

Diabulimia: uma revisão do distúrbio alimentar da diabetes mellitus tipo 1

Bruno Miguel Carvalho da Costa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Doutora Rosa Silva
Coorientador: Prof. Doutor Joaquim Cerejeira

fevereiro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Bruno Miguel Carvalho da Costa, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 43262 de/o Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 26/2/2025



(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os que me apoiaram neste longo trilha que é o curso de medicina, em especial à minha família: os meus avós Serafim e Maria e os meus pais, Marcelino e Isabel. Dedico também à minha namorada Pilar, que comigo também trilha este caminho.

*The truth is...
I'm freaking out about this whole
"Man" I'm supposed to be
I'm nervous now 'cause she can't know
I'm desperately in need
'Cause up here is hard to reach
Fly down, fly down*

Stephen – Fly Down

Agradecimentos

Um agradecimento à Dra. Rosa Silva pela ajuda não só com este trabalho, como também na escolha do próprio tema, assim como agradeço ao Dr. Joaquim Cerejeira pela sua ajuda extra e sugestões.

Um agradecimento especial à minha família por todo o apoio e ajuda, sem eles não poderia estar onde estou, no curso que estou.

Um agradecimento à Pilar por ser o meu suporte ao longo do curso, por me incentivar e nunca me ter deixado desistir de nada.

Aos meus amigos, próximos ou não, mas que todos os dias me levam a tentar ser um pouco melhor, o meu agradecimento.

Prefácio

O impacto da diabetes na saúde mental dos pacientes sempre me intrigou e me fez procurar por mais informação. Quando a minha orientadora, Dra. Rosa Silva, referiu o termo de diabulimia, deixou-me intrigado, não só pelo facto de nunca ter ouvido tal termo durante o meu percurso académico, mas também pelo mecanismo de doença em si. O tema que tinha pensado inicialmente para a minha tese, o impacto psicológico do diagnóstico de diabetes no paciente e na família do mesmo, rapidamente foi alterado para o atual, a diabulimia e as suas nuances.

Resumo

O controlo rigoroso da alimentação em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 é crucial para a boa gestão da glicemia, pode evoluir para um foco excessivo no próprio peso e na ingestão calórica, insatisfação com a própria imagem corporal e problemas de autoestima, aumentando o risco de desenvolver perturbações alimentares, nomeadamente a diabulimia. Esta revisão aborda as principais características da diabulimia, como rastreio, diagnóstico e tratamento, referindo também outras informações como a prevalência e os principais obstáculos que esta patologia levanta, com o objetivo de capacitar e trazer mais atenção para esta doença pouco abordada e desconhecida por muitos.

A diabulimia é um transtorno alimentar complexo, subdiagnosticado e pouco conhecido. É caracterizada pela omissão intencional de insulina de modo a controlar o peso em indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 1, acarretando graves riscos não só para a saúde psicológica, como também para a saúde física. As consequências médicas desta patologia, devido ao constante estado de hiperglicemia, podem ser severas e incluem cetoacidose, danos orgânicos e vasculares a longo prazo e aumento da morbidade e mortalidade. Aos distúrbios metabólicos associam-se os impactos psicológicos, como ansiedade, depressão e isolamento social. A diabulimia tem uma maior prevalência na população jovem com diabetes *mellitus* tipo 1, podendo chegar a valores de 40% de incidência, atingindo em especial as mulheres com diabetes *mellitus* tipo 1. Esta entidade apresenta desafios no diagnóstico, não só pelo estigma associado, mas também pelo desconhecimento dos profissionais de saúde na sua identificação. O diagnóstico é clínico, isto é, centrado numa história clínica bem elaborada, num indivíduo com mau controlo glicémico, podendo ser auxiliado pelos valores de hemoglobina glicada. A ferramenta mais importante para a minimização do impacto da doença é o rastreio precoce oportuno, realizado através de questionários de rastreio dirigidos. O tratamento assenta fortemente numa rede de apoio fidedigna, com necessidade de suporte psicológico adaptado às atitudes, desejos e necessidades do indivíduo. A colaboração interdisciplinar entre profissionais de saúde e a rede de suporte familiar e social da pessoa com diabulimia tem grande peso no sucesso do tratamento, sendo por isso de elevada importância capacitar e educar tanto as pessoas com diabetes como aqueles que as rodeiam. Não esquecendo que a formação da equipa de profissionais de saúde é fundamental, não só na identificação da diabulimia, como na sua abordagem e tratamento. Como tal, é importante aumentar a consciencialização, aprimorar as

ferramentas de rastreio e diagnóstico, criar critérios específicos de diagnóstico e desenvolver novas e melhores intervenções baseadas na evidência, para mitigar os efeitos devastadores a curto e longo prazo da diabulimia e melhorar os resultados.

Palavras-chave

Diabulimia; Diabetes *mellitus* tipo 1; Bulimia; Distúrbio alimentar; Omissão de insulina

Abstract

The strict control of diet in patients with type 1 diabetes *mellitus* is crucial for proper blood glucose management. However, it can lead to an excessive focus on body weight and calorie intake, dissatisfaction with body image, and self-esteem issues, increasing the risk of developing eating disorders, particularly diabulimia. This review discusses the main characteristics of diabulimia, including screening, diagnosis, and treatment, while also covering aspects such as prevalence and key challenges associated with this condition, with the goal of raising awareness by shedding light on this underrecognized and poorly understood disorder.

Diabulimia is a complex, underdiagnosed, and little-known eating disorder. It is characterized by the intentional omission of insulin to control weight in individuals with type 1 diabetes *mellitus*, posing serious risks not only to their psychological health but also to physical well-being. The medical consequences of this condition, due to the persistent state of hyperglycemia, can be severe and include ketoacidosis, long-term organ and vascular damage, and increased morbidity and mortality. Alongside metabolic disturbances, psychological impacts such as anxiety, depression, and social isolation are also prevalent. Diabulimia has a higher prevalence among young people with type 1 diabetes *mellitus*, with incidence rates reaching up to 40%, particularly affecting women with the condition. Diagnosing this disorder presents challenges, not only due to the stigma associated with it but also because healthcare professionals often lack awareness of its identification. Diagnosis is clinical, based on a well-structured medical history in individuals with poor glycemic control, which can be supported by glycated hemoglobin values. The most important tool for minimizing the impact of the disease is timely early screening, carried out through targeted screening questionnaires. Treatment relies heavily on a trustworthy support network, requiring psychological assistance tailored to the individual's attitudes, desires, and needs. The success of treatment is significantly influenced by interdisciplinary collaboration between healthcare professionals and the patient's family and social support network. Therefore, it is crucial to educate and empower both individuals with diabetes and those around them. Additionally, the training of healthcare teams is fundamental, not only for identifying diabulimia but also for effectively addressing and treating it. As such, increasing awareness, improving screening and diagnostic tools, establishing specific diagnostic criteria, and developing new and better evidence-based interventions are essential steps to mitigate the devastating short- and long-term effects of diabulimia and improve patient outcomes.

Keywords

Diabulimia; Type 1 diabetes *mellitus*; Bulimia; Eating disorder; Insulin omission

Índice

Dedicatória.....	v
Agradecimentos	vii
Prefácio	ix
Resumo	xi
Palavras-chave	xii
Abstract	xiii
Keywords.....	xiii
Lista de Figuras.....	xvii
Lista de Acrónimos	xix
1.Introdução	1
1.1 Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1	1
1.2 Perturbações Alimentares.....	1
1.3 Objetivo.....	2
1.4 Material e Métodos	2
2.Diabulimia	3
2.1 Patologia	3
2.2 Prevalência e fatores de risco	4
2.3 Consequências	7
3.Rastreio	9
4.Tratamento	15
5.Conclusão e Perspetivas Futuras	21
6.Referências Bibliográficas.....	25

Lista de Figuras

Figura 1 – Consequências da redução ou omissão de insulina em pacientes com DM1.....	7
Figura 2 – Algoritmo de rastreio da omissão de insulina através de medições regulares de HbA1c.....	11
Figura 3 – Alguns dos passos mais importantes no tratamento da Diabulimia.....	19

Lista de Acrónimos

GRP	Gabinete de Relações Públicas
UBI	Universidade da Beira Interior
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1
PA	Perturbação Alimentar
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition</i>
ICD-10	<i>International Classification of Diseases, 10th Revision</i>
IMC	Índice Massa Corporal
HbA1c	Hemoglobina Glicada
CAD	Cetoacidose Diabética
LRA	Lesão Renal Aguda
DEPS	<i>Diabetes Eating Problem Survey</i>
DEPS-R	<i>Diabetes Eating Problem Survey-Revised</i>
EAT-26	<i>Eating Attitudes Test</i>
EDI	<i>Eating Disorder Inventory</i>
EDE-Q	<i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i>
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
mSCOOF	<i>Modified SCOOF</i>
BBC	<i>British Broadcasting Corporation</i>
BMI-SMT	<i>The Body Mass Index Silhouette Matching Test</i>

Folha em branco

1.Introdução

1.1 Diabetes *Mellitus* Tipo 1

A diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é uma patologia com origem da relação entre fatores genéticos, ambientais e imunológicos. É causada por um processo destrutivo, geralmente autoimune, das células beta pancreáticas produtoras de insulina. Este processo leva à deficiência parcial ou até mesmo total desta hormona. Apesar de se desenvolver mais frequentemente na infância ou em jovens adultos, a DM1 pode ocorrer em qualquer idade. Os ilhéus pancreáticos são infiltrados por linfócitos. Quando todas as células beta pancreáticas estão destruídas, o processo inflamatório diminui e os ilhéus atrofiam. Os mecanismos exatos pelos quais se dá esta destruição não são ainda totalmente conhecidos. (1).

Segundo o Observatório Nacional da Diabetes, em 2021 havia mais de 1,2 milhões de crianças e jovens com DM1, tendo havido uma tendência crescente desta prevalência nos últimos anos (2).

O tratamento da DM1 requer uma equipa multidisciplinar que proporcione ao paciente um cuidado abrangente. Os membros da equipa incluem um especialista em medicina geral e familiar, médico com competência em diabetes *mellitus*, um educador certificado em diabetes *mellitus* e um nutricionista. Quando surgem complicações associadas à diabetes *mellitus*, são essenciais outros especialistas das áreas das complicações. O tratamento farmacológico de eleição é a insulina injetável (1).

1.2 Perturbações Alimentares

As perturbações alimentares (PA) são caracterizadas como perturbações persistentes da alimentação ou comportamentos relacionados com a alimentação que resultam num consumo alterado de alimentos que prejudica a saúde física e o funcionamento psicossocial do paciente. Apesar de haver diferentes categorias diagnósticas, as PA têm muitas características em comum e os pacientes frequentemente se movem entre elas, sugerindo mecanismos comuns de doença (3,4).

As estimativas da prevalência de PA variam muito conforme a amostra, tipo de perturbação e os métodos de avaliação utilizados. Contudo, é consensual que as PA são mais frequentes em pacientes do sexo feminino do que do sexo masculino, com Fairburn et al. a concluir que a prevalência de PA em mulheres é 16 vezes superior à dos homens (3,4).

As PA são uma importante causa de morbilidade física e psicossocial em adolescentes e jovens adultos, sendo que a grande maioria destas são diagnosticadas nesta mesma faixa etária (3,4).

1.3 Objetivo

Com este trabalho pretendo abordar as principais características da diabulimia, como rastreio, diagnóstico, tratamento e os principais obstáculos que esta patologia levanta, com o objetivo final de tornar esta patologia mais conhecida e fomentar a curiosidade da comunidade médica a estudar e criar mais estudos acerca da diabulimia.

1.4 Material e Métodos

Para o desenvolvimento da presente monografia foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados *Pubmed*, de março a julho de 2024, tendo sido utilizados os seguintes termos de pesquisa: *weight loss*, *eating disorder*, *insulin omission*, *intencional insulin omission* e *diabulimia*. Estes termos foram associados a operadores booleanos, sendo o algoritmo de pesquisa final o seguinte: (((*Weight Loss*) OR (*Eating Disorder*)) AND ((*Insulin Omission*) OR (*Intencional Insulin Omission*))) OR (*Diabulimia*).

Os critérios de exclusão dos artigos foram baseados no título e na leitura dos respetivos *abstracts*. A não existência de uma correlação clara entre o conteúdo dos *abstracts* e o tema abordado foi o fator determinante na exclusão dos mesmos.

Só foram incluídos artigos publicados entre 2004 e 2024, disponíveis na íntegra no idioma português ou inglês. Nesta fase foram selecionados um total de 72 resultados.

Por fim, os artigos foram escolhidos após a sua leitura e análise integral, totalizando um número final de 46 artigos.

Esta revisão foi redigida cumprindo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

2. Diabulimia

2.1 Patologia

A diabulimia é uma perturbação alimentar que afeta indivíduos diabéticos, sendo especialmente prevalente em pacientes com DM1. O termo foi introduzido em 1997 pelo Dr. Stuart Brink, endocrinologista sênior do *New England Diabetes and Endocrinology Center*, com o objetivo de descrever o comportamento de um subconjunto de jovens com DM1, principalmente raparigas, que aprenderam que omitir insulina permite que tenham compulsões alimentares sem aumento de peso, distinguindo assim de outras PA. Em vez de utilizar laxantes ou induzir o vômito, estes pacientes omitiam insulina (5). Sendo assim, a diabulimia caracteriza-se pela prática deliberada de omitir ou reduzir doses de insulina com o objetivo de perder peso ou prevenir o seu ganho. Este comportamento resulta em várias alterações metabólicas graves. A omissão de insulina impede que a glicose seja absorvida pelas células, levando à sua expulsão renal, fenómeno conhecido como glicosúria. Este processo resulta numa perda significativa de água por diurese osmótica, levando a desidratação e redução do peso corporal. Além disso, o organismo recorre a proteínas e gorduras como fontes alternativas de energia, desencadeando a cetogénese, que transforma estas proteínas e gorduras em corpos cetónicos. Estes últimos são então usados como fontes de energia, o que intensifica ainda mais a perda de peso e, simultaneamente, a perda de apetite (6–9).

A diabulimia, contudo, ainda não é reconhecida como um diagnóstico distinto nas classificações psiquiátricas internacionais, como a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), sendo vista como uma manifestação particular de perturbações alimentares típicas, como a anorexia ou bulimia nervosas (10–12).

Vários outros termos foram já utilizados, inclusive um termo muito usado é o de “*disordered eating*” ou “distúrbios alimentares” (10), contudo este é um termo que inclui não só os comportamentos típicos da diabulimia, como também outros que, por si só, não são suficientes para se enquadrarem numa definição de PA. Sendo o termo diabulimia cada vez mais usado não só pela comunidade científica, como também pelos pacientes, torna-se premente avaliar se será benéfico não só estipular este como o único termo para esta patologia, como também diferenciá-la de outras patologias. Através da criação de critérios de diagnóstico próprios, de modo a permitir uma melhor abordagem desta entidade (13).

Após um episódio, mais ou menos prolongado, de ausência de administração de insulina, a sua reintrodução conduz a um inevitável ganho de peso. Esta nova imagem corporal vai perturbar o indivíduo, reduzindo a sua autoestima. Por estes motivos, os pacientes poderão reduzir ou até mesmo parar as suas injeções de insulina, com o objetivo de manterem o seu peso desejável (6–9,14).

Embora a redução de doses de insulina possa ser necessária em algumas circunstâncias, como durante restrições alimentares para prevenir hipoglicemias, as pessoas com diabulimia utilizam esta estratégia de forma perigosa, exclusivamente com o propósito de controlar o peso que desejam (15). Tal comportamento não só compromete o controle glicêmico, como também está associado a complicações graves. Entre estas complicações, destacam-se a cetoacidose diabética e a hiperglicemia crônica, ambas com potencial de hospitalização e risco de morte prematura.

É de notar que o termo diabulimia pode levar à ideia de que estes comportamentos de omissão apenas aparecem no contexto de bulimia nervosa, podendo aparecer também noutros contextos, como anorexia nervosa subtipo de compulsão alimentar purgativa ou outros transtornos alimentares especificados, como o transtorno de purgação (12). O DSM-5 contribui para esta tendência de conectar a diabulimia apenas à bulimia nervosa, ao ter o critério “uso de outros medicamentos”, neste caso insulina (mais concretamente, a ausência da mesma), na sua definição de purgação na bulimia nervosa, mas não o referir na definição de purgação na anorexia nervosa, subtipo de compulsão alimentar purgativa (12,16).

É de realçar que o termo diabulimia não aparece no DSM-5, nem o ato de manipular ou omitir doses de insulina, estando abrangido dentro do termo não-específico “uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos” (12).

Suportando esta ideia de que diabulimia aparece em diferentes contextos, sabemos também que aparece em pacientes com diferentes tipos de dietas, podendo em alguns casos a dieta da pessoa com diabulimia ser bastante restritiva, com evicção de doces, gorduras e salgados, e podem até mesmo saltar refeições, principalmente o pequeno-almoço, com o intuito de perder peso, como também pode aparecer em indivíduos com DM1 sem uma dieta restritiva (15). Por outro lado, os comportamentos de diabulimia podem acontecer após períodos de compulsão alimentar. Explicados por uma falsa perceção de hipoglicemia ou apenas pelo prazer que a compulsão lhes traz (15), em que o sentimento de culpa pelos excessos leva à limitação ou omissão da insulina como mecanismo compensatório para evitar ganhar peso (17).

2.2 Prevalência e fatores de risco

A etiologia da diabulimia é em grande parte desconhecida, mas será influenciada por fatores genéticos, biológicos e, especialmente, ambientais e sociais (6).

Vários estudos têm demonstrado uma prevalência significativa de diabulimia nos indivíduos com DM1. A literatura mais antiga coloca esta prevalência entre os 4% e os 40%, sendo a explicação mais plausível para esta discrepância de valores a ausência de um padrão pré-definido de

variáveis e objetivos de estudo que permita conduzir investigações de uma maneira uniforme (7,18).

Já dados recentes de 2017 e 2021 colocam a sua incidência entre 25% e 31,8%, sendo mais elevada entre adolescentes e jovens adultas do sexo feminino, com valores que atingem os 40% (6). Em média, 1 em cada 11 pessoas adultas com DM1 exibem comportamentos típicos de diabulimia (18). A restrição ou não-uso de insulina é tida como o método mais usado por pessoas com DM1 para perder peso, sendo vômito autoinduzido, exercício físico excessivo e uso de laxantes as perturbações mais frequentes, podendo ocorrer em conjunto (8).

Já em adolescentes com DM1, descobriu-se que a omissão de insulina é a estratégia mais comum de perda de peso (19). Wisting et al. (2013) apurou que 31,6% dos adolescentes com DM1 restringiam insulina ocasionalmente após comer em excesso, sendo que as percentagens no sexo feminino foram de 26% para omissão de insulina e 37% para restrição da dose (20). Embora a prevalência seja menor em indivíduos do sexo masculino, há evidências de que esta taxa esteja a aumentar, apesar de estes serem menos propensos a reportar tais comportamentos devido aos estigmas sociais e à dificuldade no uso de ferramentas de rastreio na população diabética masculina (7,8,18,19,21).

A adolescência é uma fase particularmente crítica para o desenvolvimento de perturbações alimentares em indivíduos com DM1, devido a fatores como mudanças fisiológicas, aumento do tecido adiposo, pressões sociais e familiares, bem como o stress na gestão da doença crónica. A introdução precoce de um diagnóstico de DM1 pode contribuir para esse risco, uma vez que o stress crónico associado à doença e à necessidade de vigilância constante pode levar à ansiedade, depressão e estratégias inadequadas de controlo de peso, como a omissão de insulina (19,22,23). Na adolescência, a necessidade de maiores doses de insulina associada ao aumento de hormonas de contrarregulação, conduzem à hiperglicemia e potenciam a falta de adesão ao tratamento, o descontrolo metabólico e o desenvolvimento de estratégias de manutenção e perda de peso inapropriadas e perigosas, como a omissão de insulina (8,19). De facto, 40% dos pacientes com diabulimia apresentaram depressão clinicamente diagnosticada, valor significativamente superior aos 11,5% registados entre indivíduos com DM1 sem diabulimia (18). É nesta idade também que os adolescentes começam a explorar outros estilos de vida e outros comportamentos do adulto, de modo a ganharem a sua independência. Isto, pode levar à exploração do manuseamento da sua própria doença e, eventualmente, à iniciação de comportamentos de risco, como a omissão ou manipulação das doses de insulina, que não são apercebidas pelos que o rodeiam (8).

É de notar que a omissão de insulina em pré-adolescentes é muito rara em comparação com a taxa de omissão em adolescentes. Iovane et al. (2018) teorizou que tal acontece por nestas idades ainda haver uma vigilância apertada por parte dos progenitores ou cuidadores (21).

A associação entre insatisfação corporal e a gestão do peso desempenha um papel central na diabulimia. É de esperar que estes indivíduos tenham excesso de peso ou obesidade (Kahkoska et al. chegou à conclusão de que 36% dos adolescentes com DM1 têm excesso de peso ou obesidade (24)), o que leva a que possam ter uma imagem distorcida do seu próprio corpo, resultando em estratégias inadequadas de controlo de peso e, conseqüentemente, num maior risco de desenvolverem PA, como a diabulimia (8,13,17). Em adolescentes com um IMC maior, sentimentos negativos sobre a aparência e preocupações com peso e forma podem levar a comportamentos como a diabulimia (8).

Adicionalmente, a rápida perda de peso causada pela omissão de insulina, combinada com a ausência de efeitos secundários imediatos e visíveis, a facilidade do ato e comentários positivos de outras pessoas e família, potenciam a continuidade deste comportamento, muitas vezes percebido pelos indivíduos como um "truque secreto" para controlar o corpo e a doença (8,13). O desejo de perder peso muitas vezes supera a preocupação com as conseqüências, com 87% dos pacientes admitindo consciência dos riscos associados a este comportamento, mas optando mesmo assim por continuar com a sua prática (10,22). Alguns entraram em remissão da diabulimia apenas quando se consciencializam do medo das possíveis conseqüências (perda permanente da visão ou terapia de substituição renal), ultrapassando o medo de ganhar peso (10).

A autogestão da pessoa com DM1 pode conduzir a uma falsa percepção e sensação de completo controlo e domínio sobre si, tornando-se por isso resistente às recomendações e avisos dos profissionais de saúde. Estes são por vezes intitulados de "pacientes especialistas" e a sua prevalência em patologias como a DM1 e a diabulimia é comum e um fator a considerar na abordagem destes pacientes (9).

Fatores genéticos, biológicos e ambientais interagem de forma complexa no desenvolvimento da diabulimia. A necessidade de monitorização constante da glicemia e dos hidratos de carbono, bem como o aumento de peso associado à re-insulinização, são fatores recorrentes que contribuem para este comportamento desajustado. Além disso, pressões sociais, estigmas associados à diabetes e à administração pública de insulina, e a influência dos media desempenham um papel significativo no aumento do risco (10,13,23).

O papel das redes sociais também merece destaque no contexto da diabulimia. Embora tenham sido criados documentários e outros conteúdos online para aumentar a consciencialização, o resultado do impacto das redes sociais é ambivalente. Muitos pacientes relatam experiências negativas com profissionais de saúde e familiares, e a disseminação de informações incorretas pode agravar o problema. Além disso, alguns pacientes sentem a diabulimia como um comportamento de "*empowerment*", que aumenta a percepção de controlo e ajuda a gerir emoções dolorosas, sendo usado como forma de lidar com estas emoções e stress, compensando a ineficácia percebida e a falta de controlo, para afirmar autonomia sobre a gestão da doença. Como já referido anteriormente, por serem muitas vezes diagnosticados com DM1 na infância, estes pacientes viram inicialmente a responsabilidade da gestão da sua diabetes assumida pelos pais ou

progenitores. No momento destes jovens assumirem a gestão da sua diabetes, podem ter comportamentos de omissão das suas doses de insulina, tomando controlo da própria doença e assumir a sua autonomia, mesmo estando cientes das consequências. No entanto, esta percepção pode transformar-se, com o tempo, numa sensação de perda de controlo, onde a diabulimia começa a dominar a vida do paciente (10,13,14,22).

2.3 Consequências

As consequências da diabulimia são devastadoras, tanto a curto como a longo prazo. O impacto metabólico desta patologia inclui hiperglicemia persistente, níveis elevados de hemoglobina glicada (HbA1c), glicosúria, desidratação, magreza (IMC<18,5), atrofia muscular e osteoporose, entre outros. Além disso, complicações normalmente consideradas agudas, como a cetoacidose diabética (CAD) ou a lesão renal aguda (LRA), tornam-se recorrentes, sendo experienciadas pelos pacientes de uma forma que se assemelha às condições crónicas, devido à sua frequência e pela maneira com se adaptam às constantes complicações, desafiando o diagnóstico clínico adequado destas complicações. O risco de complicações microvasculares, como retinopatia e nefropatia, aumenta significativamente com a duração da omissão de insulina, especialmente em mulheres (7,9,11,25).

A cetoacidose diabética, causada pela produção excessiva de corpos cetónicos, é uma complicação de elevada severidade, pois embora órgãos como o cérebro, rins, músculos e intestino delgado usem corpos cetónicos como forma de obter energia, a sua acumulação compromete a capacidade de efeito tampão do sangue, devido à natureza acídica dos corpos cetónicos, sendo esse um dos motivos pelo qual a diabulimia pode levar a hospitalizações graves ou até mesmo à morte (9). Quando recorrente, a CAD está associada a maior morbidade e mortalidade (7–9,26). Por outro lado, a hiperglicemia prolongada pode originar sintomas como desidratação, letargia, dificuldade na concentração, perda de massa muscular e alterações no ciclo do sono e mal-estar geral, além de estar associada a complicações de longo prazo, como cegueira, insuficiência renal, complicações micro e macrovasculares, inclusive renais, e problemas cardiovasculares (18,20,22).

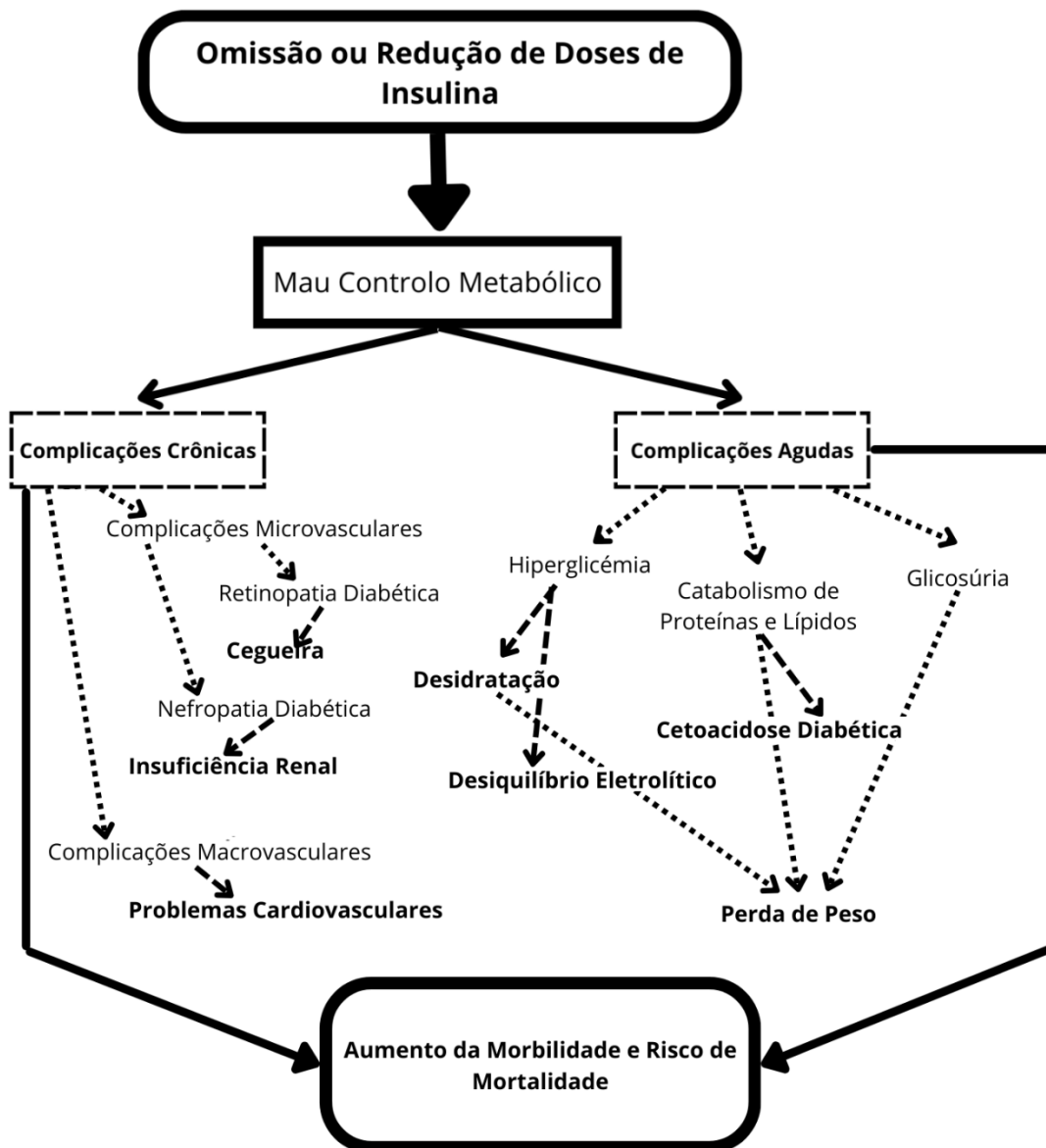


Figura 1. Consequências da redução ou omissão de insulina em pacientes com DM1, esquema adaptado (18,26)

A hiperglicemia contínua leva também a um aumento da HbA1c, sendo este um sinal de alarme para a presença de diabulimia ou outra PA em indivíduos diabéticos (15). Como resultado destas complicações vemos que a duração da omissão de insulina é o fator mais associado a complicações microvasculares em mulheres com DM1 (25).

A literatura também aponta que pacientes com diabulimia têm taxas triplicadas de mortalidade e morbidade, evidenciando a gravidade desta condição (6,10).

3. Rastreio

A diabulimia, por não estar oficialmente reconhecida no DSM-5, é descrita utilizando critérios de diagnóstico de outras PA, mais especificamente, como “*Other Specified Feeding or Eating Disorder*” (12). Isto dificulta o reconhecimento do uso inadequado de insulina na DM1 (27), como causa e critério. Além disso, não há consenso na comunidade médica sobre os critérios diagnósticos da diabulimia, o que agrava ainda mais o problema (10).

O rastreio de PA em pessoas com DM1 é essencial para identificar comportamentos como a restrição de insulina com objetivo na perda de peso. Questionários com perguntas direcionadas às PA na DM1, como o *Diabetes Eating Problem Survey-Revised* (DEPS-R), tornam possível estabelecer uma relação direta entre a restrição de insulina e o aumento dos níveis de HbA1c. Questionários de rastreio de PA mais generalistas, como o *Eating Attitudes Test* (EAT-26), o *Eating Disorder Inventory* (EDI) ou o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), não capturam estas particularidades da diabulimia, não sendo por isso ferramentas recomendadas para rastrear ou correlacionar sintomas e sinais de diabulimia com os níveis de HbA1c (28–31).

O DEPS-R é uma ferramenta validada e confiável, curta, autoaplicável, composta por 16 perguntas, adaptada do *Diabetes Eating Problem Survey* (DEPS), amplamente utilizada para rastrear PA em indivíduos com DM1. Contudo, o DEPS-R serve apenas de rastreio e não de diagnóstico. O diagnóstico deverá ser feito pelo médico, procurando detalhar a patologia o melhor possível de modo a distinguir das restantes PA. Este questionário foi aprovado pela *American Diabetes Association* (ADA) e é considerado rápido (<10 minutos) e eficaz, apesar de ainda ser necessário obter validação em outras línguas (31). É de apontar que este questionário foi já aplicado em países como a Grécia, Brasil, China, Noruega, Turquia e Bélgica, com resultados bastante positivos (6–8,20,30,32–35).

Assim como o DEPS-R, o questionário Modified SCOFF (mSCOFF) é outro instrumento de rastreio que também avalia PA e é frequentemente usado em conjunto com o DEPS-R (32,36). O acrónimo SCOFF simboliza as 5 perguntas presentes neste questionário, sendo que no mSCOFF a última questão é substituída por uma que questiona sobre os atos de omissão de insulina (36).

Mesmo com a existência destas ferramentas de rastreio, 78% dos profissionais de saúde que lidam com DM1 não utilizam métodos de rastreio de PA nesta população, destacando a necessidade de melhorar a consciencialização e a capacitação dos profissionais de saúde (7).

As ferramentas para um diagnóstico precoce implicam primeiro saber identificar os sinais clínicos sugestivos do diagnóstico. Por um lado, temos uma pletora de sinais, como aqueles derivados da manipulação de insulina por si só, e outros sinais derivados da perceção da sua imagem corporal. A omissão ou diminuição de insulina, o seu uso em segredo, controlo glicémico inadequado sem razão aparente, HbA1c elevada, episódios frequentes de CAD ou LRA, perda ou variação de peso

não esperada entre consultas, sintomas de hiperglicemia e poliúria ou polidipsia, amenorreia, início precoce de complicações diabéticas, resistência ao autocontrole, não comparência em consultas de seguimento e comportamentos alimentares irregulares fazem parte dos sinais provenientes da manipulação de insulina. Outros sinais, como imagem distorcida do próprio corpo, recusa a ser pesado em consulta, mudança das atividades e padrões alimentares regulares, mudanças de apetite, dietas incomuns e obsessões com calorias, também devem ser monitorizados pela predisposição que dão à diabulimia (32,37). Na hiperglicemia persistente, sinais de disfunções hormonais, como a amenorreia ou atraso da puberdade, são também oportunos de investigar e monitorizar. Saltar refeições ou refeições irregulares também deverá ser tido em conta, embora seja relativamente comum em adolescentes com DM1 (32). Este comportamento tem maior relevo em raparigas adolescentes, por haver uma correlação entre a não toma do pequeno-almoço e a omissão de insulina (37). Outros sinais de comportamentos de purgação poderão ser tidos em conta, tais como calos nas mãos (sinal de Russell), linfadenopatias parotídeas e submandibulares, dentição lesada, sintomas gastrointestinais, malnutrição ou perda exagerada de peso e resultados anómalos em exames sanguíneos ou bioquímicos (29,32).

O rastreio de rotina para PA é recomendado em crianças entre 10 e 12 anos e em adolescentes e jovens adultos, utilizando ferramentas especializadas como o DEPS-R. O rastreio de rotina de adolescentes com DM1, aqueles com a maior prevalência de PA, com a escala DEPS-R pode proporcionar a deteção precoce de PA, e a sua referenciação para a psiquiatria infantil, especializada em PA, permite o diagnóstico e a intervenção precoces. O rastreio periódico é importante, pois esta janela de idades é uma fase crítica na vida do indivíduo devido à preocupação com a imagem corporal (principalmente dentro do género feminino, sendo comum a existência de conversas de grupo relacionadas com o peso, chamadas de “*fat talks*”), assim como pelo natural aumento do IMC, sendo por isso fatores que podem contribuir na insatisfação corporal e no desenvolvimento de PA (7,8,28,34).

Defende-se ainda que, embora de prevalência menor, é também importante reforçar a vigilância em adolescentes do género masculino, por este ser um grupo muitas vezes subvalorizado, por vezes com valores elevados de omissão e manipulação de doses de insulina, e cujos sintomas passam despercebidos, inclusive na idade adulta (34).

O facto de áreas do cérebro como os lobos parietais e frontal, responsáveis pela função executiva, componente crucial da cognição, não estarem totalmente desenvolvidos antes da adolescência média ou até mesmo da vida adulta jovem, poderá ser uma explicação para a existência destes comportamentos de risco (22,23). Teoriza-se que o facto de a função executiva dos adolescentes não estar ainda completamente desenvolvida pode contribuir para um aumento dos comportamentos de risco, como a omissão e manipulação de insulina, e justificar a maior prevalência nesta faixa etária. Uma menor função executiva também está relacionada com um aumento dos valores de HbA1c e de PA em jovens com DM1 (22,23,34).

Contudo, adultos com DM1 devem também ser rastreados para a diabulimia, principalmente se tiverem antecedentes de depressão, níveis elevados de HbA1c e/ou visitas hospitalares recentes relacionadas com complicações, como CAD ou LRA (9,18,32). À semelhança dos adolescentes, também os adultos deverão ser referenciados a um especialista de PA para avaliação e diagnóstico. A avaliação inicial deve incluir a história completa da PA com informações pormenorizadas de como começou a PA e quais os potenciais *triggers* (14).

Pontuações elevadas no DEPS-R, >20 pontos, estão associados a valores mais elevados do IMC em adolescentes com DM1, refletindo uma vez mais a relação entre ambos (32,33,37).

Medições da HbA1c deverão ser efetuadas trimestralmente e planos terapêuticos para a diabetes deverão ser adaptados, quando necessário, para auxiliar o paciente e a sua família a alcançar valores inferiores a 7%, sendo esta a recomendação da ADA tanto para a população adulta como pediátrica (38,39). Manutenção de valores superiores aos recomendados por mais de 6 meses deverão ser avaliados, principalmente quando o aumento da dose de insulina e a alteração do plano terapêutico não são eficazes na diminuição dos valores (38). Contudo, medições da HbA1c dentro dos objetivos nem sempre correspondem a um bom controlo metabólico, pelo que devemos de ter sempre em conta os sinais e sintomas do paciente, que não são sempre evidentes (29). Pinhas-Hamiel et al. (2013) criou um algoritmo de auxílio para o rastreio da omissão intencional de insulina usando medições regulares da HbA1c, representado na figura 2 (40). É de notar que este algoritmo é apenas um auxílio ao rastreio e não deve ser usado por si só para diagnosticar diabulimia.

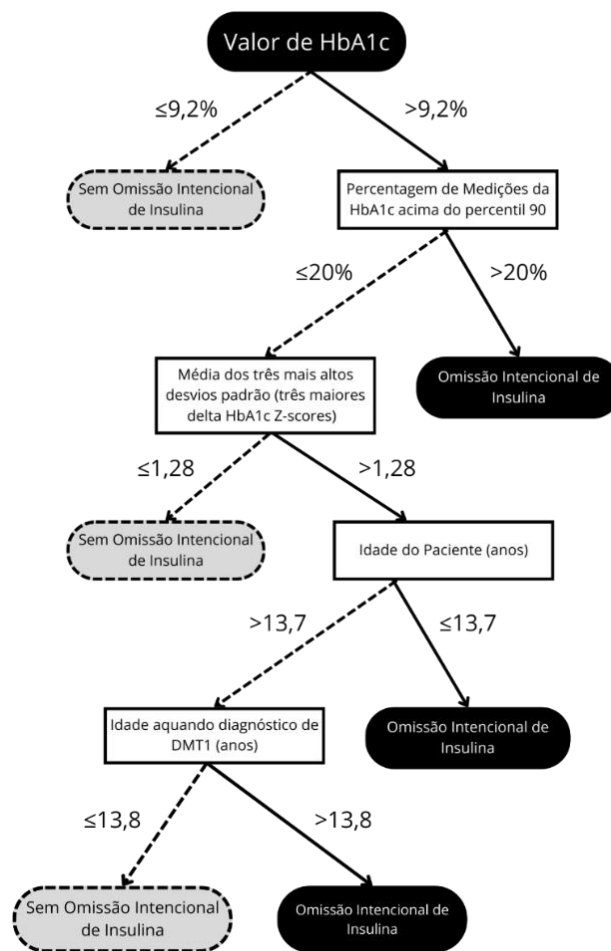


Figura 2. Algoritmo de rastreio da omissão de insulina através de medições regulares de HbA1c (40)

À semelhança do IMC, pontuações >20 no DEPS-R também estão correlacionados com valores elevados da HbA1c. Valores elevados de HbA1c confirmam uma deterioração do controlo metabólico e glicémico, sendo por isso um sinal de alerta, pelo que um paciente com valores de HbA1c constantemente elevados, sem aparente justificação, deverá ser rastreado com a ferramenta DEPS-R (32,33).

Apurou-se também que indivíduos diabéticos e perfeccionistas ou com características de personalidade *borderline* são mais prováveis de ter uma maior preocupação com o peso e de tomarem decisões medicamente arriscadas. Especialmente indivíduos com características de personalidade *borderline* foram ligados a comportamentos de omissão de insulina e fraco controlo glicémico, refletido no seu valor de HbA1c (41).

Karastogiannidou et al. (2021) defende que os médicos poderão adotar apenas uma pontuação >20 no DEPS-R para rastreio de PA na DM1, não necessitando de valores do IMC ou HbA1c, afirmando que um único resultado >20 poderá ser o suficiente para identificar um paciente com DM1 em risco de PA (42). Escalas de avaliação de padrões de alimentação, como o *Children*

Eating Disorder Examination, são simples e diretas, podendo ser aplicadas na consulta da criança com DM1, em alternativa ao DEPS-R (37).

Através da identificação de padrões irregulares ou bizarros de alimentação, poderão ser identificados comportamentos de risco, levando a uma avaliação mais pormenorizada de outros problemas tais como omissão ou manipulação de insulina (37).

Apesar de a diabulimia ser mais frequentemente associada ao gênero feminino, devido a fatores sociais e biológicos como a puberdade, estudos destacam que adolescentes do gênero masculino também são afetados, embora os seus sintomas sejam muitas vezes negligenciados ou atípicos, dificultando o seu rastreio e diagnóstico (34,37).

Como já referido, pacientes com DM1 com suspeita de PA devem ser encaminhados para especialistas para uma avaliação abrangente que inclua a história detalhada da PA e da diabetes, fatores desencadeantes e sentimentos em relação à doença, assim como a história pessoal do paciente e as suas relações familiares (14). Como prova do impacto da situação familiar nesta doença, adolescentes com pais divorciados são mais prováveis de ter PA na diabetes, sendo que se observa o oposto em adolescentes com famílias coesas (8,23). A relação entre o mau controlo glicémico e sentimentos de ressentimento em relação ao diagnóstico de diabetes é frequentemente identificada nesses pacientes, pelo que é uma tarefa central explorar os sentimentos da pessoa com a sua diabetes (14).

É benéfico questionar como e quando o diagnóstico de diabetes foi realizado. Na diabetes diagnosticada na infância deve-se questionar como foi esse percurso, em que idade ficou com a responsabilidade da sua autogestão e como lidou com essa responsabilidade. É igualmente importante obter o histórico da diabetes e do seu tratamento, nomeadamente complicações agudas, com ou sem necessidade de internamento, ou recurso ao serviço de urgência (14).

Acima de tudo, é fundamental que os profissionais abordem os casos sem fazer juízos de valor, garantindo que o progresso seja alcançado no ritmo do paciente e através do método por ele escolhido, garantindo que não é esperado do paciente que faça alterações sem que o mesmo esteja preparado para tal. Estes pacientes regularmente têm um controlo glicémico bastante pobre e o médico que o avalia deve conter a sua própria ansiedade para com este controlo (14).

A diabulimia é uma condição complexa que requer maior consciencialização entre profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros. O *Diabulimia Knowledge Level Scale* é um questionário que procura avaliar o nível de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a diabulimia. Ferramentas como o *Diabulimia Knowledge Level Scale* são recomendadas para treinar estudantes e profissionais de saúde, ajudando-os a lidar melhor com esta condição e identificar os sinais precocemente (6,7). A intervenção precoce é crucial para prevenir complicações metabólicas graves, para o sucesso do tratamento e para proporcionar o melhor apoio possível aos pacientes com DM1 (14,38).

4. Tratamento

O diagnóstico de diabulimia não é abordado explicitamente em diretrizes internacionais, como o DSM-5 ou o ICD-10, sendo, portanto, uma responsabilidade atribuída aos profissionais de saúde que acompanham as pessoas com diabetes. Embora o DSM-5 mencione a manipulação indevida de insulina em diagnósticos de anorexia e bulimia nervosa ao referir o uso de medicamentos com o intuito de purgação, o ICD-10 não inclui critérios relacionados à diabetes nas PA (12,43,44).

A diabulimia está fortemente associada a sintomas depressivos, que, por sua vez, prejudicam o controlo metabólico. Por isso, o rastreio e tratamento precoces desses sintomas são essenciais para prevenir complicações mais graves (14,34). Contudo, a literatura sobre o tratamento da diabulimia ainda é escassa e esporádica, pelo que a melhor abordagem ao tratamento está ainda pouco definida, cabendo aos profissionais de saúde criar o plano de tratamento (14).

Outro grande desafio ao tratamento é a baixa confiança dos profissionais de saúde em identificar diabulimia. Mais de 60% dos profissionais não se sentem capacitados para identificar PA associadas à DM1, e, como já referido, 78% não utilizam instrumentos específicos para esse mesmo rastreio (7,23). Num documentário realizado pela operadora de rádio e televisão *British Broadcastng Corporation* (BBC) sobre a diabulimia, previamente disponível na plataforma YouTube, 69% dos pacientes com diabulimia que assistiram a este documentário referiram ter tido uma experiência negativa com os seus profissionais de saúde. Referiram também mencionar o impacto destrutivo da diabulimia, bem como o desconhecimento na procura de ajuda. Comentários críticos da família e profissionais de saúde foram também barreiras à procura de ajuda (10).

É crucial que médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais que lidem com pessoas com diabetes recebam formação específica sobre diabulimia. Desde a sua identificação até ao tratamento e como lidar com os desafios físicos e psicológicos que estes indivíduos enfrentam (45). Maior conhecimento e educação sobre a diabulimia, capacitação dos profissionais de saúde para identificarem os sinais e sintomas desta patologia são cruciais e de extrema urgência. Embora a educação sobre a manipulação de doses de insulina seja o primeiro passo necessário para o tratamento, o suporte psicológico é também um passo integral da abordagem (18).

Pacientes com diabulimia tendem a manter sua condição em segredo, o que dificulta o seu diagnóstico e tratamento. Muitos mostram-se relutantes em procurar ajuda por receio do julgamento social, familiar e profissional devido ao controlo metabólico inadequado (14).

Ip et al. (2023) realizaram um inquérito online, na Califórnia, e observaram que 65% dos pacientes identificados com diabulimia não informaram o seu médico assistente desta prática. Além disso, 20% dos pacientes estavam familiarizados com uma linha de apoio telefónico especializada para esta patologia, contudo apenas 5% destes referiram ter recorrido ao apoio (18).

Se os profissionais de saúde não identificarem atempadamente os sinais de PA, esses comportamentos podem persistir por anos, levando a consequências graves tanto para o controle da diabetes como para a saúde mental dos pacientes, sendo mais difícil o sucesso terapêutico quanto mais tardio for o diagnóstico (17).

Os profissionais de saúde que lidam com pacientes com DM1 devem estar atentos a possíveis sintomas e sinais de PA nos seus pacientes, como perdas de peso rápidas e consideráveis ou sintomas aparentemente resultantes de hiperglicemias de repetição, de modo a poderem, proativamente, intervir e modificar o curso da patologia, dando especial atenção a pacientes cujo diagnóstico de diabetes foi feito entre os 7 e os 18 anos de idade (45). A proatividade dos profissionais de saúde é de elevada importância, não só por reduzir os potenciais danos da patologia, como diminuir morbidade e mortalidade e melhorar o prognóstico. Alguns pacientes admitem começar a omitir insulina inicialmente apenas de forma esporádica, tornando-se depois num comportamento constante, sendo esta janela de tempo entre o esporádico e a cronicidade de extrema importância na prevenção da progressão da diabulimia e posterior tratamento (14,45).

A saúde mental, nomeadamente a depressão, e a DM1 têm uma relação bidirecional: sintomas depressivos severos degradam o controlo metabólico, enquanto o descontrolo glicémico intensifica as emoções de frustração e os sintomas depressivos. Depressão concomitante com DM1 está não só associada a uma menor adesão ao tratamento, como também a níveis mais elevados da HbA1c (18). Sinais de depressão, stress ou mal-estar são possíveis *triggers* para o início dos comportamentos de diabulimia e são preditores negativos de prognóstico, pelo que, quando presentes, os mesmos devem ser tratados com celeridade por um especialista (45).

Uma comunicação empática e de suporte por parte dos profissionais é vital para superar as barreiras ao tratamento, evitando uma abordagem paternalista ou crítica que possa prejudicar a comunicação. Os constantes avisos dos profissionais de saúde das consequências da diabulimia ou da necessidade de uma monitorização exaustiva da glicemia pode ser entendida ou sentida como uma atitude paternalista e condescendente, diminuindo a assunção pelo paciente (9,18,45).

É de relembrar que para muitos destes indivíduos, o desejo de perder peso ultrapassa os riscos e o medo de complicações (7), mesmo estando conscientes das consequências das suas ações a um nível superior ao da população geral. Isto pode criar tensão na relação médico-paciente e aumentar a distância entre ambos (9). Cabe ao profissional de saúde trilhar um plano de tratamento que vá de encontro às expectativas do paciente, tendo sempre por base o objetivo de retomar gradualmente o controlo metabólico.

A diabulimia é uma patologia complexa e multifacetada, envolvendo fatores psicológicos, sociais e biológicos. É essencial que os profissionais reconheçam que ela não é uma PA comum, exigindo protocolos de tratamento específicos e personalizados para cada caso (22,45). Embora a insatisfação corporal seja um fator central, estratégias para reduzir esse sentimento não têm

mostrado impacto direto no controlo metabólico, sugerindo que outros fatores motivam a omissão de insulina (22).

O suporte familiar ou dos seus pares e grupos de apoio é uma estratégia altamente eficaz no tratamento. Estes grupos promovem empoderamento da pessoa e não da doença, reduzem sentimentos de solidão e angústia e melhoram a saúde mental. Interações presenciais são preferíveis, mas fóruns online também desempenham um papel complementar importante (45,46). Pacientes sentiram que este apoio dos seus pares foi a estratégia que mais contribuiu para a cura (46). No entanto, é necessário educar, capacitar e supervisionar estas redes de apoio para as características da diabulimia e das complicações associadas à comorbidade entre PA e DM1, de modo a evitar orientações inadequadas e desinformação que possa prejudicar a evolução do paciente (45).

Em conjunto, deverá ser assegurado também que as famílias dos pacientes recebam os devidos apoios e recursos necessários para que possam realmente ajudar o paciente e criar um ambiente propício ao tratamento (45).

Um estilo de parentalidade afetuoso, carinhoso e responsivo tem também um impacto positivo no tratamento, enquanto abordagens críticas e técnicas controladoras, como o retirar do afeto ou indução da culpa, tendem a prejudicar a adesão ao tratamento (8). Cabe aos profissionais de saúde promover estratégias de *coping* saudáveis que possam não só trazer estabilidade à pessoa, como também dar-lhes a sensação de autodomínio e controlo das próprias emoções, do próprio corpo e da própria diabetes, de uma forma saudável e que não envolva manipular as tomas de insulina. É também função do profissional educar os pacientes e respetivos tutores sobre os benefícios de manter o controlo glicémico adequado, enfatizando as vantagens para sua saúde e qualidade de vida a curto, médio e longo prazo, como menor desconforto devido a híper- ou hipoglicemias, menores custos médicos, menor morbidade e mortalidade, menor stress, melhores relações interpessoais e melhor bem-estar psicológico. (14,45).

Pacientes com diabulimia descrevem possuir uma forte ligação de identidade para com a diabulimia, distinguindo-a de outras PA, servindo como barreira ao tratamento (22).

Ferramentas como o DEPS-R, utilizadas para rastrear comportamentos de manipulação de insulina, têm eficácia comprovada, mas devem ser aplicadas com cautela para evitar que os pacientes aprendam novas estratégias de manipulação a partir das próprias perguntas. Muitos descobrem e iniciam os seus comportamentos de manipulação e omissão de insulina após receberem avisos dos seus profissionais de saúde (45). É por este motivo que o DEPS-R, mesmo sendo a ferramenta mais utilizada e de maior eficácia, encerra alguma controvérsia, por questionar diretamente o uso da omissão de insulina como método de controlo e perda de peso (45). Uma abordagem inicial com perguntas abertas, de modo a avaliar a possibilidade de existir comportamentos de manipulação de insulina, em conjunto com dados clínicos como os valores de HbA1c, antes de aplicar questionários de rastreio como o DEPS-R, é considerada a abordagem

mais recomendada (45). Esta deverá conter questões abertas e sensíveis acerca da satisfação dos pacientes com o seu peso e imagem corporal, de modo a identificar pacientes em risco de desenvolver ou se encontrarem numa fase inicial de PA, tornando a interação paciente-profissional numa entrevista motivacional (45).

Profissionais podem também usar, como auxílio, ferramentas de autorrastreo para a insatisfação corporal ou sintomas semelhantes, validadas e psicometricamente sólidas, como o *The Body Mass Index Silhouette Matching Test* (BMI-SMT), *The Body Esteem Scale for Adolescents and Adults* ou adaptações do *The Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) (45).

O tratamento ideal requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos. A presença de um psiquiatra também deverá ser tida em conta (45).

A terapia cognitivo-comportamental em grupo tem demonstrado ser particularmente eficaz no controlo metabólico e na gestão da diabulimia, conduzindo à criação de ciclos de insulina mais adequados. Por outro lado, a terapia individual tem apresentado resultados menos expressivos, sendo necessário maior investigação nesta área (32), pelo que deve-se ter preferência pela terapia em grupo no tratamento.

Devido a uma falta geral de conhecimento desta patologia e, concomitantemente, de como a diagnosticar e tratar, estes pacientes são geralmente tratados em clínicas ou serviços juntamente com as mais diversas PA, embora haja extensa literatura que refira a ineficácia deste método, citando haver um elevado atrito entre pacientes das diversas PA e taxas elevadas de recaídas (45).

Em alguns casos, o uso de bombas de insulina pode ajudar a reduzir a manipulação das doses. Hanlan et al. (2013) teoriza que, por manter os níveis de açúcar tendencialmente um pouco elevados automaticamente, por haver um controlo constante da glicemia, por dar uma sensação de independência e por evitar comportamentos compensatórios de compulsão alimentar por medo de hipoglicemia, poderá reduzir a necessidade ou vontade do paciente para manipular as suas doses de insulina (47), e é também um método de fácil vigilância do regime de insulina do paciente. O uso destas bombas deverá ser atentamente vigiado, podendo ser até necessário uma mudança temporária para injeções manuais em casos selecionados (14). Uma informação crucial que deve ser transmitida aos pacientes recentemente diagnosticados com DM1, ou que têm diabulimia e que iniciam de novo um plano adequado à sua DM1, é que o ganho de peso inicial não será algo crónico e perpétuo e é resultado da melhoria do controlo glicémico e da redução da poliúria (14). Ferramentas que distingam massa muscular, massa gorda e volume de água poderão ser úteis para tranquilizar os pacientes e desmistificar a ideia de que a insulina faz aumentar de peso (26).

Embora ainda não testada, Winston et al. (2020) considera que uma dieta pobre em hidratos de carbono, por permitir manter valores de glicemia controlados com menores doses de insulina, poderá ser uma boa opção a recomendar em casos selecionados, tendo sempre atenção para não criar uma aversão ou fobia aos hidratos de carbono (14).

Não existem medicamentos específicos para tratar diabulimia, para além dos usados no tratamento da depressão ou ansiedade, patologias presentes com regularidade em comorbilidade com a diabulimia. Existem, porém, medicamentos como o topiramato, usados em distúrbios alimentares purgativos, que têm demonstrado potencial no tratamento, mas que exigem mais estudos para garantir a sua segurança (32).

Internamentos hospitalares podem ser necessários para alguns pacientes, apresentando melhores resultados do que o tratamento domiciliar isolado. No entanto, esta abordagem é menos acessível, acarreta custos bastante mais elevados face à abordagem no domicílio e frequentemente é rejeitada pelos pacientes, especialmente aqueles com maior peso corporal ou menos disposição para admitir seus comportamentos (14,48). Colton et al. (2015) notou que, quando oferecido tratamento intra-hospitalar, apenas 52% dos pacientes o aceitaram (48).

Embora a diabulimia seja uma PA, tem também uma vertente de descontrolo metabólico. Pelo facto de os pacientes com diabulimia serem tratados em departamentos de psiquiatria, a sua DM1 não é um dos focos do tratamento, sendo o alvo principal apenas a componente de PA. A falta de uma equipa multidisciplinar, por falta de recursos humanos e financeiros, prejudica o tratamento holístico do doente (22).

O controlo metabólico deverá também ser um dos objetivos principais do tratamento. Pacientes devem medir os seus valores de glicémia de acordo com as *guidelines* mais atuais e com melhor evidência científica, sempre conforme as circunstâncias individuais de cada paciente (45). Atualmente, a monitorização contínua nas pessoas com DM1 é uma mais-valia porque permite uma avaliação imediata, indolor e contínua, tornando quer a vida de quem a usa como dos seus profissionais mais cómoda.

De um modo geral, o tratamento da diabulimia exige uma combinação de educação, suporte psicológico, observação clínica e intervenções personalizadas. A formação dos profissionais de saúde e a construção de redes de apoio robustas são passos cruciais para melhorar os desfechos dessa condição complexa e multidimensional (26,45,46).

A figura 3 compila alguns dos passos mais importantes no tratamento da pessoa com diabulimia.

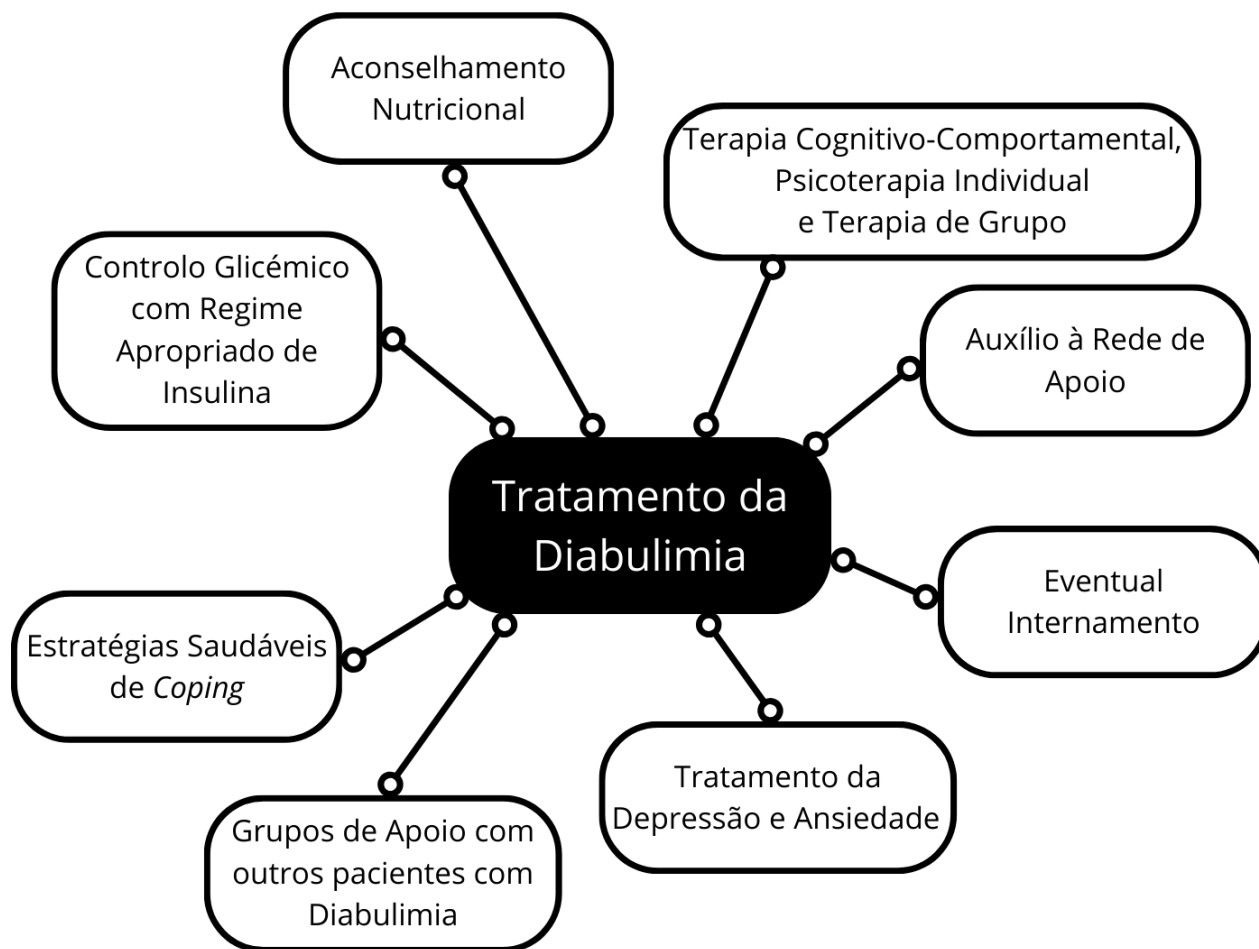


Figura 3. Alguns dos passos mais importantes no tratamento da Diabulimia (14,18,26,32,45,46)

5. Conclusão e Perspetivas Futuras

A diabulimia é uma PA ainda pouco compreendida ou estudada e frequentemente subdiagnosticada, que representa um grave risco para a saúde física e mental das pessoas com DM1. Com o aumento concomitante da prevalência da DM1 e das perturbações mentais, a diabulimia assume uma importância cada vez maior. A omissão intencional de insulina como método de controlo de peso acarreta uma série de complicações metabólicas, psicológicas e sociais, fazendo com que sejam essenciais a identificação precoce, o diagnóstico adequado e o desenvolvimento de abordagens terapêuticas eficazes e interdisciplinares.

A comunidade médica está ainda indecisa se a diabulimia é uma PA já reconhecida, com diagnóstico e classificações formais, ou se é uma condição única com necessidade de critérios de diagnóstico próprios. Tendo em conta tanto a unicidade como a complexidade, próprias desta condição, poderá haver utilidade em criar critérios de diagnóstico específicos e categorizar os pacientes com esta condição de uma maneira diferente das restantes PA.

Diferenciados ou não, é premente a criação de critérios padronizados de rastreio e diagnóstico para esta patologia, de forma a facilitar não só o diagnóstico e tratamento precoces, como também o ensino e a capacitação dos profissionais de saúde, dos estudantes e da comunidade em geral. É apenas ao capacitar e reforçar o conhecimento médico que conseguimos não só identificar e tratar melhor, como também fomentamos a curiosidade e a necessidade de novos estudos e investigações. A inclusão da diabulimia nas classificações internacionais de perturbações alimentares, como o DSM-5 ou o CID-10, permitiria uma padronização dos critérios diagnósticos e facilitaria a sua identificação precoce.

A ausência de critérios diagnósticos padronizados, a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde e o estigma associado à doença são barreiras significativas à deteção e ao tratamento. A literatura atual reforça a necessidade de melhorar as ferramentas de rastreio e diagnóstico, bem como de capacitar profissionais de saúde para lidarem adequadamente com esta condição.

O correto encaminhamento dos doentes com diabulimia é um passo importante para o sucesso do tratamento, sendo essencial para o diagnóstico e tratamento precoces. Para tal, é necessário formar e educar os profissionais de saúde e a população geral para os sintomas desta patologia. Deve ser também tido em conta a forma como os profissionais de saúde levantam esta questão com os pacientes, adotando uma comunicação de diálogo clara e empática, composta por perguntas abertas sem fazer julgamentos, e não induzir novos comportamentos de risco.

É importante ainda a criação de uma ferramenta de rastreio simples, eficaz e validada, desenhada especialmente para pacientes com DM1, que leve em conta os sintomas de diabulimia, e que possa rapidamente ser interpretada e dar dados valiosos para o seu diagnóstico. Atualmente a

ferramenta mais utilizada para este fim é o DEPS-R, tendo tido resultados fidedignos e validados, contudo é ainda muito pouco aplicada na prática clínica diária dos profissionais, sendo de extrema importância conscientizar os profissionais de saúde a adotarem este tipo de ferramentas de rastreio com maior frequência. Deve ser objetivo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a tradução, adaptação e validação desta escala para a língua oficial portuguesa.

A combinação de questionários de rastreio, como o DEPS-R, com a avaliação periódica de dados analíticos, como a HbA1c, e a monitorização contínua da glicémia tem mostrado resultados muito positivos e promissores no rastreio desta patologia, pelo que é urgente a necessidade de investigar e criar ferramentas e protocolos de diagnóstico que padronizem o uso destes em conjunto, facilitando assim a sua aplicação por todos os profissionais de saúde.

O tratamento da diabulimia requer uma abordagem multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, bem como o suporte da família e da rede social do paciente, sendo benéfico introduzir pessoas que já conseguiram ultrapassar a diabulimia nesta rede pessoal do paciente, como forma de encorajamento e orientação. O envolvimento de familiares e cuidadores no tratamento pode melhorar a adesão e proporcionar um ambiente mais favorável à recuperação, sendo fundamental desenvolver estratégias para capacitá-los nesse processo e conscientizá-los da maneira correta de lidar com estes pacientes, prevenindo que ocorra o efeito oposto ao desejado.

A psicoterapia individual, em especial a terapia cognitivo-comportamental, tem mostrado resultados promissores, assim como a implementação de programas de educação em saúde para aumentar a adesão ao tratamento e reduzir o risco de recaídas. Além disso, estratégias como a utilização de dispositivos de monitorização contínua da glicemia, bombas de insulina ou terapias nutricionais adaptadas podem desempenhar um papel de elevada importância no suporte ao paciente. Novas abordagens terapêuticas, como terapias digitais, intervenções baseadas em inteligência artificial para apoio ao controlo glicémico e programas de suporte online, poderão no futuro complementar os tratamentos tradicionais. Atualmente, a prescrição eletrónica de medicação contribui para uma monitorização da medicação levantada pelo paciente, permitindo perceber que se o paciente não levantar a prescrição, não estará seguramente a fazê-la.

Poderá ser pensado introduzir conhecimentos sobre diabulimia nas escolas aquando da aprendizagem sobre PA, de modo a sensibilizar os jovens para os sintomas. Contudo, é necessário ter cuidado com a abordagem, pois esta sensibilização pode ter o efeito contrário e levar os jovens a iniciar estes comportamentos.

É importante reconhecer que nem todos os jovens que não aderem aos regimes de insulina têm diabulimia. A omissão de insulina pode nem sempre ser intencional, mas pode ocorrer quando os indivíduos não têm a vontade e/ou a capacidade necessárias para a sua autogestão. Uma maior compreensão dos motivos e estratégias de gestão eficazes para prevenir complicações de saúde a longo prazo é imperativa para os enfermeiros que prestam cuidados a adolescentes com diabetes.

A investigação sobre a diabulimia ainda se encontra numa fase inicial, sendo crucial aprofundar o conhecimento sobre esta patologia para melhorar a sua prevenção, diagnóstico e tratamento. O desenho de estudos longitudinais a longo prazo é necessário para compreender melhor os efeitos da diabulimia ao longo do tempo, avaliando a progressão das complicações metabólicas e psicológicas e a eficácia das diferentes estratégias terapêuticas.

Em suma, a diabulimia é uma condição grave que exige maior atenção por parte da comunidade científica e médica. Com o avanço da investigação e a implementação de estratégias eficazes de diagnóstico, rastreio e tratamento, será possível proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes, reduzir os impactos devastadores desta patologia e auxiliar na rápida recuperação dos pacientes, prevenindo a existência de recaídas. A colaboração entre as diferentes áreas do conhecimento, aliada ao desenvolvimento de novas tecnologias e abordagens terapêuticas, representa um caminho promissor para o futuro no combate à diabulimia.

6.Referências Bibliográficas

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Fishman RA, Longo DL, et al. Harrison's Manual of Medicine, 17th edition. 2009;
2. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2019, 2020 e 2021 - 10ª Edição [Internet]. 10th ed. Letra Solúvel; 2023 [cited 2025 Feb 7]. Available from: https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/www.sociedade-portuguesa-diabetologia.com/images/uploads/20230331-110808/DF&N_2023.pdf
3. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet*. 2003 Feb;361(9355):407–16.
4. Yager J, Michael Devlin CJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell III JE, Powers P, et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition. 2010 [cited 2025 Feb 2]; Available from: <http://www.appi.org/CustomerService/Pages/Permissions.aspx>.
5. Brink S. So What's the Difference Between Teenage Boys and Girls, Anyway? *Diabetes Care*. 1997 Nov 1;20(11):1638–9.
6. Çetinkaya Özdemir S, Semerci V, Sönmez Sarı E. Development of the diabulimia knowledge level scale. *Arch Psychiatr Nurs*. 2023 Oct 1;46:139–45.
7. Niemelä PE, Leppänen HA, Voutilainen A, Möykkynen EM, Virtanen KA, Ruusunen AA, et al. Prevalence of eating disorder symptoms in people with insulin-dependent-diabetes: A systematic review and meta-analysis. Vol. 53, *Eating Behaviors*. Elsevier Ltd; 2024.
8. Tarçın G, Akman H, Güneş Kaya D, Serdengeçti N, İncetahtacı S, Turan H, et al. Diabetes-specific eating disorder and possible associated psychopathologies in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Eating and Weight Disorders*. 2023 Dec 1;28(1).
9. Ferrero Franco R, Garcia de Lorenzo A, Gonzalez Castro A. Diabulimia: An updated perspective. Vol. 31, *Enfermeria Clinica*. Elsevier Doyma; 2021. p. 396–7.
10. Ferrey A, Ashworth G, Cabling M, Rundblad G, Ismail K. A thematic analysis of YouTube comments on a television documentary titled 'Diabulimia: The World's most dangerous eating disorder.' *Diabetic Medicine*. 2023 May 1;40(5).
11. Staite E, Zaremba N, Macdonald P, Allan J, Treasure J, Ismail K, et al. 'Diabulima' through the lens of social media: a qualitative review and analysis of online blogs by people with Type 1 diabetes mellitus and eating disorders. *Diabetic Medicine*. 2018 Oct 1;35(10):1329–36.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association; 2013.
13. Coleman SE, Caswell N. Diabetes and eating disorders: an exploration of 'Diabulimia.' *BMC Psychol*. 2020 Dec 1;8(1).
14. Winston AP. *Eating Disorders and Diabetes*. Vol. 20, *Current Diabetes Reports*. Springer; 2020.
15. Merwin RM, Moskovich AA, Dmitrieva NO, Pieper CF, Honeycutt LK, Zucker NL, et al. Disinhibited eating and weight-related insulin mismanagement among individuals with type 1 diabetes. *Appetite*. 2014 Oct 1;81:123–30.
16. De Paoli T, Rogers PJ. Disordered eating and insulin restriction in type 1 diabetes: A systematic review and testable model. *Eat Disord*. 2018 Jul 4;26(4):343–60.
17. Falcão MA, Francisco R. Diabetes, eating disorders and body image in young adults: an exploratory study about "diabulimia." *Eating and Weight Disorders*. 2017 Dec 1;22(4):675–82.
18. Ip EJ, Doroudgar S, Salehi A, Salehi F, Najmi M. Diabulimia: A Risky Trend Among Adults with Type 1 Diabetes Mellitus. *Endocrine Practice*. 2023 Nov 1;29(11):849–54.
19. Davidson J. Diabulimia: how eating disorders can affect adolescents with diabetes. *Nursing Standard*. 2014 Sep 16;29(2):44–9.
20. Wisting L, Frøisland DH, Skriverhaug T, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. Disturbed eating behavior and omission of insulin in adolescents receiving intensified insulin treatment: A nationwide population-based study. *Diabetes Care*. 2013 Nov;36(11):3382–7.
21. Iovane B, Peducci E, Incerti T, Falcone S, Santoro A, Fanelli U, et al. Disturbed eating behavior in pre-teen and teenage girls and boys with type 1 diabetes. *Acta Biomedica*. 2018 Jan 17;89(4):490–7.

22. Goddard G, Oxlad M. Insulin restriction or omission in Type 1 Diabetes Mellitus: a meta-synthesis of individuals' experiences of diabulimia. *Health Psychol Rev.* 2023;17(2):227–46.
23. Hall R, Keeble L, Sünram-Lea SI, To M. A review of risk factors associated with insulin omission for weight loss in type 1 diabetes. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2021 Jul 1;26(3):606–16.
24. Kahkoska AR, Shay CM, Couch SC, Crandell J, Dabelea D, Gourgari E, et al. Sociodemographic associations of longitudinal adiposity in youth with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes.* 2018 Dec 14;19(8):1429–40.
25. Takii M, Uchigata Y, Tokunaga S, Amemiya N, Kinukawa N, Nozaki T, et al. The duration of severe insulin omission is the factor most closely associated with the microvascular complications of Type 1 diabetic females with clinical eating disorders. *International Journal of Eating Disorders.* 2008 Apr;41(3):259–64.
26. Larrañaga A, Docet MF, García-Mayor R V. Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. *World J Diabetes.* 2011;2(11):189.
27. Albaladejo L, Périnet-Marquet P, Buis C, Lablanche S, Iceta S, Arnol N, et al. High prevalence with no gender difference of likely eating disorders in type 1 mellitus diabetes on insulin pump. *Diabetes Res Clin Pract.* 2023 May 1;199.
28. Marks KP, Aalders J, Liu S, Broadley M, Thastum M, Jensen MB, et al. Associations between Disordered Eating Behaviors and HbA 1c in Young People with Type 1 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis . *Curr Diabetes Rev.* 2023 Aug 23;20(4).
29. Kelly SD, Howe CJ, Hendler JP, Lipman TH. Disordered Eating Behaviors in Youth With Type 1 Diabetes. Vol. 31, *Diabetes Educator.* 2005. p. 572–83.
30. Apergi K, Romanidou M, Abdelkhalek H, Tripsianis G, Gonidakis F. Reliability and validity of the Diabetes Eating Problem Survey in Greek adults with type 1 diabetes mellitus. *Psychiatriki.* 2020 Oct 1;31(4):310–20.
31. Markowitz JT, Butler DA, Volkening LK, Antisdell JE, Anderson BJ, Laffel LMB. Brief Screening Tool for Disordered Eating in Diabetes. *Diabetes Care.* 2010 Mar 1;33(3):495–500.
32. Yahya AS, Khawaja S, Chukwuma J, Chukwuma C. Early Diagnosis and Management of Bulimia Nervosa in Type 1 Diabetes. *Primary Care Companion for CNS Disorders.* 2020;22(6).
33. Cezar P, Gonçalves RR, Schainberg A, Comim F V., Oliveira SC. Higher score of diabetes eating problem survey-revised (DEPS-R) is associated with poor glycemic control among Brazilian patients with type 1 diabetes (T1DM): A brief report. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews.* 2022 Aug 1;16(8).
34. Luyckx K, Verschuere M, Palmeroni N, Goethals ER, Weets I, Claes L. Disturbed eating behaviors in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: A one-year prospective study. *Diabetes Care.* 2019 Sep 1;42(9):1637–44.
35. Lok CW, Wong MC, Yip KW, Ching WK, Choi EKY. Validation of the traditional Chinese version of the diabetes eating problem survey-revised and study of the prevalence of disordered eating patterns in Chinese patients with type 1 DM. *BMC Psychiatry.* 2023 Dec 1;23(1).
36. Zuijdewijk CS, Pardy SA, Dowden JJ, Dominic AM, Bridger T, Newhook LA. The mSCOFF for Screening Disordered Eating in Pediatric Type 1 Diabetes. *Diabetes Care.* 2014 Feb 1;37(2):e26–7.
37. Wisting L, Reas DL, Bang L, Skriverhaug T, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. Eating patterns in adolescents with type 1 diabetes: Associations with metabolic control, insulin omission, and eating disorder pathology. *Appetite.* 2017 Jul 1;114:226–31.
38. Schmitt TL. Disordered eating in adolescent females with T1DM. *Nurse Pract [Internet].* 2012 Sep 10;37(9):38–42. Available from: www.tnpj.com
39. ElSayed NA, Aleppo G, Bannuru RR, Beverly EA, Bruemmer D, Collins BS, et al. Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care.* 2024 Jan 1;47(Supplement_1):S1–4.
40. Pinhas-Hamiel O, Hamiel U, Greenfield Y, Boyko V, Graph-Barel C, Rachmiel M, et al. Detecting intentional insulin omission for weight loss in girls with type 1 diabetes mellitus. Vol. 46, *International Journal of Eating Disorders.* 2013. p. 819–25.
41. Pollock-BarZiv SM, Davis C. Personality factors and disordered eating in young women with type 1 diabetes mellitus. *Psychosomatics.* 2005;46(1):11–8.
42. Karastogiannidou C, Giannoulaki P, Samaras I, Kotzakioulafi E, Didangelos T, Bocsan IC, et al. The diabetes eating problem survey-revised (Deps-r) in a greek adult population

- with type 1 diabetes mellitus: Model comparison supporting a single factor structure. *Nutrients*. 2021 Jul 1;13(7).
43. Zaremba N, Watson A, Kan C, Broadley M, Partridge H, Figueredo C, et al. Multidisciplinary healthcare teams' challenges and strategies in supporting people with type 1 diabetes to recover from disordered eating. *Diabetic Medicine*. 2020 Dec 1;37(12):1992–2000.
 44. Steindel SJ. International classification of diseases, 10th edition, clinical modification and procedure coding system: descriptive overview of the next generation HIPAA code sets. *J Am Med Inform Assoc*. 2010;17(3):274–82.
 45. Goddard G, Oxlad M. Caring for individuals with Type 1 Diabetes Mellitus who restrict and omit insulin for weight control: Evidence-based guidance for healthcare professionals. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022 Mar 1;185.
 46. Hastings A, McNamara N, Allan J, Marriott M. The importance of social identities in the management of and recovery from 'Diabulimia': A qualitative exploration. *Addictive Behaviors Reports*. 2016 Dec 1;4:78–86.
 47. Hanlan ME, Griffith J, Patel N, Jaser SS. Eating disorders and disordered eating in type 1 diabetes: Prevalence, screening, and treatment options. *Curr Diab Rep*. 2013 Dec;13(6):909–16.
 48. Colton PA, Olmsted MP, Wong H, Rodin GM. Eating disorders in individuals with type 1 diabetes: Case series and day hospital treatment outcome. *European Eating Disorders Review*. 2015 Jul 1;23(4):312–7.