

Evolução histórica dos conceitos e critérios diagnósticos da bulimia nervosa e do transtorno da compulsão alimentar: uma revisão de literatura

(Historical evolution of the concepts and diagnostic criteria of bulimia nervosa and binge eating disorder: a literature review)

Sócrates Belém Gomes¹, Renan dos Santos Nogueira¹, Sergio André de Souza Júnior¹, Camila Herculano Soares Rodrigues¹

¹Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará

Autor correspondente: socrates_belem@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Entre os Transtornos Alimentares (TA), a Bulimia Nervosa (BN) e o Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) compartilham características clínicas e históricas e suas primeiras descrições médicas e categorizações diagnósticas ocorreram no século passado. **Objetivos:** revisar brevemente os aspectos históricos da BN e TCA, bem como revisar suas categorizações ao longo das edições da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). **Metodologia:** Realizou-se uma revisão em todas as edições das classificações da CID e do DSM, além de livros-texto de referência de psiquiatria clínica e de publicações sobre a história e a evolução desses diagnósticos. Ademais foi feita uma breve atualização sobre tratamento desses transtornos. **Resultados:** apresentaram os critérios diagnósticos da BN e TCA a cada edição da CID e do DSM, desde a primeira vez em que foram categorizadas, e as progressivas mudanças foram comentadas. Por fim, apontou-se atualização breve dos tratamentos de ambos os transtornos. **Conclusão:** É imprescindível, porém não suficiente, ao clínico conhecer os critérios diagnósticos mais atuais das patologias. É importante compreender também a evolução do conceito e assim obter uma visão mais abrangente e mesmo crítica dos critérios, a partir da consciência de sua provisoriidade.

Palavras-chave: Transtorno da compulsão alimentar. Bulimia. Classificação. História da medicina.

ABSTRACT

Introduction: Among Eating Disorders (ED), Bulimia Nervosa (BN) and Binge Eating Disorder (BED) share clinical and historical characteristics, with their first medical descriptions and diagnostic categorizations occurring in the last century. **Objectives:** This article aims to briefly review the historical aspects of BN and BED, as well as review their categorizations throughout the editions of the International Classification of Diseases (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). **Methodology:** All editions of the ICD and DSM classifications were reviewed, as well as clinical psychiatry reference textbooks and publications on the history and evolution of these diagnoses. In addition, a brief update was made on the treatment of these disorders. **Results:** The diagnostic criteria of BN and BED were presented in each edition of the ICD and DSM since the first time they were categorized, and the successive changes were commented on. Finally, a brief update on treatments for both disorders was presented. **Conclusion:** It is essential, but not sufficient, for the clinician to know the most current diagnostic criteria for pathologies. It is also important to understand the evolution of the concept and thus have a more comprehensive and even critical view of the criteria, based on the awareness of its provisional nature.

Keywords: Binge-eating disorder. Bulimia. Classification. History of medicine.

RESUMEN

Introducción: Entre los trastornos alimentarios, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón comparten características clínicas e históricas, con sus primeras descripciones médicas y categorizaciones diagnósticas ocurridas en el siglo pasado. **Objetivos:** Este artículo tiene como objetivo revisar brevemente los aspectos históricos de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, así como revisar sus categorizaciones a lo largo de las ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). **Metodología:** Se revisaron todas las ediciones de las clasificaciones CIE y DSM, así como libros de texto de referencia de psiquiatría clínica y publicaciones sobre la historia y evolución de estos diagnósticos. Además, se realizó una breve actualización sobre el tratamiento de estos trastornos. **Resultados:** Los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa y el trastorno se presentaron en cada edición de la CIE y DSM desde la primera vez que se categorizaron y se comentaron los cambios progresivos. Finalmente, se presentó una breve actualización sobre los tratamientos para ambos trastornos. **Conclusión:** Es fundamental, pero no suficiente, que el clínico conozca los criterios diagnósticos de patologías más actuales. También es importante comprender la evolución del concepto y así tener una visión más integral e incluso crítica de los criterios, basada en la conciencia de su carácter provisional.

Palabras clave: Trastorno por atracón. Bulimia. Clasificación. Historia de la medicina.

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

INTRODUÇÃO

A medicina está intrinsecamente relacionada à história da humanidade, uma vez que existem registros de procedimentos médicos nas civilizações mais antigas. No Egito Antigo já eram realizados atos cirúrgicos (como circuncisão e trepanação) e tratamento para as mais diversas dores com uso de ervas medicinais e produtos naturais¹.

As tentativas de descrever e classificar as enfermidades também estão presentes nos registros médicos mais remotos. O texto hindu conhecido como Sushruta Samhita (600 d.C.) é considerado a mais antiga proposta de classificação de doenças e lesões. Os critérios diagnósticos e conceitos sofreram alterações ao longo dos anos e diversas novas doenças foram descobertas. As classificações foram progressivamente sendo aprimoradas e no século XIX, em 1891, com o objetivo de unificar a classificação das doenças, uma comissão do Instituto Internacional de Estatística, sob o comando de Jacques Bertillon, elaborou a “Classificação das causas de morte de Bertillon”.²

Em 1893, a Classificação de Bertillon foi adotada e recomendada para uso internacional. Ela é considerada a primeira edição do que posteriormente foi denominado de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). A partir de sua sexta edição até a atualidade, a CID é publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Encontra-se na sua 11^o versão (CID-11) que foi lançada preliminarmente em maio de 2019 para entrar em vigor em janeiro de 2022^{3,4}.

Seguindo a mesma linha, mas no campo específico da psiquiatria, só na sexta edição da CID publicada em 1948 foi incluído um capítulo para os transtornos mentais e, paralelamente, no ano de 1952 surge a primeira versão do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Ao longo das décadas, a classificação de transtornos mentais da CID e do DSM sofreram alterações devido sobretudo a mudanças em contextos sociais e avanços científicos na área da psiquiatria e neurociências em geral.

Atualmente, o DSM encontra-se na sua quinta versão publicada em maio de 2013⁵⁻⁹.

Dessa forma, o presente artigo se propõe a apresentar um resgate histórico das classificações diagnósticas (CID e DSM) referentes a bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA) ao longo das décadas, além de apresentar os conceitos e classificações mais recentes da BN e do TCA bem como uma breve atualização de suas abordagens terapêuticas.

CONCEITOS BÁSICOS

Os transtornos alimentares são caracterizados por inadequações no consumo, no padrão e/ou no comportamento alimentares ocasionando progressiva piora da qualidade nutricional, saúde física ou funcionamento psicossocial. Na atualidade fazem parte desse grupo os transtornos alimentares propriamente ditos (do inglês, eating disorders) como a Anorexia Nervosa (AN), a BN e o TCA e os transtornos da alimentação (do inglês, feeding disorders) como o Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE), o Transtorno de ruminação e Pica¹⁰.

Escolhemos abordar nesse estudo a BN e o TCA em conjunto pelas suas características clínicas em comum, sobretudo os episódios bulímicos, e seu histórico mais recente. BN e TCA apresentam maior prevalência na população jovem entre 18 e 30 anos de idade com pronunciada assimetria de gênero¹¹.

A bulimia nervosa (BN) tem incidência de 1 a 1,5% da população geral, sendo 90% do sexo feminino e é caracterizada por eventos de compulsão alimentar seguidos de comportamentos purgatórios (vômitos, atividades físicas extenuantes, laxantes, jejuns, entre outros) a fim de evitar o ganho de peso secundário às compulsões. Além do mais, na BN observa-se sofrimento na forma como o paciente vivencia a imagem corporal. Frequentemente há associação com outros transtornos psiquiátricos como Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), transtorno de personalidade, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno depressivo maior¹².

Em contrapartida, o TCA é caracterizado por episódios de compulsão alimentar, porém sem comportamento purgativo compensatório. Um episódio de compulsão, também chamado de episódio bulímico, consiste em comer grandes quantidades de alimentos em um curto intervalo de tempo com sensação de

perda de controle. Estima-se que afeta 2 a 4% da população mundial, sendo mais comum em mulheres, em uma distribuição de gênero de 2:1^{5,13}.

HISTÓRICO

Bulimia Nervosa

O termo bulimia tem origem grega nos radicais *bous* (boi) e *limos* (fome), na qual indica uma fome tão intensa na qual uma pessoa seria capaz de devorar um boi inteiro. A evolução dos significados do termo teve evolução ao longo dos séculos XV e XVIII no qual surgiram suas variantes “bulimus” no latim e “bolisme” no francês^{14, 15}. A presença de comportamentos culturalmente aceitos de hiperfagia e purgação datam da Grécia Antiga¹⁵.

Em 1979, Gerald Russell descreveu pela primeira vez a bulimia nervosa, em uma publicação de uma série de 30 casos. O transtorno teve uma ampla e rápida aceitação na comunidade acadêmica sendo incorporado já em 1979 a CID-9 e em 1980 ao DSM-III^{14,16}.

O estudo contou com a participação de 30 pacientes (28 mulheres e 2 homens) que foram acompanhados prospectivamente por um período de 6 anos. O autor selecionou os 30 pacientes que “fugiam a regra”, em um serviço de pacientes com AN, por ter um peso corporal menos baixo, apesar de intenso comportamento purgativo, e ausência de amenorreia. Para o grupo controle foram selecionados um grupo de 30 pessoas com AN típica diagnosticada e sem presença de comportamento purgativo¹⁷.

A característica chave que unia os pacientes de Russel, mais do que a purgação, era a presença dos episódios bulímicos. Em um artigo em alusão aos 25 anos da bulimia nervosa, Russel revisitou o tema com o crivo do tempo e contou que, surpreendentemente, já havia entrevistado mais da metade dos pacientes da série quando se deu conta da centralidade da compulsão no transtorno. Uma paciente, que coincidentemente era médica, confidenciou os episódios bulímicos e a partir de então o sintoma passou a ser investigado e considerado a base para a seleção de pacientes¹⁷.

Também a partir da perspectiva que o tempo trouxe ao tema, Russel reconheceu que a visão pessimista de que a BN teria um prognóstico pior do que a AN não se confirmou. No artigo, Russel defende e elenca evidências a favor da hipótese de que a BN seja de fato uma doença da modernidade, sem um histórico como o da AN que pode ser rastreado desde a Idade Média¹⁷.

Apesar de envolver em algum grau de controvérsia, o histórico da BN como síndrome, ou seja, com uma psicopatologia específica, é considerado pela maioria dos historiadores e estudiosos como tendo seu início no século XX, aumentando em prevalência sobretudo após os anos 1940 e mais vertiginosamente após sua descrição em 1979¹⁷⁻¹⁹.

Uma visão contrária foi apresentada por Ziolk²⁰, que defende a presença de síndromes compatíveis com comer excessivo desde o século IV, por ele consideradas precursoras da BN que sofreram mudanças culturais ao longo dos anos²⁰. Entretanto, a maioria dos historiadores considera essas síndromes precursoras distintas do atual diagnóstico de BN, sobretudo pela ausência de uma psicopatologia comum.

Um caso consensualmente descrito entre os historiadores como compatível com um dos primeiros registros médicos daquilo que posteriormente seria atribuído à BN moderna é o de Ellen West, detalhadamente descrito em uma monografia de Binswanger²¹.

Ellen West adoeceu por volta dos 20 anos de idade e seguiu cronicamente doente até sua morte por suicídio aos 33 anos. Ela apresentava, de início, medo mórbido de engordar e restrição alimentar. Evoluiu com desejos intensos por comida, compulsão alimentar, vômitos, uso de hormônios da tireoide e laxativos visando a perda de peso. A partir dos 30 anos, o quadro se agravou com sintomas depressivos e tentativas de suicídio. Internada em um hospital psiquiátrico, ela “devorava comida como um animal selvagem”. A paciente foi avaliada e recebeu diagnósticos distintos de expoentes como o próprio Binswanger, Kraepelin e Bleuler. Para Kraepelin tratava-se de uma melancolia, e para Binswanger e Bleuler a paciente sofria de uma forma de esquizofrenia^{15,22}.

Abordaremos posteriormente como as classificações

diagnósticas de BN evoluíram desde sua descrição original até os dias atuais e uma breve atualização terapêutica.

Transtorno da Compulsão Alimentar

Por volta da década de 1950, começou-se a observar indivíduos obesos em busca de tratamento para emagrecer que apresentavam episódios de alimentar-se copiosamente, não conseguindo ter autocontrole nesses episódios. Todavia, eles não apresentavam comportamentos purgatórios posteriores¹³⁻¹⁰.

Stunkard²³ descreveu um padrão alimentar, comum em obesos, do que posteriormente seria caracterizado como o atual TCA, onde apresentou aspectos teóricos e clínicos dos problemas da alimentação excessiva e da obesidade. O estudo observou ainda padrões alimentares em camundongos obesos e não obesos e como a obesidade afetava o processo. No final do trabalho foram descritos três padrões alimentares distintos. O primeiro desses padrões é o da síndrome da alimentação noturna, caracterizada por anorexia matinal, hiperfagia noturna e insônia. O segundo padrão é o da compulsão alimentar, em que grandes quantidades de comida são consumidas de maneira orgiástica em intervalos irregulares. O terceiro padrão é o de comer sem saciedade, que tem sido observado em pessoas que sofrem de danos ao sistema nervoso central.

Todavia, durante as décadas subsequentes, o TCA não foi reconhecido como transtorno psiquiátrico devido ao comportamento ser atribuído como comportamento habitual relacionado a obesidade. Apenas em 1994 o TCA é incluso no DSM-IV no apêndice B⁸.

CLASSIFICAÇÕES AO LONGO DOS ANOS

CID

Bulimia Nervosa

Dentro da Classificação Internacional de Doença, a Bulimia aparece como entidade clínica com classificação própria na CID-9 no ano de 1979, no mesmo ano da publicação do estudo de Russell¹⁶. Todavia, a definição se encontrava limitada, tendo em vista que se caracterizava de uma patologia recém descrita.

● Classificação CID-9-CM: código 307.51

Transtorno alimentar caracterizado por um ciclo de compulsão alimentar (bulimia ou compulsão alimentar) seguido por atos inadequados (purgação) para evitar o ganho de peso. Os métodos de purga geralmente incluem vômito autoinduzido, uso de laxantes ou diuréticos, exercícios excessivos e jejum.

Na CID-10 (1999) nota-se uma ampliação dos critérios diagnósticos e a mudança do termo Bulimia para Bulimia Nervosa, termo proposto na descrição original da doença por Russel. Quanto à ampliação dos critérios diagnósticos, foram definidos a frequência dos episódios de compulsão alimentar, o período mínimo de adoecimento e a presença da psicopatologia central da doença: medo de engordar.

● Classificação CID-10: código F50.2

Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses) preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida;

Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos);

Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável.

Por fim, na nova Classificação Internacional de Doença publicada em 2019 (a entrar em validade em janeiro de 2022) há mudanças acerca da frequência da compulsão alimentar, definição mais clara do que corresponde a um episódio bulímico e um critério excludente para auxiliar no diagnóstico diferencial com a anorexia nervosa.

● Classificação CID-11

Episódios frequentes e recorrentes de compulsão alimentar, 1 vez por semana ou mais, por um período de pelo menos 1 mês;

Um episódio de compulsão alimentar é definido como um período distinto em que o indivíduo experimenta uma sensação subjetiva de perda de controle sobre o ato de comer, comendo uma quantidade significativamente maior que o habitual, e sente-se incapaz de parar de comer ou limitar a quantidade e o tipo de alimento que está ingerindo;

Esses episódios são acompanhados por mecanismos compensatórios inapropriados que visam evitar o ganho de peso (por exemplo, vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes ou enemas e exercícios físicos em excesso);

O indivíduo preocupa-se com a forma e peso corporal e isto influencia significativamente a sua autopercepção;

Nesses casos, o peso não é significativamente baixo e o indivíduo não preenche critérios para anorexia nervosa.

As principais mudanças na classificação da CID acerca da bulimia estão resumidas no Quadro 1.

Quadro 1. Evolução da classificação pela CID para Bulimia Nervosa

Nº do CID	Característica inerentes a classificação
CID-9	. Sem classificação anterior; . Primeira vez que BN recebe classificação; como entidade clínica isolada; . Conceito ainda limitado; . Incluída no CID pouco após estudo de Russell (1979).
CID-10	. Ampliação dos critérios diagnósticos; . Mudança do termo de Bulimia para Bulimia Nervosa; . Aborda características inerentes da doença, como: número de episódios de compulsão alimentar e o receio do ganho ponderal.
CID-11	. Classificação prevista para entrar em vigor em janeiro de 2022; . Mudança do número de episódios de compulsão alimentar em relação CID-10 (passa de 2x por semana por 3 meses para uma vez por semana ou mais por vários meses); . Amplia conceito de compulsão alimentar; . Exalta a necessidade de diagnóstico diferenciais.

Transtorno da Compulsão Alimentar

O Transtorno da Compulsão Alimentar é um diagnóstico nosológico caracterizado na CID apenas na décima primeira edição do manual, publicada em 2019 e que entrará em vigência em 2022. Anteriormente, não havia menção ao diagnóstico na classificação, havendo apenas a possibilidade de codificação como Transtorno de alimentação não especificado (F50.9). Na

CID-11 o TCA possui os seguintes critérios diagnósticos:

• Classificação CID-11

Episódios frequentes e recorrentes de compulsão alimentar, uma vez por semana ou mais, em um período de vários meses;

Um episódio de compulsão alimentar é um período distinto de tempo no qual o indivíduo experimenta uma sensação subjetiva de perda de controle sobre o ato de comer, alimentando-se significativamente mais e de forma diferente do habitual, sentindo-se incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou a quantidade de comida ingerida;

A compulsão alimentar é percebida de forma muito desagradável e frequentemente é acompanhada de emoções negativas como culpa ou desgosto;

Os episódios de compulsão alimentar, diferentemente da bulimia nervosa, não são acompanhados regularmente de comportamentos compensatórios inapropriados que visam prevenir o ganho de peso, tais como autoindução de vômitos, uso inadequado de laxantes ou exercício físico intenso.

DSM

Bulimia Nervosa

No DSM, a BN surge com classificação própria no ano de 1980, na 3ª edição do manual. Os critérios diagnósticos são mais detalhados e específicos do que aqueles apresentados na CID 9 no ano anterior, permitindo uma definição mais clara e uma padronização da classificação de casos da nova entidade por clínicos e pesquisadores.

• DSM III (1980)

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar (consumo rápido de uma grande quantidade de alimentos em um período de tempo discreto, normalmente menos de duas horas);

B. Pelo menos três dos seguintes:

(1) Consumo de alimentos de alto teor calórico, facilmente ingerido durante uma compulsão

(2) Comer inconscientemente durante uma compulsão

(3) Término de tais episódios alimentares por dor abdominal, sono, interrupção social ou vômito autoinduzido

(4) Tentativas repetidas de perda de peso por dietas severamente restritivas, vômitos autoinduzidos ou uso de laxantes ou

diuréticos

(5) *Flutuações de peso frequentes maiores que dez quilos devido à alternância de compulsão e jejum*

C. *Consciência de que o padrão de alimentação é anormal e medo de não poder parar de comer voluntariamente;*

D. *Humor deprimido e pensamentos autodepreciativos depois de comer compulsivamente;*

E. *Os episódios bulímicos não são devido a Anorexia Nervosa ou qualquer distúrbio físico conhecido.*

Nove anos após a 3ª edição do DSM, surge o DSM III-R, o qual revisa os critérios diagnósticos da BN. Dentre as mudanças, nota-se a definição da frequência dos episódios bulímicos, além da exclusão do critério que exigia presença de sintomas como humor deprimido e autodepreciação após os episódios, conforme observado abaixo.

● **DSM III-R (1989)**

A. *Episódios de voracidade recorrentes (rápido consumo de uma grande quantidade de alimento em um período limitado de tempo);*

B. *Sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios de voracidade;*

C. *Empenho da pessoa ou em vômitos autoinduzidos, uso de laxativos, ou diuréticos, dieta estrita ou jejum, ou exercícios vigorosos para prevenir o aumento de peso;*

D. *Média de no mínimo dois episódios bulímicos por semana durante pelo menos três meses;*

E. *Preocupação excessiva persistente pela forma do corpo e o peso.*

Posteriormente, na 4ª edição do DSM, há uma caracterização mais minuciosa do conceito de compulsão alimentar dentro do contexto da BN. Ademais, são acrescentados dois subtipos da doença (BN purgativa e BN não purgativa), a depender dos métodos compensatórios utilizados, conforme apresentado abaixo.

● **DSM IV (1995)**

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

(1) *Ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro*

de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares

(2) *Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo);*

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

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

D. *A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo;*

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

Especificar tipo:

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

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

Na revisão da 4ª edição do DSM (DSM IV-TR em 2002) não foram observadas mudanças nos critérios diagnósticos da BN.

Na 5ª edição do DSM, por sua vez, notam-se importantes modificações acerca da classificação da BN no manual. A primeira mudança observada foi a extinção dos subtipos purgativo e não purgativo. Além disso, a frequência mínima dos episódios foi reduzida para uma vez por semana, bem como período mínimo de adoecimento foi reduzido para três meses. Também foram acrescentados especificadores acerca da remissão e da gravidade, conforme observado abaixo.

● **DSM V**

A. *Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes*

aspectos:

(1) *Ingestão, em um período de tempo determinado (por ex., dentro de cada período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias similares*

(2) *Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está ingerindo);*

B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como autoindução de vômito, 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 3 meses;

D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo;

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, foram preenchidos 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.

O Quadro 2 resume a evolução da classificação da bulimia pelo DSM.

Quadro 2. Evolução da classificação pela DSM para Bulimia Nervosa

Nº do CID	Característica inerentes a classificação
DSM III	. Primeira classificação da BN como doença isolada na classificação; . Classificação inserida 1 ano após publicação de Russell (1979); . Classificação mais ampla em relação ao CID.
DSM III-R	. Definido pela primeira vez na classificação número de episódios de compulsão alimentar (2 episódios por semana por 3 meses); . Desvencilhamento do quadro de humor no curso da doença.
DSM IV	. Descrição mais detalhada das características dos episódios de compulsão alimentar; . Acrescentado subtipos da doença (purgativo e não purgativo).
DSM IV-TR	. Sem mudanças em relação ao DSM IV
DSM V	. Término da classificação dos subtipos da doença; . Distinção entre BN e TARE; . Classificação da gravidade e remissão dos sintomas.

Transtorno da Compulsão Alimentar

O TCA é citado pela primeira vez no DSM em 1994, em sua 4ª edição, ainda como uma categoria provisória no apêndice B. Na ocasião, o termo original “*Binge Eating Disorder*” foi traduzido como Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) para a versão brasileira do manual, o que foi corrigido na edição seguinte para Transtorno da Compulsão Alimentar apenas. Apresentava os seguintes critérios diagnósticos:

● Critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV (apêndice B)
Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica (excesso alimentar + perda de controle);

Comportamentos associados à compulsão alimentar: (pelo menos três)

1. *Comer rapidamente*

2. *Comer até sentir-se cheio*

3. Comer grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome

4. Comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida

5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após a compulsão;

Acentuada angústia pela compulsão alimentar;

Frequência e duração da compulsão alimentar: média de dois dias/semana por seis meses

Não se utiliza de métodos compensatórios inadequados (ex. purgação);

Posteriormente, no DSM-V o conceito de TCA é ampliado com mais detalhes, sendo elevado à categoria nosológica principal, ao lado da AN e da BN. Além disso, a frequência dos episódios e a duração mínima do adoecimento foram reduzidos para uma vez por semana nos últimos três meses, respectivamente. São acrescentados ainda especificadores de gravidade e remissão, conforme apresentado abaixo.

● Classificação DSM-5

Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:

. *Ingestão, em um período determinado (p. ex., em 2 horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.*

. *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);*

Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:

- *Comer mais rapidamente do que o normal.*

- *Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.*

- *Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.*

- *Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.*

- *Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida;*

Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.

Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos 1 vez por semana durante 3 meses;

A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia

nerposa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa;

Especificar se:

- *Em remissão parcial: depois de terem sido previamente satisfeitos todos os critérios de TCA, as compulsões alimentares ocorrem em uma frequência média inferior a um episódio por semana por um período de tempo sustentado.*

- *Em remissão completa: depois de terem sido previamente satisfeitos todos os critérios de TCA, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado.*

Especificar a gravidade atual:

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.

No Quadro 3 pode-se observar as principais mudanças da classificação do TCA pelo DSM.

Quadro 3. Evolução da classificação pela DSM para TCA

Nº do CID	Característica inerentes a classificação
DSM IV	. Primeira classificação da TCA como entidade clínica isolada na classificação; . Inicialmente possui a nomenclatura de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP); . Primeiros relatos da doença em 1950, porém só incluída na classificação em 1994; . Define conceitos e critérios diagnósticos iniciais da doença.
DSM IV-TR	. Sem mudanças em relação ao DSM IV
DSM V	. Mudança da nomenclatura para Transtorno de Compulsão Alimentar; . Ampliação dos critérios diagnósticos com características mais detalhadas acerca da ingestão dos alimentos e sofrimento causado pela doença; . Classificação da gravidade e remissão dos sintomas.

Nota: O TCA aparece no CID como doença isolada na 11ª edição. Dessa forma, não comparativo com edições anteriores.

ATUALIZAÇÕES SOBRE TRATAMENTO

O tratamento dos TA consiste em uma abordagem multiprofissional, com uma equipe mínima constituída por psiquiatra, psicólogo e nutricionista. A equipe deve ser experiente no manejo de quadros de TA e atuar em conjunto, com abordagens coordenadas de um plano terapêutico único^{14,15, 24}.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) deve ser considerada a primeira linha no tratamento da BN. Ela pode ser associada a farmacoterapia. A fluoxetina, um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) na dose média de 60 mg/dia (Himmerich e Treasure, 2018)²⁴ é a droga mais utilizada e a única aprovada pelo “Food and drug administration” (FDA) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Outras drogas antidepressivas foram testadas e mostraram-se úteis; entre elas, os ISRS, como sertralina, fluvoxamina, citalopram, o topiramato, um anticonvulsivante, que tem como efeito colateral a perda de apetite também mostrou redução significativa dos sintomas de compulsão alimentar, purgação e psicopatologia associada da BN na dose-alvo de 200mg/dia. Entretanto, o perfil de efeitos colaterais, incluindo sedação e efeitos na cognição e memória, deixam essa droga resguardada para aqueles pacientes sem resposta aos ISRS e psicoterapia²⁵.

No tratamento do TCA, a psicoterapia também tem papel central e a TCC também é a abordagem mais indicada. Entre os psicofármacos, a lisdexanfetamina, um psicoestimulante também usado para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é a única droga aprovada pelo FDA e pela ANVISA para o tratamento do TCA^{24,26}. Outras drogas estudadas e frequentemente utilizadas são os ISRS,

principalmente a fluoxetina, os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), como a venlafaxina, em doses geralmente altas e o topiramato, um anticonvulsivante²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso dos TA, a influência cultural do ideal de magreza da atualidade, além da oferta excessiva de alimentos palatáveis, contribui seja no surgimento de novas formas de adoecimento mental ou no fenômeno da patoplastia, onde a cultura molda patologias antigas. Por outro lado, uma vez reconhecidos e incorporados às classificações os “novos” diagnósticos, os estudiosos buscam otimizar os seus critérios para um ponto de corte idealmente acurado em termos de frequência e tempo de adoecimento e refinar o detalhamento dos fenômenos a fim de objetivar e unificar a avaliação. Inevitavelmente, nesse processo perde-se especificidade quando se amplia a sensibilidade dos critérios e, por mais útil que a objetividade possa ser para uso clínico universal ou para a pesquisa, sua busca sacrifica o intangível e o subjetivo que sempre permeará o comportamento humano e, em consequência, a psiquiatria.

Conhecer a evolução histórica do conceito de uma patologia e as mudanças de seus critérios diagnósticos ao longo do tempo permite ao clínico uma visão mais lúcida e permeada de perspectiva. Não se trata apenas de conhecer as classificações mais atuais e aplicá-las mecanicamente, mas compreender as mudanças implementadas a luz de novos conhecimentos científicos ou do contexto sociocultural vigente. Assim podemos ter uma visão mais abrangente e mesmo crítica das atuais classificações, a partir da consciência de sua provisoriedade e falibilidade.

REFERÊNCIAS

1. Kaisermann J, Pawlowski M, Mendel Y. História da medicina. Cambridge Stanford Books, 1957. [citado 2021 Mar 7]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=jB_NDwAAQBAJ>.
2. Laurenti R, Nubila HBV, Quadros AAJ, Conde MTRP, Oliveira ASB. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2013; 71: 3-10.
3. ingenix. ICD-9-CM Professionals for hospitals 2006. Clifton Park, NY: Cengage Learning; 2006.
4. Saúde O M D. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças com disquete. São Paulo: EdUSP; 1994.
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Porto Alegre: Artmed; 1994.
6. Reid WH, Wise MG. DSM-III-R Training guide. New York, USA: Brunner/Mazel; 1989.
7. Spitzer RL. DSM-III case book: a learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. American Psychiatric Association; 1981.
8. STAFF APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. American Psychiatric Association, 1994.
9. Derbli M. Uma breve história das revisões do DSM. ComCiência; 126, 2011.
10. Appolinario JC, Freitas S, Nazar B. Transtornos alimentares. In: Associação Brasileira de Psiquiatria; Nardi AE, Silva AG, Queve JL, editors. PROPSIQ Programa de Atualização em Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 43-93.
11. Miguel EC, Lafer B, Elkis H, Forlenza OV. Clínica psiquiátrica: as grandes síndromes psiquiátricas. São Paulo: Manole; 2021.
12. Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM. The global burden of eating disorders. Current opinion in psychiatry. 2016;29(6): 346-53.
13. Bloc LG, Nazareth ACP, Melo AKS, Moreira V. Transtorno de compulsão alimentar: revisão sistemática da literatura. Rev. Psicol. Saúde. 2019; 11(1): 3-17.
14. Bonini AF, Carvalho FA, Ferreira RR, Melo MHS. Evolução dos critérios para o diagnóstico de Bulimia Nervosa: revisão sistemática. Rev. Bras. Psicoter. 2018; 20(2):65-83.
15. Cordás TA, Claudino ADM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. Braz. J. Psychiatry. 2002; 24(3).
16. Cordás TA, Claudino ADM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. Braz. J. Psychiatry. 2002; 24(3).
17. RUSSELL G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological medicine. 1979; 9(3):429-48.
18. Russell GF. Thoughts on the 25th anniversary of bulimia nervosa. European Eating Disorders Review. 2004; 12(3):139-52.
19. Casper RC. On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome a historical view. International Journal of Eating Disorders. 1983; 2(3): 3-16, 1983.
20. Stunkard A. A description of eating disorders in 1932. American Journal of Psychiatry. 1990; 147(3): 265-68.
21. Ziolko HU. Bulimia: A historical outline. International Journal of Eating Disorders. 1996; 20(4):345-58.
22. Binswanger L. Der fall ellen west. Studien zum schizophrénie problem. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, LII, LIV e LV; reimpresso em SCH e AW 4; traduzido como *Le cas Ellen West: Schizophrénie deuxième étude*, Paris: Gallimard; 2016; traduzido como "O Caso de Ellen West", EX 237-364.
23. Russell GFM. The history of bulimia nervosa; 1997.
24. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. Psychiatric quarterly. 1959; 33(2): 284-95
25. Himmerich H, Treasure J. Psychopharmacological advances in eating disorders. Expert review of clinical pharmacology. 2018; 11(1): 95-108.
26. Miguel EC, Lafer B, Helio Elkis, Forlenza OV. Clínica psiquiátrica: a terapêutica psiquiátrica. 2ed. Barueri: Manole; 2021. v. 3. 1280p.
27. Hudson J I, McElroy S L, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Gasior M. Efficacy of lisdexamfetamine in adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2017; 74(9): 903-10.
28. Appolinario JC.; Nardi AE.; Mcelroy SL. Investigational drugs for the treatment of binge eating disorder (BED): an update. Expert opinion on investigational drugs. 2019; 28(12):1081-94, 2019.

Como citar: Gomes SB, Nogueira RS, Souza SA Jr., et al. Evolução histórica dos conceitos e critérios diagnósticos da bulimia nervosa e do transtorno da compulsão alimentar: uma revisão de literatura. Dialog Interdis Psiqu S Ment. 2021;1(1):60-9.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA BULIMIA NERVOSA E DO TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR