quinta edição consta ainda que um indivíduo com IMC 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 com esse julgamento. Na mesma direção, para crianças e adolescentes, o manual aponta um IMC por idade abaixo do 5º percentil como sugestivo de peso abaixo do normal. No entanto, discute-se, novamente, que a adoção de diretrizes numéricas simples também deve ser evitada para a classificação de limiar de baixo peso, uma vez que crianças e adolescentes acima do percentil 5 podem ser julgados como tendo baixo peso, em face do fracasso em manter sua trajetória de crescimento esperada.

A partir da comparação da quarta e quinta versão do DSM fica claro que há uma tendência em flexibilizar o critério de limiar de baixo peso, acrescentando-se à análise, por parte do clínico, variáveis que poderiam influenciar nessa classificação, como histórico ponderal,

idade (fase do desenvolvimento) e gênero (Smink et al., 2014). Essa tendência tem sido amplamente discutida e parece ter dois objetivos práticos: evitar subdiagnóstico com base apenas no limiar de baixo peso, sobretudo entre crianças e adolescentes, e também evitar a classificação do transtorno alimentar na categoria residual de Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE), apenas por conta do critério de IMC (Hebebrand & Bulik, 2011). Em termos de pesquisa, Wilfley et al. (2007) apontam que a flexibilização do critério de baixo peso e a inclusão de outras variáveis clínicas à análise poderia dificultar a replicação e comparação de resultados entre estudos. Os autores defendem a operacionalização dessas novas variáveis e a criação de instrumentos padronizados para sua mensuração.

## 3. Inclusão de estágios de remissão de AN.

Remissão significa estar livre de sintomas, ou ainda, saudável. Diferencia-se de termos como resposta ao tratamento ou recuperação. Resposta ao tratamento ocorre quando há diferença estatisticamente significativa nos comportamentos problema mensurados em linha de base (pré-intervenção) e pós-intervenção, garantindo-se que as mudanças ocorreram devido ao tratamento. A remissão não requer que a mudança ocorra devido ao tratamento, e indica que o paciente, naquele momento, não apresenta sinais ou sintomas da doença. Segundo Couturier e Lock (2006), o conceito é importante, tanto para clínicos quanto para pesquisadores, na medida em que possibilita prever a recuperação. A recuperação, por sua vez, significa que o paciente está livre dos sintomas por um período longo o suficiente para que a doença possa ser considerada superada.

Existe pouco consenso entre pesquisadores sobre o critério de remissão da AN. Há uma variação que inclui desde avaliação exclusivamente de indicadores fisiológicos, como IMC e regularidade menstrual (Morgan & Russell, 1975), exclusivamente de sintomas psicológicos/comportamentais (mensurados por instrumentos padronizados, como a *Eating Disorders Examination* (EDE)) (Fairburn & Harrison, 2003) e, por fim, por meio da junção de indicadores fisiológicos e psicológicos/comportamentais, como proposto por Kordy et al., (2002).

A remissão da AN foi investigada por Couturier e Lock (2006), que avaliaram, em uma amostra de 86 adolescentes, sete modelos conceituais. Os resultados deste estudo demonstraram que as taxas de remissão variaram de 3% a 96%, dependendo do modelo adotado para a análise. Para os autores, combinar o percentil de peso ideal aos escores do EDE é uma medida que reduz a variação das taxas de remissão, e abarcam de modo significativo os aspectos mais relevantes da remissão. Para verificar mais detalhes, bem como as vantagens e desvantagens de cada um dos modelos de remissão de AN descritos acima, veja Couturier e Lock (2006).

#### 4. classificação do nível de gravidade.

A quinta versão do DSM apresenta a inclusão do nível de gravidade de AN, sendo que a classificação é dividida entre leve, moderada, grave e extrema. O nível de severidade não é somente classificado a partir do IMC, mas também pelos sintomas clínicos, incapacidade funcional e necessidade de supervisão. Essas variáveis devem ser observadas pelo clínico na condução do caso.

O estudo de Smink, et al. (2014) investigou a prevalência e gravidade de AN em uma amostra de 1597 adolescentes a partir do DSM-5. Destes participantes, 16 (1%) foram diagnosticados com AN, sendo cinco (31,2%) em nível leve, 4 (25%) em nível moderado, 4 (25%) em nível grave e 3 (18,8%) em nível extremo. Foi verificado que mais da metade dos pacientes estavam classificados nos níveis médio e moderado de gravidade. Os dados apontaram para uma associação estatisticamente significativa entre gravidade e proporção de casos detectados ( $p=0,02$ ) e entre gravidade e casos tratados pelos serviços de saúde mental ( $p=0,002$ ). Os autores apontaram que esse é um dos primeiros estudos sobre a classificação da gravidade de AN e, ainda, que novos estudos sobre o tema são necessários.

A detecção e tratamento precoces de AN, em nível leve/moderado, está associada a melhores prognósticos (Vall & Wade, 2015). Assim, a flexibilização dos critérios diagnósticos de AN, bem como a classificação dos casos em níveis de gravidade podem diminuir o subdiagnóstico de casos em estágios iniciais (Smink, et al., 2014). Além disso, em termos clínicos, esta classificação pode guiar a postura profissional, uma vez que os níveis de gravidades podem apontar para diferentes manejos clínicos e diferentes dosagens de tratamento.

#### 5. AN e seus subtipos.

A AN foi primeiramente descrita em termos de critérios a partir do DSM-III. Assim, avançou-se no sentido de delimitar características do transtorno, facilitar seu reconhecimento por clínicos e trazer visibilidade para uma condição clínica grave, que anteriormente poderia não ter a devida atenção por parte de profissionais da saúde. Esta versão do manual foi um marco de modo geral e não apenas para a AN, pois passou a descrever os critérios diagnósticos dos transtornos psiquiátricos de modo mais claro, preciso e atóxico (Walsh, 2007).

Embora o DSM III possa ser considerado um divisor de águas quanto aos critérios diagnósticos de transtornos alimentares, foi apenas na quarta versão do manual que foram descritos os subtipos da AN (restritivo/purgativo), tarefa que tornava mais clara a diferenciação entre AN do subtipo purgativo e BN. No DSM-V permanece essa diferenciação. O subtipo restritivo é definido pela ocorrência de restrição alimentar e pela ausência de episódios de comer compulsivamente ou prática purgativa. Neste caso, a perda de peso é

conseguida principalmente por meio de dietas, jejuns e pela prática de exercícios físicos em excesso. O segundo subtipo é o purgativo, em que os períodos de restrição alimentar são seguidos por episódios de comer compulsivamente e por comportamentos de purgação, como indução de vômito e/ou uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas, com objetivo de prevenir o ganho de peso decorrente da compulsão alimentar.

Ressalta-se que não apenas indivíduos que apresentam episódios de compulsão alimentar recorrem aos métodos purgativos. Há também indivíduos que mesmo ingerindo pequenas porções de alimentos podem lançar mão desse recurso, que pode ser considerado critério diagnóstico quando ocorre pelo menos uma vez por semana. Nesse ponto cabe uma diferenciação entre AN, subtipo purgativo e BN purgativa: embora em ambos os transtornos alimentares haja perturbação do comportamento alimentar e purgação, nos casos de AN há perda de peso significativa, enquanto que em casos de BN o paciente pode estar eutrófico ou com o IMC levemente acima ou abaixo do esperado (*American Psychiatric Association*, 2013). A diferenciação é importante porque, embora compartilhem padrões de comportamento similares, a evolução clínica, o tratamento e o prognóstico de pacientes com AN e BN diferem expressivamente (Cordás, 2004).

A subdivisão da AN em subtipos restritivos e purgativos, desenvolvida nos anos 1980, começou a ser questionada nas últimas décadas. O DSM-V faz um alerta para o fato de que é comum a alternância entre estes dois subtipos e recomenda que tais critérios não devem ser utilizados para definir o curso longitudinal do transtorno, sendo considerados apenas como indicativos dos sintomas atuais. Van der Ham, Meulman, Van Strien, e Van England (1997) desenvolveram um estudo longitudinal com 55 pacientes anoréxicas que inicialmente preenchiam critérios diagnósticos para a classificação em um determinado subtipo de AN. Após quatro anos de seguimento, os pesquisadores não conseguiram diferenciar claramente a que subtipo cada uma das pacientes pertenciam, pois muitas delas transitavam entre os dois subtipos do transtorno. Pesquisadores apontam ainda que são altas as taxas de transição de pacientes com AN do subtipo restritivo para o purgativo, sendo o contrário menos frequente. Há ainda a possibilidade de transição de pacientes com AN para BN, e menos comumente, o contrário (Peat, Mitchell, Hoek, & Wonderlich, 2009).

Autores também chamam atenção para a falta de clareza nessa divisão, o que dificulta o diagnóstico, principalmente no que diz respeito ao tipo Compulsão Periódica / Purgativo, devido à sua proximidade com a BN (Peat et al., 2009; Walsh & Sysko, 2009; Wilfley et al., 2007). Além disso, de acordo com Peat et al. (2009), dados de pesquisa em relação aos subtipos têm-se mostrado inconsistentes. Questiona-se assim, relevância

clínica dessa categorização, e ainda, se os subtipos restritivos e purgativos não seriam estágios diferentes do mesmo transtorno da alimentação. Nessa direção, Fairburn e Cooper (2007) sugerem que o mais adequado seria enquadrar todos os transtornos alimentares em um *continuum*. Segundo estes autores, é comum ocorrer a migração de um transtorno para outro. Constataram que pacientes com diagnóstico de AN podem evoluir para um diagnóstico de BN e também evoluir para outro diagnóstico. Ademais, Araújo e Lotufo (2014) ressaltam o risco de se criar critérios que descrevam distinções que não apresentem relevância clínica em termos de curso, evolução clínica e de prognóstico, variáveis cruciais para selecionar o tratamento psicológico e farmacológico mais adequado.

Concluindo, o presente estudo discutiu sobre a evolução dos critérios diagnósticos para a AN, desde sua primeira descrição, no DSM III até as atualizações presentes no DSM V. Foram também apresentados estudos teóricos e empíricos que embasaram essas alterações. Verificou-se que a quinta versão deste manual apresentou avanços quanto aos critérios diagnósticos da AN. Foram alterados os critérios relacionados à amenorreia, ao índice de massa corporal mínimo e foram acrescentadas informações sobre o nível de gravidade e de remissão do transtorno

alimentar. Os objetivos propostos foram alcançados, no entanto trata-se de um estudo teórico-reflexivo. Revisões sistemáticas com objetivo de responder à pergunta de pesquisa apresentada neste estudo podem produzir evidências ainda mais robustas, e são necessárias.

Os critérios diagnósticos de transtornos alimentares estão em constante atualização. O objetivo dessa medida é atender às demandas clínicas e de pesquisa por meio da produção das melhores evidências científicas sobre o tema. Assim, sugerem-se novos estudos ou reanálises que avaliem o impacto epidemiológico (prevalência e incidência) da atualização de critérios diagnósticos de AN, em amostras clínicas e em estudos populacionais.

Ressalta-se, ainda, que é preciso seguir investindo na descrição operacionalizada de critérios de natureza subjetiva, como “medo de engordar”. A descrição em termos de comportamentos facilitaria sua compreensão. Mais estudos longitudinais e revisões sistemáticas são necessários para rever a relevância clínica dos subtipos de AN. Por fim, futuras pesquisas poderiam avaliar a relevância e o impacto da inclusão do nível de gravidade e dos estágios de remissão do transtorno alimentar. Espera-se que este trabalho possa estimular a produção de pesquisas nacionais sobre o tema.

## Referências

Referências precedidas de um asterisco indicam estudos incluídos na revisão

- Abreu-Gonçalves, J. D. A., Moreira, E. A. M., Trindade, E. B. S. D. M., & Fiates, G. M. R. (2013). Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(1), 96-103. doi: 10.1590/S0103-05822013000100016
- Alckmin-Carvalho, F. A., Rafihi-Ferreira, R., Zazula, R., & Soares, M. R. Z. (2013). Anorexia nervosa: diagnóstico, mudanças no perfil e tratamento. *Pediatria Moderna*, 49(7), 296-299.
- \*American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-III). Porto Alegre: Artmed.
- \*American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-III-TR). Porto Alegre: Artmed.
- \*American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV). Porto Alegre: Artmed.
- \*American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed.
- \*American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5). Porto Alegre: Artmed.
- American Academy of Pediatrics. (2003). Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics*, 111(1), 204-211.
- Araújo M. X., & Henriques, M. I. R. S. (2011). Que “diferença faz a diferença” na recuperação da anorexia nervosa? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(2), 71-76.
- \*Araújo, Á. C., & Lotufo, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais: O DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Arclus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
- Button, E. J., Chadalavada B., & Palmer, R. L. (2010). Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 387-392. doi: 10.1002/eat.20715
- \*Call, C., Walsh, B. T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 532-536. doi: 10.1097/YCO.0b013e328365a321
- \*Claudino, A. D. M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 7-12. doi: 10.1590/S1516-44462002000700003
- \*Cordás, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 154-157.
- \*Couturier, J., & Lock, J. (2006). What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 175-183.
- Economics, D. A. (2012). *Paying the price: The economic and social impact of eating disorders in Australia*. NSW, Australia: The Butterfly Foundation. Recuperado de [www.thebutterflyfoundation.org.au](http://www.thebutterflyfoundation.org.au).
- \*Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1



- \*Faiburn, C. G., & Cooper, Z. (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 107-110. doi: 10.1002/eat.20460
- \*Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083881
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., ... & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-925. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070868
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1052-1058. doi: 10.1176/ajp.152.7.1052
- Hearner, M. K., & Walsh, B. T. (2013). A history of the identification of the characteristic eating disturbances of bulimia nervosa, binge eating disorder and anorexia nervosa. *Appetite*, 65(1), 185-188. doi: 10.1016/j.appet.2013.01.005
- \*Hebebrand, J., & Bulik, C. M. (2011). Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 665-678. doi: 10.1002/eat.20875
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., ... & Flores, A. T. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829-837. doi: 10.1097/00004583-199907000-00012
- Jaite, C., Hoffmann, F., Glaeske, G., & Bachmann, C. J. (2013). Prevalence, comorbidities and outpatient treatment of anorexia and bulimia nervosa in German children and adolescents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 157-165. doi: 10.1007/s40519-013-0020-4
- Klein, D. A., & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior*, 81(2), 359-374. doi: 10.1016/j.physbeh.2004.02.009
- \*Kordy, H., Krämer, B., Palmer, R. L., Papezova, H., Pellet, J., Richard, M., ... & Action, C. O. S. T. (2002). Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: Conceptualization and illustration of a validation strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(7), 833-846. doi: 10.1002/jclp.2013
- Morgan, H. G., & Russell, G. F. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5(4), 355-371. doi: 10.1017/S0033291700056981
- Padierna, A., Quintana, J. M., Arostegui, I., Gonzalez, N., & Horcajo, M. J. (2002). Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. *Quality of Life Research*, 11(6), 545-552.
- \*Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W., & Wonderlich, S. A. (2009). Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 590-594. doi: 10.1002/eat.20717
- Pinzon, V., & Nogueira F. C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 158-160.
- Reas, D. L., & Stedal, K. (2015). Eating disorders in men aged midlife and beyond. *Maturitas*, 81(2), 248-255. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.03.004
- \*Regier, D. A. (2007). Classifying eating disorders in DSM-5: New nosological perspectives. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 8-9. doi: 10.1002/eat.20454
- \*Roberto, C. A., Steinglass, J., Mayer, L. E. S., Attia, E., & Walsh, B. T. (2008). The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 559-563. doi: 10.1002/eat.20534
- Simon, J., Schmidt, U., & Pilling, S. (2005). The health service use and cost of eating disorders. *Psychological Medicine*, 35(11), 1543-1551. doi: 10.1017/S0033291705004708
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y
- \*Smink, F. R., Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.
- Souza, A. A. D., Souza, J. C., Hirai, E. S., Luciano, H. D. A., & Souza, N. (2011). A study about anorexia and bulimia nervosa in university. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(2), 195-198. doi: 10.1590/S0102-37722011000200012
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: Underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346-355. doi: 10.1080/10640266.2012.715512
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in Adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
- Tirico, P. P., Stefano, S. C., & Blay, S. L. (2010). Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, 26(3), 431-449.
- \*Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971. doi: 10.1002/eat.22411.
- \*Van der Ham, T., Meulman, J. J., Van Strien, D. C., & Van Engeland, H. (1997). Empirically based subgrouping of eating disorders in adolescence: A longitudinal perspective. *The British Journal of Psychiatry*, 170(4), 363-368. doi: 10.1192/bjp.170.4.363
- \*Walsh, B. T. (2007). DSM-V from the perspective of the DSM-IV experience. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), S3-S7. doi: 10.1002/eat.20397
- \*Walsh, B. T., & Sysko, R. (2009). Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): An alternative system for classification. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 754-764. doi: 10.1002/eat.20722
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., & Erskine, H. E. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6

\*Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, T., & Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), S123-S129. doi: 10.1002/cat.20436

recebido em agosto de 2015  
reformulado em março de 2016  
aprovado em abril de 2016

## Sobre os autores

---

**Felipe Alckmin-Carvalho** é Psicólogo no Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência (PROTAD), do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). Mestre e Doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo.

**Deivid Regis dos Santos** é Psicólogo. Mestrando em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina.

**Renatha El Rafihi-Ferreira** é Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Pós-doutoranda pela Universidade de São Paulo. Bolsista de Pós-doutorado da FAPESP.

**Maria Rita Zoéga Soares** é Psicóloga. Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo. Professora Associada junto ao departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento. Participa do Programa de Mestrado na Universidade Estadual de Londrina e de Psicooncologia da Universidad de Valencia-Espanha.