



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Fátima Maria Câmara da Silva

**Gravidade na Anorexia Nervosa**

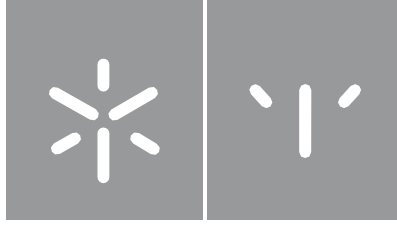
**Gravidade na Anorexia Nervosa**

Fátima Silva

UMinho | 2020

Setembro de 2020





**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Fátima Maria Câmara da Silva

## **Gravidade na Anorexia Nervosa**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em  
Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)  
**Doutora Ana Rita Rendeiro Ribeiro Vaz**  
**Professor Doutor Paulo Machado**

setembro de 2020

## DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença [abaixo](#) indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações  
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Fátima Silva.

04 de setembro de 2020

## Agradecimentos

A realização da dissertação de Mestrado é, para muitos de nós, o culminar de muito esforço e dedicação, de muita ansiedade, medo, alegrias e tristezas, é um misto de sentimentos, bons e menos bons, uma linha que vai desde a estabilidade à instabilidade de um momento para o outro. A realização da tese é, o final, o objetivo concluído, o cimo da montanha, mas para lá chegar, muitos desafios são enfrentados e muitos são aqueles que se encontram ao longo do nosso caminho.

Por isso, gostaria de agradecer primeiramente a uma das pessoas mais cruciais ao longo deste processo, a minha irmã. Obrigada por todo o apoio e incentivo, por não me teres deixado desistir do meu sonho e, acima de tudo por acreditares em mim e nos meus objetivos. Aos meus sobrinhos, aos quais por vezes falhei e que sentiram a minha ausência mais do que ninguém. Ao meu namorado, pela sua compreensão, apoio, e por acreditar sempre nas minhas capacidades, mesmo quando eu mesma já duvidava.

À minha amiga Letícia, minha parceira de curso durante estes 5 longos anos. Obrigada por todo o incentivo, pelo apoio e por estares sempre aí quando preciso. Obrigada por todos os momentos de partilha, conversas, desabafos, risos e choros que me proporcionaste, levo comigo todas as nossas histórias para mais tarde recordar! Este percurso foi bem mais feliz contigo!

À minha orientadora, Ana Vaz, por todo o suporte científico que me forneceu e pela orientação dada ao longo deste percurso. A todos os meus colegas e amigos que estiveram presentes durante este percurso, por todas as partilhas, histórias e aventuras que ficarão para sempre na minha memória. Um obrigada especial à Vera, que tanto me ajudou ao longo do Mestrado e que é sem dúvida a melhor amizade que Braga me deu.

À minha empregadora, Fátima Andrade, por toda a paciência, compreensão e respeito. À professora Alda Portugal, por todos os ensinamentos e pelo conhecimento partilhado, não só enquanto fui sua aluna mas também depois disso. Ao professor Nuno, que marcou o meu percurso académico pela positiva, obrigada por todos os seus ensinamentos e pela sua dedicação exemplar, levo isso como um exemplo a seguir tanto a nível profissional como pessoal. Agradeço do fundo do coração a todos vós!

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Fátima SILVA.

04 de setembro de 2020

## Gravidade na Anorexia Nervosa

### Resumo

A anorexia nervosa (AN) é uma perturbação alimentar caracterizada por restrições alimentares autoimpostas extremas e um baixo IMC (Índice de massa corporal) que, tende a colocar em risco a vida dos indivíduos. O presente estudo pretende compreender a validade dos especificadores de gravidade propostos pelo DSM-5 (2013) em relação às características clínicas e psicopatológicas da nossa amostra. Os nossos dados são de 152 participantes com diagnóstico de AN recrutados em duas unidades especializadas em perturbações do comportamento alimentar em Portugal. Foram efetuadas análises descritivas, Anovas e Manovas por forma a verificar se existiam diferenças entre grupos para as variáveis em estudo. Os resultados demonstram diferenças estatisticamente significativas no que toca ao *Outcome Questionnaire* no Inventário de Depressão de Beck. No entanto, não apresentam quaisquer diferenças nas restantes variáveis, tanto clínicas como psicopatológicas o que vai ao encontro da literatura previamente estudada. No geral, os dados obtidos através das análises demonstram pouco suporte no que toca ao papel dos especificadores propostos pelo DSM-5 (2013) na AN.

Palavras chave: Anorexia nervosa; Especificadores de Gravidade; Gravidade; DSM-5.

## **Severity in Anorexia Nervosa**

### **Abstract**

Anorexia Nervosa is an eating disorder characterized by extreme self-imposed restrictions and a low BMI (Body Mass Index) that tends to put in danger the lives of the patients. This study aims to understand the validity of the severity specifiers proposed by DSM-5 (2013) in relation to the clinical and psychopathological characteristics of our sample. Our sample consists in 154 participants diagnosed with AN that were recruited from two units specialized in eating disorders in Portugal. Descriptive analyzes, Anovas and Manovas were made in order to verify if there were differences between groups for the variables under study . The results demonstrate statistically significant differences with respect to the Outcome Questionnaire and the Beck Depression Inventory. However, they do not present any differences in the remaining variables, both clinical and psychopathological, which is in line with the previously studied literature. In general, the data obtained through the analyzes demonstrate little support with regard to the role of the specifiers proposed by DSM-5 (2013) in AN.

Keywords: Anorexia Nervosa; Severity Specifiers; severity; DSM-5.



## Índice

Introdução .....	8
Método .....	11
Procedimentos.....	11
Instrumentos/Medidas.....	12
Análise de dados.....	15
Resultados .....	15
Discussão e conclusão .....	19
Referências.....	22
Anexo.....	25

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Caraterísticas Sociodemográficas dos participantes em estudo .....	14
<b>Tabela 2:</b> Distribuição dos indivíduos de acordo com os especificadores de gravidade .....	15
<b>Tabela 3:</b> Diferenças em relação a variáveis clínicas de acordo com os especificadores de gravidade .....	16
<b>Tabela 4:</b> Diferenças entre grupos de acordo com os especificadores de gravidade em relação às atitudes alimentares e sintomatologia associada .....	16
<b>Tabela 5:</b> Diferenças entre grupos para as subescalas do OQ45 de acordo com os especificadores de gravidade .....	17

## Introdução

As perturbações alimentares (PA), são caracterizadas por comportamentos alimentares disfuncionais persistentes e pelo comprometimento ao nível do funcionamento dos indivíduos, tanto físico como psicossocial (American Psychiatric Association, 2013), dando origem a diversas problemáticas que condicionam a qualidade de vida dos mesmos.

Embora os pacientes com perturbações do comportamento alimentar possuam algumas questões em comum, como as preocupações com o corpo, forma e peso, os diagnósticos têm várias categorias, estando estes dependentes do tipo de comportamento alimentar que o indivíduo apresenta, sendo que as principais diferenças sinalizadas são ao nível da bulimia nervosa (BN), anorexia nervosa (AN) e da compulsão alimentar.

A AN caracteriza-se pela perda de peso através de restrições alimentares autoimpostas, pela influência excessiva deste na autoestima dos indivíduos e, pelo medo intenso que possuem de ganhar peso ou tornarem-se obesos, juntando-se a isto a elevada distorção corporal que tendem a possuir em relação à sua imagem (American Psychiatric Association, 2013).

Na quinta edição do DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, 2013), foram realizadas diversas modificações, nomeadamente mudanças na classificação das perturbações alimentares, incluindo especificadores de gravidade que têm como principal objetivo fornecer informações sobre a gravidade da perturbação no que toca ao diagnóstico realizado (Regier, Kuhl & Kupfer, 2013). O nível de gravidade da perturbação é assim nos dado pelo IMC, que é calculado através da divisão do peso do indivíduo (em kg) pela sua altura. O valor obtido permitirá colocar os pacientes nos diversos níveis de gravidade, sendo eles: a) gravidade leve que corresponde a um IMC  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>; b) moderada com IMC de 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>; c) grave de 15-15,99 km/m<sup>2</sup> e d) gravidade extrema, quando um indivíduo tem um IMC  $< 15$ kg/m<sup>2</sup> (American Psychiatric Association, 2013).

Em pacientes com esta perturbação, o IMC tende a ser muito abaixo do ideal, podendo, em situações extremas colocar a vida do próprio em risco, sendo que quando isto acontece, a restauração do peso ideal (ou próximo ao ideal) é um aspeto fundamental, para a recuperação em termos físicos e psicológicos dos indivíduos (*e.g.*, Couturier & Lock, 2006). O IMC é usado

como uma forma de mensurar a gravidade da AN, sendo que segundo alguns autores os graus de gravidade deveriam mostrar diferenças significativas em variáveis essenciais quando falamos de perturbações alimentares como o comprometimento, a comorbilidade e a manutenção da doença (*e.g.*, Dakanalis et al., 2018; Gianini et al., 2017).

Diversos estudos têm tentado compreender a validade e utilidade clínica dos níveis de gravidade fornecidos pelo DSM-5 (2013) no que toca às diferentes perturbações alimentares, sendo que, alguns autores, no entanto argumentam que estes critérios não articulam claramente aquilo que devem efetivamente prever ou não. Segundo estes se o esquema de gravidade presente no manual possuir validade e contribuir para os diagnósticos clínicos e portanto, indivíduos com diferentes níveis de gravidade devem demonstrar diferenças significativas nas variáveis características das PA e, conseqüentemente, nos fatores que estão presentes no que toca à manutenção da mesma, no comprometimento e no resultado do tratamento efetuado (*e.g.*, Dakanalis et al., 2018; Gianini et al., 2017).

O estudo de Machado, Grilo e Crosby (2017), por exemplo, não encontrou diferenças entre os grupos de gravidade do DMS-5 e a psicopatologia das PA, enquanto que num outro estudo de Syslo e colaboradores (2016) o nível de gravidade das perturbações alimentares foi associado à duração da doença, hospitalizações anteriores e dor, apesar de não se demonstrar relacionado com o estado de saúde dos indivíduos, a sintomatologia depressiva e o comprometimento.

Estudos utilizando amostras clínicas encontraram determinadas diferenças estatísticas no que toca às medidas da patologia das PA (*e.g.*, Dakanalis et al., 2017; Gianini et al., 2017; Jenkins et al., 2016) e o comprometimento clínico (*e.g.*, Dakanalis et al., 2017; Jenkins et al., 2016) entre os grupos de gravidade do BN sugerindo assim que estas poderiam ter alguma utilidade na discriminação dos grupos com base em medidas de fatores de manutenção putativos, comorbilidade do transtorno psiquiátrico e resultado do tratamento (Dakanalis et al., 2017), no entanto, no que toca à AN as evidências existentes são muitas vezes escassas e inconclusivas, não permitindo determinar até que ponto existe utilidade dos níveis de gravidade do DSM-5 (2013) na mesma.

Um estudo de Gianini et al (2017), efetuado com uma amostra clínica indicaram que quando aumenta o nível de gravidade do DSM-5 na AN aumenta o número de hospitalizações

dos indivíduos, apesar de que, não foram evidenciadas nenhuma diferença entre os grupos de gravidade e a atitude dos mesmos no que toca às suas restrições, preocupação com a alimentação, com o peso, forma ou características comportamentais (compulsão alimentar/purga), nas medidas de sintomatologia depressiva ou o comprometimento do funcionamento dos indivíduos.

No que toca ao comprometimento clínico, existem poucos estudos que analisem o comprometimento funcional dos pacientes no diagnóstico de PA (Jenkins et al., 2016, p. 367), sendo esta variável muito importante clinicamente e representando uma meta muito importante no tratamento (*e.g.*, Ackard et al., 2014; Sy et al., 2013). Gianini et al., (2017) sugerem uma análise grau de comprometimento dos indivíduos de acordo com a faixa de gravidade de AN em que se encontram, uma vez que, pesquisas anteriores já examinaram as diferenças em indivíduos com diferentes níveis de gravidade usando para tal o *EDE-Interview* (Gianini, et al., 2017; Machado, et al., 2017).

Estudos com amostras clínicas evidenciaram que os números de hospitalizações aumentaram quando estava presente uma maior gravidade do DSM-5 na AN (Gianini et al., 2017), no entanto, ao analisar as diferenças entre os grupos não foram encontradas diferenças entre os mesmos e a atitude dos indivíduos no que toca à sua forma, peso e preocupação com a sua alimentação ou, as características comportamentais como a compulsão alimentar (Gianini et al., 2017; Machado et al., 2017)

Na investigação realizada por Smith e colaboradores (2017) que analisou a validade e utilidade das classificações de gravidade do DSM-5 para a AN numa amostra em tratamento, sendo estes classificados com gravidade leve, moderada, grave e extrema com base no seu IMC, encontrou diferenças significativas entre os grupos de gravidade em fatores como o perfeccionismo e a baixa autoestima e, o comprometimento clínico específico da doença, no entanto, não demonstraram diferenças significativas no que toca às comorbilidades psiquiátricas como a ansiedade, o humor e o uso de substâncias nem no que toca às características demográficas e idade da AN (Smith et al., 2017).

Apesar do aumento da preocupação com a forma, alimentação e peso poder estar correlacionado com um IMC mais baixo, nem todos os estudos relatam estas diferenças a nível atitudinal (Gianini et al., 2017; Machado et al., 2017) ou comportamental (Machado et al.,

2017), sendo que estas inconsistências poderão ser atribuídas às diferentes avaliações que são efetuadas, uma vez que as mesmas dependem do entrevistador e do autorrelato dos pacientes

O IMC maior (leve) foi associado a uma maior psicopatologia da PA, podendo isto ser explicado pelo facto de que, indivíduos com um IMC maior tendem a experienciar mais preocupações com a forma e peso corporal, que são fatores avaliados pelo EDE e, indivíduos com IMC mais baixo (maior gravidade) tendem a minimizar a gravidade dos seus sintomas (Dakanalis et al.,2017).

O objetivo do presente estudo passa por examinar se os grupos de gravidade propostos pelo DSM-5 (2013) permitem discriminar os indivíduos no que toca às variáveis clínicas e psicopatológicas. Uma das nossas hipóteses é que, indivíduos com maior gravidade da patologia alimentar irão apresentar diferenças no que toca às variáveis clínicas, como supressão de peso, o tempo de evolução da doença e a medicação, assim como, no que toca às variáveis psicopatológicas em estudo, nomeadamente a regulação emocional, sintomatologia depressiva, comprometimento clínico, patologia alimentar e a urgência negativa.

## **Método**

### **Procedimentos**

A amostra utilizada neste estudo foi recolhida em duas unidades de tratamento especializadas nesta problemática e está inserido num projeto mais amplo que estuda o tratamento dos indivíduos com perturbações do comportamento alimentar (PA). O critério de inclusão foi os indivíduos possuírem um diagnóstico de anorexia nervosa, sendo excluídos participantes com o diagnóstico de outra perturbação alimentar que não a AN; dificuldades de leitura e escrita; presença ou agravamento de uma condição médica que impeça o indivíduo de participar no estudo e défices cognitivos que possam estar presentes. Este estudo foi aprovado pelas comissões de ética das instituições envolvidas.

Numa primeira fase os participantes foram sujeitos a uma entrevista de diagnóstico para que o investigador conseguisse aceder a informações demográficas e clínicas. Estas entrevistas foram realizadas por um clínico especializado na área das PA e tinham em vista a

elaboração do diagnóstico do paciente. Todos os participantes foram informados do estudo em curso, assim como de todas as condições que garantiam o anonimato dos dados e a confidencialidade, sendo estas mencionadas no consentimento informado que lhes foi fornecido. Caso os mesmos aceitassem o estudo eram submetidos ao EDE (Entrevista Clínica Semi-estruturada) e um conjunto de questionários que permitiam ao investigador analisar as diversas características que tendem a estar associadas ao tratamento das PCA.

Após a primeira consulta e a autorização dos participantes através do consentimento informado foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e os restantes testes presentes no protocolo. Estes instrumentos foram aplicados de modo a compreender em profundidade a situação dos participantes e aceder a um conjunto de características que tendem a estar associadas ao tratamento das PCA.

Ao longo do protocolo de intervenção existiram vários momentos de avaliação, nomeadamente uma avaliação inicial (20 minutos) e avaliações de monitorização intermédias que permitiram monitorizar sintomas dos sujeitos ao longo do tempo. Estas avaliações de monitorizações foram entregues aos participantes sempre que estavam presentes numa consulta com o psiquiatra, durando cerca de 3/5 minutos. No entanto, neste estudo iremos utilizar apenas os dados da avaliação inicial.

### **Instrumentos**

Para a presente investigação foi utilizada primeiramente uma entrevista de diagnóstico, de modo a aceder a informações demográficas e clínicas do paciente, como por exemplo a história da dieta do indivíduo, o seu peso, comorbilidades psiquiátricas, história de perturbações alimentares.

Posteriormente foram aplicados alguns instrumentos na versão adaptada para a população portuguesa de modo aceder às diversas características que tendem a estar associadas ao tratamento das PA.

*Eating Disorder Examination* (EDE) (Fairburn & Cooper, 1993): É uma entrevista semi-estruturada muito utilizada em termos de investigação. Esta permite-nos reportar a avaliação da psicopatologia que está associada às perturbações do comportamento alimentar, aos seus sintomas e frequência do comportamento exibido, tendo boas capacidades psicométricas

(Berg, Peterson, Frazier, & Crow, 2012). Para o presente estudo foram apenas utilizados os itens de diagnóstico.

*Eating Disorder-15* (ED-15) (Tatham et al., 2015): Medida de auto-relato constituída por 15 itens (e.g., “Preocupe-me com perder o controlo sobre o que comia.” e “Segui regras rígidas relativamente à minha alimentação”) que avaliam as atitudes em relação à alimentação e frequência dos comportamentos referentes à semana antecedente ao seu preenchimento. Utiliza uma escala *likert* que varia entre 0 (“nada”) e 6 (“sempre”), sendo que pontuações mais elevadas reportam uma maior gravidade da patologia alimentar apresentada, demonstrando boas capacidades psicométricas (Tatham et al., 2015).

Escala de Dificuldades da Regulação Emocional (EDRE) (Gratz & Roemer, 2004, versão portuguesa de Coutinho, Ribeiro, Ferreira & Dias, 2010): Medida com 4itens de auto-relato destinada a avaliar as dificuldades de regulação emocional. O conteúdo dos itens encontra-se dividido em 6 dimensões: (a) não-aceitação das respostas emocionais, (b) dificuldades no envolvimento em comportamentos dirigidos por objetivos ao experienciar emoções negativas, (c) dificuldades em controlar os impulsos na presença de emoções negativas, (d) falta de consciência das respostas emocionais; (e) acesso limitado às estratégias de regulação emocional percebidas como eficazes e (f) falta de clareza das respostas emocionais e, utiliza uma escala *likert* que varia entre 1 (“quase nunca”) e 5 (“quase sempre”).

*Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck & Steer, 1988)/1990, versão portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973): É uma medida de auto-relato constituída por 21 itens designados para avaliar a sintomatologia depressiva, em que o participante responde de acordo com a forma como se sentiu nas duas últimas semanas. Avalia diversos sintomas a nível cognitivo como as dificuldades de concentração, a nível afetivo como o pessimismo e a tristeza e a nível somático como a indecisão e a irritabilidade dos indivíduos, sendo que pontuações mais elevadas indicam uma maior presença de sintomatologia depressiva. A sua consistência interna é muito boa apresentando boas propriedades psicométricas (e.g., Beck & Steer, 1984).

*Clinical Impairment Assessment* (CIA) (Bohn & Fairburn, 2008): Instrumento de auto-relato composto por 16 itens (e.g., “(...) em que medida os seus hábitos alimentares, a prática de exercício ou sentimentos em relação à alimentação, forma corporal ou peso tornaram difícil concentrar-se?”) em que cada item é cotado segundo uma escala *likert* que varia entre 0

("nada") e 3 ("muito"). O participante deve indicar a opção que descreve melhor os seus hábitos alimentares, prática de exercício ou sentimentos em relação à sua alimentação, forma corporal e peso nos últimos 28 dias, incluindo o dia do preenchimento. A pontuação global corresponde à soma dos itens e permite-nos compreender e classificar a gravidade do comprometimento psicossocial secundário dos indivíduos. Apresenta boas capacidades psicométricas (Kristin Bohn, 2015).

*Outcome Questionnaire- 45* (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, & Clouse, 1996; versão portuguesa Machado & Fassnacht, 2015): Trata-se de um instrumento de auto-relato que avalia o progresso do indivíduo no processo terapêutico e que apresenta uma elevada sensibilidade a nível das alterações sintomatológicas a curto prazo, sem que isso comprometa a validade e a fidelidade. É composto por 45 itens, que se distribuem por três subescalas: Desconforto Subjetivo (SD), as Relações Interpessoais (IR) e o Papel Social (SR). A primeira subescala (SD) possui 25 itens e permite-nos ter a perceção do sofrimento global que está associado a perturbações psiquiátricas como por exemplo a ansiedade, o consumo de substâncias e a depressão. A segunda subescala IR tem 11 itens e mede os níveis atuais de relacionamento interpessoal e, finalmente, temos a SR que possui 9 itens que avaliam os níveis atuais de desempenho presentes na escola, no trabalho e em momentos de lazer. Utiliza uma escala *likert* de 0 a 5, sendo que a pontuação varia de 0 a 180 pontos, sendo que, pontuações mais elevadas indicam um maior desgaste e mau funcionamento do indivíduo. Segundo Machado & Fassnacht (2015) este instrumento apresenta boas propriedades psicométricas para todas as suas subescalas (SD, IR, PS).

Subescala "Urgência Negativa" da UPPS (Whiteside et al., 2005): Esta é uma escala de auto-relato composta por 12 itens (*e.g.*, "Tenho dificuldades em controlar os meus impulsos") em que cada item é cotado segundo uma escala de *likert* de 0 ("Concordo completamente") a 3 ("Discordo completamente"), sendo que o indivíduo indica o que melhor descreve o modo como atua ou pensa perante a afirmação apresentada. No presente estudo, foi somente utilizada a subescala de urgência negativa (P) que diz respeito à experiência de impulsos na presença de emoções negativas. Pontuações elevadas remetem-nos para um maior envolvimento em comportamentos impulsivos com intuito de atenuar as emoções negativas (Whiteside et al., 2005).



Os grupos utilizados para este estudo foram criados de acordo com os níveis de gravidade propostos pelo DSM-5 (2013), sendo eles gravidade extrema (IMC  $\leq 14,99$ kg), grave (IMC entre 15,00 e 15,99kg), moderada (IMC entre 16 e 16,99kg) e leve (IMC  $\geq 17$  kg). A variável supressão de peso foi calculada através da diferença entre o peso mais alto e o atual dos indivíduos.

### Análise de dados

Para realizar a análise dos dados quantitativos foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26 (para Windows). Primeiramente foi realizada uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos indivíduos, considerando as medidas de tendência central (*e.g.*, média), as medidas de dispersão (*e.g.*, desvio padrão, máximo e mínimo) e também a frequência e percentagem correspondente de indivíduos para cada uma das variáveis, seguindo-se de análises com recurso a Anovas e Manovas por forma a analisar as diferenças entre grupos.

### Resultados

A amostra deste estudo é constituída por 152 participantes, dos quais 143 são do sexo feminino (92,9%), todos eles com diagnóstico de AN. Estes apresentam uma idade média de 24,18 anos ( $DP = 9.04$ ; min-máx = 13-53) estando todos eles em tratamento para PA. Sendo que a maioria dos participantes, como podemos observar na Tabela 1, têm anorexia tipo restritivo.

**Tabela 1:** Características Sociodemográficas dos participantes em estudo

	N	%
<b>Género</b>		
Femino	143	92,90
Masculino	11	7,1
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	117	85,4
Casado	15	10,9
Divorciado	2	2
União de facto	3	2,2
<b>Diagnóstico Final</b>		
Anorexia R	116	75,3
Anorexia P	38	24,7
<b>Subtipo</b>		
Restritivo	116	75,3

## GRAVIDADE NA ANOREXIA NERVOSA

Purgativo	38	24,7
<b>Tratamento</b>		
<b>Psicológico</b>		
Sim	96	95
Não	5	5
<b>Ocupação</b>		
Estudante	69	58
Trabalhador	31	26,1
Desempregado <sup>a</sup>	12	10,1
Sem ocupação	4	3,4
Reformado	1	,8
Baixa	2	1,7
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100</b>

Após a amostra ser subdividida consoante o IMC dos participantes, de acordo com os especificadores propostos pelo DSM-5 (2013) e como podemos observar na Tabela 2 foi possível concluir que, 54 dos indivíduos foram categorizados com gravidade extrema (IMC < =14,99kg), 31 com gravidade grave (IMC entre 15,00 e 15,99kg), 23 moderados (IMC entre 16 e 16,99kg) e, 44 indivíduos com gravidade leve (IMC ≥ 17 kg).

**Tabela 2:** Distribuição dos indivíduos de acordo com os especificadores de gravidade

	<i>Extremo</i>	<i>Grave</i>	<i>Moderado</i>	<i>Leve</i>	<i>Total</i>
Frequência	54	31	23	44	152
%	35,5	20,4	15,1	28,9	100

Como podemos verificar na Tabela 3, não existem diferenças entre os grupos de gravidade da AN e as variáveis clínicas em estudo. Por forma de verificar se existia alguma relação entre os grupos e as variáveis como o subtipo, a existência de internamentos e de medicação foi efetuado o Qui Quadrado da Independência que demonstrou que não existe uma relação entre os grupos e a variável de subtipo uma vez que  $X^2(3) = 7.016$ ;  $p = .070$ , nem para as variáveis internamento e medicação, uma vez que  $X^2(3) = .839$ ;  $p = .838$  e  $X^2(3) = 5.303$ ;  $p = .151$  respetivamente.

Relativamente às diferenças entre os diferentes grupos de gravidade em relação a atitudes alimentares disfuncionais e variáveis psicopatológicas analisadas (Tabela 4) não

foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que toca às atitudes alimentares disfuncionais tais como medidas pelo EDE, especificamente na análise das subescalas, através de uma manova, que permitiu verificar que as subescalas restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e a preocupação com o peso não apresentam diferenças estatisticamente significativas, demonstrando que não existe efeito do grupo sobre estas variáveis  $Traço\ de\ Pillai's = ,098; F(9, 339,0) = 1.060; p = .393$ .

Em relação à sintomatologia associada e especificadores de gravidade (tabela 4), nomeadamente, EDRE, o CIA, urgência negativa não foram encontradas diferenças significativas. Apesar disso, foi possível verificar diferenças significativas entre os grupos para as variáveis do OQ45, uma vez que  $F(3,113) = 4,002; p = .010$  e na variável BDI  $F(3,125) = 2,927; p = .043$ . Ao efetuar o *Post Hoc Tukey* foi possível compreender que estas diferenças se encontram entre os grupos com IMC grave (entre 15,00 e 15,99kg) e o grupo com IMC moderado (entre 16,00 e 16,00kg) para ambas as variáveis.

**Tabela 3:** Diferenças em relação a variáveis clínicas de acordo com os especificadores de gravidade

	Extremo		Grave		Moderado		Leve		F	P Value
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Número de Internamentos	.666	1.09	.700	1.59	.333	.778	.277	.701	1,089	.358
Tempo de evolução da doença (anos)	7.82	8.10	8.31	7.49	6.25	6.48	8.08	7.53	,217	,885
Supressão de peso	17.7	8.71	14.7	14.8	12.3	10.1	14.9	8.80	1,487	.221

**Tabela 4:** Diferenças entre grupos de acordo com os especificadores de gravidade em relação às atitudes alimentares e sintomatologia associada

Extremo 1	Grave 2	Moderado 3	Leve 4	F	P value	Tukey
-----------	---------	------------	--------	---	---------	-------

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
DERS	93.2	27.1	105.3	33.9	91,6	36.5	102.2	33.6	1.104	.351
CIA	23.9	14.4	30.2	13.3	19.5	15.1	23.8	12.4	2.107	.104
UPSS	2.4	.65	2.5	.60	2.4	.81	2.6	.75	.999	.396
OQ45	75.0	31.3	88.8	26.4	56.2	33.5	76.1	29.1	3.930	.010* 2-3
BDI	21.0	11.0	26.3	11.6	17.1	12.5	21.2	9.9	2.801	.043* 2-3
EDE	2.5	1.5	3.1	1.5	2.7	2.0	3.1	1.7	1.204	.311

Além disto, ao analisar as subescalas dos testes psicológicos estudados foi possível verificar que, à semelhança do que aconteceu para os totais dos testes, não são encontradas diferenças entre os grupos de gravidade, exceto para o OQ45 que apresenta diferenças estatisticamente significativas Traço de Pillai's = ,168;  $F(9, 339,0) = 2.231$ ;  $p=.020$  mostrando que há efeito do grupo de acordo com a classificação de gravidade. Anovas univariadas subsequentes (tabela 5) permitiram concluir que há efeito do grupo na subescala de desconforto subjetivo, que se refere à percepção do sofrimento global dos pacientes em relação à sua perturbação  $F(3,113) = 3,765$ ;  $p=.013$ , na subescala relações interpessoais que mede os níveis de relacionamento interpessoal  $F(3, 113) = 3,009$ ;  $p= .033$  e para a subescala desempenho do papel social, que avalia o desempenho dos indivíduos no contexto escolar, profissional e de lazer  $F(3, 113)= 4,017$ ;  $p=.009$ . O *Post Hoc Tukey* permitiu verificar que estas diferenças encontram-se, à semelhança do que aconteceu anteriormente, entre o grupo grave e moderado.

**Tabela 5:** Diferenças entre grupos para as subescalas do OQ45 de acordo com os especificadores de gravidade

	<i>Variável dep.</i>	<i>DF</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
	Desconforto subjetivo	3	1389.5	3.765	.013*
OQ45	Relações Interpessoais	3	162.3	3.009	.033*
	Desempenho do papel social	3	130.7	4.017	.009*

### **Discussão e conclusão**

O principal objetivo do presente estudo foi analisar os especificadores de gravidade propostos pelo DSM-5 (2013) para a Anorexia Nervosa, numa amostra clínica e, tendo em conta as variáveis clínicas e psicopatológicas presentes em estudo, averiguando as possíveis diferenças entre grupos.

Com base nos resultados obtidos, é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos propostos e as variáveis clínicas, nomeadamente o tempo de evolução da perturbação, o número de internamentos e supressão de peso. No que toca ao tempo de evolução da doença uma possível explicação poderá ser devido ao facto de que indivíduos com um peso que não esteja num nível tão grave podem ter a perturbação durante mais tempo, sendo que esta variável pode não depender diretamente do IMC. Também não foram encontradas associações entre os grupos e as variáveis nominais como o subtipo, a existência de medicação e os internamentos, demonstrando que não existe efeito do grupo também no que toca a estas variáveis.

Relativamente ao EDE, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, nem no que toca ao total dos testes nem nas suas subescalas, validando outros estudos como o de Machado e colaboradores (2017).

Em relação à sintomatologia associada, os resultados mostram que não se encontraram diferenças no EDRE, CIA e na urgência negativa. Neste estudo em específico não foram encontradas diferenças entre os grupos no que toca ao comprometimento clínico dos indivíduos, apesar de que segundo a literatura estudada níveis mais altos de comprometimento clínico podem variar dependendo do grau de gravidade da perturbação, estudos indo ao encontro do estudo realizado por Gianini e colaboradores (2017).

Ao contrário do estudo de Syslo e colaboradores (2016) que encontraram diferenças entre grupos para diversas variáveis clínicas, mas não encontravam diferenças significativas no que toca à sintomatologia depressiva, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no BDI e no OQ45, o que poderá indicar que apesar de não existirem diferenças entre os grupos no que toca aos comportamentos e atitudes alimentares estes têm efeito na psicopatologia associada à sintomatologia depressiva e poderão ter impacto no resultado do

tratamento. Estas diferenças encontram-se entre o grupo grave e o moderado para todas as variáveis.

Quando comparadas as subescalas do OQ45, nomeadamente no desconforto subjetivo que se refere à percepção do sofrimento global dos pacientes em relação à sua perturbação, na subescala do desempenho dos papéis sociais, que avalia o desempenho dos mesmos no contexto escolar, profissional e de lazer e nas relações interpessoais, que avalia as relações dos indivíduos foram encontradas diferenças entre os grupos grave e moderado, indo de encontro com estas evidências.

Apesar de encontrar-mos algumas diferenças entre o grupo grave e o moderado, esperávamos também encontrar essas mesmas nos indivíduos com gravidade extrema no entanto, tal não aconteceu, podendo isto poder ser explicado pelo facto de que indivíduos com um IMC maior tendem a estar associados a uma psicopatologia mais elevada, experienciando mais preocupações com a sua forma e peso corporal e, indivíduos com um IMC mais baixo tendem a minimizar a gravidade dos sintomas (Dakanalis et al., 2018).

Segundo Dakanalis e colaboradores (2018) se o esquema de gravidade proposto pelo DSM-5 possuísse validade então, indivíduos com diferentes níveis de gravidade deveriam demonstrar diferenças nas variáveis que lhes são características, no entanto, as nossas descobertas providenciam pouco suporte relativamente aos níveis para a Anorexia Nervosa, indo ao encontro de outros estudos efetuados em amostras semelhantes (*e.g.*, Machado, Grilo & Crosby, 2017; Gianini et al., 2017) que demonstram que os intervalos propostos podem não contribuir muito em relação à AN. Tal também acontece em amostras referentes a outras perturbações alimentares, como por exemplo a bulimia nervosa (*e.g.*, Grilo et al., 2015).

As nossas descobertas enfatizam a importância da atenção dada aos sintomas depressivos, uma vez que estes poderão ter influência no comprometimento clínico dos sujeitos, limitando a sua capacidade para se mobilizar para as tarefas do tratamento, razão pela qual merecem mais atenção clínica.

É importante ressaltar que o nosso estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o tamanho da amostra, uma vez que apenas possuímos 152 indivíduos que foram subdivididos pelos grupos de IMC, dos quais uma pequena percentagem tinha uma

gravidade moderada (n=23) podendo este aspeto ter condicionado os resultados obtidos uma vez que caso existissem mais sujeitos poderíamos ter conseguido encontrar diferenças estatísticas também em outras variáveis que não só o OQ45 e o BDI.

Em estudos futuros, seria interessante utilizar amostras clínicas maiores, por forma a obter uma distribuição mais normal em termos da quantidade de indivíduos em cada categoria, sendo que isto pode permitir uma melhor análise dos dados em questão uma vez que é de grande importância compreender o se o esquema proposto apresenta distinção entre os grupos nas avaliações efetuadas. Segundo alguns autores, uma melhor compreensão do impacto dos níveis de gravidade desta perturbação e variáveis de interesse clínico como o perfeccionismo ou a autoestima e, as comorbilidade psiquiátricas podem ser muito importantes (*e.g.*, Fairburn et al., 2015; Lampard et al., 2013).

Uma outra opção seria tentar verificar se efetivamente os graus de gravidade do DSM-5 têm um melhor ou pior desempenho quando adicionadas variáveis que estudem domínios neurocognitivos ou biológicos, que não estão presentes neste estudo.

### Referências

- Ackard, D.M., Richter, S., Egan, A., Engel, S., Cronemeyer, C.L. (2014). The meaning of quality of life in patients with eating disorders: a comparison of generic and disease-specific measures across diagnosis and outcome. *Int. J. Eat. Disord.* 47, 259-267 <https://doi.org/10.1002/eat.22193>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of clinical psychology*, 40(6), 1365-1367. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198411\)40:6<1365::AIDJCLP2270400615](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198411)40:6<1365::AIDJCLP2270400615)  
>3.0.CO;2-D
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 428-438. <https://doi.org/10.1002/eat.20931>
- Bohn, K., & Fairburn, C. G. (2008). The clinical impairment assessment questionnaire (CIA). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders*, 1-3.
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Colmegna, F., Riva, G., & Clerici, M. (2018). Evaluation of the DSM-5 severity ratings for anorexia nervosa in a clinical sample. *Psychiatry research*, 262, 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.009>
- Dakanalis, A., Zanetti, M.A., Colmegna, F., Riva, G., Clerici, M., 2018. Classifying binge eating disordered adolescents based on severity levels. *J. Adolesc.* 62, 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.10.003>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (1993). The eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Gianini, L., Roberto, C.A., Attia, E., Walsh, B.T., Thomas, J.J., Eddy, K., et al., 2017. Mild, moderate, meaningful? examining the psychological and functioning correlates of



- dsm-5 eating disorder severity specifiers. *Int. J. Eat. Disord.* 50, 906-916.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22728>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Jenkins, P. E., Luck, A., Cardy, J., & Staniford, J. (2016). How useful is the DSM-5 severity indicator in bulimia nervosa? *Psychiatry Research: A clinical study including a measure of impairment*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.011>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 3(4), 249-258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)
- Machado, P.P., Grilo, C.M., Crosby, R.D. (2017). Evaluation of the dsm-5 severity indicator for 15 anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 25, 221–223.  
<https://doi.org/10.1002/erv.2508>
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12, 92–98 <https://doi.org/10.1002/wps.20050>
- 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>
- Sy, R., Ponton, K., De Marco, P., PI, S., Ishak, W.W., 2013. Quality of life in anorexia nervosa: a review of the literature. *Eat. Disord.* 21, 206-222.  
<https://doi.org/10.1080/10640266.2013.779176>
- Sysko, R., Gianini, L., Roberto, C., Attia, E., Walsh, B.T., Thomas, J., Eddy, K., et al. (2016). Mild, moderate, meaningful? Examining the psychological and functioning correlates of DSM-5 severity specifiers. Presentation at the Annual Meeting of the Eating Disorder Research Society (New York, NY, October, 2016). <https://doi.org/10.1002/eat.22728>

Tatham, M., Turner, H., Mountford, V. A., Tritt, A., Dyas, R., & Waller, G. (2015). Development, psychometric properties and preliminary clinical validation of a brief, session-by-session measure of eating disorder cognitions and behaviors: The ED-15. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 1005-1015. <https://doi.org/10.1002/eat.22430>

Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology*, 19(7), 559-574. <https://doi.org/10.1002/per.556>

**Anexo**



Universidade do Minho

SECSH

## Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: SECSH 064/2016

Título do projeto: *Monitorização do Tratamento da Anorexia Nervosa: Trajetórias de Mudança e Preditores de Resultados Terapêuticos*

Investigador(a) responsável: Ana Rita Vaz, Escola de Psicologia, Universidade do Minho (Orientadora)

Outros investigadores: Ana Rita Arieira Ramos, aluna do Mestrado em Psicologia Aplicada (MPA), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Subunidade orgânica: Escola de Psicologia, Universidade do Minho

### PARECER


A Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (SECSH) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *“Monitorização do Tratamento da Anorexia Nervosa: Trajetórias de Mudança e Preditores de Resultados Terapêuticos”*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a SECSH nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 29 de novembro de 2016.

O Presidente

 Digitally signed by  
PAULO MANUEL  
PINTO PEREIRA  
ALMEIDA MACHADO  
Date: 2016.11.29  
12:12:53 Z

Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado