Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Cibelle Cardozo Mendonça

Anorexia Nervosa de Início Precoce, Típico e Tardio – Diferenças na Apresentação Clínica

Dezembro de 2021

Cibelle C. Mendonça **Anorexia Nervosa de Início Precoce, Típico e Tardio – Diferenças na Apresentação Clínica**

UMinho | 2021

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Cibelle Cardozo Mendonça

Anorexia Nervosa de Início Precoce, Típico e Tardio – Diferenças na Apresentação Clínica

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho realizado sob a orientação da
Doutora Ana Rita Rendeiro Ribeiro Vaz
e do
Doutor Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado

Dezembro de 2021

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.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição
CC BY

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Agradecimentos

Agradeço a todos os que caminharam comigo na realização desse trabalho.

Aos meus orientadores Doutora Ana Rita Rendeiro Ribeiro Vaz Doutor Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado, pela atenção, compreensão e paciência.

Aos colegas do grupo GEPA, em especial a Rita Ramos que esteve sempre pronta a ajudar.

Aos meus amigos do Brasil, que mesmo longe, torceram por mim, me incentivaram e me acolheram.

Aos meus amigos de Braga, por tornarem esse caminho mais leve, por cuidarem de mim sempre que precisei e por me darem forças para continuar.

Aos meus pais, responsáveis pela realização desse sonho, por estarem sempre presentes e serem meu maior apoio.

Ao meu irmão Diego Mendonça que me socorreu e me acalmou nos momentos mais difíceis, como sempre fez ao longo de nossas vidas.

Por fim, agradeço a oportunidade que a vida me deu de vivenciar tudo isso, e todo o aprendizado que pude tirar dessa experiência.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico 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.

Assinatura: 

Anorexia Nervosa de Início Precoce, Típico e Tardio – Diferenças na Apresentação Clínica

Resumo

A Anorexia Nervosa (AN) é uma perturbação alimentar grave caracterizada por restrição alimentar e grande perda de peso. Apesar de ser uma perturbação que surge tipicamente na adolescência, existem relatos de casos de anorexia em pacientes no final da infância e pré-adolescência e em pacientes adultos. Estudos tem tentado identificar se há diferenças na apresentação clínica da Anorexia Nervosa em relação a idade em que a perturbação aparece, mas ainda não há um consenso sobre esta questão. O presente estudo analisou diferenças na apresentação clínica de pacientes com Anorexia Nervosa de início precoce, típico e tardio em uma amostra clínica portuguesa no início do tratamento, em termos de história clínica, sintomas alimentares e sintomas de psicopatologia associada. Foram analisados dados já recolhidos em um estudo anterior realizado pelo Grupo de Investigação em Perturbações Alimentares da Universidade do Minho com uma amostra clínica de pacientes diagnosticados com Anorexia Nervosa. Os dados foram tratados no software de análise estatística IBM® SPSS®. O grupo de AN de início tardio apresentou uma maior duração de doença não tratada do que o grupo de AN de início precoce. O grupo de início precoce apresentou maior nível de restrição que os demais grupos e o grupo de início típico apresentou níveis de preocupação com a comida maior que o grupo de início tardio. O grupo de AN de início tardio apresentou mais histórico de sobrepeso e obesidade, e o grupo de início típico apresentou mais comportamento de fazer exercícios.

Palavras-chave: anorexia nervosa, idade de início, perturbações alimentares, psicopatologia.

Early, Typical, and Late Onset Nervous Anorexia - Differences in Clinical Presentation

Abstract

Anorexia Nervosa (AN) is a serious eating disorder characterized by food restriction and heavy weight loss. Despite being a disorder that typically appears in adolescence, there are case reports of anorexia in patients in late childhood and pre-adolescence and in adult patients. Studies have tried to identify whether there are differences in the clinical presentation of Anorexia Nervosa in relation to the age at which the disorder appears, but there is still no consensus on this issue. The present study analyzed differences in the clinical presentation of patients with early, typical and late-onset Anorexia Nervosa in a Portuguese clinical sample at the beginning of treatment, in terms of clinical history, eating symptoms and symptoms of associated psychopathology. Data collected in a previous study carried out by the Research Group on Eating Disorders of the University of Minho with a clinical sample of patients diagnosed with Anorexia Nervosa were analyzed. Data were processed using the IBM® SPSS® statistical analysis software. The late-onset AN group had a longer duration of untreated disease than the early-onset AN group. The early-onset group had a higher level of restriction than the other groups and the typical-onset group had higher levels of concern about food than the late-onset group. The late-onset AN group had more history of overweight and obesity, and the typical-onset group had more exercise behavior.

Keywords: anorexia nervosa, age at onset, eating disorders, psychopathology.

ÍNDICE

Anorexia Nervosa de Início Precoce, Típico e Tardio – Diferenças na Apresentação Clínica 8

Objetivos 11

Método 11

Amostra 11

Procedimento 12

Instrumentos 12

Análise de dados 13

Discussão 18

Conclusão 19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 4

Tabela 2 5

Tabela 3 6

APÊNDICE

Aprovação da Subcomissão de Ética 23

Anorexia Nervosa de Início Precoce, Típico e Tardio – Diferenças na Apresentação Clínica

Anorexia Nervosa (AN) é um tipo de perturbação alimentar caracterizada por uma grande perda de peso ou insucesso em ganhar peso na fase de desenvolvimento. O indivíduo apresenta restrição persistente da ingesta calórica, através de dieta, jejum ou exercício excessivo, e comportamentos de purga como uso de laxativos, e indução ao vômito. Esses comportamentos são motivados por um medo intenso de ganhar peso ou engordar e são acompanhados por uma perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma (American Psychiatric Association, 2014).

Apesar da supracitada baixa ingesta calórica, a Anorexia Nervosa não apresenta necessariamente uma "anorexia" (ausência ou perda do apetite) e sim uma restrição alimentar voluntária causada por este medo de engordar. Outros motivadores encontrados em casos de AN são o asceticismo, a sensação de autocontrole, a competitividade, o perfeccionismo e a baixa autoestima que faz o indivíduo acreditar que não merece comer (Cooper & Fairburn, 2016; Treasure et al., 2015).

A Anorexia apresenta-se em dois subtipos: tipo restritivo e tipo compulsão alimentar purgativa. No tipo restritivo o indivíduo perde peso através de comportamentos de restrição alimentar e/ou exercício excessivo. O tipo compulsão alimentar purgativa é caracterizado pela presença de comportamentos como vômitos auto induzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas (American Psychiatric Association, 2014).

A incidência dessa doença é maior no sexo feminino, e surge mais frequentemente na adolescência ou em jovens adultas, com início dos sintomas aparecendo na puberdade e raramente se manifesta após os 40 anos, mas já foram relatados casos de início anterior a puberdade e casos tardios. Muitas evidências apontam para a idade de 15 a 20 anos como idade comum do primeiro diagnóstico. Estudos de base populacional sugerem que a incidência geral de AN se manteve estática desde 1970. Apesar disso, houve um aumento proporcional nas apresentações de início precoce, ou seja, abaixo dos 14 anos (American Psychiatric Association, 2014; Jenkins et al., 2020; Treasure et al., 2015). A proporção da ocorrência entre sexo feminino e masculino é de 10:1 a 15:1 (American Psychiatric Association, 2014; Treasure et al., 2015).

Em Portugal, um estudo epidemiológico em dois estágios, realizado com uma amostra nacionalmente representativa de sujeitos do sexo feminino no sistema público de educação,

com idade entre 13 e 19 anos, encontrou uma prevalência de anorexia nervosa de 0.39%. (Machado et al. 2007)

Relativamente a hospitalizações relacionadas a perturbações alimentares, outro estudo realizado com amostra nacionalmente representativa, estudada entre os anos de 2000 a 2014 mostrou que AN foi a perturbação mais encontrada nas hospitalizações.

Por conta de sua natureza ego-sintônica (a doença é percebida como positiva pelo indivíduo, pois o ajuda a alcançar seus objetivos de perda de peso) há um atraso na busca por ajuda profissional. Adolescentes tendem a ser levados ao tratamento pelos pais e é necessária uma abordagem multi-informante, contando com pais e cuidadores, para coletar os dados necessários. Quando o pedido de ajuda vem do próprio indivíduo, geralmente está motivado pelas angústias e problemas causados pela anorexia, como problemas de saúde e isolamento social (Neubauer et al., 2014; Treasure et al., 2015).

A restrição alimentar na anorexia pode levar a grave comprometimento nutricional, afetando os sistemas corporais e causando perturbações fisiológicas que vão desde amenorreia e distúrbios nos sinais vitais a perda da densidade óssea. A taxa de mortalidade da Anorexia Nervosa é de 5% por década e ocorre por complicações associadas a perturbação ou a suicídio (12 por 100.000 por ano) (American Psychiatric Association, 2014).

Indivíduos com peso gravemente baixo podem apresentar sintomas depressivos secundários, causados pela semi-inanição, porém, em alguns casos a gravidade dos sintomas pode justificar o diagnóstico de perturbação depressiva. A anorexia pode apresentar comorbidade com perturbação de ansiedade e perturbação depressiva, perturbação obsessivo-compulsiva (TOC) e perturbação por uso de álcool e outras substâncias. O TOC é mais comum na anorexia de tipo restritivo enquanto a perturbação por abuso de álcool e outras substancias se apresenta com mais frequência na anorexia de tipo compulsivo-purgativo, que se caracteriza pela impulsividade (American Psychiatric Association, 2014).

Apesar de tipicamente a anorexia surgir no início da adolescência, casos de pacientes com início precoce da perturbação, antes dos 14 anos, e com início tardio, na fase adulta, são relatados em estudos (Shian Ming et al., 2017;). Matsumoto et al. (2001) diz que ao ocorrer em diferentes estágios do desenvolvimento, seria provável encontrar características diferentes entre sujeitos com início adolescente e tardio. Em relação aos sujeitos com início precoce da anorexia, Van Noort et al. (2018) apresenta uma preocupação especial com o fato de a AN se apresentar em um momento sensível do desenvolvimento, com risco aumentado

de causar atrasos ou prejuízos desenvolvimentais. Esforços tem sido feitos para definir esta diferenciação, mas os resultados ainda são inconclusivos (Jenkins et al., 2020; Shian Ming et al., 2017).

Alguns estudos têm encontrado diferenças significativas entre os casos de anorexia com início precoce, adolescente e tardio. Os dados do estudo de Matsumoto et al. (2001) revelaram diferenças nas taxas de purga e vômito autoinduzido. Indivíduos com anorexia de início precoce apresentaram menores taxas de purga e vômito do que aqueles com início tardio, além de também apresentarem menores taxas de peso extremamente baixo. Mynors-Wallis et al. (1992) encontraram mais eventos de vida e dificuldades no ano anterior ao início dos sintomas em pacientes com anorexia de início tardio, além de apresentarem depressão comorbida com mais frequência e Shian Ming et al. (2017), encontraram diferenças referentes a ansiedade existencial, maior em casos de início tardio, e presença de provocações de colegas, mais frequente nos casos de início precoce.

Outros estudos não identificaram diferenças significativas nos dados encontrados, por exemplo, Cooper et al. (2002) que separou sua amostra entre pacientes pré e pós-púbere não encontrou diferenças na apresentação clínica da anorexia nessas populações e Joughin et al. (1991) obteve resultados similares nas taxas de vômito e purga, menor e maior peso alcançados, duração da doença e peso no início da doença entre os grupos estudados.

Estes estudos, porém, dificilmente poderiam ser comparáveis, pois há uma falta de consenso em relação ao critério de idade usado para definir o que seria um início precoce ou tardio (Jenkins et al., 2020). Matsumoto et al. (2001) usou a idade de 14 anos como ponto de corte entre início precoce e tardio, referindo que esta idade foi frequentemente usada em estudos anteriores. Abbate-Daga et al. (2007) e Neubauer et al. (2014) incluíram uma faixa de idade intermediária em seus estudos, Abbate-Daga et al. (2007) considerou início precoce até 16 anos, intermediário dos 17 aos 19 anos e início tardio a partir dos 20 anos, enquanto Neubauer et al. estipulou até 14 anos para início precoce, 15 a 18 anos para intermediário e a partir dos 19 anos para início tardio. Mynors-Wallis et al. (1992) e Shian Ming et al. (2017) definiram 25 anos como ponto de corte, e Joughin et al. (1991) escolheu a idade de 30 anos. Os dois últimos referiram como justificativa para esta escolha, o fato de serem idades em que o paciente já viveria uma realidade diferente da vivida pelo adolescente. Por fim, como referido anteriormente, o critério usado por Cooper et al. (2002) foi a entrada na puberdade e a menarca.

Todas estas divergências nos resultados e nos desenhos de estudo explicitam a falta de consenso e conhecimento sobre este tema, tornando clara a necessidade de mais investigações nesta área.

O presente estudo se justifica por contribuir com as investigações nesta área pouco explorada e tão importante, pois trata de uma perturbação mental grave. Os conhecimentos obtidos sobre as diferenças na apresentação clínica da Anorexia Nervosa em diferentes fases do desenvolvimento podem levar a maior capacidade de obtenção de diagnóstico rápido e um tratamento mais especializado (Neubauer et al., 2014; Shian Ming et al., 2017).

Objetivos

O objetivo do presente estudo é verificar se existem diferenças na apresentação clínica de pacientes com Anorexia Nervosa de início precoce, adolescente e tardio em uma amostra clínica no início do tratamento. Para tanto este estudo pretende:

- Verificar diferenças em relação a variáveis da história clínica dos pacientes com anorexia nervosa nos três grupos a ser estudados.
- Comparar os três grupos em termos de sintomas alimentares.
- Verificar a presença de sintomas de psicopatologias associadas à Anorexia Nervosa entre os grupos.

Método

Amostra

O presente estudo usou uma amostra clínica de sujeitos que apresentam diagnóstico de Anorexia Nervosa de n = 139, foram utilizados dados já recolhidos em uma investigação maior do Grupo de Investigação das Perturbações Alimentares da Universidade do Minho, que foram coletados em duas unidades colaboradoras especializadas no tratamento das perturbações alimentares, localizadas no Norte e no Centro de Portugal.

Para o presente estudo ficou estabelecido que os sujeitos que apresentaram sintomas condizentes com o diagnóstico de Anorexia Nervosa até 15 anos configuraram o grupo de AN de início precoce, os participantes que desenvolveram este quadro entre os 16 e 18 anos formaram o grupo de AN de início típico e aqueles que apresentaram este quadro a partir dos 19 anos formaram o grupo de AN de início tardio.

Critérios de exclusão foram: dificuldades de leitura e escrita, presença/agravamento de condição médica que impeça a participação no estudo, défice cognitivo.

Apenas as primeiras consultas foram consideradas para este estudo.

Procedimento

Para a recolha dos dados foi feita uma entrevista semi-estruturada para a coleta de informações demográficas e clínicas tais como histórico de perturbações alimentares (PA) e outras perturbações, peso, entre outros conduzidas por psicólogo clínico especializado em perturbações alimentares. Os participantes também foram entrevistados com recurso ao Eating Disorders Examination (Fairburn & Cooper, 1993) – itens de diagnóstico como forma de estabelecer diagnóstico de PA. As entrevistas foram seguidas de uma bateria de testes psicológicos de auto-relato, para avaliar questões acerca da saúde mental, atitude alimentar, auto-regulação emocional e auto-criticismo.

Todos os participantes foram informados dos objetivos do estudo e da possibilidade de desistir em qualquer momento da sua participação. Todos os participantes foram assegurados da independência da prestação de cuidados clínicos relativa à participação no estudo.

Instrumentos

Eating Disorder Examination (EDE) (Fairburn & Cooper, 1993) – itens de diagnóstico: Entrevista semiestruturada que avalia a psicopatologia associada a perturbação alimentar, sintomas de PA e a frequência do comportamento de PA.

Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 1994): questionário de auto-relato constituído por 28 itens que avaliam a psicopatologia da PA. Subdivide-se em quatro escalas, nomeadamente, preocupação com o peso, preocupação com o corpo, preocupação com a alimentação e restrição, e possui boas propriedades psicométricas para as quatro escalas. A resposta a cada item é baseada numa escala de likert de 7 pontos (0-6) e indica o número de dias, considerando os últimos 28 dias, incluindo o dia do preenchimento, em que determinadas atitudes, comportamentos e emoções ocorreram.

Eating Disorder-15 (ED-15) (Tatham et al., 2015): instrumento de auto-relato constituída por 15 itens que remetem para uma avaliação das atitudes em relação à alimentação e da frequência de comportamentos referentes à semana antecedente ao seu preenchimento.

Beck Depression Inventory (BDI) (Beck & Steer, 1988): Medida de auto-relato constituída por 21 itens designados para avaliar a sintomatologia depressiva. O participante terá de responder de acordo com o modo como se sentiu nas duas últimas semanas.

Clinical Impairment Assessment (CIA) (Bohn & Fairburn, 2008): Instrumento de auto-relato composto por 22 itens em que cada item é cotado segundo uma escala de likert de 0 ("Nada") a 3 ("Muito"), indicando a opção que melhor descreve os hábitos alimentares, prática de exercício ou sentimentos em relação à sua alimentação, forma corporal e peso nos últimos 28 dias, inclusive no dia do preenchimento.

Outcome Questionnaire - 45.2 (OQ-45.2) (Lambert & Burlingame, 1996): É um questionário de auto-relato destinado a avaliar os resultados do tratamento associado à saúde mental de clientes. É composto por 45 itens que são cotados numa escala de Likert de 0-5 em que 0 corresponde a "Nunca" e 4 a "Quase sempre", indicando o modo como se tem sentido considerando a última semana, incluindo o dia do preenchimento. A pontuação total que varia de 0 a 180 pontos. Pontuações elevadas indicam elevado desgaste e mau funcionamento. O OQ-45 subdivide-se em 3 escalas, nomeadamente SD (Symtom Distress), IR (Interpersonal Relation) e SR (Social Role).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz, K. L. & Roemer, 2004): é uma medida de 41 itens 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.

Análise de dados

A análise de dados foi feita com recurso ao IBM® SPSS® Statistics 25 para Windows. Foram realizadas análises descritivas de frequências e tabulações cruzadas para medir variáveis categóricas demográficas e ANOVAs de um fator para calcular as médias em variáveis demográficas contínuas. Uma série de análises ANCOVAs foram realizadas, utilizando o IMC e o tempo de evolução da doença como medidas de covariância, para determinar as diferenças nas sintomatologias de perturbação alimentar, sintomas de psicopatologias associadas à anorexia nervosa e regulação emocional, entre os grupos com AN de início precoce, típico e tardio. Análises MANCOVAs foram realizadas para avaliar os resultados das subescalas de algumas das ferramentas de autorrelato aplicados. Estas também utilizaram o IMC e o Tempo de Evolução como covariáveis. As comparações entre os grupos de variáveis categóricas foram

conduzidas por meio de testes de associação qui-quadrado. O teste exato de Fisher foi usado para analisar variáveis categóricas onde as contagens de células eram baixas (n <5). Para todas as análises, a significância foi estabelecida em p <0,05.

Resultados

A amostra total (N=139) tinha idade média de 19.76 ±6.73 anos na altura em que receberam o diagnóstico de Anorexia Nervosa. Destes, 25,9% (N=36) tinham uma idade de diagnóstico de Anorexia Nervosa abaixo de 15 anos, 30,2% (N=42) tinham idade de diagnóstico de AN entre 16 e 18 anos e 43,9% (N=61) tinham idade de diagnóstico de AN a partir dos 19 anos.

Tabela 1

Características dos participantes

	Início Precoce M ±SD ou N (%) N=36	Início Típico M ±SD ou N (%) N=42	Início Tardio M ±SD ou N (%) N=61
Idade	13.94 ±1.21	16.88 ±0.77	25.19 ±6.84
Idade de início dos sintomas	13.36 ±1.70	14.76 ±3.36	22.13 ±8.02
SEXO			
Feminino	35 (27.6%)	39 (30.7%)	53 (41.7%)
Masculino	1 (10.0%)	3 (30.0%)	6 (60.0%)
ESTADO CIVIL			
Solteira	32 (97.0%)	37 (92.5%)	45 (79.3%)
Casada	1 (3.0%)	3 (7.5%)	10 (16,9%)
Divorciada	0 (0%)	0 (0%)	2 (3.4%)
União de Fato	0(0%)	0 (0%)	2 (3.4%)
OCUPAÇÃO			
Estudante	23 (85.2%)	23 (71.9%)	13 (29.5%)
Trabalhador	1 (3.7%)	6 (18.8%)	21 (47.7%)
Desempregada	2 (7.4%)	1 (3.1%)	6 (13.6%)
Sem ocupação	0 (0%)	2 (6.3%)	2 (4.5%)
Reformada	1 (3.7%)	0 (0%)	0 (0%)
Baixa	0 (0%)	0 (0%)	2 (4.5%)

No que se refere às diferenças entre grupos em relação às características clínicas e demográficas (tabela 2) foram encontradas diferenças significativas entre a idade de início dos sintomas de AN e a idade do diagnóstico da perturbação alimentar entre o grupo com início de AN precoce e o grupo com início de AN tardio, onde o grupo de início tardio apresentou maior tempo entre o surgimento dos primeiros sintomas e a idade em que seu quadro configurava a presença de diagnóstico de AN.

Observou-se associação entre o histórico de sobrepeso/obesidade $x^2 = 6.343$, $p = 0.041$, o grupo de início típico de AN teve menos histórico de sobrepeso/obesidade do que o esperado (3.4%) enquanto o grupo de início tardio apresentou mais (26.5%).

Relativamente ao comportamento de fazer exercício com o objetivo de controle de peso, a análise do qui-quadrado apresentou associação significativa $x^2 = 7.757$; $p = 0.021$ com o grupo típico apresentando mais comportamento de fazer exercícios (71.4%) enquanto o grupo de início tardio apresentou menos (36.7%).

Tabela 2

Diferenças entre os grupos de início precoce, típico tardio em relação às características demográficas e clínicas.

	Início Precoce M ±SD ou N (%)	Inicio Típico M ±SD ou N (%)	Início Tardio M ±SD ou N (%)	Valor dos testes	Valor de *p*
	N = 36	N = 42	N = 61		
Idade	19.94 ±8.35	19.76 ±4.45	28.91 ±8.53	Z = 25.10	0.000
Idade de Diagnóstico de AN	13.94 ±1.21	16.88 ±0.77	25.19 ±6.84	Z = 79.26	0.000
Idade do primeiro sintoma de AN	13.36 ±1.70	14.76 ±3.36	22.13 ±8.02	Z = 34.30	0.000
Diferença entre idade do primeiro sintoma de AN e Idade do diagnóstico	0.45 ±1.47	2.61 ±3.60	3.97 ±6.11	Z = 4.811	0,010

História de sobrepeso e obesidade	3 (15,0%)	1 (3.4%)	9 (26.5%)	x^2 = 6.343	0.041
Gravidade da AN				x^2 = 3.842	0.698
Extrema	12 (36.4%)	15 (39.5%)	24 (48.0%)		
Grave	11 (33.3%)	6 (15.8%)	11 (22.0%)		
Moderada	4 (12.1%)	9 (23.7%)	6 (12.0%)		
Leve	6 (18.2%)	8 (21.1%)	9 (18.0%)		
Vômito	6 (42.9%)	9 (32.1%)	10 (37.0%)	x^2= 0.554	0.766
Laxantes	5 (33.3%)	5 (14.8%)	9 (28.1%)	x^2= 2.334	0.338
Exercícios	13 (65.0%)	20 (71.4%)	11 (36,7%)	x^2= 7.757	0.021

A tabela 3 descreve os resultados em relação às diferenças encontradas nos três grupos em relação às atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais, bem como a psicopatologia associada.

O EDE-Q mostrou diferenças entre os três grupos. Na subescala Restrição o grupo de início de AN precoce apresentou maiores níveis de sintomas na escala de Restrição em comparação ao grupo de início de AN tardio quando controlada pelo IMC e pelo tempo de evolução. Nesta mesma subescala o grupo de início de típico de AN também apresentou um resultado maior do que o grupo de início tardio de AN quando controlado pelo IMC.

Na subescala Preocupação com a comida, controlada por IMC e por tempo de evolução, o grupo de início de AN típico apresentou níveis maiores de preocupação do que o grupo de início tardio de AN. Não se encontraram resultados significativos para nenhuma das escalas que avaliam sintomatologia depressiva, comprometimento funcional, desregulação emocional ou urgência negativa, bem como para comportamentos alimentares disfuncionais como vômito, uso de laxantes ou exercícios para o controle do peso.

Tabela 3

Diferenças entre grupos em relação a atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais e psicopatologia associada

	Início Precoce M ±SD ou N (%)	Início Típico M ±SD ou N (%)	Início Tardio M ±SD ou N (%)	Valor de Z	Valor de *p*

BDI	22.66 ±12.74	22.41 ±12.71	19.96 ±10.49	0.678	0.510
	N = 29	N=39	N =57		
OQ-45					
Desconforto subjetivo	47.28 ±15.73	48.70 ±23.01	42.25 ±19.53	1.393	0.253
Relações interpessoais	16.88 ±6.78	16.64 ±8.16	15.66 ±7,73	0.223	0.800
Desempenho do papel social	13,96 ±4.60	14.32 ±6.94	12.92 ±5.89	0.650	0.524
Escore total	78.12 ±25.08	79.67 ±36.46	70.84 ±30.43	1.020	0.364
	N = 25	N = 37	N = 51		
UPPS-Urgência Negativa	2.56 ±0.55	23.58 ±0.72	2.41 ±0.69	1.012	0.367
	N = 28	N = 35	N = 51		
EDE-Q					
Restrição	3.22 ±2.00	2.91 ±2.00	2.03 ±1.83	4.567	0.012
Preocupação com o peso	3,32 ±1,77	3.41 ±1.81	2.78 ±1.61	1.818	0.167
Preocupação com a forma	3.70 ±1.86	3.56 ±1.84	3.08 ±1.74	1.458	0.237
Preocupação com comida	2.21 ±1.54	2.89 ±1.85	1.95 ±1.52	4.338	0.015
Escore total	3.18 ±1.67	3.19 ±1.71	2.41 ±1.47	4.404	0.014
	N = 30	N = 37	N = 55		
CIA					
Escala pessoal	10.04 ±5.41	10.85 ±5.45	9.75 ±5.65	0.418	0.660
Escala cognitiva	6.56 ±4.86	6.91 ±4.57	4.93 ± 4.15	2.194	0.117
Escala social	8.72 ±4.98	8.41 ±4.99	7.22 ±5.07	0.909	0.406
Escore total	25.32 ±13.96	26.17 ±14.08	21.91 ±13.92	1.063	0.349
	N = 25	N = 34	N = 45		
EDRE					
Estratégias	40.46 ±191.60	3.10 ±1.93	2.69 ±1.80	1.495	0.231
Não Aceitação	22.25 ±8.78	22.18 ±10.28	19.61 ±8.60	1.033	0.360
Consciência	15.85 ±6.68	17.62 ± 7.76	15.68 ±6.80	0.920	0.402

Impulsos	17.85 ±5.39	16.50 ±5.93	16.06 ±6.06	0.812	0.447
Objetivos	15.40 ±6.68	16.28 ±7.43	13.40 ±6.50	1.862	0.161
Clareza	15.37 ±5.54	16.31 ±6.01	13.80 ±5.37	1.832	0.165
Escore total	17.35 ±17.97	12.85 ±4.52	12.51 ±4.82	2.317	0.103
	N = 28	N = 34	N = 49		
ED-15					
Preocupação com peso	97.48 ±36.24	101.71 ±35.62	89.36 ±34.43	1.294	0.279
Preocupação com comer	3.53 ±1.39	3.60 ±1.71	2.89 ±1.71	2.212	0.115
Escore total	3.29 ±1.62	3.45 ±1.68	2.88 ±1.58	1.692	0.188
	N = 29	N = 39	N = 58		

Discussão

Estudos anteriores sobre a diferença da apresentação clínica da Anorexia Nervosa de início precoce, típico e tardio, encontraram resultados variados. Enquanto alguns estudos encontraram algumas diferenças significativas entre os grupos determinados, outros estudos não apresentaram nenhuma diferença significativa dentre as variáveis escolhidas para estudo. Os estudos que encontraram diferenças entre os grupos, apresentaram em sua maioria níveis maiores de perturbação alimentar, sofrimento psicológico e social, e maior tempo de duração da doença no grupo de início precoce de AN (Matsumoto et al., 2001; Mynors-Wallis et al., 1992; Shian Ming et al., 2017).

No presente estudo, foram observadas diferenças entre os três grupos em algumas variáveis estudadas, mas o grupo de início de AN precoce apenas mostrou um maior comportamento de restrição alimentar em relação aos outros grupos. Esse comportamento é corroborado por pelos resultados encontrados nas pesquisas de Jenkins et al., 2020 e van Noort et al., 2018). O grupo de início típico também apresentou maior comportamento de restrição do que o grupo de início tardio de AN. Relativamente ao comportamento de preocupação com a comida, o grupo de início típico apresentou níveis significativamente maiores do que o grupo de início tardio de AN.

Diferente da pesquisa de Neubauer et al., 2014, a amostra estudada apresentou um tempo de duração de doença não tratada significativamente maior no grupo de início tardio de AN

do que no grupo de início precoce de AN. O motivo dessa diferença precisaria ser mais profundamente investigado para ser explicado. Como hipótese, pode-se levantar a possibilidade de os indivíduos mais jovens serem levados para atendimento médico pelos pais quando estes percebem os sintomas de Distúrbios Alimentares, enquanto os pacientes mais velhos podem evitar a busca de ajuda médica, já que seus sintomas, apesar de potencialmente causarem sofrimento, os ajudam a atingir seus objetivos de controle de peso.

Não foram encontradas diferenças significativas em relação ao IMC entre os grupos, mas relativamente ao menor peso já alcançado, o grupo de início precoce de AN apresentou peso significativamente mais baixo do que o grupo de início tardio. Já quanto a variável história de sobrepeso e obesidade, o grupo de início tardio apresentou mais sobrepeso e obesidade anterior do que o grupo de início típico de AN.

Os comportamentos de vômito e uso de laxantes não tiveram diferença significativa entre os grupos, mas o comportamento de fazer exercícios foi mais relatado pelo grupo de início típico de AN em relação ao grupo de início tardio de AN.

Não houve diferença significativa relativa a sintomas de psicopatologias associadas, regulação emocional ou outros sintomas de perturbação alimentar entre os três grupos estudados.

Conclusão

O presente estudo tem como base diversas investigações anteriores, e apesar de em muitas variáveis não haverem sido apontadas diferenças significativas entre os grupos estudados, as variáveis que indicaram diferenças significativas apontam numa direção congruente com alguns dos estudos antecessores.

O grupo de início precoce de AN, que normalmente apresenta níveis mais graves da doença, nesse estudo apenas se destacou em duas variáveis: na sub escala de Restrição do EDE-Q e na variável menor peso já alcançado. Apesar de serem apenas duas variáveis de destaque, são variáveis que demonstram a gravidade da doença.

Na subescala Preocupação com a comida do EDE-Q, o grupo precoce não apresentou diferença significativa dos outros grupos, mas houve diferença entre os grupos de início típico e tardio de AN, onde o grupo de início típico teve maiores níveis de preocupação com a comida do que o grupo tardio, seguindo o racional de pacientes que tiveram início da doença mais jovens, apresentam um quadro mais grave de preocupação com a comida do que pacientes que tiveram início dos sintomas mais tardiamente. O mesmo ocorre na variável do comportamento de fazer exercícios.

A variável duração de doença não tratada demostrou um resultado oposto à pesquisa de Neubauer et al., 2014. Um resultado interessante que poderia ser mais profundamente estudado para que seja confirmado ou refutado, bem como para descobrir a razão desse comportamento diferenciado nessa amostra.

Referências

Abbate-Daga, G., Pierò, A., Rigardetto, R., Gandione, M., Gramaglia, C., & Fassino, S. (2007). Clinical, psychological and personality features related to age of onset of anorexia nervosa. *Psychopathology*, *40*(4), 261–268. https://doi.org/10.1159/000101731

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-V-TR. In *American Psychiatric Association* (Vol. 5).

Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.C. (1988).Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evalua-tion. Clinical Psychology Review, 8, 77-100

Bohn, K., & Fairburn, C. G. (2008). The clinical impairment assessment questionnaire (CIA). Cognitive behavioral therapy for eating disorders, 1-3.

Cooper, P. J., Watkins, B., Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (2002). The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, *32*(5), 873–880. https://doi.org/10.1017/S0033291702005664

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire?. *The International journal of eating disorders*, *16*(4), 363–370.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th edition). *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*, *1994*, 317–360.

Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26, 41–54.

Jenkins, Z. M., Chait, L. M., Cistullo, L., & Castle, D. J. (2020). A comparison of eating disorder symptomatology, psychological distress and psychosocial function between early, typical and later onset anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, *8*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00337-w

Joughin, N. A., Crisp, A. H., Gowers, S. G., & Bhat, A. V. (1991). The clinical features of late onset anorexia nervosa. *Postgraduate Medical Journal*, *67*(793), 973–977. https://doi.org/10.1136/pgmj.67.793.973

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.

Matsumoto, H., Takei, N., Kawai, M., Saito, F., Kachi, K., Ohashi, Y., Takeuchi, H., & Mori, N. (2001a). Differences of symptoms and standardized weight index between patients with early-onset and late-onset anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*(1), 66–71. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00278.x

Matsumoto, H., Takei, N., Kawai, M., Saito, F., Kachi, K., Ohashi, Y., Takeuchi, H., & Mori, N. (2001b). Differences of symptoms and standardized weight index between patients with early-onset and late-onset anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*(1), 66–71. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00278.x

Mynors-Wallis, L., Treasure, J., & Chee, D. (1992). Life events and anorexia nervosa: Differences between early and late onset cases. *International Journal of Eating Disorders*, *11*(4), 369–375. https://doi.org/10.1002/1098-108X(199205)11:4<369::AID-EAT2260110411>3.0.CO;2-M

Neubauer, K., Weigel, A., Daubmann, A., Wendt, H., Rossi, M., Löwe, B., & Gumz, A. (2014). Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: Are there differences according to age of onset? *European Eating Disorders Review*, *22*(4), 292–298. https://doi.org/10.1002/erv.2300

Shian Ming, T., Kah Foo, V. K., Zainal, K. A., & Hui Yen, L. (2017). Late- vs. early-onset anorexia nervosa in Asia: Nosological, aetiological, and therapeutic implications. *International Journal of Mental Health*, *46*(3), 227–242. https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1308294

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

Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, U., Frank, G. K., Bulik, C. M., & Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, *1*(November), 1–22. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74

van Noort, B. M., Lohmar, S. K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., Winter, S. M., & Kappel, V. (2018). Clinical characteristics of early onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *26*(5), 519–525. https://doi.org/10.1002/erv.2614

Apêndice

Aprovação da Subcomissão de Ética



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