



ARTIGO DE REVISÃO

Evolução dos critérios para o diagnóstico de Bulimia Nervosa: revisão sistemática

Evolution of the diagnostic criteria of Bulimia Nervosa: systematic review

Evolución de los criterios para el diagnóstico de Bulimia Nervosa: revisión sistemática

Ana Flavia Bonini^a

Felipe Alckmin-Carvalho^b

Renatha El Rafihi-Ferreira^c

Márcia Helena da Silva Melo^d

^a Médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho Câmpus de Botucatu. Atualmente trabalha na Secretaria da Saúde – Prefeitura de Joinville – Joinville – Santa Catarina – Brasil.

^b Psicólogo Clínico, mestre e doutor pelo programa de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP, São Paulo, SP, Brasil). Foi bolsista de doutorado da CAPES. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil.

^c Psicóloga Clínica, mestra em Análise do Comportamento pela UEL, doutora e pós-doutoranda pelo programa de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP, São Paulo, SP, Brasil). Bolsista de pós-doutorado pela FAPESP. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil.

^d Professora-doutora no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP, São Paulo, SP, Brasil). Orientadora nos Programas de Psicologia Clínica e de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil.

DOI: 10.5935/2318-0404.20180021

Instituição: Universidade de São Paulo

Resumo

Objetivo: apresentar a evolução dos critérios diagnósticos de Bulimia Nervosa (BN) e discutir sobre as evidências que sustentam as atualizações. **Método:** foram analisados os critérios diagnósticos de BN apresentados no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), terceira, quarta e quinta edição. As atualizações identificadas foram discutidas a partir de artigos selecionados por meio de uma revisão sistemática da literatura de artigos publicados entre 1980 e 2017, conduzida de acordo com as diretrizes do PRISMA. A revisão da literatura foi realizada por dois pesquisadores independentes nas bases de dados PubMed e Scopus, a partir dos descritores em combinação: *bulimia nervosa* e *diagnóstico*, em inglês. **Resultados:** foram encontrados 257 artigos, dos quais 18 satisfizeram os critérios de inclusão. As principais alterações verificadas foram: inclusão de estágios de remissão, do nível de gravidade; retirada dos subtipos restritivos e purgativos de BN; redução na frequência média mínima de compulsão alimentar e de comportamento compensatório inapropriado, além de alterações terminológicas menores. **Conclusão:** as alterações verificadas no DSM-5 foram eficazes em reduzir a alta proporção do diagnóstico de Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE). Revisões periódicas do DSM, a partir de achados de clínicos e de pesquisadores favorecem avaliações mais precisas e o delineamento de intervenções mais efetivas no tratamento de BN.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares; Bulimia Nervosa; Diagnóstico.

Abstract

Objective: to present the evolution of the diagnostic criteria of Bulimia Nervosa (BN) and to discuss the evidences that support the updates. **Method:** The diagnostic criteria of BN presented in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), third, fourth and fifth editions were analyzed. The updates were discussed from selected articles through a systematic review of articles published between 1980 and 2017, conducted according to PRISMA guidelines. The review of the literature was carried out by two independent researchers at PubMed and Scopus databases, using the descriptors in combination: *bulimia nervosa* and *diagnosis*. Results: 257 articles were found, of which 18 met the inclusion criteria. The main changes were: inclusion of remission stages, level of severity; removal of restrictive and purgative BN subtypes; reduction in the minimum average frequency of binge eating and inappropriate compensatory behavior, as well as minor terminological changes. **Conclusion:** The changes observed in DSM-5 were effective in reducing the high proportion of the diagnosis of Eating disorder not otherwise specified (EDNOS). Periodic reviews of the DSM, from findings of clinicians and researchers favor more accurate evaluations and the design of more effective interventions in the treatment of BN.

Keywords: Eating disorders; Bulimia Nervosa; Diagnosis.

Resumen

Objetivo: presentar la evolución de los criterios diagnósticos de Bulimia Nervosa (BN) y discutir sobre las evidencias que sustentan las actualizaciones. **Método:** Se analizaron los criterios diagnósticos de BN presentados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), tercera, cuarta y quinta edición. Las actualizaciones identificadas fueron discutidas a partir de artículos seleccionados por medio de una revisión sistemática de la literatura de artículos publicados entre 1980 y 2017, conducida de acuerdo con las directrices del PRISMA. La revisión de la literatura fue realizada por dos investigadores independientes en las bases de datos PubMed y Scopus, a partir de los descriptores en combinación: bulimia nerviosa y diagnóstico, en inglés. **Resultados:** se han encontrado 257 artículos, de los cuales 18 han cumplido los criterios de inclusión. Los principales cambios observados fueron: inclusión de las etapas de remisión, del nivel de gravedad; retirada de los subtipos restrictivos y purgativos de BN; reducción en la frecuencia media mínima de compulsión alimentaria y de comportamiento compensatorio inapropiado, además de alteraciones terminológicas menores. **Conclusión:** los cambios en el DSM-5 fueron eficaces para reducir la alta proporción del diagnóstico de trastorno alimentario no especificado (TANE). Las revisiones periódicas del DSM, a partir de hallazgos de clínicos y de investigadores, favorecen evaluaciones más precisas y el delineamiento de intervenciones más efectivas en el tratamiento de BN.

Palabras clave: Trastornos Alimentarios; Bulimia Nervosa; Diagnóstico.

Introdução

A Bulimia Nervosa (BN), como descrita atualmente pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais¹, em sua quinta edição (DSM-5), é um transtorno alimentar (TA) grave, que traz prejuízos significativos ao funcionamento psicológico, social e à saúde física², estando associado a altas taxas de complicações médicas, e comprometimento psicossocial^{3,4,5,6,7}. Caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar acompanhados de comportamentos compensatórios para impedir o ganho de peso, como indução de vômito, novo período de jejum, utilização de laxantes, diuréticos e/ou prática extensiva de exercício físico.

A compulsão alimentar é definida por ingestão de uma enorme quantidade de alimentos, geralmente calóricos, em um curto período de tempo, e está associada à sensação de perda de controle e aos sentimentos de culpa e vergonha¹. A utilização de método compensatório, por sua vez, é motivada pelo medo de ganhar peso.

O engajamento em dietas restritivas é o antecedente mais comum dos episódios de compulsão alimentar, e costuma estar associado à insatisfação corporal e/ou distorção de imagem corporal. É comum, entre pacientes com BN, a supervalorização do corpo, em detrimento de outras características, bem como a auto-objetificação e alta sensibilidade a reforço social associado à aparência física, determinação e autocontrole⁸. Esse desejo latente de aprovação social, por sua vez, geralmente tem relação com baixa auto-estima⁸.

A prevalência da BN ao longo da vida é de 0,9% a 3%, e em 12 meses de 0,4%^{9,10,11}. Nos Estados Unidos,

estima-se que a prevalência de BN durante a vida entre as mulheres é de 1,5%, e entre os homens de 0,5%, sendo a proporção entre homens e mulheres de 1:3⁶. No Brasil, os estudos epidemiológicos ainda são incipientes, indicando prevalência de BN entre 1% a 3,6%^{12,13,14}. De acordo com o DSM-5, a prevalência da BN é maior entre os adultos, uma vez que este TA atinge seu pico no fim da adolescência. Estima-se que a idade de início da BN é entre os 16-17 anos^{9,10}.

O tratamento é realizado por equipe interdisciplinar mínima composta de psiquiatra, psicólogo e nutricionista^{15,16}. Ensaios clínicos têm demonstrado taxa de remissão total modesta e altos índices de recaídas, sendo que o diagnóstico e tratamento precoces estão associados a melhores taxas de sucesso no tratamento e menores índices de recaída, ao longo da vida¹⁷.

A descrição da BN foi iniciada a partir dos estudos do psiquiatra britânico Gerald Russel, em Londres, no ano de 1979, que descreveu 30 pacientes atendidos em sua clínica entre 1972 e 1978 que apresentavam medo mórbido de engordar e que, na tentativa de controlar o peso apresentavam comportamentos compensatórios, tais como vômitos autoinduzidos, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, anfetaminas) ou se engajavam em períodos prolongados de jejum¹⁸. O autor diferenciou esse grupo de pacientes dos casos clássicos de Anorexia Nervosa (AN) por apresentarem peso normal, levemente acima ou abaixo do esperado, menor irregularidade no ciclo menstrual, maior atividade sexual e por apresentarem sintomas de depressão e comportamentos impulsivos¹⁸. Como muitos desses pacientes apresentaram AN no passado, Russel considerou, em um primeiro momento, que a BN fosse um estágio posterior à AN, e não um TA distinto.

Após a descrição da BN por Russel, em 1980, esse TA foi incluído na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM III). Essa versão do manual teve um importante papel no reconhecimento da síndrome por clínicos e impulsionou pesquisas sobre a doença. Após a descrição do DSM-III ocorreram vários debates sobre os TA que levaram à revisão dos critérios diagnósticos anunciados no DSM-III-R, em 1987, momento em que o termo “bulimia nervosa” foi aceito como nome próprio. Ainda nesse contexto, após anos de estudos sobre a apresentação clínica e curso da BN, Russell modificou sua afirmação ao apontar que pacientes bulímicos, comparados aos pacientes com AN, tinham um melhor prognóstico em longo prazo¹⁸.

Castillo e Weiselberg¹⁵ salientam a importância do reconhecimento da BN como transtorno próprio, uma vez que indivíduos com esse diagnóstico apresentam risco significativo para morbidade e mortalidade devido aos comportamentos compensatórios utilizados para evitar o ganho de peso e às comorbidades psiquiátricas associadas. Esse aspecto merece notável atenção dos profissionais de saúde, pois, diferentemente da AN, que apresenta características visíveis e detectáveis como amenorreia e excessiva perda de peso, a BN pode passar despercebida por profissionais e familiares, uma vez que o peso dos indivíduos com BN pode ser normal ou acima do normal.

Historicamente, as manifestações clínicas, as implicações psicossociais e as modalidades de tratamento da BN estiveram desprivilegiadas em relação à AN, quadro psicopatológico que tem recebido maior atenção

e tem sido foco de mais estudos e pesquisas visando sua compreensão, caracterização e tratamento. Nesse sentido, avaliar as atualizações dos critérios diagnósticos de BN 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.

A identificação e o tratamento precoces da BN estão associados a prognósticos mais favoráveis, e, nesse sentido, é importante que profissionais da área da saúde tenham familiaridade com os critérios diagnósticos desse TA e suas atualizações periódicas. Além disso, uma vez que o tratamento de BN é interdisciplinar, envolvendo psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e enfermeiros, a utilização do DSM é amplamente facilitadora do processo diagnóstico, bem como da comunicação desses profissionais em unidades ambulatoriais e de internação.

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, pouco foi explorado sobre a evolução de suas características em relação à BN. O objetivo do presente estudo é apresentar a evolução dos critérios diagnósticos de BN e as evidências científicas que sustentam as atualizações. Este estudo, além de utilidade no âmbito da pesquisa, pode servir de material para psicólogos clínicos, psiquiatras e outros profissionais em formação que compõem a equipe interdisciplinar que trata de TA.

Método

Foram consultadas as versões III, III-R, IV, IV-TR e 5 do DSM para a análise dos critérios diagnósticos de BN. As atualizações identificadas foram discutidas a partir de artigos selecionados em revisão sistemática da literatura. A revisão foi conduzida de acordo com os itens indicados para Revisões Sistemáticas e Metanálises (PRISMA²⁰). A pesquisa foi realizada em dois bancos de dados: PubMed e Scopus. As palavras-chaves utilizadas foram: “*bulimia nervosa*” e “*diagnostic criteria*”. Apenas estudos revisados por pares publicados entre 1980 e 2017 em língua inglesa foram incluídos. Os estudos foram selecionados a partir dos critérios de exclusão (listados abaixo).

Critério de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: 1) estudos entre os anos de 1980 (ano de publicação do DSM III, em que foi adicionada a definição de BN) e 2017 (ano da presente pesquisa bibliográfica); 2) estudos empíricos, de revisão ou teóricos que discutem ou comparam as mudanças/evoluções nos critérios diagnósticos da BN; 3) estudos de revisão ou teóricos que apresentam evidências que justifiquem a necessidade de mudanças nos critérios diagnósticos da BN.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: 1) estudos que não mencionam a modificação/ evolução dos critérios diagnósticos para BN; 2) estudos publicados em outras línguas, que não inglês; 3) dissertações, teses, livros e capítulos de livro e 4) estudos com acesso não disponível para a Universidade onde foi realizada a pesquisa.

Acordo de codificação

A busca foi realizada por dois pesquisadores, de modo independente, a partir do mesmo procedimento, a fim de comparar os resultados obtidos por cada um, em julho de 2017. Em caso de discordância, um terceiro pesquisador arbitrou sobre a pertinência da inclusão do estudo. Um dos autores codificou todos os artigos incluídos, e o outro autor recodificou em acordo de 33,3% (6 de 18) destes artigos. Por meio desse processo, os autores asseguraram que todos os dados extraídos fossem reportados e registrados corretamente. A concordância entre os dois autores foi de 100%. Desacordos sobre os artigos restantes foram revisados por todos os autores e posteriormente solucionados.

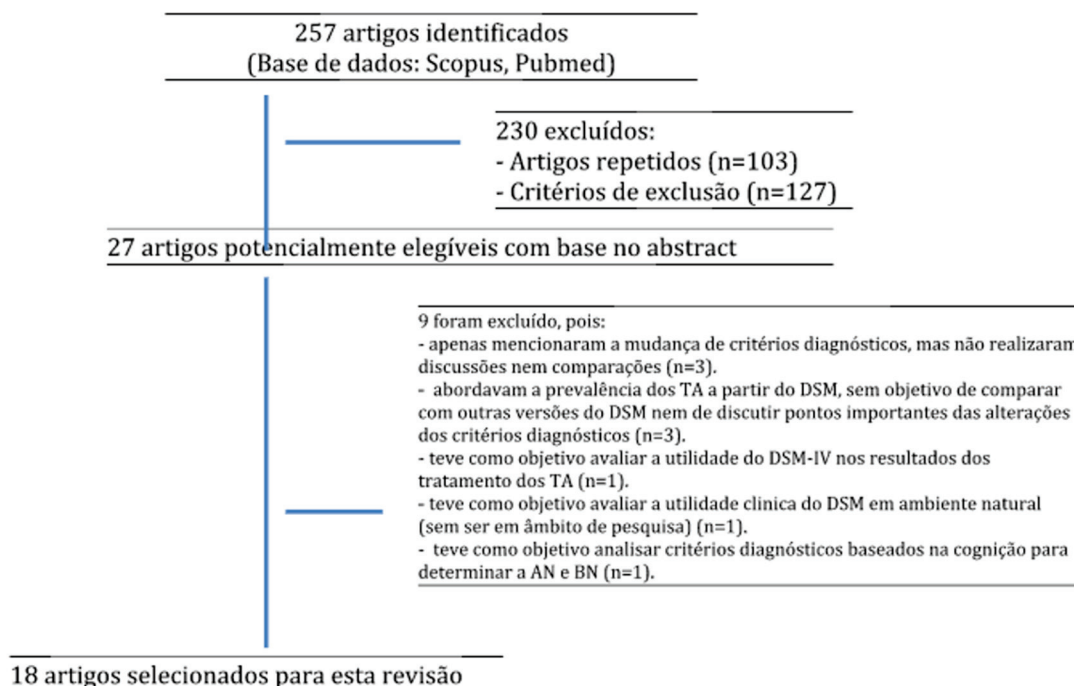
Análise de dados

Os estudos foram resumidos e analisados qualitativamente. Informações extraídas de cada estudo incluíram: autores, ano de publicação e país, desenho do estudo, amostra, objetivos, principais resultados e implicações da pesquisa para os critérios diagnósticos de BN.

Resultados

Foram identificados 257 estudos, dos quais 18 foram selecionados para a revisão. A Figura 1 apresenta o fluxograma de extração dos artigos e os motivos de exclusão.

Figura 1. Fluxograma de extração dos artigos



Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 1 é possível verificar a caracterização dos estudos selecionados na revisão em termos de publicação, país, objetivos, resultados e implicações para o DSM.

Tabela 1. Caracterização dos estudos selecionados em termos de autor, país; objetivos; resultados e implicações para o DSM

Autor, Ano e País	Desenho	Tamanho da amostra	Objetivo	Principais resultados	Implicações para o DSM
Davis et al., 1989 ³⁶ . Estados Unidos	Transversal	n=596 – BN (n=109) – TCA (n=50) – Obesos (n=30) – Controles (n=417)	Investigar os distúrbios da imagem corporal na BN e na compulsão alimentar não purgativa.	Quando os participantes foram questionados quanto à forma e tamanho corporal atual e ideal, os pacientes com BN consideraram um tamanho/forma corporal atual maior e um tamanho/forma corporal ideal menor do que os considerados pelos outros grupos.	Importância da inclusão do critério –“Preocupação excessiva persistente pela forma do corpo e o peso” – no DSM – III – R. O foco nos distúrbios da imagem corporal como variável diferencial a ser considerada no diagnóstico da BN.
Hay et al., 1996 ³⁷ . Inglaterra	Transversal	n=250 com compulsão alimentar	Derivar um esquema empírico para classificar subgrupos com compulsão alimentar e comparar a validade preditiva deste esquema com o esquema do DSM-IV.	Os resultados apoiam o conceito de BN e sua divisão em subtipos purgativo e não purgativo e sugerem um possível novo transtorno alimentar compulsivo. Tal transtorno, listado como um exemplo de Transtorno alimentar não especificado (TANE) no DSM-IV, não emergiu da análise de agrupamento.	Sugere-se que os transtornos alimentares bulímicos ocorrem em um contínuo, variando entre leve (aqueles com episódios bulímicos subjetivos e com baixa frequência de comportamentos purgativos) e severo (aqueles com episódios bulímicos objetivos e comportamentos purgativos).
Thaw et al., 2001 ³⁵ . Estados Unidos	Transversal	n=193 – AN (n=37) – BN (n=48) – TANE(n=108)	Avaliar o impacto da alteração dos critérios diagnósticos do DSM-IV sobre as taxas de AN, BN e TANE.	A modificação dos critérios para BN (exclusão de critérios – média de no mínimo dois episódios bulímicos por semana durante pelo menos três meses – e de – preocupações excessivas com peso e forma corporal resultou em um aumento no número de classificações para BN de 32,6% para 36,8%.	Se os critérios do DSM-IV para BN forem flexibilizados, o principal “alvo” para a modificação devem ser o tamanho e a frequência de compulsão alimentar. Os achados sugerem que a principal característica da compulsão pode ser o “senso de perda de controle” durante a alimentação, e que a necessidade de consumo de uma grande quantidade de alimento pode ser desnecessária.
Cooper e Fairburn, 2003 ³¹ . Inglaterra	Teórico	-	Propor critérios diagnósticos revisados para o TCA e BN.	Foi proposto que o conceito original de BN não purgativa seja restaurado removendo o requisito de “jejum” do DSM-IV e substituindo-o por “restrição dietética sustentada e marcada”.	Os ajustes aos critérios diagnósticos para TCA e BN ajudariam a minimizar os problemas de heterogeneidade de pessoas que recebem o mesmo diagnóstico, contudo com necessidade de terapêuticas diferentes.
Russell, 2004 ¹⁹ . Inglaterra	Teórico	-	Examinar a robustez dos critérios para o diagnóstico de BN reformulados, no DSM IV.	A principal descrição clínica e os critérios diagnósticos de BN provaram ser razoavelmente robustos no DSM IV. Tal descrição facilitou o reconhecimento do TA por profissionais da área de saúde mental.	Trata-se de um estudo teórico e histórico realizado por um dos primeiros estudiosos a descrever a BN. O trabalho evidencia como, no decorrer dos anos, a descrição clínica e os critérios diagnósticos da BN se mostraram razoavelmente robustos, assim como sua estreita relação com a anorexia nervosa.

Autor, Ano e País	Desenho	Tamanho da amostra	Objetivo	Principais resultados	Implicações para o DSM
Grave e Calugi, 2007 ³⁸ . Itália	Transversal	n=186 - AN (n=78) - BN (n=33) - TANE (n=75)	Avaliar o impacto da alteração dos critérios diagnósticos de AN e BN, no DSM IV, na prevalência de TANE.	A alteração dos critérios diagnósticos do DSM-IV reduziu a prevalência de TANE de 75 casos (40,3%) para 28 casos (15%).	Alterar os critérios diagnósticos para AN e BN reduziu significativamente a prevalência de TANE e permitiu que mais pacientes preenchessem os critérios para diagnóstico de AN e BN.
Fairburn et al., 2007 ³⁹ . Inglaterra	Transversal	n=170 com compulsão alimentar	Descrever as características dos TANE, estabelecer sua gravidade e determinar se sua alta prevalência se deve à inclusão de casos que se assemelham às formas parciais de AN ou de BN.	Do total da amostra, 102 (60%) foi classificada com TANE. Estes casos se assemelharam aos casos de BN em relação à natureza, duração e gravidade da psicopatologia. Poucos pacientes poderiam ser reavaliados como tendo AN ou BN de acordo com os novos critérios diagnósticos.	Considerando a frequência, gravidade e persistência dos TANE, propõe-se que, no DSM-5, ocorra uma reclassificação dos TANE como AN, BN ou outro TA.
Wilson e Sysko, 2009 ³³ . Estados Unidos	Teórico / Revisão não sistemática	n=19 - BN (n=10) - TCA (n=9)	Examinar a validade e utilidade do critério de frequência de compulsão alimentar para BN e TCA.	Foram verificadas poucas evidências para suportar a validade ou utilidade do critério do DSM-IV de frequência de duas vezes na semana de compulsão alimentar para BN e TCA.	Sugestão de modificação no critério de frequência para o DSM-5.
Keel et al., 2011 ⁴⁰ . Estados Unidos	Transversal	n=397 estudantes universitários	Comparar os critérios diagnósticos de BN do DSM-IV e os propostos no DSM-5 em relação ao número de casos e de TANE.	Diagnóstico a partir do DSM-IV vs DSM-5 AN: 34 (14%) vs 48(20%) BN: 43(18%) vs 44(18%) TCA: 0(0%) vs 20(8%) TANE: 163 (68%) vs 128 (53%)	As revisões propostas no DSM-5 reduziram significativamente o número de pacientes diagnosticados com TANE.
Keel et al., 2011 ⁴¹ . Estados Unidos	Teórico / revisão não sistemática	-	Avaliar as evidências para a validade de abordagens atuais e alternativas para definir TA; avaliar as implicações para o delineamento dos critérios do DSM-5	Este estudo apoia em grande parte a validade preditiva das distinções entre AN, BN e TCA. Os critérios propostos para a BN mudaram muito pouco dos publicados no DSM-IV. A única revisão projetada para expandir o diagnóstico foi a redução do critério de frequência mínima para compulsão alimentar e comportamentos compensatórios inadequados (Critério C) de duas vezes por semana a uma vez por semana durante os três meses anteriores.	Os diagnósticos de TA do DSM-IV demonstram validade concorrente e preditiva, e os diagnósticos propostos pelo DSM-5 reduzem a preponderância dos diagnósticos de TANE sem perda de informações sobre a validade preditiva dos diagnósticos de TA. O acréscimo proposto de TANE ao DSM-5, como "Transtorno da Purgação" e "Síndrome do Comer Noturno", representa um importante avanço sobre a lista de exemplos não nomeados fornecida pelo diagnóstico do TANE pelo DSM-IV.
Sysko et al., 2012 ⁴² . Estados Unidos	Transversal	Estudo 1 n=70 Estudo 2 n=55	Examinar a confiabilidade <i>test-retest</i> de curto prazo dos diagnósticos de TA propostos no DSM-5.	Foram identificadas taxas de concordância aceitáveis para os diagnósticos individuais de TA de acordo com o DSM-5, incluindo AN (κ 's de 0,81 a 0,97), BN (κ = 0,84), TCA (κ de 0,75 e 0,61) e TANE (κ 's de 0,70 e 0,46).	Observou-se uma melhoria da confiabilidade <i>test-retest</i> em curto prazo ao usar critérios para TCA do DSM-5, em comparação ao DSM-IV.

Autor, Ano e País	Desenho	Tamanho da amostra	Objetivo	Principais resultados	Implicações para o DSM
Trace et al., 2012 ³⁴ . Suécia	Transversal	n=13.295	Avaliar o impacto da redução da frequência de compulsão alimentar e das diferentes durações (1, 3 e 6 meses) nos critérios diagnósticos para BN e TCA.	As estimativas de prevalência de vida de BN e TCA aumentaram linearmente à medida que o critério de frequência diminuiu. Como aumento do critério de duração, a prevalência de TCA diminuiu ligeiramente.	As alterações propostas aos critérios de frequência e duração do DSM-5 permitiriam uma melhor detecção da patologia de compulsão alimentar sem resultar em uma prevalência marcadamente maior de tempo de vida de BN ou TCA.
Nakai, et al., 2013 ⁴³ . Japão	Transversal	n=1029com TA	Comparar o DSM-IV e DSM-5 em termos de número de casos de TANE e verificar qual sistema diagnóstico pode efetivamente capturar variância em sintomas psiquiátricos.	Flexibilizar os critérios de diagnóstico para AN e BN e reconhecer o TCA como uma nova categoria diagnóstica diminuiu a proporção de TANE de 45,1% para 26,1%.	As revisões propostas para TAs no DSM-5 reduziram a frequência do diagnóstico de TANE.
Mond, 2013 ³² . Austrália	Teórico	–	Revisar as mudanças propostas na classificação da BN no DSM-5.	Foram identificadas as seguintes alterações: Criação do diagnóstico de TCA; remoção dos subtipos purgativo e não purgativo para BN; redução da frequência de compulsão alimentar de 2 para 1 vez por semana.	As alterações avaliadas no DSM-5 apresentam evidências empíricas consideráveis e terão o efeito de facilitar a prática clínica, melhorar o acesso aos cuidados, melhorar a conscientização pública e profissional e estimular a pesquisa. Contudo, verificou-se a omissão de qualquer referência a variantes de BN caracterizadas por episódios subjetivos de compulsão alimentar.
Caudle et al., 2015 ⁴⁴ . Austrália	Transversal	n=285	Comparar os critérios diagnósticos dos TA no DSM-IV e DSM-5.	Redução de 23,5% no diagnóstico de TANE com a implementação do DSM-5 em comparação ao DSM-IV.	Verificou-se robustez dos critérios diagnóstico dos TA apresentados no DSM V.
Dakanalis et al., 2017 ⁵ . Itália	Transversal	n=272	Testar o identificador/especificador de gravidade para BN no DSM-5.	Participantes categorizados com severidade leve, moderada, severa e extrema de BN diferiram significativamente em 15 variáveis em relação a características psicopatológicas do TA e fatores de manutenção (baixa autoestima, perfeccionismo, aparência social, ansiedade, vigilância do corpo e humor intolerante), qualidade de vida relacionada à saúde e transtornos psiquiátricos comórbidos (transtornos afetivos e ansiedade), apresentando tamanhos de efeito grande. Não foram observadas diferenças entre grupos em dados demográficos, índice de massa corporal ou início da idade de BN.	Esses achados fornecem suporte para o especificador de gravidade para BN introduzido no DSM-5 como meio de abordar a heterogeneidade e a variabilidade na gravidade da desordem, que já não inclui os subtipos purgativos e não purgativos.

Autor, Ano e País	Desenho	Tamanho da amostra	Objetivo	Principais resultados	Implicações para o DSM
Serrano-Trancoso et al., 2017 ⁴⁵ . Espanha	Transversal	n=101com TA	Comparar a distribuição do diagnóstico de TA em adolescentes de acordo com os critérios DSM-VI-TR e DSM-5.	A aplicação dos critérios do DSM-5 levou a uma diminuição significativa nos casos diagnosticados de TANE (de 34,7% a 23,8%; p <0,001) e a um aumento significativo na AN (de 58,4% para 66,3%; p <0,001) e de BN (de 6,9% para 8,9%; p<0,001).	O uso de critérios DSM-5 para adolescentes com TA leva a uma diminuição significativa na frequência do diagnóstico TANE.
Vo et al., 2017 ⁴⁶ . Estados Unidos	Transversal	n=651com TA.	Avaliar o impacto da revisão dos critérios diagnósticos do DSM IV sobre as taxas de diagnósticos de TA.	Com o DSM-5os casos de TANE diminuíram de 47,6% para 39,0%, a AN aumentou de 29,6% para 33,5% e a BN aumentou de 22,7% para 24,7%.	A mudança nos critérios diagnósticos de TA no DSM V levaram a uma redução de casos de TANE e aumento de casos de TA específicos, tais como AN e BN.

Fonte: dados da pesquisa.

Constatou-se que somente na terceira edição do DSM²¹a AN e BN foram formalmente reconhecidas como duas categorias diagnósticas específicas. Considera-se, portanto, que a publicação do DSM-III foi um marco que contribuiu para o diagnóstico dos TA. No Quadro 1 estão descritos os critérios para BN nas versões do DSM-III, DSM-IV e DSM-5^{21,22,23,24}.

Quadro 1. Critérios para BN nas versões do DSM-III, DSM-IV e DSM-5

DSM –III (1980)	<p>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).</p> <p>B. Pelo menos três dos seguintes:</p> <p>(1) Consumo de alimentos de alto teor calórico, facilmente ingerido durante uma compulsão</p> <p>(2) Comer inconscientemente durante uma compulsão</p> <p>(3) Término de tais episódios alimentares por dor abdominal, sono, interrupção social ou vômito auto-induzido</p> <p>(4) Tentativas repetidas de perda de peso por dietas severamente restritivas, vômitos auto-induzidos ou uso de laxantes ou diuréticos</p> <p>(5) Flutuações de peso frequentes maiores que dez quilos devido à alternância de compulsão e jejum</p> <p>C. Consciência de que o padrão de alimentação é anormal e medo de não poder parar de comer voluntariamente.</p> <p>D. Humor deprimido e pensamentos autodepreciativos depois de comer compulsivamente.</p> <p>E. Os episódios bulímicos não são devido a Anorexia Nervosa ou qualquer distúrbio físico conhecido.</p>
DSM – III – R (1989)	<p>A. Episódios de voracidade recorrentes (rápido consumo de uma grande quantidade de alimento em um período limitado de tempo).</p> <p>B. Sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios de voracidade.</p> <p>C. Empenho da pessoa ou em vômitos auto-induzidos, uso de laxativos, ou diuréticos, dieta estrita ou jejum, ou exercícios vigorosos para prevenir o aumento de peso.</p> <p>D. Média de no mínimo dois episódios bulímicos por semana durante pelo menos três meses.</p> <p>E. Preocupação excessiva persistente pela forma do corpo e o peso.</p>

<p>DSM – IV (1995)</p>	<p>A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos:</p> <p>(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</p> <p>(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)</p> <p>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.</p> <p>C. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.</p> <p>D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.</p> <p>E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.</p> <p><i>Especificar tipo:</i></p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>DSM – IV-TR (2002)</p>	<p>A. Crises bulímicas recorrentes. Uma crise bulímica é caracterizada por ambos os seguintes aspectos:</p> <p>(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</p> <p>(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 tipo e a quantidade de alimento)</p> <p>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.</p> <p>C. A crise bulímica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.</p> <p>D. A autoimagem é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo.</p> <p>E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.</p> <p><i>Especificar tipo:</i></p> <p>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</p> <p>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.</p>

DSM – 5 (2013)	<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:</p> <p>(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</p> <p>(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)</p> <p>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.</p> <p>C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante 3 meses.</p> <p>D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.</p> <p>E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.</p> <p><i>Especificar se:</i></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><i>Especificar a gravidade atual:</i></p> <p>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.</p> <p>Leve: Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.</p> <p>Moderada: Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.</p> <p>Grave: Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.</p> <p>Extrema: Média de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.</p>
---------------------------	--

Fonte: Recuperado de DSM-III, DSM-IV e DSM-5^{21,22,23,24}.

Discussão

Embora tenham havido alterações nas versões três e quatro no DSM, o foco deste estudo recai sobre as atualizações verificadas da versão IV-TR para a versão 5 do manual, por serem as mais recentes e as mais utilizadas. Na última versão do DSM foram verificadas as seguintes atualizações: (a) inclusão de estágios de remissão de BN; (b) inclusão da classificação do nível de gravidade; (c) retirada dos subtipos restritivos e purgativos de BN; (d) redução na frequência média mínima de compulsão alimentar e de comportamento compensatório inapropriado; (e) alterações terminológicas menores. Essas atualizações, bem como os dados de pesquisa e os dados clínicos que as sustentam, serão descritos em tópicos a seguir.

(a) Inclusão de estágios de remissão de BN

Remissão significa estar livre de sintomas, ou ainda, saudável. Diferencia-se de termos como resposta ao tratamento ou recuperação. A resposta ao tratamento ocorre quando há diferença estatisticamente significativa nos comportamentos-problema mensurados em linha de base (pré-intervenção) e após-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, que estavam presentes anteriormente²⁵. Esse conceito é importante tanto para clínicos quanto para pesquisadores, na medida em que possibilita prever a recuperação²⁵. 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 curada.

Existe pouco consenso entre pesquisadores sobre os critérios de remissão da BN. Há uma variação que inclui desde avaliação exclusivamente de indicadores fisiológicos, como IMC e regularidade menstrual²⁵, exclusivamente de sintomas psicológicos/comportamentais, como frequência de compulsão alimentar e de utilização de métodos purgativos (mensurados por instrumentos padronizados, como a *Eating Disorders Examination* – EDE)²⁶ e, por fim, por meio da junção de indicadores fisiológicos e psicológicos/comportamentais, como proposto por Kordy e cols. (2002)²⁸.

Os estágios de remissão da BN foram incluídos na quinta edição do DSM, e são apresentados como “parcial”: depois que todos os critérios para BN foram preenchidos, apenas alguns deles estão presentes e “total”, em que depois de todos os critérios preenchidos, nenhum deles está presente em um período sustentado. No DSM-5¹ não há menção a um período específico de diminuição dos sintomas para que se classifique o TA como “em remissão”. Couturier e Lock²⁵, apontam que esse período pode variar de 4 semanas até 6 meses, a depender do conceito de remissão utilizado.

(b) Inclusão da classificação do nível de gravidade

A quinta versão do DSM¹ apresenta a inclusão dos níveis de gravidade de BN, de leve a extrema. A classificação é realizada com base na frequência dos episódios de compulsão alimentar e de comportamentos compensatórios, e o clínico deve considerar o grau de incapacidade funcional associado a esses comportamentos para a classificação.

O estudo de Smink, Hoeken, Oldehinkel e Hoek (2014)²⁹, com o objetivo de rastrear sintomas de TA em população geral (n=2.230) encontrou 312 indivíduos (14%) em risco, sendo que 8 (2,56%) preencheram os critérios para o diagnóstico de BN. Desses casos, 6 (75%) eram leves ou moderados e 2 (25%) graves ou extremos. Os autores encontraram correlação positiva e estatisticamente significativa entre severidade da doença e detecção dos casos (p<0,02) e a severidade e busca por tratamento (p=0,002). Os dados indicam que os casos mais graves são mais frequentemente identificados e tratados em comparação aos mais leves.

Dakanalis e cols (2017)⁵ avaliaram uma amostra clínica de 272 pacientes adolescentes com BN (DSM-5) e encontrou: nível leve (n=79, 29%), moderado (n=77, 28,3%), severo (n=64, 23,5%) e extremo (n=52, 19,2%). Nessa amostra, a gravidade dos sintomas alimentares avaliados pelo EDE, EDI, YBCEDS e OBCS acompanhou o nível crescente de gravidade avaliado pelos instrumentos e tiveram diferença estatisticamente significativa em 15 variáveis investigadas, com sintomas mais leves nos níveis de severidade leve e moderado, e mais grave nos tipos grave e extremo.

Na mesma direção, Dakanal, Clerici, Riva e Carrà (2017)³⁰ encontraram, em uma amostra clínica de 345 adultos com BN (DSM-5): leve (n=94, 27,2%), moderado (n=90, 26,1%), severo (n=86, 24,9%) e extremo (n=75, 21,8%). Novamente, sintomas alimentares avaliados pelo EDE e EDI e presença de comorbidades como transtornos de humor e transtorno de ansiedade foram mais frequentes nos tipos grave e moderado, havendo diferenças estatisticamente significativas em todas as comparações.

A classificação do nível de severidade da BN tem utilidade clínica na medida em que permite ao clínico avaliar o progresso do paciente em tratamento. Além disso, pode guiar a conduta do clínico, uma vez que os níveis de gravidades apontam para diferentes manejos clínicos e diferentes dosagens de tratamento. Adicionalmente, a possibilidade de classificação de nível leve reduz a possibilidade de subdiagnóstico de BN e favorece a detecção e tratamento precoces de BN, medida que está associada a melhores prognósticos.

(c) Retirada dos subtipos restritivos e purgativos de BN

No DSM-IV-TR são descritos dois subtipos de BN: purgativo e não purgativo. No DSM-5 os dois subtipos foram substituídos por um diagnóstico único de BN, que inclui o subtipo purgativo, em que o paciente previne o ganho de peso por meio de vômito autoinduzido, abuso de laxantes e diuréticos, e não purgativo, que compreende jejuns severos após episódios de compulsão alimentar e exercício excessivo, com a finalidade de perder ou evitar ganho de peso.

A retirada dos subtipos aconteceu porque não havia evidências científicas de que os dois subtipos diferissem em termos de psicopatologia alimentar, curso e prognóstico^{15,31,32}. Além disso, pesquisas indicaram que é mais comum que pacientes com BN migrem, ao longo do tempo, entre os subtipos purgativo e não purgativo, e são raros os casos em que o indivíduo se mantém, ao longo do tempo, em um dos subtipos^{15,31,32}.

Outra finalidade da retirada dos subtipos purgativo e não purgativo de BN foi eliminar a possibilidade de erro de clínicos na avaliação dos casos. Intuitivamente, poderia-se pensar que os casos de pacientes com BN não purgativa seriam menos graves do que aqueles em que havia purgação¹⁵. Hoje sabe-se que casos de BN, em que há compulsão alimentar seguida de exercício físico excessivo ou períodos de jejum prolongados são tão nocivos quanto aqueles em que os comportamentos utilizados para prevenção do ganho de peso são vômito, laxantes e/ou diuréticos. O prejuízo clínico e funcional pode ser grave em ambos os casos, demandando identificação correta e tratamento multidisciplinar.

(d) Frequência mínima de compulsão alimentar e comportamento compensatório

A média de dois episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios inadequados nos últimos três meses não estava presente do DSM-III e foi incluída no DSM-III-R (critério D). Essa média se manteve no DSM-IV (critério C) e IV-TR (critério C), e foi alterada no DSM-5 (critério C), para “média de uma vez por semana, nos últimos três meses”.

No DSM-III-R, IV e IV-TR, se o paciente apresentava uma média de compulsão e purgação inferior a duas vezes por semana era diagnosticado com TANE, diagnóstico residual para o qual não há conduta específica ou dados de eficácia de tratamento e prognóstico disponíveis. Além disso, estudos^{33,34,35} indicam que não há diferenças clínicas significativas para sustentar que pacientes que têm episódios de compulsão e purgação uma vez por semana, em média, sejam menos graves do que aqueles que apresentam os episódios uma vez por semana, em média.

Por exemplo, uma revisão sistemática da literatura, que avaliou evidências da validade do critério de frequência de uma vez por semana da BN, encontrou 10 estudos que tratavam do tema³³. Os autores encontraram poucas evidências para sustentar o ponto de corte de duas vezes por semana, indicando que pacientes que purgam uma vez por semana não diferem significativamente – em termos de variáveis sociodemográficas, severidade da psicopatologia alimentar e prognóstico – daqueles que purgam duas vezes. A redução de frequência de compulsão e purgação para uma vez por semana diminui os casos de TANE e aumenta os casos de BN, diagnóstico para o qual há informações para embasar a condução do caso^{33,34}.

(e) Alterações terminológicas

Diversas alterações terminológicas foram verificadas em DSM-III-TR, IV e IV-TR. Todas elas podem ser verificadas no Quadro 2. Da Versão IV-TR para a quinta edição do manual, a principal alteração refere-se à operacionalização do termo “crises bulímicas recorrentes” (Critério A) para “Episódios recorrentes de compulsão alimentar”. A operacionalização dos critérios para o diagnóstico para BN reduz a necessidade de interpretação do clínico/pesquisador e, portanto, de avaliação subjetiva.

Embora sejam verificados avanços consideráveis nessa direção, no DSM-5 ainda há termos pouco claros. Por exemplo, nos critérios B e C, “comportamento compensatório inapropriado”, embora se apresentem alguns tipos, a título de exemplo, não há especificações para que o comportamento seja considerado inapropriado. Nesse sentido, sugere-se: “comportamentos compensatórios que produzem (ou têm potencial para produzir, em longo prazo) problemas funcionais, clínicos e/ou sofrimento significativo”.

Limitações do estudo

Embora a presente revisão sistemática tenha cumprido seu objetivo de apresentar a evolução dos critérios para o diagnóstico de BN, e de apresentar pesquisas que sustentam essas atualizações, algumas limitações devem ser destacadas: impossibilidade de análise quantitativa dos resultados, por conta da heterogeneidade dos estudos selecionados e busca conduzida em apenas duas bases de dados.

Conclusão

A BN, desde sua inclusão no DSM-III, tem sido amplamente estudada por pesquisadores da área da saúde mental. Sua crescente importância em termos de prevalência tem impulsionado estudos em diversos países. As atualizações seguem na direção de tornar os critérios diagnósticos mais acurados e úteis, de modo a reduzir a frequência de TANE, grupo heterogêneo e indefinido que inclui formas parciais de AN, BN e TCA.

A partir da classificação proposta pelo DSM-IV, o diagnóstico de TANE era o mais comum em amostras clínicas e em estudos populacionais, achado que indicava a fragilidade do sistema de classificação dos TA. As alterações e flexibilização dos critérios diagnósticos para BN verificadas no DSM-5, descritas anteriormente, foram eficazes para a redução da frequência de TANE, aumentando a prevalência de BN.

Pacientes com BN, diferentemente daqueles com AN, não apresentam perda de peso expressiva. Essa característica, quando somada ao estigma associado aos TA e à lacuna na formação de clínicos para a identificação dessa condição, dificulta o diagnóstico e o tratamento precoces, medida associada a melhores prognósticos.

Nesse sentido, o presente estudo tem finalidade prática, pois pode ser utilizado para apresentar a clínicos e pesquisadores em formação um panorama das atualizações dos critérios diagnósticos para BN, bem como as pesquisas que sustentam essas alterações. Para estudos futuros no Brasil, sugere-se a avaliação do nível de gravidade e características clínicas e sociodemográficas em amostras clínicas e populacionais, bem como estudos retrospectivos para reavaliar a prevalência de BN a partir dos novos critérios diagnósticos.

Referências

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2013.
2. Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett, JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *ClinPsychol Rev.* 2011;31(1):113-21.
3. Ágh, T, Kovács G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Vokó Z, Sheehan DV. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord.* 2016;21(3), 353-364.
4. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, Mitchell JE. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2009 Dec;166(12):1342-6.
5. Dakanalis A, Colmegna F, Zanetti MA, Giacomo ED, Riva G, Clerici M. Evaluation of the DSM-5 Severity Specifier for Bulimia Nervosa in Treatment-Seeking Youth. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2017 May;1-9.
6. Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Int J Eat Disord.* 2011;44:95-104.

7. Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1331-1341.
8. Dalgalarondo, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
9. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*. 2014;134(3):582-92.
10. Enge S, Steffen K, Mitchell J. Bulimia nervosa in adults: clinical features, course of illness, assessment and diagnosis. In: UpToDate, Post D.S. (Ed), UpToDate, Waltham, MA; 2017
11. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013;73:904.
12. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61:348.
13. Andrade L, WaltersEE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Epidemiol*.2002;37(7):316-325.
14. Cenci M, Peres KG, Vasconcelos FAG. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;36(3):83-8.
15. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*.2017;47:85-94.
16. Stefini A, Salzer S, Reich G, Horn H, et al. Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy in Female Adolescents With Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(4):329-35.
17. Harrington BC, Jimerson M, Haxton, C, Jimerson, DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*.2015;91(1):46-52.
18. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9(3):429-48.
19. Russell GFM. Thoughts on the 25th anniversary of bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2004;12(3):139-52.
20. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*.2009; 6(7), e1000100.
21. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-III)*. Porto Alegre: Artmed; 1980.
22. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-III-TR)*. Porto Alegre: Artmed; 1987.
23. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. Porto Alegre: Artmed; 1994.
24. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed; 2002.

25. Couturier J, Lock J. What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis. *Int J Eat Disord.* 2006;39(3):175-83.
26. Morgan HG, Russell GFM. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med.* 1975;5(4):355-71.
27. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet.* 2003;361(9355), 407-16.
28. Kordy H, Krämer B, Palmer RL et al. Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: conceptualization and illustration of a validation strategy. *J Clin Psychol,* 2002;58(7):833-46.
29. Smink FR., Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord.*2014;47(6):610-19.
30. Dakanalis A, Clerici M, Riva G, Carrà G. Testing the DSM-5 severity indicator for bulimia nervosa in a treatment-seeking sample. *Eat Weight Disord.* 2017;22(1):161-67.
31. Cooper Z, Fairburn G. Refining the Definition of Binge Eating Disorder and Nonpurging Bulimia Nervosa. Wiley Periodicals. Inc. *Int J Eat Disord.* 2003;34:S89-S95.
32. Mond JM. Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5. *Int J Eat Disord.*2013; 1:33.
33. Wilson GT, Sysko, R. Frequency of Binge Eating Episodes in Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Diagnostic Considerations. *Int J Eat Disord.*2009; 42:603-10.
34. Trace SE, Thornton LM, Root TL, Mazzeo SE, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. Effects of Reducing the Frequency and Duration Criteria for Binge Eating on Lifetime Prevalence of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Implications for DSM-5. *Int J Eat Disord.* 2012;45:531-36.
35. Thaw JM, Williamson DA, Martin, CK. Impact of altering DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa on the base rates of eating disorder diagnoses. *Eating Weight Disord.* 2001;6:121-29.
36. Davis CJ, Williamson DA, Goreczny AJ, Bennett SM. Body-Image Disturbances and Bulimia Nervosa: An Empirical Analysis of Recent Revisions of the DSM-III. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment,* 1989: 11(1) 62-69.
37. Hay PJ, Fairburn CG, Doll, HA. The classification of bulimic eating disorders: a community-based cluster analysis study. *Psychological Medicine,* 1996: 26, 801-812.
38. Grave RD, Calugi S. Eating Disorder Not Otherwise Specified in an Inpatient Unit: The Impact of Altering the DSM-IV Criteria for Anorexia and Bulimia Nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev* 2007;15: 340–349.
39. Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O’Conner ME, Doll, HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45:1705–1715.
40. Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP. Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity. *Int J Eat Disord* 2011; 44:553–560.
41. Keel PK, Brown TA, Holland LA, Bodell LP. Empirical Classification of Eating Disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2012. 8:381–404.

42. Sysko R, Roberto CA, Barners, R D, Grilo CM, Attia E, Walsh T. Test–retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. *Psychiatry Research*. 2012; 196: 302–308.
43. Nakai Y, Fukushima M, Taniguchi A, Nin K, Teramukai S. Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders in a Japanese Sample. *Eur. Eat. Disorders Rev*. 2013; 21: 8–14.
44. Caudle H, Pang C, Mancuso S, Castle D, Newton R. A retrospective study of the impact of DSM-5 on the diagnosis of eating disorders in Victoria, Australia. *Journal of Eating Disorders*. 2015; 3:35.
45. Serrano-Trancoso E, Cañas L, Carbonell X, Carulla M, Palma C, et al. Diagnostic Distribution of eating disorders: Comparison between DSM- IV-TR and DSM-5. *Actas Esp Psiquiatr* 2017;45(1):32-8.
46. Vo M, Accurso EC, Goldschmidt AB, Grange DL. The Impact of DSM-5 on Eating Disorder Diagnoses. *Int J Eat Disord*. 2017; 50:578–581.

Contribuições individuais: Ana Flávia Bonini – contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na revisão bibliográfica, na redação da introdução, do método, da discussão e da conclusão da revisão, e na aprovação de sua versão final;

Felipe Alckmin-Carvalho, Renatha El Rafihi-Ferreira e Márcia Helena da Silva Melo – contribuíram significativamente na concepção e desenho do estudo, na redação dos resultados e da discussão dos dados da revisão integrativa. Revisaram a versão final do estudo.

Correspondência

Felipe Alckmin-Carvalho

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Clínica
Av. Professor Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária, Prédio F, Sala 19, Tel: (11) 3091-1961
05508-030 São Paulo, SP, Brasil
e-mail: felipealckminc@gmail.com / e-mail alternativo: felipcarvalho@usp.br

Submetido em: 07/11/2017

Aceito em: 03/10/2018