

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2016/2017

Rita Mariana Henriques Francisco
Bulimia Nervosa e Depressão

março, 2017

FMUP

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Rita Mariana Henriques Francisco
Bulimia Nervosa e Depressão

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria e Saúde Mental

Tipologia: Monografia

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Doutora Isabel Brandão

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Acta Médica Portuguesa

março, 2017

FMUP

Eu, Rita Mariana Henriques Francisco, abaixo assinado, nº mecanográfico 200800647, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 3/4/2017

Assinatura conforme cartão de identificação:

Rita Mariana Henriques Francisco

NOME

Rita Mariana Henriques Francisco

NÚMERO DE ESTUDANTE

200800647

E-MAIL

mimed09142@med.up.pt

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Psiquiatria e Saúde Mental

TÍTULO ~~DISSERTAÇÃO~~/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Bulimia Nervosa e Depressão

ORIENTADOR

Isabel Maria Boavista Vieira Marques Brandão

COORIENTADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input checked="" type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TRABALHO (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TRABALHO.	<input type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 3/4/2017

Assinatura conforme cartão de identificação: Rita Mariana Henriques Francisco

Bulimia Nervosa e Depressão

Bulimia Nervosa and Depression

Autores: Rita Francisco¹, Isabel Brandão²

Filiação:

1. Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2. Professora Auxiliar, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Correspondência:

Rita Mariana Henriques Francisco

Morada: Rua do Jardim nº1 Trutas. 2430-520 Marinha Grande

E-mail: mimed09142@med.up.pt

Título breve: Bulimia Nervosa e Depressão

RESUMO

Introdução: A Bulimia Nervosa (BN) é uma Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA), mais prevalente no sexo feminino e que surge sobretudo na adolescência e no início da idade adulta. Sintomas depressivos e Depressão são mais frequentes nos indivíduos com BN em comparação à população geral e podem estar presentes antes, durante ou após o desenvolvimento de BN. O objetivo deste trabalho é analisar informação recente que relacione BN, sintomas depressivos e Depressão.

Métodos: Conduzimos uma pesquisa bibliográfica nos motores de busca *Pubmed* e *Scopus*, com a seguinte *query*: “bulimia nervosa” AND “depression” AND NOT “anorexia nervosa”. Estudos que relacionavam BN, sintomas depressivos e Depressão foram incluídos.

Resultados: Episódios de compulsão alimentar (ECA), sobretudo a componente de falta de controlo, parecem relacionar-se com patologia do tipo depressivo. Uma elevada frequência de comportamentos compensatórios está relacionada com uma maior gravidade de BN e maior frequência de Depressão. Múltiplos fatores de risco de BN parecem relacionar-se com sintomas depressivos e Depressão, nomeadamente a presença de preocupação excessiva com a imagem corporal, traços de personalidade como a evitação social, a vinculação insegura e a impulsividade, obesidade, abuso de álcool e drogas, trauma e Síndrome de Stress Pós-Traumático (SSPT).

Discussão: Compulsão alimentar e comportamentos compensatórios, característicos de BN, parecem estar relacionados com sintomas depressivos e/ou Depressão. Não existe consenso quanto ao tipo de relação entre BN e Depressão e os fatores envolvidos, apesar do componente de “instabilidade emocional” na BN ser já reconhecido e incluir sintomas depressivos.

Conclusão: O tipo de relação entre BN e Depressão ainda não está completamente esclarecida e carece de investigação futura.

ABSTRACT

Introduction: Bulimia Nervosa (BN) is an eating disorder, which is more prevalent in females and occurs mainly in adolescents and early adulthood. Depressive symptoms and Depression are more frequent in individuals with BN compared to the general population and may be present before, during or after the development of BN. The objective of this study is to analyze recent information linking BN, depressive symptoms and Depression.

Methods: We conducted a literature search on the *Pubmed* and *Scopus* search engines, with the following *query*: "bulimia nervosa" AND "depression" AND NOT "anorexia nervosa". Studies correlating BN, depressive symptoms and Depression were included.

Results: Episodes of binge eating, especially the lack of control component, seem to be related to depressive-type pathology. A high frequency of compensatory behaviors is related to a higher BN severity and a higher frequency of Depression. Multiple BN risk factors seem to be related to depressive symptoms and depression, such as the presence of excessive preoccupation with body image, personality traits such as social avoidance, insecure attachment and impulsivity, obesity, alcohol and drugs abuse, trauma and Post Traumatic Stress Syndrome.

Discussion: Binge eating and compensatory behaviors, characteristic of BN, appear to be related to depressive symptoms and/or Depression. There is no consensus as to the type of relationship between BN and Depression and the involved factors, although the "emotional instability" component in BN is already recognized and includes depressive symptoms.

Conclusion: The relationship type between BN and Depression is not yet fully understood and needs further investigation.

Keywords: Bulimia Nervosa, Depression

INTRODUÇÃO

A Bulimia Nervosa (BN) é uma Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA) que atinge sobretudo o sexo feminino. A prevalência a 12 meses de BN nesta população é de 1 a 1,5%, sendo menos comum no sexo masculino, numa proporção de aproximadamente 10:1.¹

O início e o desenvolvimento desta patologia são bastante variáveis, embora na maioria das situações a BN tenha início na adolescência e idade adulta jovem e persista depois por muitos anos, de forma crónica ou intermitente com períodos de remissão e recorrência.¹

Além da limitação funcional que a patologia acarreta, geralmente na componente de vida social, existe um risco significativamente aumentado de mortalidade comparando com a população geral. O suicídio é uma causa de morte comum na BN e mais de 1/5 dos doentes com BN tentam o suicídio ao longo da vida.^{1,2}

Apesar dos doentes com BN geralmente não exibirem sinais ao exame físico e não existir nenhum teste diagnóstico específico para a doença, o diagnóstico clínico e subsequente tratamento adequado têm um impacto positivo na evolução da doença.¹ Assim, é necessário o diagnóstico diferencial com outras perturbações mentais, sendo que a maioria dos indivíduos com BN sofre de pelo menos uma outra psicopatologia.¹

Perturbações do humor, incluindo Depressão e ansiedade, e sintomas depressivos são mais frequentes em indivíduos com BN, podendo estar presentes antes, durante ou após o desenvolvimento de BN.^{1,3} A presença de Depressão parece estar relacionada com uma maior gravidade de sintomas bulímicos, que melhoram após tratamento com fármacos antidepressivos, e pior prognóstico de BN.³

Este trabalho tem como objetivo rever e explorar a informação dos últimos anos acerca da relação entre BN, Depressão e sintomas depressivos.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa eletrônica nos motores de busca *Pubmed* e *Scopus*, com a seguinte *query*: “*bulimia nervosa*” AND “*depression*” AND NOT “*anorexia nervosa*”. Efetuou-se também pesquisa manual de artigos relacionados a partir das referências bibliográficas das publicações obtidas na pesquisa inicial.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos artigos com data de publicação desde 1/1/2012 até 23/11/2016 que abordassem a temática, independentemente do nível de evidência.

Excluíram-se artigos sem relação com o tema, ou que abordassem apenas um tipo de Perturbação de Comportamento Alimentar que não a BN. Estudos de caso, cartas ao editor e editoriais foram também excluídos, bem como estudos em que a população estudada fosse específica (por exemplo, mulheres militares) ou de uma zona geográfica restrita.

Seleção

A pesquisa inicial identificou 203 artigos (97 artigos na *Pubmed* e 106 artigos na *Scopus*). Após eliminação dos duplicados, 130 artigos foram incluídos. Com leitura de título e resumos e aplicando os critérios de exclusão foram excluídos 52 artigos. Após leitura completa dos artigos foram ainda excluídos 53 artigos.

Por referência cruzada incluíram-se mais 2 artigos, num total de 27 artigos que compõem esta revisão (Fig. 1).

RESULTADOS

1. Bulimia Nervosa

A BN é uma PCA incluída na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID) e no manual mais recente de diagnóstico e estatísticas de perturbações mentais – DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013).¹ É sobretudo caracterizada por episódios de compulsão alimentar (critério A) e comportamentos compensatórios inapropriados com o objetivo de impedir o ganho de peso (critério B) que no seu conjunto constituem os episódios bulímicos.

“Inserir tabela 1 aqui”

O grupo das PCA sofreu algumas alterações na mudança entre o DSM-IV e o DSM-5 e os critérios de diagnóstico de BN foram ligeiramente modificados. A frequência de episódios bulímicos necessária para estabelecer o diagnóstico diminuiu e com esta mudança prevê-se um aumento de prevalência de BN em estudos pós-DSM-5.

1.1. Compulsão alimentar

A compulsão alimentar é definida através de 2 critérios: a quantidade excessiva ingerida num curto espaço de tempo (critério A1) e a sensação de falta de controlo que o doente experiencia (critério A2).^{1,4,5} Episódios de compulsão alimentar onde ambos os critérios estão presentes correspondem a Episódios de Compulsão Alimentar Objetivos (ECAO). Situações em que um indivíduo sente falta de controlo ao comer, mas não ingere efetivamente uma quantidade excessiva, embora a perceção como tal, são chamadas Episódios de Compulsão Alimentar Subjetivos (ECAS).^{1,4,5} Este tipo de episódios isoladamente não constitui critério para compulsão alimentar e BN.

Existe alguma controvérsia em torno da distinção entre ECAO e ECAS e a sua relevância clínica.

Brownstone et al. compararam grupos que apresentavam “apenas ECAO” e “apenas ECAS” e encontraram níveis semelhantes de sintomas de PCA, frequência de comportamentos compensatórios inapropriados e níveis de afeto negativo (sintomas de ansiedade e Depressão), pelo que os autores apontaram a necessidade de incluir ECAS no diagnóstico de BN.⁵ Além disso, o impacto individual dos dois tipos de episódios em adultos foi também avaliado e a frequência de ECAS mostrou estar mais implicada na variação de sintomas de distúrbios alimentares, afeto negativo e traços de personalidade (por exemplo, padrão de vinculação insegura). Estes achados parecem sugerir um papel psicológico diferente para cada tipo de episódio. Os ECAO parecem funcionar como um mecanismo de regulação emocional momentâneo, mais relacionado com impulsividade, enquanto que os ECAS parecem ser um marcador de distúrbio psicopatológico mais abrangente e crónico, e mais relacionado com sintomas depressivos ou de ansiedade.⁵

Outro estudo, desta vez numa população com BN e obesidade, também comparou grupos – “grupo com ECAO” vs. “grupo com apenas ECAS” - e não obteve diferenças significativas. Em ambos, estavam presentes sintomas depressivos de gravidade moderada e comorbidade psiquiátrica frequente.⁶

Na população adolescente, os grupos com “apenas ECAO” e “apenas ECAS” mostraram também semelhanças em múltiplas variáveis, embora o grupo com “apenas ECAS” apresentasse maior nível de Depressão. *Fitzsimmons-Craft et al.* sugeriram 3 possíveis explicações: 1. Adolescentes com “apenas ECAS” podem ter mudanças no passado entre ECAO e ECAS e pela persistência do sentimento de falta de controlo sentem tristeza e desesperança, com aumento de

sintomas depressivos; 2. Os adolescentes sempre tiveram ECAS, associados maioritariamente a distúrbio mais crónico e generalizado, como a depressão; 3. Sintomas depressivos prévios podem influenciar a perceção de falta de controlo. Nesta amostra (adolescentes pré-tratamento), os ECAO surgem mais associados a PCA “mais geral” enquanto que os ECAS parecem indicar sintomatologia mais restritiva e do tipo depressivo.⁷

A componente de falta de controlo, presente nos dois grupos, parece estar então mais relacionada com a psicopatologia da doença do que a quantidade de comida consumida (tamanho do episódio). Foi proposta a eliminação deste critério, que em última análise diferencia os ECAO e ECAS, como definidor de compulsão alimentar na ICD-11.^{4,7} No entanto, *Forney et al.* examinaram a validade do critério de tamanho do episódio, independentemente da falta de controlo e chegaram à conclusão que avaliar o tamanho dos episódios de compulsão alimentar fornece informação útil acerca da gravidade da doença, desinibição, sintomas depressivos, ansiedade e disfunção provocada pela patologia alimentar e permite manter uma boa confiança e homogeneidade no diagnóstico de BN, pelo que os autores sugerem mais investigação nesta área.

4

A importância crescente da componente de falta de controlo na psicopatologia das PCA (tradicionalmente avaliada como “presente/ausente”) pode ser demonstrada pela recente criação de escalas para a sua avaliação, como é o caso da *Eating Loss of Control Scale* (ELOCS).⁸

A caracterização da compulsão alimentar para além dos seus critérios definidores é também clinicamente útil. Indivíduos com BN podem sentir vergonha e tentar esconder os sintomas, então a compulsão alimentar geralmente ocorre em segredo e, embora o tipo de alimentos consumidos seja variável, os indivíduos tendam a consumir alimentos que normalmente evitariam. É frequentemente precedida de afeto negativo entre outros

desencadeantes (por exemplo, fatores interpessoais, restrição dietética, sentimentos negativos relacionados com o peso e forma corporal).¹

A idade de início de compulsão alimentar parece ter valor preditivo de gravidade de BN e sintomas bulímicos, bem como a presença de comorbidades. O início de compulsão alimentar antes dos 18 anos é menos comum do que o aparecimento na idade adulta, mas está relacionado com maior taxa de BN e BN persistente, maior abuso e dependência do álcool e aparecimento mais precoce de sintomas depressivos. No entanto, o aparecimento de compulsão alimentar antes da idade adulta parece ter maiores taxas de Depressão major atual.⁹

A Perturbação de Compulsão Alimentar surgiu no DSM-5 pela primeira vez e corresponde à presença de compulsão alimentar isolada, sem a presença de comportamentos compensatórios, antigamente incluída no grupo das PCA inespecíficas. A mudança entre Perturbação de Compulsão Alimentar e BN é comum e a Perturbação de Compulsão Alimentar no início da adolescência precede com frequência BN na adolescência tardia.^{1,10} Ambos os diagnósticos estão relacionados com sintomas depressivos e baixa qualidade de saúde mental (em adolescentes).¹⁰

1.2. Comportamentos compensatórios

Indivíduos com BN recorrem a comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho ponderal no sentido de compensar a compulsão alimentar. Estes comportamentos incluem comportamentos purgativos como vômitos, o mais frequentemente associado a BN, uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas. Estes comportamentos podem também envolver o uso de hormonas tiroideias e a diminuição/omissão de insulina em indivíduos com DM. O jejum e o exercício físico excessivo são também considerados como

comportamentos compensatórios em indivíduos com BN, apesar de não serem considerados comportamentos purgativos.¹

A frequência de comportamentos compensatórios inapropriados de peso foi adicionada no DSM-5 como marcador de gravidade de BN: leve (1 a 3 vezes por semana), moderada (4 a 7 vezes por semana), grave (8 a 13 vezes por semana) e extrema (14 ou mais vezes por semana).

^{1,11} A presença de sintomas de maior gravidade ou maior incapacidade funcional também podem elevar o nível de gravidade.¹

Na tentativa de validar esta escala de gravidade de BN, um estudo na comunidade, mostrou que o grupo com “BN extrema” tem maiores níveis de compulsão alimentar, preocupações alimentares e Depressão do que os restantes grupos, o que parece apoiar a classificação de gravidade com base na frequência de comportamentos compensatórios inapropriados de peso. No entanto, a possibilidade de outras variáveis clínicas poderem ser úteis para avaliar a gravidade de BN, leva a que seja necessária mais investigação.¹¹

1.3. Frequência de episódios bulímicos

Episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios ocorrem geralmente de forma cíclica – ciclo compulsão/purgação e a sua frequência é também critério de diagnóstico para BN. O atual limite é de pelo menos 1 vez por semana nos últimos 3 meses. (Tabela 1)¹ No anterior DSM-IV, a frequência necessária era maior (2 vezes por semana) e desceu depois de ser sugerido que a frequência como critério era completamente arbitrário e não tinha suporte empírico. Pode até ser possível que qualquer PCA caracterizada por episódios bulímicos independentemente da frequência pertença à categoria de BN. Por enquanto, um estudo, que comparou “grupo BN pelo DSM-IV” com “grupo que transitou para diagnóstico BN após

mudança pelo DSM-5”, mostrou que não existe diferenças psicopatológicas significativas, incluindo Depressão e sintomas de ansiedade, entre os dois grupos, o que apoia o atual limite do DSM-5. ¹²

2. Fatores de risco de BN – relação com sintomas depressivos ou Depressão

Vários modelos e teorias etiológicas de BN têm sido sugeridos ao longo dos anos, não existindo para já um modelo globalmente aceite. Inúmeros fatores comportamentais ou psicológicos, ambientais ou socioculturais e biológicos ou físicos foram identificados como fatores de risco de BN, incluindo fatores de risco específicos de PCA ou transdiagnósticos, conferindo risco para múltiplas patologias. ^{1,13}

Particularmente notável é a presença da componente do afeto negativo e da sintomatologia depressiva em quase todos eles. ¹³ A Depressão tem ainda sido apontada como fator prognóstico de BN. Um estudo concluiu que história de Depressão major estava fortemente associada a BN persistente, sendo que a sua presença indicava uma probabilidade reduzida de recuperação. ¹⁴ Além de parecer associado à persistência da doença, a depressão foi associada a história de tentativas de suicídio em indivíduos com BN. ²

Pretende-se neste tópico descrever alguns dos fatores de risco e manutenção frequentemente implicados na psicopatologia da BN e sua relação com sintomas depressivos ou Depressão.

2.1. Preocupação excessiva com imagem corporal (forma e peso corporais)

Em pré-adolescentes, fatores socioculturais, principalmente a representação da imagem feminina ou masculina veiculadas pelos meios de comunicação social, parecem mediar a

internalização de uma aparência “ideal” de corpo magro e, por comparação corporal, levar ao surgimento de uma preocupação excessiva com a imagem corporal, um dos critérios de diagnóstico de BN (Tabela 1 – critério D).¹⁵ A preocupação e insatisfação corporal são preditivos de maior nível de afeto negativo, baixa autoestima e sintomas depressivos.¹⁵

A auto-objetificação parece ser o mediador que permite a comparação entre corpo “atual” e “ideal” e o posterior surgimento de sentimentos negativos relacionados com o corpo (vergonha, ansiedade relacionada com a aparência).¹⁶

No entanto, o afeto negativo parece também mediar a internalização e comparação, independentemente dos fatores socioculturais ou em sinergia com os mesmos. Esta relação indireta entre afeto negativo, preocupações com imagem corporal e sintomas bulímicos parece não ser imperativa, e níveis elevados de afeto negativo poderão levar diretamente a PCA (método de *coping*) sem a presença de insatisfação corporal e preocupação com o peso e forma corporal.¹⁵

2.2. Traços de personalidade

Inúmeros traços de personalidade e fatores interpessoais têm sido incluídos em modelos de desenvolvimento e manutenção globais de PCA e BN.¹⁷ A evitação social e a vinculação insegura são características de personalidade que parecem aumentar o risco de sintomas de BN e sintomas depressivos.¹⁷

Indivíduos com BN e níveis mais altos de evitação social têm geralmente mais sintomas depressivos e maior psicopatologia de distúrbio alimentar. Colocam-se então duas hipóteses: evitação social “pré-existente” e suas consequências (isolamento, ansiedade, baixo suporte

social) podem aumentar o risco de PCA ou, pelo contrário, a existência de PCA e sintomas depressivos promovem a evitação social.

O comportamento de busca excessiva de confirmação, em indivíduos com elevados níveis de evitação social, parece ainda representar mais um fator de risco para gravidade aumentada de BN e sintomas depressivos, tendo um impacto negativo nos poucos relacionamentos que poderiam ainda eventualmente existir.¹⁷

Existe evidência de que a insatisfação corporal está relacionada com um padrão de vinculação insegura. Os indivíduos com este padrão de vinculação parecem recorrer a sintomas compensatórios inapropriados de perda de peso tentando atingir uma aparência “percebida como ideal”, que diminuiria a hipótese de abandono. Baixa autoestima, atitudes disfuncionais (crenças inapropriadas acerca do próprio) e fatores interpessoais parecem relacionar a vinculação insegura com sintomas depressivos.^{17,18} A vinculação insegura também foi relacionada com tentativa de suicídio em uma de duas amostras de doentes com BN, embora no global nenhum fator interpessoal ou traço de personalidade tenha sido inequivocamente associado a tentativa de suicídio.

2

2.3. Impulsividade

O aparecimento inicial de sintomas de compulsão alimentar e purgação parece ter um componente de impulsividade associado. Com a evolução da doença, a BN inicialmente caracterizada por comportamentos impulsivos torna-se mais compulsiva, pois mesmo conhecendo as consequências deletérias os indivíduos continuam estes comportamentos.¹³ Estas características de BN foram comparadas com o abuso de drogas, cujos modelos parecem similares a esta descrição.¹³

A impulsividade, como característica individual, contribui para comportamentos alterados no momento de tomada de decisões, especialmente na presença de afeto negativo. *Danner et al.* compararam este efeito em indivíduos com BN, PCA e grupo controle, e relataram que o afeto negativo influencia de forma diferente o comportamento de escolha após “castigo” (conhecimento das consequências) nos diferentes grupos. No contexto de afeto negativo, o grupo com BN demonstrou maior impulsividade e tomou decisões menos vantajosas. Este comportamento parece sugerir que o estado emocional do indivíduo (nomeadamente afeto negativo) terá mais influência sobre o comportamento de escolha do que a própria psicopatologia da PCA.¹⁹

2.4. Obesidade

O peso e o índice de massa corporal (IMC) não são critérios de diagnóstico de BN, embora a maioria dos pacientes com obesidade tenha maiores níveis de psicopatologia^{1,20}. Num estudo observacional recente, 80,9% tinham sintomas depressivos major, 11,9% cumpriam critérios para BN e 17,3% tinham critérios para SSPT.²⁰

Na comunidade, a BN parece ter prevalência semelhante no grupo com peso normal ($IMC \leq 25 \text{ kg.m}^{-2}$) e grupo com excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg.m}^{-2}$). Numa amostra de mulheres com BN, 64,1% tinham excesso de peso, com menos restrição alimentar e maior associação com sintomas depressivos do que o grupo com peso normal.²¹ Outro estudo, que faz uma comparação semelhante, não encontrou diferenças significativas na psicopatologia da PCA, apesar de maior nível de insatisfação corporal nos pacientes com excesso de peso, e maior correlação entre alimentação emocional e frequência de ECA nos indivíduos com peso normal. Nesta amostra, 26,6% dos pacientes com BN tinham excesso de peso.²²

Em pré-adolescentes, o tamanho corporal, avaliado pelo IMC, terá relação direta com a preocupações de imagem corporal, que poderão resultar em distúrbios alimentares.¹⁵

2.5. Abuso de álcool e drogas

O abuso de substâncias ocorre frequentemente na BN, incluindo o consumo abusivo do álcool. A impulsividade, traços de personalidade *borderline*, comportamentos auto depreciativos e sintomas depressivos parecem contribuir para o desenvolvimento de alcoolismo em doentes com BN.²³

Ambas as patologias se associam a dificuldades na regulação emocional, depressão e distúrbios neurobiológicos (por exemplo, hipercortisolismo por defeito no eixo hipotálamo-hipófise). No entanto, parece pouco provável que intoxicações alcoólicas em doentes com BN sirvam como mecanismo de regulação emocional reforçado pela descida de afeto negativo após consumo, existindo até um aumento da “tristeza” após cada episódio.²⁴

O álcool parece então funcionar como um mecanismo de manutenção de BN, elevando a sua gravidade e gravidade de sintomas depressivos e poderá ser considerado um subgrupo específico de doentes com BN, sendo necessário o seu rastreio em doentes com BN atual ou passada.^{14,23,24} Apesar de estudos contraditórios, um estudo recente indicou o álcool como um indicador, embora fraco, de prognóstico de BN.¹⁴

2.6. Consumo tabágico

Para já, em indivíduos com BN parece não existir relação entre consumo tabágico atual e passado e gravidade da doença e sintomas depressivos.²⁵

2.7. Trauma e Síndrome de Stress Pós-Traumático

A história de eventos traumáticos, em particular envolvendo violência interpessoal, e Síndrome de Stress pós-traumático (SSPT), são fator de risco para o desenvolvimento de PCA e são indicadores de mau prognóstico.^{1,26}

O abuso emocional infantil, com desenvolvimento de baixa autoestima e instabilidade afetiva, poderá também estar relacionado com sintomas de perturbação alimentar. No entanto, a depressão não parece mediar esta relação entre abuso emocional infantil e perturbação do comportamento alimentar.²⁷

DISCUSSÃO

Uma das particularidades interessantes sobre a patologia de BN é o fato de haver alguma controvérsia a propósito da identificação de ECA. A possibilidade de considerar a componente subjetiva independentemente da objetiva tem sido alvo de investigação e debate, sendo o componente de falta de controlo cada vez mais importante na definição de compulsão alimentar independentemente da quantidade de comida ingerida. Embora ECAS não façam atualmente parte dos critérios de diagnóstico de BN, parecem ter uma implicação clínica semelhante aos ECAO e até com maior relação com psicopatologia mais abrangente, crónica e do tipo depressivo.⁵⁻⁷ A partir destes resultados podemos pensar na BN como tendo um componente emocional e subjetivo importante, também característico de psicopatologia afetiva.

Por outro lado, os comportamentos compensatórios inapropriados, que surgem após ECA, parecem funcionar como um mecanismo de regulação emocional momentâneo e a sua frequência determina atualmente a gravidade da doença.¹ BN com maior gravidade parece apresentar maiores níveis de Depressão.¹¹ Assim, os principais critérios de diagnóstico de BN poderão estar independentemente relacionados com sintomas depressivos e/ou Depressão.

Qual será então o tipo de relação que se estabelece entre a BN e a Depressão? Colocámos 3 hipóteses de resposta a esta pergunta: indivíduos com Depressão prévia poderiam utilizar os sintomas bulímicos como mecanismo de regulação afetiva e conseqüentemente desenvolver BN; indivíduos com BN persistente poderiam resultar em desenvolvimento de Depressão major, pelas conseqüências deletérias que o indivíduo sente; ou a presença de fatores de risco comuns para ambas as patologias faz com que se desenvolvam mais frequentemente em conjunto, ou seja sejam comorbidades.

Apesar de existirem vários modelos etiológicos que relacionam estas duas patologias, o tipo de relação e os fatores envolvidos não são ainda consensuais. Contudo, um modelo multidimensional recente considera a BN como tendo dois componentes básicos: insatisfação corporal e “instabilidade emocional”, sendo a “instabilidade emocional” um conjunto de fatores que incluem sintomas depressivos, traços de personalidade (auto-destrutiva e *borderline*) e impulsividade.³ Esta hipótese coincide em vários estudos incluídos nos resultados deste trabalho.

Limitações

Este trabalho não pretende ser uma revisão sistemática do tema, mas antes uma tentativa de relacionar estudos recentes envolvendo ambas as patologias. A exclusão de “anorexia nervosa” na *query* inicial, numa tentativa de aumentar a especificidade do trabalho, levou a perda de estudos importantes no campo das PCA, que poderiam ter sido úteis sobretudo no caso de anorexia nervosa purgativa. Estudos referentes a patologias do espectro bulímico como a “Perturbação de Compulsão Alimentar” poderiam também ter-se revelado úteis na compreensão do tema pelas características clínicas comuns com a BN. Foram ainda excluídos artigos focados na componente biológica e no tratamento de BN.

CONCLUSÃO

A BN e a Depressão surgem frequentemente associadas e apresentam características clínicas comuns. No entanto, a forma como se relacionam e influenciam mutuamente ainda não está completamente esclarecida e carece de investigação futura.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric A, Force DSMT. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 2013.
2. Pisetsky EM, Wonderlich SA, Crosby RD, et al. Depression and Personality Traits Associated With Emotion Dysregulation: Correlates of Suicide Attempts in Women with Bulimia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23(6):537-544.
3. Vaz-Leal FJ, Rodriguez-Santos L, Garcia-Herraiz MA, et al. The role of depression and impulsivity in the psychopathology of bulimia nervosa. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7(1):25-31.
4. Forney KJ, Bodell LP, Haedt-Matt AA, Keel PK. Incremental validity of the episode size criterion in binge-eating definitions: An examination in women with purging syndromes. *Int J Eat Disord.* 2016;49(7):651-662.
5. Brownstone LM, Bardone-Cone AM, Fitzsimmons-Craft EE, et al. Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, negative affect, and personality dimensions. *Int J Eat Disord.* 2013;46(1):66-76.
6. Palavras MA, Morgan CM, Borges FM, Claudino AM, Hay PJ. An investigation of objective and subjective types of binge eating episodes in a clinical sample of people with co-morbid obesity. *J Eat Disord.* 2013;1:26.
7. Fitzsimmons-Craft EE, Ciao AC, Accurso EC, et al. Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, depressive symptoms, and self-esteem among treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(4):230-236.

8. Blomquist KK, Roberto CA, Barnes RD, White MA, Masheb RM, Grilo CM. Development and validation of the eating loss of control scale. *Psychol Assess*. 2014;26(1):77-89.
9. Brewerton TD, Rance SJ, Dansky BS, O'Neil PM, Kilpatrick DG. A comparison of women with child-adolescent versus adult onset binge eating: results from the National Women's Study. *Int J Eat Disord*. 2014;47(7):836-843.
10. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(3):720-732.
11. Grilo CM, Ivezaj V, White MA. Evaluation of the DSM-5 severity indicator for bulimia nervosa. *Behav Res Ther*. 2015;67:41-44.
12. MacDonald DE, McFarlane TL, Olmsted MP. "Diagnostic shift" from eating disorder not otherwise specified to bulimia nervosa using DSM-5 criteria: a clinical comparison with DSM-IV bulimia. *Eat Behav*. 2014;15(1):60-62.
13. Pearson CM, Wonderlich SA, Smith GT. A risk and maintenance model for bulimia nervosa: From impulsive action to compulsive behavior. *Psychological review*. 2015;122(3):516-535.
14. Keski-Rahkonen A, Raevuori A, Bulik CM, et al. Depression and drive for thinness are associated with persistent bulimia nervosa in the community. *Eur Eat Disord Rev*. 2013;21(2):121-129.
15. Rodgers RF, Paxton SJ, McLean SA. A biopsychosocial model of body image concerns and disordered eating in early adolescent girls. *J Youth Adolesc*. 2014;43(5):814-823.

16. Dakanalis A, Carrà G, Calogero R, et al. The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(8):997-1010.
17. Mason TB, Lavender JM, Wonderlich SA, et al. The role of interpersonal personality traits and reassurance seeking in eating disorder symptoms and depressive symptoms among women with bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 2016;68:165-171.
18. Lunn S, Poulsen S, Daniel SI. Subtypes in bulimia nervosa: the role of eating disorder symptomatology, negative affect, and interpersonal functioning. *Compr Psychiatry*. 2012;53(8):1078-1087.
19. Danner UN, Evers C, Sternheim L, et al. Influence of negative affect on choice behavior in individuals with binge eating pathology. *Psychiatry Res*. 2013;207(1-2):100-106.
20. Quintero J, Félix Alcántara MP, Banzo-Arguis C, et al. Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Ment*. 2016;39(3):123-130.
21. Masheb R, White MA. Bulimia nervosa in overweight and normal-weight women. *Compr Psychiatry*. 2012;53(2):181-186.
22. Rotella F, Castellini G, Montanelli L, Rotella CM, Faravelli C, Ricca V. Comparison between normal-weight and overweight bulimic patients. *Eating Weight Disord*. 2013;18(4):389-393.
23. Vaz-Leal FJ, Ramos-Fuentes MI, Rodriguez-Santos L, et al. Neurobiological and clinical variables associated with alcohol abuse in bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(3):185-192.

24. Pisetsky EM, Crosby RD, Cao L, et al. An examination of affect prior to and following episodes of getting drunk in women with bulimia nervosa. *Psychiatry Res.* 2016;240:202-208.
25. Chao AM, White MA, Grilo CM. Smoking status and psychosocial factors in binge eating disorder and bulimia nervosa. *Eat Behav.* 2016;21:54-58.
26. Brewerton TD, Dansky BS, O'Neil PM, Kilpatrick DG. The Number of Divergent Purging Behaviors Is Associated With Histories of Trauma, PTSD, and Comorbidity in a National Sample of Women. *Eating Disord.* 2015;23(5):422-429.
27. Groleau P, Steiger H, Bruce K, et al. Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: an examination of possible mediating variables. *Int J Eat Disord.* 2012;45(3):326-332.

FIGURAS

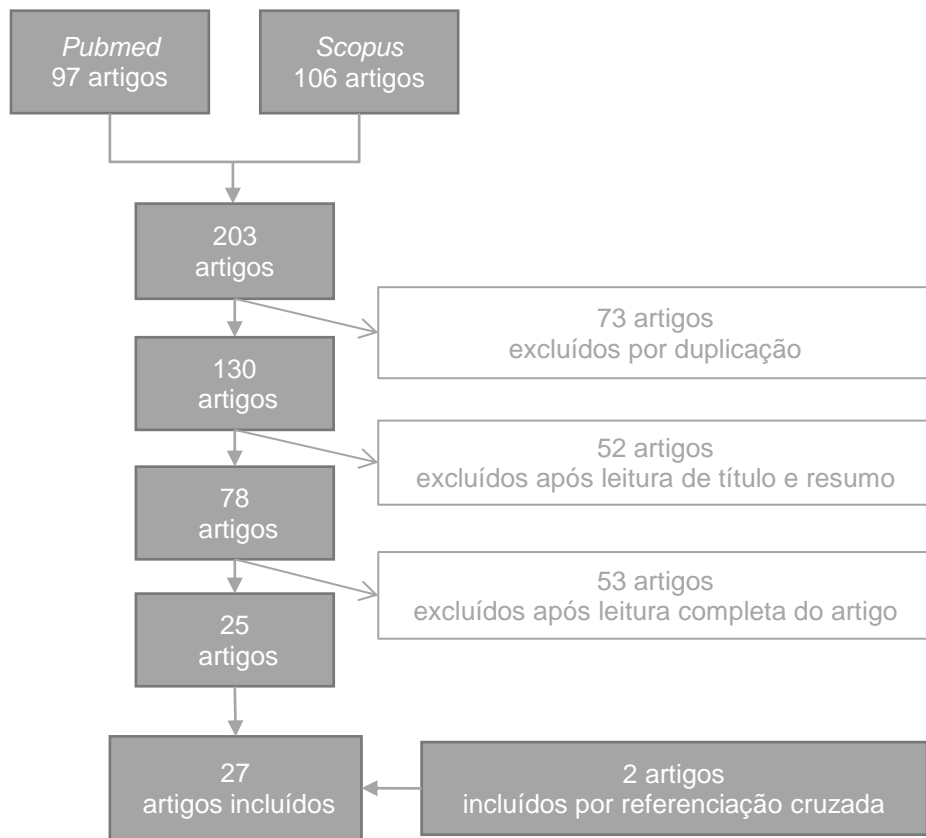


Figura 1. Resultados da pesquisa bibliográfica

TABELAS

Tabela 1. Critérios de diagnóstico de BN de acordo com o DSM-5

<p>A. Episódios recorrentes de <u>compulsão alimentar</u>. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspetos:</p> <p>A1. Ingestão, em um período de tempo determinado (por exemplo, dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período em circunstâncias semelhantes.</p> <p>A2. Sensação de falta de controlo sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está a ingerir).</p>
<p>B. <u>Comportamentos compensatórios</u> inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.</p>
<p>C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo <i>uma vez por semana durante três meses</i>.</p>
<p>D. A <u>autoavaliação</u> é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.</p>
<p>E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p>

ANEXOS

Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2015, 02 Dezembro 2015

1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

Lema: "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site www.actamedicaportuguesa.com e através da Medline com interface PubMed.

A Acta Médica Portuguesa não cobra quaisquer taxas

relativamente ao processamento ou à submissão de artigos.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa, em 2014, foi de aproximadamente de 20% dos mais de 700 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#online> Submissions.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International

Committee of Medical Journal Editors” (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final
4. Concordam que são responsáveis pela exactidão e integridade de todo o trabalho

As condições 1, 2, 3 e 4 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____ (ref. AMP _____)

_____ é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no

tudo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito a *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente re-

vistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

a) aceites sem alterações;

b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;

c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a pré-via autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

d) Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.

c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.

d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.

e) A identidade dos revisores é confidencial.

f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.

g) O editor-chefe tem total independência editorial.

h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.

i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.

j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.

k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.

l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.

m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. NORMAS GERAIS

ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o "AMA Manual of Style", 10th ed. e/ou "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, "Analisámos dados", e não "Os dados foram analisados". Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; "Os auto-res gostariam de agradecer". Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados in-

cluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via "Submissão Online" da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão online terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

Na primeira página/ página de título:

a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo

b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, institui-ção, cidade, país)

c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho

d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito

e) Título breve para cabeçalho

Na segunda página

a) Título (sem autores)

b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referencias a figuras.

c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes:

■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. clinicaltrials.gov). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

A linha de autoria deste tipo de artigos não deverá ex-

ceder quatro autores. Outros contributos poderão ser reco-nhecidos no final do texto, sob o parágrafo "Agradecimentos".

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 referências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

Abreviaturas: Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível re-correr a abreviaturas não consagradas, devem ser defini-das na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

Unidades de Medida: As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos: Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

Legendas: Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A

imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

Tabelas: É obrigatório o envio das tabelas a preto e branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

Quaisquer tabelas submetidas que sejam mais longas/largas do que duas páginas A4 serão publicadas como Apêndice ao artigo.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶,

Figuras: Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

• **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

• **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994¹³ and in multiple sclerosis.¹⁴”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo as separadas por traço.⁵⁻⁹

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula.^{12,15,18}

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quais-quer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, co-municação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM)

Title	Journals	Abbreviations
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals		

Notas: Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação;Volume: páginas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. Acta

Med Port. 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Lei-te C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. Acta Med Port. 2012;25:51-5.

Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. Essential Clinical Anatomy. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: Mc-Graw-Hill; 2002. p. 93-113.

Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

Documento electrónico:

1. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. Biostatistics: a methodology for the health sciences [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas

ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este as-

sunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>.