



Comportamento Alimentar em doentes bipolares – diferenças entre os sexos na pontuação do EAT 26

Joana Alexandre¹, Raquel Ribeiro², Graça Cardoso³

Resumo

O presente estudo pretende comparar a prevalência de perturbações do comportamento alimentar em homens e mulheres bipolares. Cinquenta doentes consecutivos, 30 mulheres e 20 homens, com o diagnóstico de Perturbação Bipolar segundo a CID-10, acompanhados em consulta de psiquiatria, foram avaliados com o questionário *Eating Attitudes Test* (EAT 26) para perturbações do comportamento alimentar. Outras variáveis avaliadas foram: idade, número de anos de escolaridade e de duração da doença, número de internamentos hospitalares devido à doença bipolar, tipo de psicofármacos utilizados e tipo de doença bipolar. As pontuações médias do EAT 26 foram significativamente mais altas nas mulheres do que nos homens (16.4 vs 7.5, $p < .001$). A percentagem de mulheres com pontuações acima do ponto de corte do teste foi também significativamente superior (36.7% vs 0%, $p = .02$). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos nas características demográficas e clínicas dos doentes bipolares. Estes resultados sugerem que as mulheres bipolares têm um aumento de prevalência de perturbações do comportamento alimentar em relação à população geral, mas o mesmo não se verifica nos homens bipolares.

Palavras-chave: Doença Bipolar; Perturbações do Comportamento Alimentar; EAT 26

Abstract

Eating Behaviour in Bipolar Patients – Gender differences in the EAT 26 score

The objective of this study was to compare the prevalence of disordered eating attitudes in bipolar men and women. A group of 50 consecutive patients, 30 women and twenty men, attending a psychiatric outpatient clinic, and meeting ICD 10 criteria for bipolar disorders, was assessed with the self-report questionnaire Eating Attitudes Test (EAT 26). The following variables were also assessed: age, number of years in school, illness duration in years, number of hospital admissions due to bipolar illness, type of medications used, type of bipolar illness. The EAT 26 mean scores were significantly higher in women (16.4 versus 7.5 in men, $p < .001$), and a higher percentage of women had an EAT 26 score above the cut off (36.7% versus 0% of men, $p = .02$). There were no statistically significant differences between the two groups in the clinical and demographic characteristics. These results suggest that there is an increased prevalence of eating disorders in bipolar women compared with the general population, but not in bipolar men.

Keywords: Bipolar Disorder, Eating Behaviour, EAT 26

INTRODUÇÃO

Os doentes bipolares apresentam frequentemente perturbações do comportamento alimentar (PCA), que podem ser consideradas como comorbilidade da doença afectiva. Há uma grande semelhança entre as duas perturbações quanto à sua apresentação clínica, curso da doença, comorbilidades mais frequentes, história familiar e resposta à terapêutica (McElroy *et al.*, 2005). As semelhanças são mais aparentes quando consideramos os seus espectros alargados.

Apesar da extensa investigação em cada uma das patologias, há relativamente poucos estudos que abrangem ambas. Nos estudos existentes encontra-se geralmente um aumento da prevalência de doença bipolar em doentes com PCA e vice-versa. De forma aproximada, as taxas descritas (McElroy *et al.*, 2005) para a prevalência de bulimia nervosa em doentes bipolares variam entre 2,3 e 7,3%; para a *binge eating disorder* entre 8,6 e 13,1 %; para a anorexia nervosa entre 2,0 e 2,4% e para qualquer tipo de perturbação do comportamento alimentar entre 5,9 e 15%. Estes valores são significativamente mais altos que os da população em geral (a prevalência de anorexia nervosa na população geral varia entre 0.02% e 0.07% e da bulimia nervosa entre 0.5% e 4.1% (Sampaio *et al.*, 2005)). A prevalência de doença bipolar em doentes com perturbação do

comportamento alimentar, varia entre 2,3 e 63,6 %. A grande variabilidade deve-se às diferentes metodologias utilizadas (diferentes critérios de doença e de instrumentos utilizados, doentes internados vs doentes da consulta) (McElroy *et al.*, 2005).

No entanto, em todos os estudos, a prevalência de PCA é sempre maior em no sexo feminino, tanto em doentes bipolares, como na população em geral. A proporção de doentes do sexo masculino para doentes do sexo feminino é de 1:10 a 1:20 em populações clínicas (Sampaio *et al.*, 2005). Estima-se, no entanto, que essa proporção seja de 1:3 na população em geral (Sampaio *et al.*, 2005).

A doença bipolar tipo II, a mais frequentemente relacionada com PCA e, em particular, com a bulimia nervosa (McElroy *et al.*, 2005) é também mais frequente no sexo feminino.

Não existem estudos comparativos entre os sexos de prevalência de PCA em doentes bipolares. Os estudos existentes de PCA em doentes bipolares são feitos na sua maioria em populações femininas, e quando incluem doentes de ambos os sexos não fazem referência às diferenças encontradas na prevalência de doença entre eles. Sabe-se que as PCA são mais frequentes em mulheres bipolares que em mulheres da população geral (Alexandre *et al.*, 2006) mas não se sabe se o mesmo ocorre em homens bipolares.



OBJECTIVOS

Comparar a prevalência nos dois sexos de perturbações do comportamento alimentar em doentes bipolares.

MÉTODOS

AMOSTRA

O estudo decorreu de Julho de 2006 a Maio de 2007. Durante este período foram seleccionados 50 doentes consecutivos, acompanhados na consulta de psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, equipa de Queluz, que preencheram os critérios da CID 10 para doença bipolar.

Foram excluídos doentes com perturbações orgânicas cerebrais, com doenças endócrinas, doenças gastrointestinais crónicas ou diabetes.

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Fernando Fonseca e todos os doentes deram o seu consentimento informado para participação no estudo por escrito.

INSTRUMENTOS

Foi aplicado aos doentes o questionário *Eating Attitudes Test* (EAT). O questionário EAT foi desenvolvido por Garner e Garfinkel em 1979 (Garner & Garfinkel, 1979) e é uma escala tipo Likert auto-administrada que avalia sintomas de PCA. Inclui 26 perguntas com cinco hipóteses de resposta, a sua pontuação total varia entre 0 e 78 e valores mais elevados correspondem a maior presença de sintomatologia. Valores acima de 20, considerado o ponto de corte, são sugestivos de PCA, mas não fazem necessariamente o diagnóstico de doença nem permitem fazer diagnósticos diferenciais entre as diversas perturbações do comportamento alimentar (Mintz & O'Halloran 2000). As pontuações do EAT 26 iguais ou superiores a 20 têm uma alta probabilidade de estar associadas a uma perturbação do comportamento alimentar segundo critérios DSM IV (Mintz & O'Halloran 2000) (sensibilidade de 77% e especificidade de 94%). O questionário foi validado para populações femininas e masculinas (Boerner et al., 2004). Foi traduzido e validado para várias línguas e culturas. A versão em português (utilizada neste estudo) foi validada no Brasil (Nunes et al., 1994).

Foram também recolhidos dados demográficos e clínicos dos doentes: idade, número de anos de escolaridade, número de anos de duração da doença bipolar, número de internamentos hospitalares, tipo de psicofármacos tomados e tipo de doença bipolar (segundo classificação de Akiskal e Pinto – de Bipolar I a Bipolar IV (Akiskal & Pinto, 1999)).

Os dados foram analisados estatisticamente utilizando o programa SPSS (v13.0).

RESULTADOS

A amostra, constituída por 30 doentes do sexo feminino e 20 do sexo masculino, apresentou uma idade média de 40.5 anos (variando dos 19 aos 63 anos), uma escolaridade média de 10.9 anos, uma duração média de 10.8 anos de doença. A percentagem de doentes que apresentou hospitalizações prévias foi de 52%. A percentagem de doentes com doença bipolar tipo I foi de 42%, tipo II foi de 34%, tipo III foi de 18% e tipo IV 6%.

As características demográficas e clínicas dos doentes do sexo feminino e sexo masculino estão resumidas na Tabela 1.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos nas variáveis: idade, número de anos de escolaridade, número de anos de doença bipolar, existência de internamentos psiquiátricos prévios, tipo de psicofármacos e tipo de doença bipolar. O grupo dos doentes bipolares do sexo feminino apresentou uma pontuação média do EAT significativamente mais alta (16.410.7 versus 7.55.2 nos homens, $p < .001$) tal como uma maior percentagem com pontuações acima do ponto de corte do EAT (11 versus nenhum doente do sexo masculino, $p = .02$).

DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo sugerem a existência de PCA numa percentagem muito acentuada de doentes bipolares do sexo feminino, o mesmo não acontecendo nos doentes bipolares do sexo masculino.

Com efeito, estudos anteriores (McElroy et al., 2005) que avaliaram doentes bipolares citam prevalências de PCA entre os 6 e os 15% para doentes de ambos os sexos, resultados inferiores aos encontrados no presente estudo (22% para toda a amostra e 37% para o sexo feminino). Em todos os estu-

Tabela 1 – Comparação entre características demográficas e clínicas de doentes bipolares do sexo feminino e do sexo masculino

	Sexo feminino (n=30)	Sexo Masculino (n=20)	Análise estatística	p
Idade, anos, média x (desvio padrão s)	40.2 (11.6)	40.9 (12.1)	$r = -0.21$.83
Anos de escolaridade, x (s)	10.7 (3.9)	11.1 (23.6)	$r = -0.37$.71
Anos de doença, x (s)	10.8 (8.7)	10.9 (10.1)	$r = -0.03$.98
N. de internamentos prévios (%)	16(53.3)	10 (50.0)	$\chi^2 = 0.05$.82
N. terapêutica com valproato (%)	7 (23.3)	8(40.0)	$\chi^2 = 1.58$.21
N. terapêutica com lítio (%)	14 (46.7)	14 (70.0)	$\chi^2 = 0.10$.10
N. terapêutica com antidepressivos (%)	26 (86.7)	14 (70.0)	$\chi^2 = 2.08$.15
N. terapêutica com antipsicóticos (%)	27(90.0)	14 (70.0)	$\chi^2 = 3.25$.07
N. doença bipolar tipo I %	10 (33.3)	11 (55.0)	$\chi^2 = 5.51$.14
Pontuação do EAT 26, x (s)	16.4 (10.7)	7.5 (5.0)	$t = 3.96$	<.001
N. de doentes com pontuação EAT 26 >20(%)	11 (36.7)	0	Fisher	.02

dos disponíveis na base de pesquisa MEDLINE em que o EAT foi aplicado a mulheres (Johnson & Bedford 2004, 1996, Hoerr et al 2002, Jonat & 2004, Klawe et al 2003, Makino, Hashizume et al 2006, Makino et al 2006, 2005, et al 2004) o valor mais alto para a percentagem de mulheres com pontuação acima do ponto de corte foi de 20,3% (em adolescentes gregas), valor mesmo assim muito inferior ao obtido neste estudo (37%).

Por outro lado, num estudo feito no Canadá em 343 pessoas sem qualquer patologia (Johnson & Bedford 2004), a pontuação média do EAT em mulheres entre os 18 e os 34 anos foi de 10,6 (com 19,2% acima do ponto de corte) e em mulheres dos 35 aos 64 anos foi de 8,0 (8,2% acima do ponto de corte). Estes valores são muito mais baixos que os obtidos neste estudo para as doentes bipolares (16,4).

Não existem, na literatura consultada, valores de referência em doentes bipolares do sexo masculino, passíveis de comparação com os do presente estudo. No estudo canadiano já referido (Johnson & Bedford 2004), realizado numa população geral, a

pontuação média do EAT em homens dos 35 aos 65 anos (aproximadamente a faixa etária da presente amostra), foi de 4,2 e nenhum homem apresentou pontuações acima do ponto de corte. No presente estudo a pontuação média do EAT 26 no sexo masculino foi de 7,5 e também nenhum doente apresentou pontuações acima do ponto de corte. Globalmente, em estudos disponíveis na base de pesquisa MEDLINE em que o EAT foi aplicado a homens (Johnson & Bedford 2004, 1996, Hoerr et al 2002, Jonat & 2004, Klawe et al 2003, Makino, Hashizume et al 2006, Makino et al 2006, 2005, et al 2004), o valor mais alto para percentagem de homens com pontuação acima do ponto de corte foi de 8,3% (em adolescentes canadianos). Pelos valores referidos, as pontuações do EAT 26 nesta amostra de homens bipolares parecem não se afastar muito das pontuações de indivíduos saudáveis da mesma faixa etária, ao contrário do que ocorre na amostra de mulheres bipolares neste estudo.

Este estudo apresenta duas limitações principais. A primeira é a falta de validação da versão do EAT 26 para a população portuguesa. Com efeito, o



questionário foi validado em português para a população brasileira, o que tornou necessário mudar os tempos verbais de duas questões para ficarem mais adequadas ao português de Portugal ("Me sinto" foi modificado para "Sinto-me"). A segunda limitação decorre do facto de não ter sido aplicada uma entrevista estruturada para o diagnóstico de doença bipolar.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo, pioneiro nesta área, sugerem a existência de uma muito alta prevalência de perturbações do comportamento alimentar em doentes bipolares do sexo feminino, mas não em doentes bipolares do sexo masculino. Para a sua confirmação parece necessário o desenvolvimento de investigação que utilize populações de maior dimensão e entrevistas clínicas estruturadas de diagnóstico de doença bipolar.

Referências

- McElroy, S., Kotwal, R., Keck, P. & Akiskal H. (2005). Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord.* 86(2-3):107-127.
- Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I. & Jorge Z. (1999). Doenças do comportamento alimentar – Manual para o Clínico Geral. Ed. Bial.
- Alexandre, J., Ribeiro, R., Ginestal, R. & Cardoso, G. (2006). Comportamento alimentar em doentes bipolares do sexo feminino – estudo comparativo com grupo de controlo. *Comportamento Alimentar.* 3(8): 1-7.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 9:273-279.
- Mintz, L. & O'Halloran, M. (2000). The Eating Attitudes Test – validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess.* 74(3): 489-503.
- Boerner, L., Spillane, N., Anderson, K. & Smith, G. (2004). Similarities and differences between women and men on eating disorder risk factors and symptom measures. *Eat Behav.* 5(3):209-22.
- Nunes, M., Bagatini, L., Abuchaim, A. & Kunz, A. (1994) Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL.* 16(1):7-10.
- Akiskal, H. & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum. *Psychiatr Clin North Am.* 22(3):517-534.
- Johnson, C. & Bedford, J. (2004). Eating attitudes across age and gender groups: a Canadian study. *Eat Weight Disord.* 9(1):16-23.
- Buddeberg-Fischer, B., Bernet, R., Sieber, M., Schmid, J. & Buddeberg, C. (1996). Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand.* 93(4):296-304.
- Hoerr, S., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T. & Keast, D. (2002). Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *J Am Coll Nutr.* 21(4):307-314.
- Jonat, L. & . (2004). Disordered eating attitudes and behaviours in the high-school students of a rural Canadian community. 9(4):285-289.
- Klawe, J., Szady-Grad, M., Drzewiecka, B., Tafil-Klawe, M. (2003). [Eating disorders among students of the Medical University in Bydgoszcz]. *Przegl Lek.* 60(6):40-42.
- Makino, M., Hashizume, M., Yasushi, M., Tsuboi, K. & Dennerstein, L. (2006). Factors associated with abnormal eating attitudes among female college students in Japan. *Arch Womens Ment Health.* 9(4):203-208.
- Makino, M., Hashizume, M., Tsuboi, K., Yasushi, M. & Dennerstein, L. (2006). Comparative study of attitudes to eating between male and female students in the People's Republic of China. *Eat Weight Disord.* 11(3):111-117.
- Stein, D., Zemishlani, C., Shahal, B. & Barak, Y. (2005). Disordered eating in elderly female patients diagnosed with chronic schizophrenia. 42(3):191-197.
- Yannakoulia, M., Matalas, AL., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., Passos, M. & Klimis-Zacas, D. (2004). Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eat Weight Disord.* 9(2):126-133.

Autoras

- ¹ Joana Alexandre
Assistente Hospitalar – Hospital Fernando Fonseca, Amadora
- ² Raquel Ribeiro
Interna do Internato Complementar de Psiquiatria – Hospital Fernando Fonseca, Amadora
- ³ Graça Cardoso
Directora de Serviço – Hospital Fernando Fonseca, Amadora

Contactos

joanaalexandre@gmail.com
raquel.bon.ribeiro@gmail.com
gracacardoso@gmail.com

Endereço para correspondência:

Joana Alexandre
Serviço de Psiquiatria
Hospital Fernando Fonseca
IC19
2720 Amadora