

## OS TRANSTORNOS ALIMENTARES NOS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS ATUAIS: DSM-5 E CID-11

### EATING DISORDERS IN THE CURRENT CLASSIFICATION SYSTEMS: DSM-5 AND ICD-11

#### Resumo

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por um distúrbio persistente do comportamento alimentar ou relacionado à alimentação, que resulta em consumo ou absorção alterados de alimentos e prejudica significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. Para uma adequada classificação e categorização dos TA, manuais de critérios diagnósticos descrevem os TA e seus critérios diagnósticos, de modo a orientar o clínico na sua prática para um diagnóstico preciso. Assim, os principais sistemas classificatórios atuais – a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) – trazem um capítulo destinado aos TA. No presente artigo, trazemos as definições dos TA, bem como as características, semelhanças e diferenças entre os dois manuais diagnósticos, de modo a guiar o clínico em sua prática cotidiana.

**Palavras-chave:** Transtornos alimentares, DSM-5, CID-11.

#### Abstract

Eating disorders (ED) are characterized by a persistent disorder of eating or eating-related behavior that results in altered food intake or absorption and significantly impairs physical health or psychosocial functioning. For an adequate classification and categorization of ED, diagnostic criteria manuals describe the ED and its diagnostic criteria, in order to guide clinicians in their practice for an accurate diagnosis. Currently, the major diagnostic classification manuals, namely the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth

Edition (DSM-5) and the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11), both present a chapter on ED. In this article, we explore the definitions of ED presented in the two diagnostic classifications, as well as the characteristics, similarities and differences found between the two manuals, in order to guide clinicians in their daily practice.

**Keywords:** Eating disorders, DSM-5, ICD-11.

#### INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos, que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial<sup>1</sup>. Além dessas alterações no comportamento alimentar, outras manifestações são percebidas nesses indivíduos, tais como distúrbios da imagem corporal e problemas com autoestima<sup>2</sup>. Para uma adequada classificação e categorização dos TA, os manuais de critérios diagnósticos devem incorporar todo o conjunto de características sindrômicas, isto é, conjunto de sinais e sintomas presentes nesses indivíduos. Assim, os TA estão presentes nos principais sistemas classificatórios mais utilizados atualmente: a classificação da Associação Americana de Psiquiatria publicada em 2013 (5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5<sup>1</sup>) e a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11)<sup>3</sup>, publicada em 2018.

Apesar das diferenças existentes em alguns critérios diagnósticos, os dois sistemas possuem categorias



diagnósticas semelhantes, incluindo, no grupamento dos TA, as três principais categorias diagnósticas: a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o recém incluído transtorno da compulsão alimentar (TCA), além do TA restritivo/evitativo e do conjunto de condições reservadas às apresentações clínicas parciais, incompletas ou atípicas.

É importante notar que, embora em ambos os manuais diagnósticos (DSM-5 e CID-11) os TA sejam classificados de forma categorial, há importantes evidências que vêm apontando a relevância de uma categorialização que inclua uma visão dimensional dos TA<sup>4,5</sup>. Assim, uma vez que a migração entre os diagnósticos de um indivíduo ao longo do tempo é possível, faz-se necessário que os profissionais envolvidos no tratamento dos TA conheçam as atuais classificações diagnósticas.

Ressaltamos aqui a importância para a prática clínica de se conhecer e dominar as categorias diagnósticas, bem como suas principais diferenças, a fim de se diagnosticar e possibilitar uma correta e precoce abordagem terapêutica. A seguir, apresentamos as categorias diagnósticas da CID-11 e da DSM-5.

### **TRANSTORNOS ALIMENTARES NA DSM-5<sup>1</sup>**

A DSM-5 descreve os critérios diagnósticos para os três TA mais conhecidos (AN, BN e TCA), além dos critérios diagnósticos para outras condições clínicas, como pica, transtorno de ruminação, TA restritivo/evitativo, outros TA especificados e TA não especificados.

A categoria AN possui três critérios diagnósticos na DSM-5. 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 (definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado). Há medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo; e, por último, a perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados influencia indevidamente a autoavaliação do indivíduo ou há ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Dois subtipos de AN são caracterizados: I) tipo restritivo, no qual geralmente a perda de peso é

conseguida por meio de dieta, jejum e/ou exercícios físicos excessivos; ou II) tipo compulsão alimentar-purgação, no qual os indivíduos experimentam, nos últimos 3 meses, episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de métodos purgativos (vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas, por exemplo).

Há também um especificador relacionado ao estágio atual de atividade da condição, assim caracterizando em remissão parcial (após preenchidos previamente os critérios de AN, o baixo peso corporal não foi mais satisfeito por um período sustentado, porém o restante dos critérios se mantém presente) ou 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). Por último, a DSM-5 inclui uma classificação de gravidade baseada no índice de massa corporal (IMC) atual (ou percentil do IMC em crianças e adolescentes): leve (> 17kg/m<sup>2</sup>), moderada (16-16,99 kg/m<sup>2</sup>), grave (15-15,99 kg/m<sup>2</sup>) ou extrema (< 15 kg/m<sup>2</sup>).

Para a categorização das próximas categorias diagnósticas (BN e TCA), a DSM-5 utiliza como definição de episódio de compulsão alimentar a ingestão, em um período de tempo determinado (por exemplo, dentro de cada período de 2 horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes, associada à sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto se está ingerindo).

A BN é caracterizada no DSM-5 pela presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguidos de 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 físico em excesso). É necessária que a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorram no mínimo uma vez por semana durante 3 meses, em média. Por último, a autoavaliação que o paciente faz de si é indevidamente influenciada pela sua forma e peso corporal. Toda essa perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de AN.

**JOAO C. HILUY**  
**FERNANDA TROMBINI NUNES**  
**MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA**  
**JOSE C. APPOLINARIO**

Há dois especificadores para a BN: remissão parcial (depois de todos os critérios terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos, foram preenchidos por um período sustentado) ou remissão completa (quando após terem sido preenchidos os critérios, nenhum deles foi preenchido por um período sustentado). Por fim, a gravidade da BN baseia-se na frequência média semanal dos comportamentos compensatórios inapropriados: leve (1 a 3), moderada (4 a 7), grave (8 a 13) ou extrema (14 ou mais). Entretanto, é importante ressaltar que a gravidade pode ser elevada de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

O TCA é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, com sofrimento marcante em virtude desses episódios e sem associação com o uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados, como aqueles observados na BN. Esses episódios de compulsão alimentar são associados a pelo menos três indicadores: I) comer mais rapidamente que o normal; II) comer até sentir-se desconfortavelmente cheio; III) comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome; IV) comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo; V) sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado após comer. É necessária a ocorrência desses episódios, em média, por pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.

O TCA pode ser considerado em termos de sua evolução como em remissão parcial (quando depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do TCA, a hiperfagia ocorre com uma frequência média inferior a um episódio por semana, durante um período de tempo sustentado) ou em remissão completa (se depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado). Finalmente, a gravidade do TCA baseia-se na frequência de episódios de compulsão alimentar por semana: leve (1 a 3), moderada (4 a 7), grave (8 a 13) ou extrema (14 ou mais).

Outros três diagnósticos incluídos na DSM-5 são: I) a pica, caracterizada essencialmente pela ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas e não alimentares, de forma persistente por um período mínimo de 1 mês, de gravidade suficiente para merecer atenção clínica; II) o transtorno de ruminação, caracterizado pela regurgitação repetida de alimento depois de ingerido, de

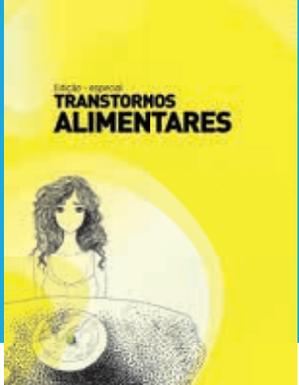
forma frequente (pelo menos várias vezes por semana) durante um período mínimo de 1 mês; e III) o TA restritivo/evitativo, novo diagnóstico incluído, no qual a principal característica é uma perturbação alimentar manifestada por uma falha persistente em satisfazer as necessidades nutricionais/energéticas apropriadas do indivíduo, associada à perda de peso ou deficiência nutricional significativa, ou dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais, ou interferência marcante no funcionamento psicossocial.

O DSM-5 ainda traz a categoria geral denominada Outro Transtorno Alimentar Especificado (OTAE), na qual se encontram condições clínicas ou que não preenchem todos os critérios diagnósticos dos TA maiores, assim como alguns transtornos que se encontram em fase ainda inicial de estudo, tais como: I) AN atípica: todos os critérios para AN são preenchidos, exceto pelo IMC do indivíduo, que não se encontra baixo; II) BN de baixa frequência e/ou duração limitada: todos os critérios para BN são preenchidos, exceto que a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios indevidos ocorrem, em média, menos de uma vez por semana e/ou por menos de 3 meses; III) TCA de baixa frequência e/ou duração limitada: todos os critérios para TCA são atendidos, exceto que a hiperfagia ocorre, em média, menos de uma vez por semana e/ou por menos de 3 meses; IV) transtorno de purgação: comportamento de purgação recorrente para influenciar o peso ou a forma do corpo, na ausência de compulsão alimentar; e V) síndrome da alimentação noturna: transtorno caracterizado por episódios recorrentes de ingestão alimentar noturna, manifestado pela ingestão ao despertar do sono noturno ou consumo excessivo de alimentos depois de uma refeição noturna.

A última categoria do DSM-5 são os TA não especificados. Trata-se de uma categoria aplicada a apresentações em que sintomas característicos de um TA 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 TA.

## **TRANSTORNOS ALIMENTARES NA CID-11**

A proposta primária da CID-11 é facilitar o trabalho de profissionais de saúde em diversos cenários clínicos



em todo o mundo<sup>6</sup>. Para isso, traz um capítulo intitulado “Transtornos alimentares e da alimentação”, separando os TA nos quais, além do comportamento alimentar anormal e da preocupação com os alimentos, há preocupações importantes com o peso e a forma do corpo, dos TA que envolvem distúrbios comportamentais que não estão relacionados ao peso e à forma do corpo, como comer substâncias não comestíveis ou regurgitação voluntária de alimentos.

O primeiro TA definido na CID-11 é a AN. É caracterizada por um peso corporal significativamente baixo para a altura, idade e estágio de desenvolvimento do indivíduo (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup> em adultos ou IMC para a idade abaixo do quinto percentil em crianças e adolescentes), acompanhado por um padrão persistente de comportamentos para impedir a restauração do peso normal (podendo ser restrição da ingesta energética, comportamentos purgativos ou aumento do gasto energético), tipicamente associado com medo do ganho de peso. Esse baixo peso ou forma corporal é um aspecto central na autoavaliação do indivíduo – ou é inapropriadamente percebido como normal.

A AN pode ser classificada em: I) AN com IMC significativamente baixo (IMC = 14-18,5 kg/m<sup>2</sup> ou percentil = 0,3-5); II) AN com IMC perigosamente baixo (< 14 kg/m<sup>2</sup> ou percentil < 0,3); III) AN em recuperação com peso corporal normal; IV) outra AN especificada; ou V) AN inespecífica.

A AN com IMC significativamente baixo e com IMC perigosamente baixo pode ser subclassificada de acordo com os padrões comportamentais: padrão restritivo (restrição da ingesta alimentar ou jejum associado ou não a aumento do gasto energético) ou padrão de compulsão-purgação (no qual os indivíduos mantêm o baixo peso corporal através de restrição alimentar, comumente acompanhado de comportamentos purgativos no intuito de se livrar do alimento ingerido, como autoindução de vômitos, abuso de laxantes ou enemas).

Em indivíduos em recuperação, quando o IMC é superior a 18,5kg/m<sup>2</sup> em adultos ou acima do quinto percentil em crianças e adolescentes, o diagnóstico de AN em recuperação com peso normal deve ser dado. Nessa categoria, há a manutenção de um peso saudável, e os comportamentos destinados a reduzir o peso corporal cessaram, independentemente da ocorrência

de tratamento (por exemplo, pelo menos 1 ano após a retirada do tratamento intensivo). Não há descrição na CID-11 de outra AN especificada ou inespecífica.

Antes de abordarmos os próximos diagnósticos, faz-se necessário definir um episódio de compulsão alimentar nesse sistema classificatório. A CID-11 define esse episódio, diferentemente do DSM-5, como sendo um período definido de tempo, no qual o indivíduo experimenta uma perda de controle subjetiva sobre o comer, comendo notadamente mais (ou diferentemente) do que o habitual, associado ao sentimento de não conseguir parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de alimento ingerido.

A BN é caracterizada por frequentes episódios de compulsão alimentar (pelo menos um por semana por pelo menos 1 mês durante vários meses), seguidos de repetidos comportamentos compensatórios inapropriados com intenção de prevenir o ganho de peso (vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes ou enemas, exercícios físicos extenuantes). Além disso, o indivíduo não se encontra com um significativo baixo peso.

A CID-11 trouxe, pela primeira vez em sua classificação diagnóstica, o TCA, sendo definido pela presença frequente e recorrente de episódios de compulsão alimentar (pelo menos uma vez por semana, por um período de alguns meses). Esses episódios são muito perturbadores, e frequentemente são acompanhados por sentimentos negativos, como culpa ou nojo. Diferencia-se da BN por não haver regularmente comportamentos compensatórios inapropriados na tentativa de prevenir o ganho de peso. Embora o elevado peso corporal não seja determinante para o diagnóstico, há uma forte associação entre obesidade e TCA<sup>7</sup>. Para esclarecer tal ponto, a CID-11 traz uma seção na qual descreve que a obesidade é uma consequência comum do TCA e deve ser registrada separadamente. Não obstante, indivíduos obesos que relatam padrões excessivos sem atender à definição de compulsão alimentar não devem ser diagnosticados com TCA.

O transtorno da evitação-restrrição alimentar é incluído neste capítulo de TA da CID-11. Caracteriza-se por alimentação ou comportamentos alimentares anormais que resultam em uma ingesta energética ou nutricional insuficiente. O padrão de restrição alimentar causa perda de peso significativa (ou impede o ganho de peso esperado em crianças ou grávidas), deficiências nutricionais

JOAO C. HILUY  
FERNANDA TROMBINI NUNES  
MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA  
JOSE C. APPOLINARIO

cl clinicamente relevantes, dependência de suplementação nutricional ou afeta negativamente de algum modo a saúde do indivíduo, acarretando prejuízo funcional. Nesse diagnóstico, o padrão de comportamento alimentar não reflete preocupações sobre peso ou forma corporal.

A CID-11 traz ainda as seguintes categorias diagnósticas: I) a pica, caracterizada pelo consumo regular de substâncias não nutritivas (como plástico, papel ou areia) ou alimentos crus, de forma persistente e grave o suficiente para merecer atenção clínica; II) o transtorno de ruminação-regurgitação, caracterizado pelo ato intencional e repetido de regurgitar o alimento (pelo menos várias vezes por semana durante várias semanas), podendo esse alimento regurgitado ser ruminado ou

cuspidado – não se trata de vomitá-lo; III) os outros TA especificados; e IV) os TA não especificados.

## DISCUSSÃO

De forma geral, ambos sistemas classificatórios aqui relatados incluem os diagnósticos centrais de TA: AN, BN e TCA, além de incluir outros TA menos comuns (como, por exemplo, o TA evitativo/restritivo) e outras duas categorias adicionais (outros TA especificados e TA não especificado). Portanto, existe atualmente uma correspondência entre os dois sistemas de classificação (Tabela 1).

Ao se analisar os critérios diagnósticos do DSM-5 em comparação com os da CID-11, vê-se que as bases gerais

**Tabela 1** - Critérios diagnósticos para anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar no DSM-5 e CID-10

DSM-5	CID-11
<b>Anorexia nervosa</b>	
<p>A. Restrição da ingestão alimentar relacionada às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo, no contexto da idade, sexo, etapa do desenvolvimento e saúde física. Um peso significativamente baixo é definido como o peso que é menor que o minimamente normal, ou para as crianças e adolescentes, menor do que o mínimo esperado.</p> <p>B. Medo intenso de ganhar peso ou se tornar gordo, ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo com o peso significativamente baixo.</p> <p>C. Perturbação na forma que vivencia o peso e a forma corporal. Influência indevida do peso ou forma corporal sobre a sua autoavaliação ou persistente falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso atual.</p> <p>Especificar o tipo atual: Tipo restritivo – durante os últimos 3 meses, o indivíduo não apresentou episódios de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos (vômitos autoinduzidos ou uso inapropriado de laxativos, diuréticos ou enemas). Tipo compulsão alimentar/purgação – durante os últimos 3 meses, o indivíduo apresentou episódios de compulsão alimentar ou comportamento purgativos (vômitos autoinduzidos ou uso inapropriado de laxativos, diuréticos ou enemas).</p> <p>Especificar se: Em remissão parcial: Depois de preencher todos os critérios de anorexia nervosa, o critério A (baixo peso corporal) não está sendo preenchido por um período de tempo mantido, porém, ou o critério B (intenso medo de ganhar peso ou se tornar gordo ou comportamento que interfere com o ganho de peso) ou o critério C (distúrbio na autopercepção do peso ou forma) é ainda preenchido.</p> <p>Em remissão completa: Depois de preencher todos os critérios de anorexia nervosa, nenhum critério tem sido preenchido por um período de tempo mantido.</p> <p>Especificar gravidade atual (o nível mínimo de gravidade é baseado, para adultos, no IMC, ou, para crianças e adolescentes, no percentil de IMC; o nível</p>	<p>Peso corporal significativamente baixo para a altura, idade, estágio de desenvolvimento e histórico de peso do indivíduo que não se deve à indisponibilidade de alimentos e não é mais bem explicado por outra condição médica. Uma diretriz comumente usada é o IMC menor que 18,5 kg/m<sup>2</sup> em adultos e IMC para idade abaixo do percentil 5 em crianças e adolescentes. A rápida perda de peso (por exemplo, mais de 20% do peso corporal total em 6 meses) pode substituir a diretriz de baixo peso corporal, desde que outros requisitos de diagnóstico sejam atendidos. Crianças e adolescentes podem apresentar falha no ganho de peso conforme o esperado, com base na trajetória de desenvolvimento individual e não na perda de peso.</p> <p>Padrão persistente de comer restritivo ou outros comportamentos que visam estabelecer ou manter um peso corporal anormalmente baixo, geralmente associado ao medo extremo do ganho de peso. Os comportamentos podem ter como objetivo reduzir a ingestão de energia, em jejum, escolhendo alimentos de baixa caloria, comendo excessivamente devagar pequenas quantidades de alimentos e ocultando ou cuspidando alimentos, bem como comportamentos de purga, como vômitos autoinduzidos e uso de laxantes, diuréticos, enemas ou omissão de doses de insulina em indivíduos com diabetes. Os comportamentos também podem ter como objetivo aumentar o gasto de energia por meio de exercícios excessivos, hiperatividade motora, exposição deliberada ao frio e uso de medicamentos que aumentam o gasto de energia (por exemplo, estimulantes, medicamentos para perda de peso, produtos à base de plantas para redução de peso, hormônios da tireoide).</p> <p>O baixo peso ou forma corporal é supervalorizado e é central para a autoavaliação da pessoa, ou o baixo peso ou a forma corporal da pessoa são incorretamente percebidos como normais ou até excessivos. A preocupação com o peso e a forma, quando não declarada explicitamente, pode se manifestar por comportamentos como verificar repetidamente o peso corporal usando balanças, verificar o formato do corpo usando fitas métricas ou reflexos em espelhos, monitorar constantemente o conteúdo calórico dos alimentos e buscar informações sobre como perder peso ou comportamentos extremos de esquiava,</p>

Continua na próxima página

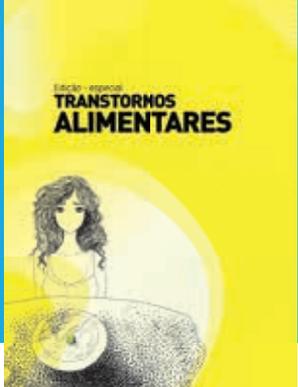


Tabela 1 - Continua

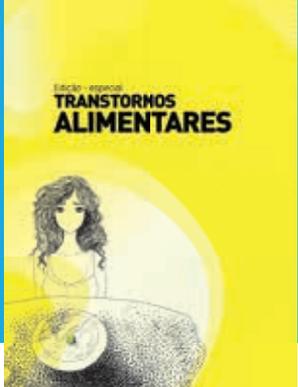
DSM-5	CID-11
<b>Anorexia nervosa</b>	
<p>de gravidade pode ser aumentado para refletir os sintomas clínicos, o grau de comprometimento funcional e a necessidade de supervisão): Leve: IMC <math>\geq 17</math> kg/m<sup>2</sup> Moderada: IMC = 16-16,99 kg/m<sup>2</sup> Grave: IMC = 15-15,99 kg/m<sup>2</sup> Extrema: IMC &lt; 15 kg/m<sup>2</sup></p>	<p>como se recusar a ter espelhos em casa, evitar roupas apertadas ou recusar-se a saber o peso ou comprar roupas com o tamanho especificado.</p> <p>Classificação: AN com IMC significativamente baixo: IMC = 14-18,5 kg/m<sup>2</sup> ou 0,3-5º percentil AN com IMC perigosamente baixo: IMC &lt; 14 kg/m<sup>2</sup> ou &lt; 0,3 percentil AN em recuperação com peso corporal normal: IMC &gt; 18,5 kg/m<sup>2</sup> ou &gt; 5º percentil, associado à manutenção de um peso saudável e ausência de comportamentos destinados a reduzir o peso corporal Outra AN especificada AN inespecífica</p> <p>Tipos: Padrão restritivo: restrição da ingesta alimentar ou jejum associado ou não a aumento do gasto energético. Padrão de compulsão-purgação: o baixo peso corporal é mantido através de restrição alimentar, comumente acompanhado de comportamentos purgativos no intuito de se livrar do alimento ingerido (i.e., autoindução de vômitos, abuso de laxantes ou enemas).</p>
<b>Bulimia nervosa</b>	
<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos: 1. comer, num período de tempo definido (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), um montante de comida que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas come durante o mesmo período de tempo e em circunstâncias semelhantes. 2. um sentimento de falta de controle sobre a alimentação durante o episódio (por exemplo, um sentimento de que não consegue parar de comer ou controlar o que ou quanto está comendo).</p> <p>B. Recorrentes comportamentos compensatórios inadequados, a fim de evitar o ganho de peso, tais como a autoindução de vômitos; consumo de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum ou exercício excessivo.</p> <p>C. Ambos, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados, ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.</p> <p>D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal.</p> <p>E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p> <p>Especificar se: Em remissão parcial: Depois de preencher todos os critérios de bulimia nervosa, alguns, mas não todos os critérios têm sido preenchidos por um período de tempo mantido. Em remissão completa: Depois de preencher todos os critérios de bulimia nervosa, nenhum critério tem sido preenchido por um período de tempo mantido.</p> <p>Especificar gravidade atual (o nível mínimo de gravidade é baseado na frequência de comportamentos compensatórios inadequados; pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de comprometimento funcional): Leve: Uma média de 1-3 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.</p>	<p>Frequentes e recorrentes episódios de compulsão alimentar (pelo menos uma vez por semana, por pelo menos 1 mês). O episódio de compulsão alimentar é definido como um distinto período de tempo no qual o indivíduo experiencia uma perda do controle sobre seu comportamento alimentar. O episódio de compulsão alimentar é presente quando o indivíduo come notadamente mais e/ou diferentemente do que o usual e se sente incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de comida ingerida. Outras características dos episódios de compulsão alimentar podem incluir comer sozinho por vergonha, comer alimentos que não são parte de sua dieta regular, comer grandes quantidades de comida sem estar fisicamente com fome e comer mais rápido que o usual.</p> <p>Repetidos comportamentos compensatórios inapropriados no intuito de prevenir o ganho de peso (i.e., uma vez por semana ou mais por um período mínimo de 1 mês). O comportamento compensatório mais comum são vômitos autoinduzidos, que tipicamente ocorrem dentro de 1 hora após o episódio de compulsão alimentar. Outros comportamentos compensatórios inapropriados incluem jejum ou uso de diuréticos para induzir perda de peso, uso de laxantes ou enemas para reduzir a absorção de comida, pular doses de insulina em indivíduos com diabetes e exercícios físicos extenuantes para aumentar o gasto energético.</p> <p>Preocupação excessiva com peso e forma corporais. Quando não explicitamente declarada, essa preocupação pode ser manifestada por comportamentos como checar repetidamente o peso corporal usando balanças, verificar a forma corporal usando fitas de medida ou reflexo no espelho, monitorar constantemente a quantidade de calorias dos alimentos e procurar por informações sobre como perder peso, ou por comportamentos evitativos extremos, como recusar-se a ter espelhos em casa, evitar o uso de roupas justas ou se recusar a saber o seu peso ou adquirir roupas com tamanho específico.</p> <p>Há uma acentuada angústia quanto ao padrão de compulsão alimentar e comportamento compensatório inadequado ou prejuízo significativo nas áreas</p>

Continua na próxima página

**Tabela 1 - Continua**

DSM-5	CID-11
<b>Bulimia nervosa</b>	
<p>Moderada: Uma média de 4-7 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.                      Grave: Uma média de 8-13 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.                      Extrema: Uma média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.</p>	<p>de funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento</p> <p>O indivíduo não preenche critérios diagnósticos para anorexia nervosa.</p>
<b>Transtorno da compulsão alimentar</b>	
<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. comer, num período de tempo definido (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), um montante de comida que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas come durante o mesmo período de tempo e em circunstâncias semelhantes;</li> <li>2. um sentimento de falta de controle sobre a alimentação durante o episódio (por exemplo, um sentimento de que não consegue parar de comer ou controlar o que ou quanto está comendo).</li> </ol> <p>B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comer muito mais rapidamente do que o normal;</li> <li>2. Comer até sentir-se incomodamente repleto;</li> <li>3. Comer grandes quantidades de alimentos, quando não está fisicamente faminto;</li> <li>4. Comer sozinho por embaraço devido à quantidade de alimentos que consome;</li> <li>5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.</li> </ol> <p>C. Angústia acentuada relativa à presença de compulsão alimentar.</p> <p>D. A compulsão alimentar ocorre, na média, pelo menos uma vez por semana por 3 meses.</p> <p>E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados como na bulimia nervosa e nem ocorre durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.</p> <p>Especificar se:                      Em remissão parcial: Depois de preencher todos os critérios do transtorno da compulsão alimentar periódica, os episódios de compulsão alimentar ocorrem numa frequência média menor que um episódio por semana por um período de tempo mantido.                      Em remissão completa: Depois de preencher todos os critérios de transtornos da compulsão alimentar, nenhum critério tem sido preenchido por um período de tempo mantido.</p> <p>Especificar gravidade atual (o nível de gravidade pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de comprometimento funcional):                      Leve: 1-3 episódios de compulsão alimentar por semana.                      Moderada: 4-7 episódios de compulsão alimentar por semana.                      Grave: 8-13 episódios de compulsão alimentar por semana.                      Extrema: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.</p>	<p>Frequentes e recorrentes episódios de compulsão alimentar (uma vez por semana ou mais, por um período 3 meses).                      O episódio de compulsão alimentar é definido como um distinto período de tempo no qual o indivíduo experiencia uma perda do controle sobre seu comportamento alimentar. O episódio de compulsão alimentar está presente quando o indivíduo come notadamente mais e/ou diferentemente do que o usual e se sente incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de comida ingerida. Outras características dos episódios de compulsão alimentar podem incluir comer sozinho por vergonha ou comer alimentos que não são parte de sua dieta regular.</p> <p>Os episódios de compulsão alimentar não são regularmente acompanhados por comportamentos compensatórios inapropriados visando prevenir o ganho de peso.</p> <p>Os sintomas e comportamentos não são mais bem explicados por outra condição médica (como Síndrome de Prader-Willi) ou outro transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo) e não se deve ao efeito de uma substância ou medicação no sistema nervoso central, incluindo sintomas de retirada/abstinência.</p> <p>Há uma acentuada angústia sobre o padrão de compulsão alimentar ou prejuízo significativo nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento.</p>

DSM-5 = 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; CID-10 = 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças; IMC = índice de massa corporal; AN = anorexia nervosa.



dos TA estão presentes em ambos, como, por exemplo, não há uma definição, em ambos os manuais, de um valor de IMC para o diagnóstico de AN, apesar de sugerirem que pode ser utilizado como referência um valor abaixo de 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Uma vez que os manuais são primariamente voltados para guiar a prática clínica, deixa-se que o julgamento clínico prevaleça, a despeito de fixar um valor exato de IMC<sup>8</sup>. Tal proposta vai ao encontro dos atuais debates sobre o aspecto dimensional dos TA e facilita seu uso na prática clínica.

Em relação à BN e ao TCA, a CID-11, diferentemente da DSM-5, define que a perda de controle em um episódio de compulsão alimentar é a característica central desses episódios (e não a quantidade de alimento ingerido). Assim, a CID-11 amplia o espectro do diagnóstico de BN e TCA, de modo que os indivíduos com episódios de compulsão alimentar subjetivos (isto é, com perda de controle, embora sem ingestão de grande quantidade de comida) passam a ser incluídos nos respectivos diagnósticos<sup>9</sup>. Com isso, novamente a CID-11 estende sua utilidade clínica<sup>10</sup>, incluindo um maior número de diagnósticos alimentares, reduzindo assim o número de diagnósticos subsindrômicos ou que se classificariam como TA não especificados<sup>9</sup>. Essa diminuição possibilita a inclusão desses indivíduos em tratamentos específicos para o respectivo TA.

Em suma, o DSM-5 e a CID-11 possuem definições claras que servem como guia para o clínico e possibilitam o devido diagnóstico e tratamento dos TA. Embora muito seja debatido entre especialistas, a dimensionalidade dos TA não é explorada em ambos os manuais, que tratam os TA categoricamente. Assim, os futuros manuais possivelmente irão incluir aspectos dessa dimensionalidade e caracterizar as mudanças de diagnósticos que ocorrem em diversos indivíduos. Outro ponto importante é em relação à epidemiologia dos TA. Alguns critérios diagnósticos usados em categorias diagnósticas como BN e TCA, como a definição mais alargada do episódio de compulsão alimentar na CID-11, poderá afetar a prevalência dessas condições em estudos futuros. Portanto, será fundamental que o clínico fique atento para o sistema classificatório quando utilizar dados referentes à epidemiologia dessas condições no futuro.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** João Hiluy, Av. Venceslau Brás, 71, fundos, IPUB/UFRJ, CEP 22290-140, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. E-mail: jhiluy@gmail.com

### Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Shroff H, Thompson JK. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a replication with adolescent girls. *Body Image*. 2006;3:17-23.
3. World Health Organization (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) 2018 Version [Internet]. [cited 2019 Dec]. [icd.who.int/browse11/l-m/en](http://icd.who.int/browse11/l-m/en)
4. Brooks SJ, Rask-Andersen M, Benedict C, Schiöth HB. A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model? *BMC Psychiatry*. 2012;12:76.
5. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003;361:407-16.
6. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: Review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012;11:80-92.
7. Claudino AM, Pike KM, Hay P, Keeley JW, Evans SC, Rebello TJ, et al. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Med*. 2019;17:93.
8. Walsh BT. Diagnostic categories for eating disorders: current status and what lies ahead. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42:1-10.
9. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18:3-19.
10. Palavras MA, Hay P, Claudino A. An investigation of the clinical utility of the proposed ICD-11 and DSM-5 diagnostic schemes for eating disorders characterized by recurrent binge eating in people with a high BMI. *Nutrients*. 2018;10:E1751.