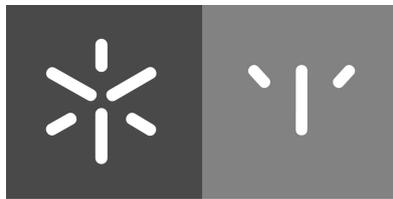


**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Flávia Silva Ferreira

**Preditores de Gravidade na Apresentação  
da Bulimia Nervosa**



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Flávia Silva Ferreira

**Preditores de Gravidade na Apresentação  
da Bulimia Nervosa**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob orientação de

**Doutora Ana Rita Vaz**

Declaração

**Nome:** Flávia Silva Ferreira

**Endereço eletrónico:** a68794@alunos.uminho.pt

**Número do cartão de cidadão:** 14647498

**Título da dissertação:** Preditores de Gravidade na Apresentação da Bulimia Nervosa

**Orientadora:** Doutora Ana Rita Vaz

**Ano de conclusão:** 2018

**Designação do Mestrado:** Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

**Universidade do Minho,** 08 / 06 / 2018

**Assinatura:** Flávia Silva Ferreira

## Índice

|   |     |
|---|-----|
| <b>Agradecimentos</b> .....   | iii |
| <b>Resumo</b> .....   | iv  |
| <b>Abstract</b> .....   | v   |
| <b>Introdução</b> .....   | 6   |
| <b>Metodologia</b> .....  | 10  |
| Amostra.....  | 10  |
| Instrumentos .....  | 11  |
| Estratégia e Análise de Dados .....   | 12  |
| <b>Resultados</b> .....   | 13  |
| Relação entre a gravidade da BN e características clínicas da BN .....  | 15  |
| Diferenças em relação às Atitudes e comportamentos alimentares, sintomatologia depressiva, funcionamento psicológico e comprometimento psicossocial de acordo com os grupos de gravidade na Bulimia ..... | 16  |
| Preditores de Gravidade da BN .....   | 17  |
| <b>Discussão</b> .....  | 18  |
| <b>Conclusão</b> .....  | 21  |
| <b>Referências</b> .....  | 21  |

## Índice de Tabelas

|                       |    |
|-----------------------|----|
| <b>Tabela 1</b> ..... | 14 |
| <b>Tabela 2</b> ..... | 15 |
| <b>Tabela 3</b> ..... | 16 |
| <b>Tabela 3</b> ..... | 18 |

## **Agradecimentos**

Durante este percurso de preparação, elaboração e redação da presente tese, percebi que esta não seria uma tarefa simples, sei que não teria conseguido sozinha.

Com a nítida ideia de que este é apenas o primeiro passo numa longa caminhada que anseio iniciar, com todo o reconhecimento agradeço:

Em primeiro lugar, à minha orientadora Doutora Ana Rita Vaz pela disponibilidade demonstrada, pelos ensinamentos transmitidos, pela constante inspiração e pela compreensão infinita.

A todos os professores e colegas pelo tempo que me dispensaram e por acreditarem que, ensinando, fariam de mim uma melhor profissional.

Aos meus amigos, por serem o porto de abrigo e o abraço caloroso sempre presente.

À família, à minha e à alargada, pela grandeza da compreensão, pelo apoio incondicional e constante e por me fazerem acreditar no imenso sentimento que nos une.

Ao Diogo por me fazer sempre querer mais.

À Cati, mais que uma prima é uma amiga da vida inteira, obrigada por estares sempre presente.

À minha Tita, à minha fonte de inspiração e força, espero um dia ser uma pessoa e profissional tão boa quanto tu.

À minha Mãe, por todo o esforço que fez por mim e pelas minhas irmãs. Tudo o que faço, faço a pensar em ti!

A Todos, o meu mais sincero Obrigada!

## Resumo

O *DSM-5* adicionou recentemente um novo especificador de gravidade da Bulimia Nervosa baseado na frequência de comportamentos compensatórios inadequados. Este estudo tem como objetivos: avaliar a validade do especificador de gravidade da Bulimia Nervosa e reconhecer potenciais preditores de gravidade. Incluíram-se 92 mulheres com diagnóstico ou casos parciais de Bulimia Nervosa.

A gravidade da Bulimia associou-se: ao uso de múltiplos métodos compensatórios e ao comprometimento psicossocial. Encontraram-se diferenças em função da gravidade da Bulimia Nervosa aos seguintes níveis: sintomatologia depressiva, sintomatologia alimentar, restrição alimentar, preocupação com a forma, preocupação com a alimentação, comprometimento psicológico, duração da doença, número de episódios bulímicos e número de tipos de métodos compensatórios utilizados. Identificaram-se também diferenças marginalmente significativas relativamente ao desempenho social, às relações interpessoais e ao comprometimento psicossocial. O modelo linear generalizado mostrou que o número de métodos compensatórios, o número de episódios bulímicos, o *Beck Depression Inventory*, a duração da perturbação e o *Clinical Impairment Assessment* são preditores de gravidade da perturbação.

Este estudo valida o especificador de gravidade da Bulimia Nervosa do *DSM-5* e corrobora que o grau de gravidade se relaciona tanto com características clínicas, como de comprometimento psicológico.

Palavras-chave: Bulimia Nervosa, especificador de gravidade, preditores, *DSM-5*

## Abstract

*DSM-5* has recently added a new Bulimia Nervosa severity specifier based on the frequency of inappropriate compensatory behaviors. The purpose of this study was to validate the *DSM-5* severity specifier and to identify possible mediators of the severity of the disease. 92 women diagnosed with full or partial Bulimia Nervosa were included.

Disease's severity was associated with use of multiple compensatory methods and psychosocial impairment. There were differences in the severity of Bulimia Nervosa at the following levels: depressive symptomatology, food symptoms, alimentary restraint, shape and eating concerns, psychological impairment, disease duration, number of bulimic episodes and number of types of compensatory methods used. Marginally significant differences were also identified in terms of social performance, interpersonal relationships and psychosocial impairment.

The generalized linear model showed that the number of compensatory methods, the number of bulimic episodes, the *Beck Depression Inventory*, the duration of the disease and the *Clinical Impairment Assessment* were associated with the severity of the disorder.

This study validates the Bulimia Nervosa *DSM-5* severity specifier and substantiates that the severity score is related to both clinical aspects and psychological impairment.

Key words: Bulimia Nervosa, severity specifier, predictors, *DSM-5*

## Introdução

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) (American Psychiatric Association, 2013) anteriormente designadas por Perturbações do Comportamento Alimentar (American Psychiatric Association, 2002) constituem perturbações relacionadas com os hábitos alimentares e/ou alteração da conduta referente ao controlo de peso (Fairburn & Harrison, 2003) e resultam da junção de diversos fatores, entre eles a preocupação excessiva com o corpo, peso e alimentação (Harrington & Jimerson, 2015). Estas comprometem negativamente a saúde física e psíquica do indivíduo (Fairburn & Harrison, 2003). Algumas PAI, como a Bulimia e a Anorexia Nervosas, têm características comuns: os indivíduos acometidos apresentam uma preocupação exacerbada relativamente ao peso e forma corporal, sendo estes fatores determinantes para a sua autoestima (Fairburn & Harrison, 2003).

Tipicamente, estas perturbações tendem a surgir na adolescência ou início da idade adulta, embora possam surgir em qualquer fase do desenvolvimento do indivíduo (Ferreira & Veiga, 2010; APA, 2013; Carr, 2014).

A Bulimia Nervosa (BN) foi descrita pela primeira vez por Russell (1979) como sendo uma variante da Anorexia Nervosa, na qual, apesar dos indivíduos apresentarem um peso corporal normal, demonstravam medo excessivo de engordar, fenómeno geralmente acompanhado de episódios de ingestão alimentar compulsiva (IAC). No Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais mais recente, DSM-5, a BN é definida como uma perturbação alimentar caracterizada por: episódios recorrentes de IAC isto é, ingestão de uma grande quantidade de alimentos num curto período de tempo (critério A); utilização de mecanismos compensatórios inapropriados recorrentes de forma a impedir o aumento de peso resultante destes episódios (eg: indução de vômito, uso de laxantes/enemas, diuréticos, ou outros medicamentos ou ainda prática de exercício físico excessivo)(critério B) e ainda uma por autoavaliação indevidamente influenciada pela sua forma e peso corporais (critério C). A frequência mínima dos episódios compulsivos e compensatórios é de, pelo menos uma vez por semana nos últimos três meses e estes são acompanhados por sensação de perda de controlo sobre o ato de comer e subsequentes emoções negativas: culpa, remorsos e vergonha (APA, 2013). Fairburn, Wilson, & Schleimer (1993) referem que os episódios de IAC estão associados a certos aspetos como: comer mais rapidamente do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente saciado; comer uma grande quantidade de alimentos ainda que não se sinta fome; comer sozinho por sentir embaraço relativamente à quantidade de comida que se ingere e experienciar sentimentos auto depreciativos, depressivos e de culpabilidade após estes episódios. Estes podem ainda ser classificados como episódios de

IAC objetivos ou subjetivos, sendo que nos primeiros a quantidade de comida ingerida é de facto exagerada, e nos segundos a quantidade de comida ingerida não é exagerada embora o individuo o perceciono como tal (Fitzsimmons-Craft et al., 2014).

Segundo o DSM-5 a prevalência da BN na população geral é de cerca de 1% a 1,5%, sendo o seu pico de aparecimento no final da adolescência/início da idade adulta e os indivíduos atingidos são maioritariamente do sexo feminino (APA, 2013).

Um estudo nacional de 2007, que incluiu uma amostra representativa, estima uma prevalência de 0,30% para a Bulimia Nervosa em adolescentes do sexo feminino (Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007). Atualmente, estes valores poderão estar subvalorizados, uma vez que, de acordo com os critérios vigentes, a frequência de episódios bulímicos necessários para o diagnóstico de BN diminuiu para um episódio por semana durante três meses (APA, 2013).

Esta perturbação pode induzir graves problemas de saúde física (distúrbios de saúde oral e do sistema digestivo, entre outros) (Fonseca, 2011) e psicológica: os indivíduos com BN apresentam um relevante comprometimento funcional que se associa a taxas de mortalidade aumentadas (R.E. Smink, Van Hoeken, & W. Hoek, 2013), incluindo elevado número de tentativas de suicídio (Pisetsky et al., 2015) e ainda pela presença de comportamentos de automutilação (Soares, Sampaio, Torres, & Oliveira, 2004; Vieira et al., 2017).

Ao longo do tempo têm sido desenvolvidas várias formas de tratar esta doença, tanto na idade adulta, como na adolescência (Grange, Lock, 2002; Lock, 2015). A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem sido apontada como eficaz no tratamento desta problemática (C. G. Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Wilson & Zandberg, 2012 ; Poulsen et al., 2014). Esta terapia procura compreender os mecanismos de manutenção das PAI, sendo este aspeto, o alvo do tratamento. São abordados os episódios de IAC, a restrição alimentar, a resposta a estados de humor adversos e a sobrevalorização da alimentação, peso, forma corporal e o seu controlo (C. G. Fairburn et al., 2003). Segundo o modelo cognitivo comportamental para a BN (C. G. Fairburn et al., 2003) o indivíduo com bulimia detém um desejo constante de ser magro, mantendo assim um conjunto de regras altamente rígidas relativamente à sua alimentação e ao controlo do seu peso e forma corporais. Esta inflexibilidade coloca-o sob uma importante pressão psicológica contínua, despoletando um descontrolo alimentar com ocorrência de episódios de IAC. Tais episódios traduzem-se posteriormente em sentimentos de culpa e angústia pela perda de autocontrolo e levam ao desenvolvimento de comportamentos purgativos, como o vómito autoinduzido e o uso de

laxantes e/ou diuréticos de forma a compensar o ganho ponderal. Cria-se, assim, um ciclo vicioso entre a restrição alimentar, os episódios de IAC e o uso de comportamentos purgativos, que perpetua a manutenção desta PAI.

A literatura mostra que indivíduos que sofrem desta PAI apresentam frequentemente, outras perturbações psicológicas associadas, tais como quadros depressivos, perturbações de ansiedade e perturbação de personalidade *borderline* (Romaro & Itokazu, 2002; Smith et al., 2018); têm também uma série de características típicas, como: baixa autoestima, níveis elevados de ansiedade, sentimentos de culpa, elevado perfeccionismo, dificuldade em controlar impulsos, baixo limiar ao *stress* (Romaro & Itokazu, 2002) e insatisfação corporal (Bacalhau & Moleiro, 2010) similarmente esta compulsão alimentar encontra-se associada a maiores níveis de ansiedade e depressão.

A versão mais recente do DSM inclui graus de gravidade nas PAI (APA, 2013). No caso da BN o grau de gravidade é caracterizado pelo número de comportamentos compensatórios inapropriados (uso de laxantes/diuréticos, vômito autoinduzido, exercício físico excessivo e jejum) utilizados pelo indivíduo durante o período de uma semana. Definem-se, assim, quatro graus de gravidade: leve (1 a 3 episódios por semana), moderada (4 a 7 episódios por semana), grave (8 a 13 episódios por semana) e extrema (14 ou mais episódios por semana) (APA, 2013).

Estes especificadores de gravidade do DSM-5 têm despertado o interesse de muitos investigadores da área das PAI, e têm sido realizados vários estudos com o intuito de avaliar a sua relevância clínica.

Daidsen et al. (2017) num estudo com 159 indivíduos com PAI (BN, Ingestão Alimentar Compulsiva e Perturbação Alimentar sem outra especificação) encontraram uma relação significativa entre Gravidade da PAI, Duração da Perturbação, Comprometimento Funcional do indivíduo e Comorbilidade Psicológica. Estes autores constataram que: 1) a gravidade da perturbação prediz fortemente o comprometimento funcional do individuo em pacientes com menor duração da doença; 2) esta relação é mediada pela comorbilidade psicológica do individuo, isto é, pacientes com maior gravidade da doença revelam comprometimento funcional adicional, devido à maior comorbilidade psicológica exibida. Em suma, este estudo sugere a existência de uma diferença relativamente à duração da doença, pois tanto a gravidade da PAI, como a comorbilidade psicológica são fatores preditivos de maior dificuldade funcional em pacientes com menor duração da PAI (Daidsen et al., 2017).

Também Smith et al. (2017) num estudo com população com patologia alimentar, concluiu que a gravidade da BN influencia os resultados do tratamento, uma vez que, níveis

mais elevados de gravidade estão associados com mais comportamentos compensatórios e maior número de episódios de IAC no final do tratamento, demonstrando assim que quanto maior a gravidade, menor a probabilidade de abstinência de sintomatologia alimentar no final do tratamento.

Relativamente a estudos que se incidiram apenas na BN, várias foram as variáveis que mostraram associação positiva com a gravidade da perturbação.

Inicialmente, Grilo, Ivezaj, & White (2015) avaliaram as diferenças entre os quatro graus de gravidade numa amostra não clínica e concluíram que a gravidade da BN está associada a maiores níveis de restrição, compulsão e preocupação alimentar e está ainda relacionada com maior prevalência de sintomatologia depressiva. Este estudo revelou um suporte modesto relativamente à classificação da gravidade da BN com base na frequência de comportamentos compensatórios inapropriados. Posteriormente, os mesmos autores e também numa outra amostra não clínica, depararam-se com resultados sobreponíveis: a existência de diferenças significativas entre os grupos relativamente à ingestão compulsiva, controlo de peso, restrição alimentar, preocupação alimentar e sintomatologia depressiva, sendo que estes aspetos iam aumentando consoante a gravidade da BN (Grilo, Ivezaj & White, 2016).

No que concerne a estudos com amostras clínicas foram encontrados vários aspetos associados à gravidade da BN. A literatura mostra-nos que maiores níveis de gravidade da BN se encontram relacionados com uma maior comorbilidade psicológica, (Perturbações de Humor, de Ansiedade e o Abuso de Substâncias) (Dakanalis, Bartoli, et al., 2017; Dakanalis, Clerici, Riva, & Carrà, 2017; Dakanalis et al., 2018) e estão também associados a maior sintomatologia depressiva comórbida (Dakanalis, Gaudio, Riva, & Clerici, 2017). A gravidade está também relacionada com vários aspetos que afetam a vida do indivíduo bulímico: quanto maior a gravidade desta PAI, maior a dificuldade em lidar com estados emocionais aversivos (Dakanalis, Clerici, et al., 2017; Dakanalis, Gaudio, et al., 2017), maior comprometimento funcional (Dakanalis, Bartoli, et al., 2017), mais baixa autoestima (Cella, Cipriano, Iannaccone, & Cotrufo, 2017; Dakanalis, Bartoli, et al., 2017) maior comprometimento psicossocial (Gianini et al., 2017; Dakanalis, Clerici, et al., 2017) e mais dificuldades interpessoais (Dakanalis, Bartoli, et al., 2017; Dakanalis, Clerici, et al., 2017).

Outros estudos demonstram que obsessões e rituais relacionados com a alimentação, a forma e o peso corporal, o perfeccionismo clínico, a vigilância corporal e a vergonha com a sua imagem estão positivamente correlacionados com a gravidade da BN (Dakanalis, Bartoli, et al., 2017). Os episódios de IAC, a restrição alimentar, a preocupação com o peso, forma corporal e alimentação também diferem de acordo o grau de gravidade da BN, aumentando

conforme a gravidade da PAI (Jenkins, Luck, Cardy, & Staniford, 2016; Dakanalis, Clerici, et al., 2017). Também a escolha do(s) método(s) compensatório(s) está relacionada com este especificador de gravidade. Jenkins et al. (2016) refere que indivíduos com BN “leve” recorrem menos a métodos compensatórios, e fazem-no, geralmente, sob a forma de abuso de laxantes e prática de exercício físico excessivo; por outro lado, a utilização do método compensatório vômito autoinduzido vai aumentando conforme o nível de gravidade da BN.

Fica assim, fundamentada a necessidade de averiguar que variáveis se relacionam com a gravidade na BN, para posteriormente verificar a importância clínica deste novo especificador.

O presente estudo tem, desta forma, como principais objetivos: 1) avaliar a validade do especificador de gravidade do DSM mais recente para a BN e 2) encontrar preditores de gravidade na apresentação da BN.

## **Metodologia**

### **Amostra**

Foram incluídas 92 participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 16 e os 51 anos ( $M=28,54$  e  $DP=8,39$ ) e Índice de Massa Corporal (IMC) entre os 17,09 e os 36,71 kg/m<sup>2</sup> ( $M=22,49$  e  $DP=4,23$ ), avaliadas na consulta de Perturbações Alimentares de dois Hospitais Centrais de Portugal. Todos os sujeitos tinham diagnóstico de BN estabelecido por psiquiatra.

### **Procedimento**

Foi efetuado um estudo transversal, com um momento de avaliação em que foram admitidos no estudo os sujeitos que preenchiam os critérios de diagnóstico de BN previamente ao início do tratamento, estabelecido pelo psiquiatra responsável e posteriormente confirmado através da aplicação do EDE entrevista por investigadoras treinadas na sua utilização.

A colheita de dados foi efetuada no início do tratamento em hospitais centrais com consulta especializada nas PAI, tendo sido obtido o consentimento do sujeito envolvido. Para identificação da PAI foi aplicada a entrevista semiestruturada *EDE* e, após a entrevista clínica foram aplicados diferentes questionários, nomeadamente: o *EDE-Q*, o *OQ-45*, o *BDI* e o *CIA*.

Os critérios de inclusão foram assim: 1) ter um diagnóstico de BN estabelecido e 2) o momento de avaliação ser referente ao início de tratamento. Este estudo não teve qualquer tipo de critério de exclusão.

## **Instrumentos**

*Eating Disorder Examination - Interview (EDE-E)* (Fairburn & Cooper, 1993).

É uma entrevista semiestruturada que permite avaliar as características patológicas das PAI, possibilitando assim fazer um diagnóstico de acordo com o DSM. Esta entrevista permite-nos contabilizar a frequência de diferentes episódios (objetivos e subjetivos) de IAC, dos diferentes comportamentos compensatórios inadequados (restrição alimentar, indução de vômito, uso de laxantes, uso de diuréticos e exercício físico excessivo) nas últimas 4 semanas e ainda obter informações relativas à história da problemática alimentar (idade e peso da primeira dieta, idade e peso no início da utilização de métodos compensatórios, etc.)

*Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q* (Fairburn & Beglin, 1994)

versão portuguesa: (Machado et al., 2014):

É um questionário de autorrelato com 36 itens, tendo em consideração os últimos 28 dias numa escala de *Likert* de 7 pontos (0- “Nenhum” e 6- “Todos os dias”). Este questionário foi adaptado para a população Portuguesa, constituído por 28 itens, sendo a resposta, de igual modo, referente aos 28 dias anteriores, usando uma Escala de *Likert* de 7 pontos, com gradação semelhante à acima descrita (0 = “Nenhum” e 6 = “Todos os dias”). De forma a avaliar o comportamento alimentar, este é fragmentado em 4 subescalas: restrição, preocupação alimentar, preocupação com forma corporal e preocupação com peso corporal. Com esta avaliação, gera-se assim, uma pontuação para cada subescala e uma pontuação global.

*Beck Inventory Depression (BDI)* (Beck, Steer & Carbin, 1988) versão portuguesa: (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b)

Instrumento de autorrelato que permite avaliar a presença e o grau de depressão em adolescentes e adultos. Através de 21 conjuntos de afirmações de sintomas cognitivos, somáticos e afetivos da depressão, o indivíduo tem de selecionar a que melhor descreve a forma como se sente no momento. Cada afirmação é cotada entre 0 e 3, podendo o *score* total variar entre 0 e 63 pontos. Pontuações mais elevadas significam prevalência de maior sintomatologia depressiva.

*Clinical Impairment Assessment (CIA)* (Bohn, Fairburn, 2008)

É um questionário de autorrelato com 16 itens focados nos últimos 28 dias que avalia a gravidade do comprometimento psicossocial devido às características das PAI. Os itens avaliam o comprometimento em três domínios que tendem a ser afetados por este tipo de perturbação: comprometimento pessoal, comprometimento cognitivo e comprometimento social. As respostas são dadas numa escala tipo *Likert* com 4 valores, onde 0 corresponde a

“Nem um pouco” e 3 a “Muito”. Classificações mais elevadas indicam maior nível de comprometimento psicossocial derivado das PAI.

Outcome Questionnaire-OQ-45 (Lambert et al., 1996) versão portuguesa: (Machado & Fassnacht, 2015)

É um questionário de autorrelato que avalia o comprometimento psicológico geral. Contém 45 itens cotados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 0 corresponde a “Nunca” e 4 a “Quase sempre” e é dividido em 3 subescalas que avaliam a *performance* do indivíduo em função: a) dos Sintomas de comprometimento psicológico (SD): 25 itens associados à maioria das doenças apresentadas na população com doença mental (depressão, ansiedade e dependência de drogas ou álcool); b) das Relações interpessoais (IR): 11 itens que medem o funcionamento dos pacientes nas relações com família, parceiro e amigos e c) do Desempenho social (SR): 9 itens que avaliam o funcionamento na escola, trabalho e lazer. Resultados mais elevados remetem a maior comprometimento psicológico e pior *performance*.

Todas as medidas acima descritas apresentam boas qualidades psicométricas.

### **Estratégia e Análise de Dados**

De forma a proceder ao tratamento e análise estatística dos dados do presente estudo foi utilizado o *software IBM SPSS Statistics* (versão 24.0); sendo considerado o nível de significância de 5% ( $p=.05$ ).

O IMC foi calculado através da fórmula ( $\frac{\text{peso}}{\text{altura}^2}$ ); a Supressão de peso foi calculada através da fórmula (*peso mais elevado – peso atual*); a Gravidade da BN foi calculada através da fórmula  $\frac{\text{jejum+vômito+laxantes+diuréticos+exercício excessivo}}{4}$  sendo que, em 52 participantes foi utilizado a Eating Disorder Examination - Interview e nas restantes os itens 2, 16, 17 e 18 do EDE-Q; os mesmos instrumentos foram utilizados para averiguar o nº de métodos compensatórios a que recorriam e ainda contabilizar o nº de episódios de IAC.

Os primeiros resultados dizem respeito à caracterização da amostra total e dos diferentes graus de gravidade recorrendo a métodos de estatística descritiva, nomeadamente frequências, médias e respetivo desvio padrão.

Após a primeira análise e de forma a avaliar a existência de relação entre a gravidade da BN a história de NA e a história de Obesidade recorreu-se ao Teste do Qui-Quadrado. Paralelamente, usou-se também o Coeficiente de correlação de Spearman de modo a avaliar a relação entre a gravidade e o comprometimento psicossocial (CIA).

Após uma análise exploratória dos dados concluiu-se que os pressupostos estavam cumpridos para a utilização de testes paramétricos que possibilitam avaliar as diferenças entre grupos de gravidade e usou-se, concretamente uma Análise de Variância (ANOVA) unifatorial, para as variáveis: BDI, OQ-45, OQ-SD, OQ-IR, OQ-SR, CIA, e CIA Comprometimento Cognitivo e número de tipos de métodos compensatórios; quando significativos, recorreu-se ao Teste Post-hoc de Gabriel com correção de bonferroni para averiguar as diferenças. Para estudar as diferenças entre grupos de gravidade nas variáveis: EDE-Q, EDE Preocupação com o Peso, EDE Preocupação com a Forma, EDE Preocupação com a Alimentação, EDE Restrição, CIA comprometimento pessoal e CIA Comprometimento Social, IMC, supressão de peso, idade de diagnóstico, duração da BN e número de episódios de IAC, e uma vez que os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não estavam cumpridos, usou-se o teste *Kruskall Wallis*, e, quando significativo, utilizaram-se Testes de Mann-Whitney com Correção de Bonferroni, de forma a identificar os grupos com diferenças.

Tendo em conta as análises anteriores e como forma de identificar as variáveis que predizem a gravidade na apresentação, utilizamos as variáveis que se mostraram relacionadas com a gravidade da BN e testamos as mesmas num modelo de predição através de um Modelo Linear Generalizado com Resposta Logística Ordinal. Após serem retiradas do modelo as variáveis que não apresentavam significância no mesmo, realizou-se o modelo com as seguintes variáveis: nº de métodos compensatórios, nº de episódios de IAC, duração da BN, BDI e (CIA).

### **Resultados**

Os grupos de gravidade da presente amostra estão distribuídos da seguinte forma: 22 (23.9%) grau leve; 26 (28.3%) grau moderado, 25 (27.2%) grau grave e 19 (20.7%) grau extremo. As Tabelas 1 e 2 apresentam a descrição de informações sociodemográficas e características clínicas da amostra total e amostra dividida em grupos de gravidade.

PREDITORES DE GRAVIDADE DA BULIMIA NERVOSA

Tabela 1

*Descrição da amostra (total e por graus de gravidade) (N=92)*

| Características     | Amostra total<br>(N=92) |                 | Gravidade       |                 |                    |                 |                 |               |                   |               |
|---------------------|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------|---------------|
|                     | N (%)                   | Média<br>(DP)   | Leve<br>(n=22)  |                 | Moderada<br>(n=26) |                 | Grave<br>(n=25) |               | Extrema<br>(n=19) |               |
|                     |                         |                 | (%)             | Média<br>(DP)   | (%)                | Média<br>(DP)   | (%)             | Média<br>(DP) | (%)               | Média<br>(DP) |
| <b>Idade</b>        |                         | 28,54<br>(8,39) | 24,95<br>(6,67) | 27,27<br>(7,89) | 34,56<br>(8,21)    | 26,32<br>(7,33) |                 |               |                   |               |
| <b>IMC</b>          |                         | 22,49<br>(4,23) | 22,80<br>(3,42) | 22,44<br>(3,94) | 23,45<br>(5,61)    | 20,93<br>(3,01) |                 |               |                   |               |
| <b>Diagnóstico</b>  |                         |                 |                 |                 |                    |                 |                 |               |                   |               |
| BN                  | 84<br>(91,3%)           |                 |                 |                 |                    |                 |                 |               |                   |               |
| BN- OSFED           | 8<br>(8,7%)             |                 |                 |                 |                    |                 |                 |               |                   |               |
| <b>Ocupação</b>     |                         |                 |                 |                 |                    |                 |                 |               |                   |               |
| Trabalhador         | 47<br>(56%)             | 7<br>(36,84%)   | 13<br>(54,17%)  | 18<br>(78,26%)  | 9<br>(50%)         |                 |                 |               |                   |               |
| Estudante           | 33<br>(39,2%)           | 12<br>(63,16%)  | 11<br>(45,83%)  | 2<br>(8,7%)     | 8<br>(44,44%)      |                 |                 |               |                   |               |
| Desempregado        | 3<br>(3,6%)             | -               | -               | 2<br>(8,7%)     | 1<br>(5,56%)       |                 |                 |               |                   |               |
| Sem ocupação        | 1<br>(1,2%)             | -               | -               | 1<br>(4,35%)    | -                  |                 |                 |               |                   |               |
| <b>Estado Civil</b> |                         |                 |                 |                 |                    |                 |                 |               |                   |               |
| Solteira            | 53<br>(63,1%)           | 16<br>(84,2%)   | 15<br>(62,5%)   | 11<br>(47,8%)   | 11<br>(61,1%)      |                 |                 |               |                   |               |
| Casada              | 20<br>(23,8%)           | 1 (5,3%)        | 5<br>(20,8%)    | 7<br>(30,4%)    | 7<br>(38,9%)       |                 |                 |               |                   |               |
| Divorciada          | 8<br>(9,5%)             | 1 (5,3%)        | 3<br>(12,5%)    | 4<br>(17,4%)    | -                  |                 |                 |               |                   |               |
| União de Facto      | 3<br>(3,6%)             | 1 (5,3%)        | 1 (4,2%)        | 1 (4,3%)        | -                  |                 |                 |               |                   |               |

Nota: IMC (Índice de Massa Corporal); BN (Bulimia Nervosa), BN-OSFED (BN- Other Specified Feeding or Eating Disorder)

Tabela 2

*Descrição das Características Clínicas (Amostra total e graus de gravidade) (N=92)*

| Características                                   |            | Amostra total<br>(N=92) |                  | Gravidade      |                 |                    |                   |                 |                    |                   |                  |
|---|------------|-------------------------|------------------|----------------|-----------------|--------------------|-------------------|-----------------|--------------------|-------------------|------------------|
|   |            | N (%)                   | Média<br>(DP)    | Leve<br>(n=22) |                 | Moderada<br>(n=26) |                   | Grave<br>(n=25) |                    | Extrema<br>(n=19) |                  |
|   |            |                         |                  | n (%)          | Média<br>(DP)   | n (%)              | Média<br>(DP)     | n (%)           | Média<br>(DP)      | n (%)             | Média<br>(DP)    |
| <b>História de AN</b>                             | <b>Sim</b> | 41<br>(46,1%)           |                  | 9<br>(42,86%)  |                 | 13<br>(52%)        |                   | 9<br>(37,5%)    |                    | 10<br>(52,64%)    |                  |
|   | <b>Não</b> | 48<br>(53,9%)           |                  | 12<br>(57,14%) |                 | 12<br>(48%)        |                   | 15<br>(62,5%)   |                    | 9<br>(47,37%)     |                  |
| <b>História de<br/>Obesidade</b>                  | <b>Sim</b> | 22<br>(25,6%)           |                  | 6<br>(30%)     |                 | 5<br>(20%)         |                   | 8<br>(33,33%)   |                    | 3<br>(17,65%)     |                  |
|   | <b>Não</b> | 64<br>(74,4%)           |                  | 14<br>(70%)    |                 | 20<br>(80%)        |                   | 16<br>(66,67%)  |                    | 14<br>(82,35%)    |                  |
| <b>Supressão de peso</b>                          |            |                         | 12,55<br>(11,84) |                | 11,54<br>(9,07) |                    | 11,1<br>(8,44)    |                 | 13,73<br>(12,93)   |                   | 14,2<br>(17,03)  |
| <b>Nº de métodos<br/>compensatórios</b>           |            |                         | 2,04<br>(,90)    |                | 1,45<br>(0,51)  |                    | 1,85<br>(0,78)    |                 | 2,04<br>(0,73)     |                   | 3,00<br>(0,88)   |
| <b>Nº de Episódios de<br/>Compulsão Alimentar</b> |            |                         | 19,52<br>(23,42) |                | 6,5<br>(7,2)    |                    | 16,27<br>(16,21)  |                 | 20,44<br>(18,89)   |                   | 37,84<br>(35,98) |
| <b>Duração da doença<br/>(meses)</b>              |            |                         | 98,56<br>(92,35) |                | 60<br>(62,43)   |                    | 97,71<br>(102,92) |                 | 147,55<br>(111,05) |                   | 81,47<br>(51,94) |
| <b>Idade de diagnóstico da<br/>BN</b>             |            |                         | 19,58<br>(5,31)  |                | 19,95<br>(5,44) |                    | 18,59<br>(4,24)   |                 | 21,36<br>(6,79)    |                   | 18,42<br>(4,09)  |

Nota: AN = Anorexia Nervosa; Supressão de peso = peso mais elevado-peso atual

### **Relação entre a gravidade da BN e características clínicas da BN**

De forma a avaliar a relação entre a gravidade da BN e história de AN, história de Obesidade e a utilização de múltiplos métodos compensatórios recorremos ao Teste do Qui-Quadrado, demonstrando que: não há uma associação significativa entre a gravidade da BN e a história de AN,  $\chi^2 (3) = 1.48$ ;  $p=.69$ ; assim como também não existe uma associação significativa com a história de Obesidade  $\chi^2 (3)=1.93$ ;  $p=.59$ . Com este teste foi possível aferir que há uma associação significativa entre a gravidade da BN e o uso de múltiplos métodos compensatórios,  $\chi^2 (3)=13.80$ ;  $p=.003$  concluindo que há medida que o grau de

gravidade da BN aumenta a utilização de múltiplos métodos compensatórios também aumenta.

**Diferenças em relação às Atitudes e comportamentos alimentares, sintomatologia depressiva, funcionamento psicológico e comprometimento psocossocial de acordo com os grupos de gravidade na Bulimia**

De forma a avaliar as diferenças entre a gravidade da BN, os diferentes questionários, o número de tipos de métodos compensatórios utilizados, o IMC, a supressão de peso, a idade de diagnóstico da PAI, a duração da BN e o número de episódios de IAC, recorreremos a uma ANOVA unifatorial, ou quando os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não estavam cumpridos ao teste *Kruskall Wallis* (tabela 3).

Como é possível constatar pela consulta da tabela 4 foram encontradas diferenças em função da gravidade da BN em relação: ao nível do BDI (sintomatologia depressiva); ao nível do EDE-Q Total; ao nível da restrição alimentar; ao nível da preocupação com a forma; ao nível da preocupação com a alimentação; ao nível do OQ-45; ao nível do OQ-45 SD; a nível do nº de métodos compensatórios utilizados; relativamente à duração da BN e ainda ao nível do número de episódios de IAC. Foram ainda encontradas diferenças marginalmente significativas em função da gravidade da BN em relação aos seguintes: ao nível do OQ-45 IR; ao nível do OQ-45 SR; ao nível do CIA e ao nível do CIA comprometimento Social.

Tabela 3

*Diferenças em função do nível de gravidade da BN em relação à sintomatologia depressiva, atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais, funcionamento psicológico e impairment (N=92)*

|                                     | Gravidade          |                        |                     |                       |                       |                         |
|-------------------------------------|--------------------|------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
|                                     | Leve<br>Média (DP) | Moderada<br>Média (DP) | Grave<br>Média (DP) | Extrema<br>Média (DP) |                       |                         |
| <b>BDI</b>                          | 18.86 (9.9)        | 23.63 (9.56)           | 24.54 (10.38)       | 28.47 (9.37)          | F(3.83)=3.159*        | 1 < 4                   |
| <b>EDE-Q Total</b>                  | 3.23 (1.30)        | 4.13 (1.05)            | 4.34 (1.28)         | 4.39 (1.25)           | $\chi^2$ (3)=13.559** | 1 < 2<br>1 < 3<br>1 < 4 |
| <b>EDE-Q Restrição</b>              | 2.62 (1.26)        | 3.72 (1.30)            | 3.89 (1.68)         | 3.97 (1.66)           | $\chi^2$ (3)=13.436** | 1 < 2<br>1 < 3<br>1 < 4 |
| <b>EDE-Q Preocupação com o Peso</b> | 3.80 (1.6)         | 4.21 (1.56)            | 4.59 (1.70)         | 4.49 (1.34)           | $\chi^2$ (3)=4.787    |                         |

PREDITORES DE GRAVIDADE DA BULIMIA NERVOSA

|  |               |                |                 |               |                           |                                  |
|--|---------------|----------------|-----------------|---------------|---------------------------|----------------------------------|
| <b>EDE-Q Preocupação com a Forma</b>         | 3.89 (1.50)   | 4.77 (1.07)    | 4.88 (1.43)     | 4.94 (1.23)   | $\chi^2 (3)=10.834^*$     | 1 < 2<br>1 < 3                   |
| <b>EDE-Q Preocupação Alimentar</b>           | 2.63 (1.34)   | 3.80 (1.55)    | 4.00 (1.20)     | 4.25 (1.49)   | $\chi^2 (3)=15.542^{***}$ | 1 < 2<br>1 < 3<br>1 < 4          |
| <b>OQ-45</b>                                 | 73.19 (28.36) | 81.79 (20.19)  | 97.86 (23.36)   | 87.61 (17.16) | $F(3.81)= 4.468^{**}$     | 1 < 3                            |
| <b>OQ-45 SD</b>                              | 43.81 (17.34) | 49.92 (12.07)  | 59.34 (15.33)   | 55.95 (11.47) | $F(3.83)= 4.984^{**}$     | 1 < 3                            |
| <b>OQ-45 IR</b>                              | 16.00 (7.71)  | 17.29 (7.18)   | 21.52 (5.84)    | 19.16 (6.69)  | $F(3.83)= 2.706^+$        | 1 < 3                            |
| <b>OQ-45 SR</b>                              | 13.38 (4.68)  | 14.58 (4.61)   | 16.91 (4.79)    | 14.17 (4.77)  | $F(3.81)= 2.231^+$        | 1 < 3                            |
| <b>CIA</b>                                   | 25.26 (11.23) | 32.88 (6.62)   | 31.09 (10.11)   | 32.29 (10.92) | $F(3.78)= 2.548^+$        | 1 < 2                            |
| <b>CIA Comprometimento Pessoal</b>           | 12.21 (4.76)  | 14.92 (3.12)   | 14.41 (3.63)    | 14.06 (4.49)  | $\chi^2 (3)= 4.184$       | n.s.                             |
| <b>CIA Comprometimento Cognitivo</b>         | 6.11 (3.59)   | 8.13 (2.52)    | 7.64 (4.41)     | 7.94 (4.67)   | $F(3.78)= 1.145$          | n.s.                             |
| <b>CIA Comprometimento Social</b>            | 6.95 (4.12)   | 9.83 (3.52)    | 9.05 (3.87)     | 10.29 (3.12)  | $\chi^2 (3)=7.375^+$      | 1 < 4                            |
| <b>Nº de tipos de Métodos Compensatórios</b> | 1.45 (0.51)   | 1.85 (0.78)    | 2.04 (0.73)     | 3.00 (0.88)   | $F(3.88)= 15.972^{***}$   | 1 < 3<br>4 > 1<br>4 > 2<br>4 > 3 |
| <b>IMC</b>                                   | 22,80 (3,42)  | 22,44 (3,94)   | 23,45 (5,61)    | 20,93 (3,01)  | $\chi^2 (3)=4.470$        | n.s.                             |
| <b>Supressão de peso</b>                     | 11,54 (9,07)  | 11,1 (8,44)    | 13,73(12,93)    | 14,2 (17,03)  | $\chi^2 (3)=0.112$        | n.s.                             |
| <b>Idade de diagnóstico</b>                  | 19,95 (5,44)  | 18,59 (4,24)   | 21,36 (6,79)    | 18,42 (4,09)  | $\chi^2 (3)=3.04$         | n.s.                             |
| <b>Duração da BN</b>                         | 60 (62,43)    | 97,71 (102,92) | 147,55 (111,05) | 81,47 (51,94) | $\chi^2 (3)=10.027^*$     | 1 < 3                            |
| <b>Nº de episódios de IAC</b>                | 6,5 (7,2)     | 16,27 (16,21)  | 20,44 (18,89)   | 37,84 (35,98) | $\chi^2 (3)=20.172^{***}$ | 1 < 4                            |

\*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05; +p<.10 Nota 1: 1 = grau leve; 2 = grau moderado; 3 = grau grave; 4 = grau grave; BDI: Beck Depression Inventory; EDE-Q- Eating Disorder Examination Questionnaire; OQ-45: Outcome Questionnaire- 45; OQ-45 SD: Outcome Questionnaire- Symptom Distress; OQ-45 IR- Outcome Questionnaire Interpersonal Relations; OQ-45- SR: Outcome Questionnaire Social Roles; CIA: Clinical Impairment Assessement

### Preditores de Gravidade da BN

Inicialmente foram colocadas todas as variáveis que mostraram ser significativas num Modelo Linear Generalizado com Resposta Logística Ordinal. De forma a melhorar a

significância do modelo foram retiradas as seguintes variáveis: EDE-Q,  $\beta=.382$ , 95% IC= -.235-.999, Wald  $\chi^2(1) = 1.471$ ,  $p=.225$ ; e o OQ-45,  $\beta=.013$ , 95% IC= .021-.048, Wald  $\chi^2(1) = .552$ ,  $p=.457$ . Este modelo mostra ser significativo,  $LR \chi^2(5)= 67.824$ ;  $p < .001$ , pelo que, podemos constatar que o número de tipos de métodos compensatórios, o número de episódios de IAC, a sintomatologia depressiva, a duração da BN predizem a gravidade na apresentação da BN. O comprometimento psicossocial mostrou-se um preditor marginalmente significativo.

Tabela 4

*Modelo Linear Generalizado entre a gravidade da BN e variáveis predictoras*

|  | Gravidade          |                        |                     |                          | 95% de Intervalo<br>de Confiança de<br>Wald | Wald $\chi^2$ | p     |
|--|--------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|---|---------------|-------|
|  | Leve<br>Média (DP) | Moderada<br>Média (DP) | Grave<br>Média (DP) | Extrema<br>Média<br>(DP) | Inferior-Superior                           |               |       |
| Nº de tipos de<br>métodos<br>compensatórios    | 1.45 (0.51)        | 1.85 (0.78)            | 2.04 (0.73)         | 3.00 (0.88)              | 1.513 – 3.095                               | 32.583        | <.001 |
| Nº de episódios<br>de IAC (últimos<br>28 dias) | 6,5 (7,2)          | 16,27 (16,21)          | 20,44 (18,89)       | 37,84<br>(35,98)         | .038 - .099                                 | 18.852        | <.001 |
| BDI  | 18.86 (9.9)        | 23.63 (9.56)           | 24.54 (10.38)       | 28.47<br>(9.37)          | .011 - .126                                 | 5.5           | .019  |
| Duração da BN                                  | 60 (62,43)         | 97,71 (102,92)         | 147,55<br>(111,05)  | 81,47<br>(51,94)         | .001 - .012                                 | 5.258         | .022  |
| CIA  | 25.26<br>(11.23)   | 32.88 (6.62)           | 31.09 (10.11)       | 32.29<br>(10.92)         | -.121 - .002                                | 3.580         | .058  |

Nota: BDI: Beck Depression Inventory; CIA: Clinical Impairment Assessement

### Discussão

Tendo em consideração o primeiro objetivo deste estudo podemos afirmar que o novo especificador de gravidade da BN do DSM-5 tem validade, pois de facto, existem associações estatisticamente significativas entre características clínicas da perturbação, atitudes alimentares e características psicológicas gerais, indo assim de encontro com a literatura existente (Dakanalis, Clerici, et al., 2017; Grilo et al., 2015; Jenkins et al., 2016).

No presente estudo documentou-se que indivíduos com grau leve de BN têm menor preocupação com a forma do que aqueles com graus mais elevados da perturbação. Este dado, apesar de não universalmente documentado em estudo prévios (Grilo et al., 2015) era expectável, uma vez que o diagnóstico de BN implica elevado nível de relevância da forma e peso na autoavaliação (APA, 2013).

Considerando a relação entre a gravidade da BN e características clínicas, os resultados do presente estudo são concordantes com os de Jenkins et al. (2016) que defende que o nº de episódios de IAC, a restrição alimentar, a preocupação com o peso, forma e alimentação, o número de tipos de métodos compensatórios utilizados e o comprometimento psicossocial estão relacionado com o grau de gravidade. Contrariamente Grilo et al. (2015) refere que a preocupação com o peso e forma não diferem de acordo com o grau de gravidade. Esta contradição de resultados poderá dever-se ao estudo anteriormente referido ter sido realizado numa amostra comunitária e o presente estudo se referir a uma amostra em tratamento.

Em oposição ao observado por Nakai et al. (2017) foram encontradas diferenças significativas entre graus de gravidade da BN relativamente à duração da doença e sintomatologia alimentar. Este, documentou apenas uma associação positiva entre preocupação alimentar e nível de gravidade, não encontrando diferenças em relação à sintomatologia alimentar, facto que poderá ser explicado, pelo menos parcialmente, por se tratar de uma cultura completamente distinta, com hábitos sociais e civilizacionais díspares.

No que concerne à sintomatologia depressiva nos quatro grupos de gravidade da perturbação os resultados mostram existir diferenças entre estes, tal como foi documentado anteriormente por vários autores (Dakanalis, Bartoli, et al., 2017 Grilo, Ivezaj, & White, 2016; Smith et al., 2018), apresentando, o grau de gravidade extrema, a maior prevalência de sintomas depressivos associados. Este resultado era presumível uma vez que a literatura mostra que a BN está associada a elevados sintomas depressivos na apresentação da doença (Smith et al., 2018), e que estados emocionais negativos se associam a maior quantidade de alimentos ingerida (Babicz-zielińska, Rybowska, & Zabrocki, 2006), consequentemente o afeto negativo está associado ao aumento de comportamentos purgativos (Lavender, Utzinger, Ciao, et al., 2017) condicionando assim o aumento assim o grau de gravidade da perturbação.

O presente estudo mostrou que o número do tipo de métodos compensatórios utilizados pelo individuo se encontra associado à gravidade da BN, sendo que níveis mais elevados de gravidade recorrem à utilização de maior número de métodos compensatórios. Parece assim, relevante investigações futuras compararem este especificador de gravidade do

DSM-5 com sistemas de classificação de gravidade alternativos para a BN, como por exemplo, o sugerido por Edler, Haedt, & Keel (2007) que expuseram que a utilização de múltiplos métodos compensatórios em comparação com um único método compensatório, está associado a mais sintomatologia alimentar, a maior frequência de episódios de IAC e presença de mais psicopatologia geral.

Mantilla, Clinton, & Birgegård (2017) defende que a duração da PAI se encontra associada com maior sintomatologia da BN, paralelamente, o presente estudo também mostrou que a duração da BN se associa a maiores níveis de gravidade. Um dado peculiar refere-se ao facto de o nível de gravidade grave se associar ainda a maior duração da doença do que o nível de gravidade extremo, este resultado poderá ser explicado pelo facto de durações mais elevadas da BN não se conseguirem manter no grau de gravidade extrema, uma vez que neste grau o individuo tem de recorrer a métodos compensatórios mais do que 14 vezes por semana, estes indivíduos podem incluir a sintomatologia da BN no seu funcionamento diário, tornando as suas características, como o recurso aos métodos compensatórios, parte da sua rotina diária. Muitas vezes indivíduos com BN planeiam os episódios de IAC e comportamentos compensatórios, como forma de exercerem algum controlo sobre a perturbação. Torna-se então necessário estudar mais esta relação, de forma a perceber melhor como esta variável se encontra relacionada com a gravidade da BN.

O comprometimento psicossocial apresentou diferenças marginalmente significativas em função do grau de gravidade, e embora como preditor de gravidade da BN também se tenha obtido um resultado marginalmente significativo, seria importante análises futuras e com uma amostra maior avaliarem de que forma o comprometimento psicossocial se relaciona com a gravidade da BN e averiguar a existência de variáveis moderadores entre as mesmas.

Similarmente a vários estudos (Dakanalis et al., 2017; Dakanalis et al., 2018) na presente investigação o número de episódios de IAC prediz a gravidade da BN. Facto que poderá ser explicado atendendo ao modelo cognitivo comportamental para a BN (C. G. Fairburn et al., 2003), que defende que a ocorrência de episódios de IAC está associada ao aparecimento de comportamentos compensatórios inadequados.

Reconhece-se as limitações do presente estudo, nomeadamente o tamanho da amostra ser pequeno, podendo não permitir a generalização dos resultados e sua extensão a outras amostras, atendendo também ao facto dos graus de gravidade não terem sido todos cotados utilizando os mesmos instrumentos. A réplica deste estudo e a sua aplicação a uma amostra maior e mais representativa poderá vir a revelar-se útil. Ao mesmo tempo, o cálculo de

gravidade para alguns participantes foi realizado através do EDE-Q e não da entrevista clínica, o que poderá ter enviesado a gravidade de alguns participantes.

Em suma são necessárias investigações adicionais de forma a aprofundar esta temática e perceber ainda a sua utilidade ao nível da utilização deste especificador de gravidade no âmbito do tratamento da BN, principalmente em estudos longitudinais de forma a perceber a função deste especificador em termos de resultados do tratamento, aumentando assim a sua utilidade clínica.

### **Conclusão**

A presente investigação evidencia a importância de estudar o novo especificador de gravidade da BN. Foi possível validar este especificador e identificar variáveis predictoras da gravidade da doença.

Em suma, a gravidade da BN é preditiva pelo número de tipos de métodos compensatórios utilizados, pelo número de episódios de IAC, pela sintomatologia depressiva, pela duração da doença e pelo comprometimento psicológico.

A BN é uma perturbação que interfere na vida do indivíduo e leva a ter vários problemas de saúde física e psíquica. Daí, a importância de perceber a utilidade clínica deste especificador em investigações futuras.

### **Referências Bibliográficas**

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Babicz-zielińska, E., Rybowska, A., & Zabrocki, R. (2006). Relations Between Emotions and Food Preferences, *15*(i), 163–165.
- Bacalhau, S., & Moleiro, P. (2010). Eating disorders in adolescents : What to look for? *Acta Medica Portuguesa*, *23*, 777–784.
- Cella, S., Cipriano, A., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2017). Identifying predictors associated with the severity of eating concerns in females with eating disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *20*(1), 91–99. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.199>
- Dakanalis, A., Bartoli, F., Caslini, M., Crocamo, C., Zanetti, M. A., Riva, G., ... Carrà, G. (2017). Validity and clinical utility of the DSM-5 severity specifier for bulimia nervosa: results from a multisite sample of patients who received evidence-based treatment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *267*(8), 823–829. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0712-7>
- Dakanalis, A., Clerici, M., Riva, G., & Carrà, G. (2017). Testing the DSM-5 severity indicator

- for bulimia nervosa in a treatment-seeking sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 161–167.  
<https://doi.org/10.1007/s40519-016-0324-2>
- Dakanalis, A., Colmegna, F., Zanetti, M. A., Di Giacomo, E., Riva, G., & Clerici, M. (2018). Evaluation of the DSM-5 Severity Specifier for Bulimia Nervosa in Treatment-Seeking Youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(1), 137–145.  
<https://doi.org/10.1007/s10578-017-0735-y>
- Dakanalis, A., Gaudio, S., Riva, G., & Clerici, M. (2017). Severity of bulimia nervosa and its impact on treatment outcome. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 727–729. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0422-9>
- Davidson, A. H., Hoyt, W. T., Poulsen, S., Waadegaard, M., & Lau, M. (2017). Eating disorder severity and functional impairment: moderating effects of illness duration in a clinical sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(3), 499–507. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0319-z>
- Edler, C., Haedt, A. A., & Keel, P. K. (2007). The Use of Multiple Purging Methods as an Indicator of Eating Disorder Severity, 515–520. <https://doi.org/10.1002/eat>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Ferreira, J. E. de S., & Veiga, G. V. da. (2010). Comportamentos Sugestivos de Transtornos Alimentares na Adolescência: Aspectos Conceituais. *Adolescência & Saúde*, 7(3), 33–37.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C., Accurso, E. C., Pisetsky, E. M., Peterson, C. B., Byrne, C. E., & Le Grange, D. (2014). Subjective and Objective Binge Eating in Relation to Eating Disorder Symptomatology, Depressive Symptoms, and Self-Esteem among Treatment-Seeking Adolescents with Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 230–236. <https://doi.org/10.1002/erv.2297>
- Fonseca, H. (2011). Perturbações do Comportamento Alimentar na adolescência. *Rev Port Clin Geral*, 203–207. Retrieved from [WWW.Scielo.org](http://WWW.Scielo.org)
- Forsén Mantilla, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2017). Insidious: The relationship patients have with their eating disorders and its impact on symptoms, duration of illness, and self-image. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1–15.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12161>
- Gianini, L., Roberto, C. A., Attia, E., Walsh, B. T., Thomas, J. J., Eddy, K. T., ... Sysko, R. (2017). Mild, moderate, meaningful? Examining the psychological and functioning correlates of DSM-5 eating disorder severity specifiers. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 906–916. <https://doi.org/10.1002/eat.22728>
- Grilo, C. M., Ivezaj, V., & White, M. A. (2015). Evaluation of the DSM-5 severity indicator for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 41–44.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.02.002>

- Grilo, C. M., Ivezaj, V., & White, M. A. (2016). Evaluation of the DSM-5 Severity Indicator for Bulimia Nervosa, 41–44. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.02.002>.
- Harrington, B. C., & Jimerson, M. (2015). Initial Evaluation , Diagnosis , and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *American Family Physician*, 91(1), 46–52. Retrieved from <http://www.aafp.org/afp/2015/0101/p46.html>
- Jenkins, P. E., Luck, A., Cardy, J., & Staniford, J. (2016). How useful is the DSM-5 severity indicator in bulimia nervosa? A clinical study including a measure of impairment. *Psychiatry Research*, 246(246), 366–369. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.011>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeerch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249–258.
- Lavender, J., Utzinger, L. M., Ciao, L. Wonderlich, S. A., Engel, S.G., Crosby, R. D.(2017) Reciprocal Associations between Negative Affect, binge Eating, and Purging in the Natural Environment in Women with Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(3), 381-386. <https://doi.org/10.1037/abn0000135>.
- Lock, J. (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 707–721. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.971458>
- Machado, P. P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 427–437. <https://doi.org/10.1111/papt.12048>
- Machado, P. P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014). Eating Disorder Examination Questionnaire: Psychometric Properties and Norms for the Portuguese Population. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 448–453. <https://doi.org/10.1002/erv.2318>
- Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., Teramukai, S., Fujikawa, K., & Wonderlich, S. A. (2017). The impact of DSM-5 on the diagnosis and severity indicator of eating disorders in a treatment-seeking sample. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1247–1254. <https://doi.org/10.1002/eat.22777>
- Pisetsky, E. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Crow, S. J. (2015). Depression and Personality Traits Associated With Emotion Dysregulation: Correlates of Suicide Attempts in Women with Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 537–544. <https://doi.org/10.1002/erv.2401>
- R.E. Smink, F., Van Hoeken, D., & W. Hoek, H. (2013). Chapter 4 Epidemiology , course , and outcome of. In *Current Opinion un Psychiatry* (Vol. 26, pp. 543–548).
- Romaro, R. A., & Itokazu, F. M. (2002). Bulimia nervosa: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 15(2), 407–412. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000200017>
- Smith, K. E., Ellison, J. M., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., ... Wonderlich, S. A. (2017). The validity of DSM-5 severity specifiers for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 1109–1113. <https://doi.org/10.1002/eat.22739>

- Smith, K. E., Mason, T. B., Leonard, R. C., Wetterneck, C. T., Smith, B. E. R., Farrell, N. R., & Riemann, B. C. (2018). Affective predictors of the severity and change in eating psychopathology in residential eating disorder treatment: The role of social anxiety. *Eating Disorders*, 26(1), 66–78. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418314>
- Soares, I., Sampaio, D., Torres, A. R., & Oliveira, C. V. (2004). Perturbações Alimentares em Portugal : Padrões de Utilização dos Serviços. *Revista de Informação E Divulgação Científica Do NDCA; voll, n.1, 1*, 1–8. Retrieved from r
- Vaz, A. R., Conceição, E. M., & Machado, P. P. P. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Psicológica*, 2, 189–197.
- Vieira, A. I., Machado, B. C., Machado, P. P. P., Brandão, I., Roma-Torres, A., & Gonçalves, S. (2017). Putative Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 544–550. <https://doi.org/10.1002/erv.2545>