

TATIANA MOYA

Criação e análise da Sessão de Transtornos Alimentares do *DAWBA* (Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes)

Dissertação apresentada ao Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

SÃO PAULO

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Moya, Tatiana

**Criação e análise da Sessão de Transtornos Alimentares do *DAWBA*
(Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e
Adolescentes) / Tatiana Moya . -- São Paulo, 2004.**

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1.ANOREXIA NERVOSA/diagnóstico 2.BULIMIA/diagnóstico
3.ANOREXIA NERVOSA/epidemiologia 4.BULIMIA/epidemiologia
5.CRIANÇA 6.ADOLESCENTE 7.QUESTIONÁRIOS 8.CONDUTA NA
ALIMENTAÇÃO

USP/FM/SBD-385/04

**Aos meus pais Braz e Márcia que sempre me deram
continência e estímulo para a realização dos meus projetos**

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer às seguintes pessoas pelo apoio na elaboração desta dissertação:

Meu marido Guillermo Alejandro Sasim, pela compreensão, paciência, apoio e estímulo, sem os quais talvez a realização deste projeto não tivesse sido possível.

Bacy Fleitlich-Bilyk, pela preciosa orientação e confiança a mim dedicadas e por todas as portas que não hesitou em abrir.

Professor Francisco Lotufo Neto, que acreditou desde o princípio na realização deste projeto e exerceu seu papel de orientador no sentido mais amplo que esta palavra possa ter.

Professor Robert Goodman, que encontrou em sua vida de ilustre pesquisador, tão repleta de compromissos, o tempo necessário para dar sua preciosa e inigualável contribuição acadêmica ao instrumento desenvolvido nesta dissertação.

Táki Athanássios Cordás por todo o suporte que deu à realização deste projeto dentro do AMBULIM e pela análise dos relatórios da fase 3 do estudo.

A equipe do PROTAD que tornou a experiência de trabalhar com transtornos alimentares ainda mais prazerosa.

Hermano Tavares, Sandra Scivoletto e Bacy Fleitlich-Bilyk pelas avaliações minuciosas e críticas construtivas realizadas no exame de qualificação, que contribuíram de forma significativa para o aprimoramento deste trabalho.

Aytan Miranda Sipahi, Márcio Bernik, Ricardo Moreno e Doris Hupfeld Moreno por terem possibilitado a aplicação do instrumento desta dissertação nas pacientes adultas que participaram da fase 2 do estudo.

Ana Regina Castillo, Fernando Ramos Asbahr, Lee Fu I e Yu Kar Luiz Koda por terem aberto as portas de seus ambulatórios para a aplicação do instrumento desta dissertação nas jovens que participaram da fase 3 do estudo.

Minha mãe Márcia Regina Moya Martins pelas inúmeras revisões do texto.

Giulius Bianchi, grande amigo da família desde a minha infância, pela arte da capa (Título: QUIMERA; técnica mista sobre cartolina, 2004).

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio e reconhecimento deste projeto através da concessão de verba de auxílio à pesquisa (processo nº. 02/13067-1), também destinada ao estudo de validação do instrumento desta dissertação.

Todas as mulheres, crianças, adolescentes e seus familiares, pela valiosíssima participação, dispondo de seu tempo e revelando sua intimidade para contribuir com esta pesquisa, num contexto muitas vezes doloroso que é o do adoecer. A estas pessoas e todas aquelas que, de forma similar, sofrem, agradeço o privilégio de conhecê-las e a chance de vir a dar alguma contribuição com os frutos que este trabalho possa vir a gerar.

A normalização adotada nesta dissertação está de acordo com:

- Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação: 2004.

- Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

- Abreviatura dos títulos dos periódicos: conforme *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Dedicatória

Agradecimentos

Lista de tabelas

Lista de anexos

Lista de apêndices

Lista de figuras

Lista de abreviaturas

Lista de símbolos

Lista de siglas

Resumo

Abstract

Capítulo 1	Introdução	01
1.1	Transtornos alimentares	01
1.2	Panorama dos transtornos alimentares	02
1.3	Impacto dos transtornos alimentares	03
1.4	Importância dos instrumentos específicos para transtornos alimentares	04
1.5	Razões para o estudo	07
1.6	Objetivo	10

Capítulo 2	Revisão da literatura	11
2.1	Introdução	11
2.2	Instrumentos de avaliação de transtornos alimentares	12
2.2.1	Entrevista clínica padronizada	13
2.2.2	Questionário auto-aplicável	13
2.2.3	Instrumentos de automonitoramento	14
2.3	Epidemiologia na área de psiquiatria da infância e da adolescência: importância e metodologia	15
2.4	Peculiaridades dos transtornos alimentares na infância e na adolescência	18
2.4.1	As limitações dos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares do DSM-IV e da CID-10	18
2.4.2	A questão da intenção	20
2.4.3	A predominância de síndromes parciais	20
2.4.4	A necessidade de medir impacto dos sintomas para realização do diagnóstico	21
2.4.5	Dificuldades diagnósticas nos transtornos alimentares em crianças e adolescentes: sintomas mimetizadores e inespecíficos	21
2.5	Principais instrumentos de rastreamento e diagnósticos de transtornos alimentares na infância e na adolescência	22
2.5.1	Instrumentos de rastreamento	23
2.5.2	Instrumentos diagnósticos	34

Capítulo 3	Fase 1: desenvolvimento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA	46
3.1	Objetivo	47
3.2	Características da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA	47
3.2.1	Diagnóstico	47
3.2.2	Adequação para a realização de estudos epidemiológicos	48
3.2.3	Adequação para a utilização em estudos epidemiológicos no Brasil	53
3.3	Processo de elaboração das questões constituintes da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA	54
3.3.1	Questões de rastreamento	54
3.3.2	Questões diagnósticas	56
3.3.3	Ausência de itens da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA em questionário para professores	57
3.4	Conclusão	58
Capítulo 4	Fase 2: estudo com adultos e seus familiares	60
4.1	Objetivos	60
4.2	Método	61
4.2.1	Sujeitos	61
4.2.2	Instrumento	62
4.2.3	Procedimentos	62
4.3	Resultados	66

4.3.1	Amostra	66
4.3.2	Análise qualitativa e reformulação de questões	68
4.3.3	Análise estatística	74
4.3.4	Seleção do modelo ajustado para a fase 3 do estudo	84
4.3.5	Adição ao modelo ajustado de nova questão de rastreamento	85
4.4	Conclusões	85
Capítulo 5	Fase 3: reformulação de questões problemáticas e desempenho das questões de rastreamento em amostra de crianças e adolescentes	86
5.1	Objetivos	86
5.2	Método	86
5.2.1	Sujeitos	86
5.2.2	Instrumento	87
5.2.3	Procedimentos	88
5.3	Resultados	90
5.3.1	Amostra	90
5.3.2	Análise qualitativa das entrevistas e reformulação de questões problemáticas pelos autores do instrumento	91
5.3.3	Análise estatística	92
5.4	Conclusões	98
Capítulo 6	Fase 3: análise dos relatórios	100
6.1	Objetivos	100

6.2	Método	100
6.2.1	Sujeitos	100
6.2.2	Instrumento	101
6.2.3	Procedimentos	101
6.3	Resultados	103
6.3.1	Análise qualitativa dos relatórios	103
6.3.2	Análise descritiva dos relatórios analisados	105
6.4	Instrumento resultante	106
6.5	Conclusões	107
Capítulo 7	Discussão	108
7.1	Discussão dos resultados e limitações	108
7.1.1	Discussão dos resultados	108
7.1.2	Limitações do estudo	110
7.2	O processo diagnóstico da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA	111
7.3	Comparação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA com outros instrumentos	115
7.3.1	O DAWBA e o DISC	115
7.3.2	O DAWBA e entrevistas semi-estruturadas tradicionais	116
7.3.3	A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA e o ChEDE	117
7.3.4	A sessão de rastreamento do DAWBA e outros instrumentos de rastreamento de transtornos alimentares na infância e na	

adolescência	118
7.4 Conclusão	119
7.5 Considerações finais	119
Anexos	121
Referências bibliográficas	156

Apêndices

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resumo das principais características dos instrumentos de rastreamento de transtornos alimentares em crianças e/ou adolescentes	32 e 33
Tabela 2	Resumo das principais características dos instrumentos diagnósticos de transtornos alimentares em crianças e/ou adolescentes	45
Tabela 3	Dados descritivos das pacientes adultas com TA participantes da fase 2 do estudo e as questões problemáticas para estas e seus familiares	67
Tabela 4	Dados descritivos das pacientes adultas com doenças de acometimento intestinal, transtorno obsessivo-compulsivo e depressão participantes da fase 2 do estudo e as questões problemáticas para estas e seus familiares	68
Tabela 5	Comparação dos grupos com e sem TA da fase 2 do estudo quanto às idades dos sujeitos participantes	74
Tabela 6	Resultado da análise univariada que comparou os grupos com e sem TA levando em consideração as respostas das pacientes adultas a cada questão de rastreamento	75
Tabela 7	Resultado da análise univariada que comparou os grupos com e sem TA levando em consideração as respostas dos familiares das pacientes adultas a cada questão de rastreamento	77
Tabela 8	Descrição dos erros e acertos de classificação dos indivíduos com base nas análises discriminantes das pacientes adultas e dos respectivos familiares	79
Tabela 9	Descrição dos erros e acertos de classificação dos indivíduos com e sem TA com base na soma das questões do modelo composto (1, 3, 4, 6 e 12) para um ponto de corte de dois para pacientes e familiares	80

Tabela 10	Análise de confiabilidade dos itens selecionados pelas análises multivariadas	81
Tabela 11	Descrição dos erros e acertos de classificação dos indivíduos com e sem TA com base na soma dos resultados das questões do modelo ajustado (3, 4, 6 e 12) para um ponto de corte de dois para pacientes e de um para familiares	83
Tabela 12	Comparação dos grupos com e sem TA quanto à soma das respostas nas questões de rastreamento do modelo composto e ajustado	84
Tabela 13	Dados descritivos das crianças e adolescentes com transtorno alimentar que participaram da fase 3 do estudo	90
Tabela 14	Dados descritivos das crianças e adolescentes com doenças de acometimento intestinal, transtorno obsessivo-compulsivo e depressão que participaram da fase 3 do estudo	91
Tabela 15	Comparação dos grupos com e sem TA da fase 3 do estudo quanto às idades dos sujeitos participantes	93
Tabela 16	Comparação dos grupos com e sem TA quanto à soma das respostas nas questões de rastreamento na fase 3 do estudo	94
Tabela 17	Análise exploratória dos pontos de corte 2 e 3 para a pontuação dos jovens e dos pais nas questões de rastreamento para detectar jovens com TA, na fase 3 do estudo	97
Tabela 18	Análise de confiabilidade das questões de rastreamento respondidas pelas jovens e seus pais	98
Tabela 19	Número de sujeitos conforme o diagnóstico dado pelo especialista e o grupo na pesquisa	105
Tabela 20	Comparação das propriedades psicométricas da sessão de	

rastreamento do DAWBA com outros instrumentos de
TAs nesta faixa etária 119

Tabela 21 Tabela 2x2 para um teste diagnóstico
dicotômico (Apêndice C)

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA) – Questionário para jovens entre 11 e 17 anos – Sessão P: Alimentação, Peso e Forma Corporal	121
ANEXO B	Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA) – Questionário para pais – Sessão P: Alimentação, Peso e Forma Corporal ...	129
ANEXO C	Lista de questões de outros instrumentos que serviram de fonte de orientação para formulação das questões de rastreamento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA	137
ANEXO D	Questões de rastreamento para a criança da fase 2 do estudo	140
ANEXO E	Questões de rastreamento para pais da fase 2 do estudo	141
ANEXO F	Lista de questões de outros instrumentos que serviram de fonte de orientação para formulação das questões diagnósticas da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA	142
ANEXO G	Termo de consentimento – fase 2 do estudo	150
ANEXO H	Termo de consentimento – fase 3 do estudo	153

LISTA DE APÊNDICES

- APÊNDICE A Critérios diagnósticos de anorexia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10 Pesquisa
- APÊNDICE B Critérios diagnósticos de bulimia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10 Pesquisa
- APÊNDICE C Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo de um teste

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação esquemática das fases de construção e análise da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA	46
Figura 2	Foto de tela do programa de computador para entrada de dados da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA	50
Figura 3	Foto de exemplo de relatório da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, fornecida pelo programa de computador para diagnóstico final pelo especialista	51
Figura 4	Gráficos de caixa da soma das questões de rastreamento do modelo composto (1, 3, 4, 6 e 12)	80
Figura 5	Gráficos de caixa da soma das questões de rastreamento do modelo ajustado (3, 4, 6 e 12)	82
Figura 6	Gráfico da pontuação das jovens com e sem TA nas questões de rastreamento da fase 3 do estudo	94
Figura 7	Gráfico da pontuação dos pais das jovens com e sem TA nas questões de rastreamento da fase 3 do estudo	95
Figura 8	Gráficos de caixas da distribuição das pontuações das jovens com e sem TA e pais na fase 3 do estudo	96
Figura 9	Representação esquemática do processo diagnóstico da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA	113

LISTA DE ABREVIATURAS

AN	anorexia nervosa
BN	bulimia nervosa
cap.	capítulo
dr.	doutor
ed.	edição
et al.	e outros
ex.	exemplo
fig.	figura
IMC	índice de massa corpórea
n.º.	número
p.	página
pacte.	paciente
pactes.	pacientes
prof.	professor
rev.	revista
supl.	suplemento
TA	transtorno alimentar
TAs	transtornos alimentares
TANE	transtorno alimentar não especificação em outra sessão

(abreviatura também utilizada nesta dissertação para referir-se a “síndromes parciais”)

TCAP transtorno de compulsão alimentar periódica

TOC transtorno obsessivo-compulsivo

tr. transtorno

v. volume

VPN valor preditivo negativo

VPP valor preditivo positivo

LISTA DE SÍMBOLOS

cm	centímetro
“e”	número neperiano ($e = 2,718281828\dots$)
kg	quilograma
kg/m ²	quilograma por metro quadrado
log	logarítmo
<i>ln</i>	logarítmo na base “e” (que tem como base o número neperiano)
m	metro
>	maior que
<	menor que
≥	maior ou igual que
≤	menor ou igual que
=	igual a
%	porcentagem

LISTA DE SIGLAS

ABOS	“ANORETIC BEHAVIOR OBSERVATION SCALE”
ABS	“ANOREXIC BEHAVIOUR SCALE”
AMBAN	AMBULATÓRIO DE ANSIEDADE DO IPQ- HCFMUSP
AMBULANSIA	AMBULATÓRIO DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA DO IPQ-HCFMUSP
AMBULIM	AMBULATÓRIO DE BULIMIA NERVOSA E TRANSTORNOS ALIMENTARES DO IPQ- HCFMUSP
APA	“AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION”
ATA	AMBULATÓRIO DE TRANSTORNOS AFETIVOS DO SEPIA/IPQ-HCFMUSP
BITE	“BULIMIC INVESTIGATORY TEST”
CAPA	“CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC ASSESSMENT”
CDI	“CHILDREN’S DEPRESSION INVENTORY”
CEBQ	“CHILDREN’S EATING BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE”

CEDRI	“CLINICAL EATING DISORDERS RATING INSTRUMENT”
ChEAT	“CHILDREN EATING ATTITUDES TEST”
ChEDE	“CHILD EATING DISORDER EXAMINATION”
CID - 10	CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - 10, WHO
CIDI	“COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSIS INTERVIEW”
DAWBA	“DEVELOPMENT AND WELL-BEING ASSESSMENT”
DICA	“DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS”
DIS	“DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE”
DISC	“DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN”
DSM-IV	MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 4 ^a . edição
EAT	“EATING ATTITUDES TEST”
EDE	“EATING DISORDER EXAMINATION”

EDE-Q	“EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE”
EDES	“EATING DISORDER EVALUATION SCALE”
EDI	“EATING DISORDERS INVENTORY”
ESI	“EATING SYMPTOMS INVENTORY”
FAPESP	FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO
FMUSP	FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
GRUDA	GRUPO DE DOENÇAS AFETIVAS
HC	HOSPITAL DAS CLÍNICAS
IEDE	“INTERVIEW FOR DIAGNOSIS OF EATING DISORDERS”
IPQ	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
ISED	“INVENTORY FOR THE SCREENING OF EATING DISORDERS”
KEDS	“KIDS’ EATING DISORDERS SURVEY”
K-SADS	“SCHEDULE FOR AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA FOR SCHOOL-AGE CHILDREN”
PROTAD	PROJETO DE ATENDIMENTO, ENSINO E PESQUISA EM TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA E

NA ADOLESCÊNCIA, DO AMBULIM, DO IPQ-
HCFMUSP

PROTODC	PROJETO TRANSTORNO DO ESPECTRO OBSESSIVO-COMPULSIVO
QEWPA-A	“ADOLESCENT VERSION OF THE QUESTIONNAIRE OF EATING AND WEIGHT PATTERNS”
QEWPA-P	“PARENT VERSION OF THE QUESTIONNAIRE OF EATING AND WEIGHT PATTERNS”
SEPIA	SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO IPQ-HCFMUSP
SCANS	“SETTING CONDITIONS FOR ANOREXIA NERVOSA SCALE”
SIAB	“STRUCTURED INTERVIEW FOR ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA”
UNIFESP	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
USP	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
WHO	“WORLD HEALTH ORGANIZATION”

RESUMO

Moya T. *Criação e análise da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA (Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes)* [dissertação]. São Paulo: Departamento de Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004. 173p.

Esta dissertação teve por objetivo criar a Sessão de Transtornos Alimentares do Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (“Development and Well-Being Assessment”, DAWBA), para que seja validada no futuro. Trata-se de um instrumento planejado para o rastreamento e diagnóstico de transtornos alimentares em crianças e adolescentes do sexo feminino, de 7 a 17 anos, em estudos epidemiológicos. O instrumento é constituído de uma entrevista com um dos pais e, em crianças de 11 anos ou mais, uma entrevista também com a jovem. São entrevistas estruturadas, que incluem questões abertas, planejadas de forma que, no futuro, possam ser aplicadas por entrevistadores treinados, sem experiência clínica prévia em TAs, e possibilitem diagnósticos operacionais da CID-10 e do DSM-IV de anorexia, bulimia nervosa e quadros subsindrômicos das mesmas. O estudo ocorreu em três fases: (1) criação do instrumento, (2) seu aprimoramento em 45 mulheres adultas (18-62 anos) e um familiar de cada uma delas e (3) aperfeiçoamento adicional com aplicação em 30 jovens do sexo feminino (7-17 anos) e um de seus pais. A criação do instrumento ocorreu mediante a formulação de questões em linguagem simples e clara que explorassem cada critério diagnóstico de anorexia e bulimia nervosas do DSM-IV e da CID-10, orientada por questões originárias de outros instrumentos em transtornos alimentares. Nas fases 2 e 3 foram entrevistados indivíduos com transtornos alimentares, transtorno obsessivo-

compulsivo, depressão unipolar e doença de acometimento intestinal e o entrevistador não esteve cego para os diagnósticos dos sujeitos. Uma análise qualitativa, realizada durante as entrevistas nessas fases, permitiu a detecção e reformulação de questões problemáticas (perguntas ambíguas, de difícil compreensão ou, ainda, que não pesquisaram o que se desejava). Na fase 2 do estudo foram detectadas 12 questões problemáticas e, as oito que permaneceram no questionário, foram reformuladas. Das 15 questões de rastreamento originais, selecionou-se, mediante análise discriminante, qualitativa e de consistência interna, as quatro mais adequadas e discriminantes de transtornos alimentares. Estas, acrescidas de uma quinta nova questão formulada para detectar o impacto do ato de comer na vida do jovem, foram colocadas em teste na fase 3 do estudo. Nesta etapa uma questão foi detectada como problemática e reformulada. Fez-se também uma análise qualitativa dos relatórios fornecidos pelo instrumento, através de um especialista em transtornos alimentares, que: (1) atribuiu diagnóstico de presença ou não de transtorno alimentar e (2) quando se deparou com alguma dificuldade diagnóstica, explicitou-a, o que resultou na adição de três novas questões e no aprimoramento da técnica de coleta de dados. O especialista esteve cego para o grupo de origem do sujeito (com transtorno alimentar ou controle). Dos 30 relatórios analisados na fase 3, oito (27%) ofereceram dificuldade diagnóstica, todos referentes a jovens controles. Dos 22 relatórios sem dificuldade diagnóstica, em dois (9%) o especialista atribuiu diagnóstico discordante daquele do grupo de origem da jovem: dois controles receberam o diagnóstico de portadores de transtorno alimentar. Na fase 3 do estudo, as cinco questões de rastreamento apresentaram potencial rastreador de indivíduos com transtorno alimentar: para um ponto de corte de duas respostas positivas no questionário com a

jovem, a sensibilidade foi de 100% e a especificidade de 80%; para um ponto de corte de três respostas positivas no questionário com os pais, a sensibilidade foi de 100% e a especificidade de 95%. As cinco questões de rastreamento mostraram consistência interna com *Alfa de Chrombach* de 0,72 para questionário da jovem e 0,84 para questionário dos pais e foram pontuadas de forma diferente por sujeitos com e sem transtorno alimentar ($p < 0,001$, para ambos os questionários), sendo que os sujeitos com transtorno alimentar pontuaram mais. As principais limitações do estudo foram: (1) não ter entrevistado os familiares de oito pacientes adultas na fase 2, (2) o número reduzido de sujeitos participantes nas fases 2 e 3, (3) a amostragem por conveniência dos sujeitos participantes, (4) a diferença de parentesco dos cuidadores das jovens com e sem TA na fase 3, (5) a diferença de idade dos sujeitos com e sem TA na fases 2 e 3, (6) análise dos relatórios da fase 3 por um único especialista, (7) não ter incluído amostra comunitária. Com o presente estudo, conclui-se que a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA é um instrumento rastreador e diagnóstico de transtorno alimentar com potencial para utilização em estudos epidemiológicos em crianças e adolescentes do sexo feminino que, no entanto, necessita de estudos de validação.

Descritores: 1.ANOREXIA NERVOSA/diagnóstico 2.BULIMIA/diagnóstico 3.ANOREXIA NERVOSA/epidemiologia 4.BULIMIA/epidemiologia 5.CRIANÇA 6.ADOLESCENTE 7.QUESTIONÁRIOS 8.CONDUTA NA ALIMENTAÇÃO

ABSTRACT

Moya T. *Creation and analysis of The Eating Disorders Section of the DAWBA (Development and Well-Being Assessment)* [dissertação]. São Paulo: “Departamento de Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo”; 2004. 173p.

This dissertation concerns the creation of The Eating Disorders Section of The Development and Well-Being Assessment (DAWBA) for future validation. It is a measure designed for screening and diagnosis in epidemiological studies of eating disorders in female children and adolescents, from 7 to 17 years old. The measure includes one interview with the parent and, in eleven year-old or older children, one interview with the subject girl. It contains structured interviews that include open-ended questions, designed to be administered in the future by trained interviewers without previous experience in eating disorders, and to provide operational DSM-IV and ICD-10 diagnosis of anorexia, bulimia nervosa and partial syndromes. The study was carried out in three phases: (1) creation of the measure, (2) its improvement through its application to 45 adult women (18-62 years old) and to one of their relatives, and (3) fine tuning by applying it to 30 girls (7-17 years old) and one of their parents. The measure was created by formulating questions using simple and clear wording that explored each DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria of anorexia and bulimia. This formulation was supported by examining questions from other eating disorder measures. In phases 2 and 3 subjects with eating disorders, obsessive-compulsive disorder, unipolar depression and disorders with gastrointestinal compromise were interviewed by the author who was not blind to the subject diagnosis. A qualitative analysis carried out during the interviews detected and

guided the reformulation of problematic questions (ambiguous, difficult to comprehend or did not investigate what was wanted). Twelve questions were detected as problematic in phase 2, and those which remained in the questionnaire (eight) were reformulated. The four most discriminant and suitable eating disorder screening questions were selected from the fifteen original ones using discriminant, qualitative and internal consistency analyses. These questions plus a fifth new one formulated to detect the burden of eating in the child's life were tested in phase 3. One question was detected as problematic and was reformulated in this phase. An eating disorders specialist also carried out a qualitative analysis of the reports provided by the measure. The specialist made, basically, two analyses: (1) provided a diagnosis of the presence or absence of an eating disorder, and (2) when he found any diagnostic difficulty, he exposed it, which resulted in: (a) the addition of three new questions, and (b) the improvement of the data collection technique. The specialist was blind to the group the subject was coming from (eating disorder or control group). From the 30 reports analyzed in phase 3, eight (27%) offered diagnostic difficulties; all of which were reports from control subjects. From the remaining 22 reports that did not present any diagnostic difficulty, the specialist gave two of them diagnoses that were discordant from the group the girl was coming from (9% discordance): i.e. the specialist diagnosed eating disorders in two control subjects. The five screening questions showed potential for the screening of subjects with eating disorders: for a cutoff of two positive responses in the girls' questionnaire, the sensibility was 100% and the specificity 80%; for a cutoff of three positive responses in the parents' questionnaire, the sensibility was 100% and the specificity 95%. The five screening questions presented internal consistency with a

Chrombach's Alpha of 0,72 for the girls' and 0,84 for the parents' questionnaire and were scored with significant difference for subjects with and without eating disorders ($p < 0,001$ for both questionnaires): the subjects with eating disorders presented higher scores. The main study limitations were: (1) did not interview eight relatives of patients in phase 2, (2) reduced number of participants in phase 2 and 3, (3) sampling strategy by convenience, (4) difference in kinship of the carers between control and eating disorder group in phase 3, (5) difference in age between control and eating disorder group in phases 2 and 3, (6) analysis of the reports in phase 3 by only one specialist, (7) did not include a community sample. In summary, The Eating Disorders Section of The DAWBA is a screening and diagnostic measure with potential for epidemiological studies in female children and adolescents, although it needs validation studies.

Keywords: 1.ANOREXIA NERVOSA/diagnosis 2.BULIMIA/diagnosis 3.ANOREXIA NERVOSA/epidemiology 4.BULIMIA/epidemiology 5.CHILD 6.ADOLESCENT 7.QUESTIONNAIRES 8.FEEDING BEHAVIOR

Capítulo 1

Introdução

1.1 Transtornos alimentares

Esforços maiores devem ser empregados no combate de determinada doença quando ela é freqüente, difícil de tratar ou grave (Nielsen, 2001). A literatura científica na área de transtornos alimentares (TAs) vem apontando para um aparente aumento de sua ocorrência (Lucas et al., 1991; Bryant-Waugh e Lask, 1995; Hoek, 2002; Hoek e Hoeken, 2003; Busse e Silva, 2004). Além disso, a necessidade de medidas específicas para o tratamento, bem como a gravidade desses transtornos são importantes (Agras, 2001). Segundo Nielsen (2001), os TAs apresentam gravidade significativa em vários aspectos: acarretam risco considerável de comprometimento emocional, psico-social e sexual, além do risco elevado de morbidade (Moya, 2003) e mortalidade (Herzog et al., 2000; Cordás et al., 2004). Portanto, os TAs apresentam todos os requisitos para merecerem investimentos de recursos direcionados à saúde (Fleitlich-Bilyk e Scivoletto, 2004).

1.2 Panorama dos transtornos alimentares

Os TAs apresentam ocorrência global: estudos mostram prevalência significativa tanto em países desenvolvidos, como os EUA, Japão, Israel e nações européias (Johnson-Sabine et al., 1988; Whitaker et al., 1989; Kurtzman et al., 1989; Mitrany et al., 1995; Garfinkel et al., 1995; Steinhausen et al., 1997; Cotrufo et al., 1998; Morandé et al., 1999; Nakamura et al., 2000; Rojo et al., 2003), quanto em países em desenvolvimento (Zuckerfeld et al., 1988; Nasser, 1994; Nobakht e Dezhkam, 2000). Estes estudos pesquisam adolescentes e adultos, e as taxas de prevalência de bulimia nervosa (BN) variam entre 0,4 % a 3,2 % no sexo feminino e entre 0 % a 0,36 % no sexo masculino; as taxas de anorexia (AN) variam entre 0,5 % e 0,9 % no sexo feminino e as taxas de síndromes parciais (TANE) estão entre 2,8 % e 6,6% no sexo feminino e entre 0,5% e 0,8% no sexo masculino. Esses índices variam muito porque dependem de uma série de fatores, que divergem em cada estudo, tais como população analisada, faixa etária, país pesquisado, metodologia utilizada, entre outros.

Existem poucas pesquisas epidemiológicas em TAs em países em desenvolvimento e o Brasil também revela carência de pesquisas nessa área. No entanto, a experiência clínica sugere que esses transtornos também têm prevalência significativa no Brasil (Moya e Fleitlich-Bilyk, 2003).

1.3 Impacto dos transtornos alimentares

Os conceitos correntes de TAs incluem o par tradicional da patologia alimentar, a AN e a BN*, e ainda um terceiro diagnóstico, presente em caráter experimental no DSM-IV (APA, 1995), o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). A AN e a BN são patologias que podem evoluir com gravidade significativa, sendo que a BN apresenta os índices de recuperação completa mais altos (Herzog et al., 1999; Cordás et al., 2004). A porcentagem de pacientes com AN que se recuperam totalmente não é muito alta: somente cerca de 50% dos pacientes evoluem para uma recuperação total, sendo que 20% permanecem com sintomas residuais e 30% apresentam um curso crônico independente do tratamento utilizado (Treasure, 1997). A AN tem taxa de mortalidade maior que qualquer outro transtorno psiquiátrico (Agras, 2001). Sullivan (1995) relata que a taxa de mortalidade em AN é 0,56% em um ano ou 5,6% em uma década: 54% morrem pelas complicações do transtorno alimentar (TA), 27% por suicídio e 19% de causas desconhecidas ou outras causas. A BN, por outro lado, apresenta melhor prognóstico: o índice de mortalidade é bem menor que o da AN e as taxas de recuperação são cerca de 70% até 10 anos após o início do atendimento em centro clínico (Sullivan et al., 2002). O tratamento precoce pode proporcionar melhor evolução da patologia, uma vez que, quanto maior o tempo de evolução do quadro, pior a resposta ao tratamento (Eisler et al., 1997). Portanto, o diagnóstico na fase inicial da doença é de fundamental importância.

* Os critérios diagnósticos de AN e BN segundo o DSM-IV (APA, 1995) e a CID-10 Pesquisa (WHO, 1998) podem ser vistos nos apêndices A e B, ao final desta dissertação.

1.4 Importância dos instrumentos específicos para transtornos alimentares

O diagnóstico de TA pode ser feito por instrumentos específicos, como questionários e entrevistas clínicas estruturadas, mesmo quando aplicados por um não especialista. Nos últimos vinte anos foram publicados vários tipos de instrumentos de avaliação na língua inglesa, específicos para TAs em indivíduos adultos: o “Eating Attitudes Test” (EAT) (Garner e Garfinkel, 1979), o “Eating Disorders Inventory” (EDI) (Garner et al., 1983), o “Clinical Eating Disorders Rating Instrument” (CEDRI) (Palmer et al., 1987), o “Bulimic Investigatory Test” (BITE) (Henderson e Freeman, 1987), a “Interview for Diagnosis of Eating Disorders” (IDED) (Williamson, 1990), a “Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa” (SIAB) (Fichter et al., 1991), o “Eating Disorder Examination” (EDE) (Fairburn e Cooper, 1993). Essas escalas fornecem informações gerais sobre a sintomatologia dos TAs (Cordás e Neves, 2000). Algumas possibilitam o diagnóstico e avaliação da psicopatologia do quadro alimentar e outras, o rastreamento dessas patologias. Um grupo de pesquisadores do sul do Brasil realizou a tradução do

“Eating Attitudes Test” (EAT) (Nunes et al., 1994) e, posteriormente, sua validação* . O EAT já foi muito utilizado em estudos epidemiológicos em todo o mundo para rastrear indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de distúrbios da conduta alimentar.

Em psiquiatria infantil existem poucos instrumentos diagnósticos desenvolvidos e validados. Com relação aos TAs, não existe, no mundo, nenhum instrumento diagnóstico para estudo epidemiológico validado com o uso de amostra clínica, planejado especificamente para a faixa etária infanto-juvenil. Alguns pesquisadores, como Carter et al. (2001b) e Bryant-Waugh et al. (1996), produziram instrumentos diagnósticos de TAs que são adaptações daqueles planejados para adultos, que visam o uso em crianças e adolescentes (esses instrumentos serão melhor descritos no segundo capítulo desta dissertação, em uma revisão da literatura sobre o tema). No entanto, sabemos que a patologia alimentar nessa faixa etária possui características muito próprias: crianças com 7-8 anos ainda não apresentam a capacidade de pensamento abstrato e auto-avaliação (Bryant-Waugh et al., 1996), habilidades necessárias para responder a itens, por exemplo, do “Eating Disorder Examination” (EDE) (Fairburn e Cooper, 1993) que determinem idéias supervalori-

* Nunes MA, Camey S; Olinto MT, Mari JJ. (Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo). “The validity and a 4-year test-retest reliability study of the Brazilian version of the Eating Attitude Test Questionnaire” (EAT-26) [manuscrito em avaliação para publicação, dados publicados nesta dissertação com autorização do primeiro autor, 2003]. Os autores realizaram pesquisa em duas fases, em que foi investigada a validade da versão brasileira do EAT-26. Foram entrevistadas 161 mulheres (idade média de $24,2 \pm 4,0$) onde os resultados colhidos com o EAT foram comparados àqueles obtidos com a entrevista psiquiátrica “The Composite International Diagnosis Interview” (CIDI). O EAT apresentou coeficientes de validade baixos: 40% de sensibilidade, 84% de especificidade, 14% de valor preditivo positivo, 95% de valor preditivo negativo e 18,4% de classificações incorretas, alfa de Chrombach de 0,75. Para cada item do EAT, o Kappa não foi maior que 0,344 e o coeficiente de correlação foi menor que 0,488. Os autores, com base nesses resultados, questionaram a capacidade do EAT-26 em identificar comportamentos alimentares anormais na população estudada, interpretando a alta pontuação no EAT por mulheres saudáveis como possível consequência do fato de ter se tornado comum, na população feminina da atualidade, controlar dieta e desejar um corpo magro, características mais incomuns há 20 anos, quando o EAT foi elaborado.

zadas a respeito de peso e forma do corpo. Além disso, muitas das questões são direcionadas a estabelecer a frequência de determinados comportamentos pela criança, que pode não estar desenvolvida suficientemente para estimá-la ou não ser autorizada a manifestar esses comportamentos em função da supervisão dos adultos (Bryant-Waugh et al., 1996). As particularidades desta faixa etária serão melhor abordadas no capítulo 2 desta dissertação.

Desta maneira, é fundamental o desenvolvimento de um instrumento diagnóstico de AN e BN específico para crianças e adolescentes, na medida em que permita o diagnóstico precoce e acurado de indivíduos doentes numa faixa etária onde existe maior incidência de AN (Hoek e Hoeken, 2003; Busse e Silva, 2004). O diagnóstico na fase inicial da doença certamente favorecerá a resposta ao tratamento, impedindo que crianças e adolescentes evoluíssem para indivíduos adultos cronicamente doentes, difíceis de tratar e com altos índices de morbidade e mortalidade. Este instrumento também possibilitaria a realização de pesquisas nessa faixa etária, estabelecendo populações com diagnóstico confiável. Outra grande utilidade seria a possibilidade de se realizar estudos epidemiológicos no Brasil, para detectar TAs nessa faixa etária, bem como dimensionar a magnitude do problema, o que orientaria a estruturação adequada de programas de prevenção e de serviços de assistência, destinados a atender a demanda da população brasileira.

1.5 Razões para o estudo

Hoek e Hoeken (2003), em uma revisão recente da literatura sobre estudos epidemiológicos em TAs, revelam que a prevalência média de AN em população de jovens do sexo feminino é de 0,3 %, enquanto as taxas de prevalência de BN são de 1% e 0,1% em jovens do sexo feminino e masculino, respectivamente. Hoek e Hoeken (2003) também pesquisaram as taxas de incidência populacional de AN e BN, que foram de 8 casos por 100.000 por ano e 12 por 100.000 por ano, respectivamente. Esses índices são desconhecidos na população brasileira. Também é importante ressaltar que relatos de casos em crianças têm sido publicados revelando quadros de AN já aos 7 anos de idade (Jacobs e Isaacs, 1986; Fosson et al., 1987).

O conhecimento da prevalência dos diferentes transtornos mentais na infância e na adolescência é fundamental para orientar o investimento de recursos públicos no tratamento e prevenção de cada tipo de transtorno. A experiência clínica na área de TAs na infância e na adolescência mostra que: (1) TAs nessa faixa etária são mais comuns do que se imagina (Moya e Fleitlich-Bilyk, 2003) e podem interferir em rendimento escolar e interação social (Fleitlich-Bilyk e Scivoletto, 2004); (2) o distúrbio alimentar pode se prolongar no tempo e evoluir com cronificação (Eisler et al., 1997; Fleitlich-Bilyk e Scivoletto, 2004); (3) a maioria das crianças e adolescentes com TAs em São Paulo não recebe tratamento apropriado (Moya e Fleitlich-Bilyk, 2003); (4) se não tratados, os distúrbios alimentares podem evoluir com complicações físicas e psiquiátricas graves (Moya, 2003; Fleitlich-Bilyk e Scivoletto, 2004). Se isso for comprovado no Brasil, através de estudos

epidemiológicos, investimentos maiores deverão ser feitos no tratamento de TAs no país.

Os serviços brasileiros especializados no tratamento de TAs em adultos estão localizados, em sua grande maioria, em capitais brasileiras da Região Sul/Sudeste, como São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre e geralmente estão baseados em hospitais universitários. Esses serviços, na sua maioria, possuem filas de espera e são insuficientes para atender a demanda, seja pela sua dimensão (número relativamente grande de indivíduos doentes), seja pela falta de infra-estrutura (número reduzido de profissionais especialistas, necessidade de equipes multidisciplinares, ausência de enfermarias especializadas, insuficiência de leitos em enfermarias especializadas, etc.). Os serviços comunitários tais como os postos de saúde, não apresentam estrutura para cuidar de pacientes portadores desses transtornos e costumam encaminhá-los a serviços universitários de referência, muitas vezes localizados em outros estados brasileiros. Alternativas ao tratamento médico em serviço público são os convênios médicos que, no entanto, a maioria da população brasileira não possui. Esses serviços começaram, recentemente, a cobrir atendimento psiquiátrico, mas não dispõem, ainda, da estrutura necessária para atender pacientes com TAs. Desta forma, os indivíduos que possuem assistência de convênio médico, inclusive, acabam por recorrer aos serviços públicos especializados no tratamento de TAs.

Existe um único serviço brasileiro especializado no tratamento de TAs na infância e na adolescência. Trata-se do Projeto de Atendimento, Ensino e Pesquisa de Transtornos Alimentares na Infância e na Adolescência (PROTAD), onde este estudo foi desenvolvido, que funciona no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), dentro do Ambulatório de Bulimia e

Transtornos Alimentares (AMBULIM). No momento, há muitas crianças e adolescentes com patologia alimentar grave, aguardando atendimento no PROTAD, onde a média de espera de cada jovem é de cerca de 2 anos (Moya e Fleitlich-Bilyk, 2003). Parte significativa dos jovens que aguarda atendimento é de fora da cidade de São Paulo e, até mesmo, do estado. Muitos desses jovens, antes de procurarem pelo atendimento especializado, realizaram uma peregrinação por diversos serviços de saúde sem receberem diagnóstico correto. A experiência clínica resultante desse atendimento mostra que muitos médicos estão mal treinados e, portanto, impossibilitados de fazer o diagnóstico acurado de TA, o que impede, inclusive, o encaminhamento correto destas crianças para assistência (Moya, 2003). A opção para tratamento adequado é a rede particular, que implica em custos extremamente altos, principalmente por envolver profissionais especializados, equipe multidisciplinar e duração relativamente longa do tratamento*. Portanto, uma parcela extremamente restrita da população brasileira pode contar com esta alternativa.

Outro dado que revela ainda mais a escassez de recursos para o tratamento dos TAs é a constatação de que apenas um terço dos pacientes com AN e 6 % com BN têm acesso a serviços de saúde mental (Hoek e Hoeken, 2003). Isso significa que os pacientes em serviços especializados (incluindo aqueles em lista de espera) é apenas uma pequena parcela da população que realmente necessita de assistência.

No Brasil não existe estudo epidemiológico diagnóstico de TAs que utilize instrumentos adequados e validados. No entanto, Nunes et al. (2003) realizaram um estudo com 513 indivíduos do sexo feminino no sul do Brasil (12-29 anos), que mostrou a prevalência de sintomas de TAs na população estudada: 10,9%

* Fleitlich-Bilyk B. (PROTAD – AMBULIM, informação pessoal, 2004). A duração média do tratamento de crianças e adolescentes com TAs no PROTAD é de 8,8 meses.

apresentavam alimentação anormal, 8,5% usavam laxantes, 2,8 % usavam diuréticos e 1,4% provocavam vômitos. Adicionalmente, quando se analisa a diferença no consumo de drogas entre adolescentes do sexo feminino e masculino no Brasil, observa-se um consumo maior de estimulantes (medicamentos usados para diminuir o apetite) por meninas das regiões Sudeste e Nordeste, fato apontado pelos autores como provável consequência do desejo de emagrecer (Galduróz et al., 1997).

A realização, entretanto, de um estudo epidemiológico com detecção de indivíduos com TAs é tarefa complexa e exige a utilização de instrumentos diagnósticos específicos. Portanto, para melhorar o conhecimento do impacto dos TAs na infância e na adolescência no Brasil, é necessário o desenvolvimento de um instrumento diagnóstico específico para esses distúrbios, nessa faixa etária. O DAWBA (Goodman et al., 2000; Ford et al., 2003) é um instrumento diagnóstico de transtornos mentais na infância e na adolescência em estudos epidemiológicos já validado no Brasil (Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004), que até a realização do presente estudo, não possuía sessão de TAs.

1.6 Objetivo

Criar, analisar e aprimorar a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, para que possa ser futuramente validada.

Capítulo 2

Revisão da literatura

2.1 Introdução

O interesse científico na área da psiquiatria infantil aumentou de forma significativa recentemente. Com relação aos TAs na infância e na adolescência, o contexto não é diferente: o crescimento de pesquisas nesse assunto, em todo mundo, intensificou-se principalmente na última década. Um quesito fundamental para a pesquisa na área é a existência de instrumentos específicos para a avaliação de TAs nesta faixa etária. Existem alguns instrumentos específicos, porém, a maioria é fruto da adaptação de ferramentas originalmente planejadas para adultos.

No Brasil, a pesquisa em Psiquiatria Infantil é extremamente incipiente (Assumpção Jr, 1995), principalmente quando se trata de TAs. Entre outros fatores deficitários, está a inexistência de instrumento diagnóstico destes transtornos validado, específico para crianças e adolescentes, que seria de fundamental importância para o progresso da pesquisa epidemiológica e da assistência nessa área. No entanto, o desenvolvimento deste instrumento faz emergir uma série de questões metodológicas como: (1) necessidade de múltiplos informantes quando se avalia doença psiquiátrica em crianças e adolescentes (pais e jovens, que frequentemente dão informações divergentes), (2) aplicabilidade de instrumentos criados e validados em países desenvolvidos num país em desenvolvimento e culturalmente diverso

como o Brasil e, por fim, (3) necessidade de cobrir as peculiaridades dos TAs na infância e na adolescência.

Este capítulo traz, primeiramente, uma revisão geral breve sobre os tipos de instrumentos utilizados no estudo dos TAs. Na seqüência, tece considerações sobre a importância e metodologia em epidemiologia na área de psiquiatria infantil para, em seguida, abordar as peculiaridades dos TAs nessa faixa etária. Por último, faz uma revisão da literatura sobre os principais instrumentos de rastreamento e diagnósticos de TAs na infância e na adolescência, disponíveis atualmente.

2.2 Instrumentos de avaliação de transtornos alimentares

Segundo Garner (2002), os principais métodos de avaliação sistemática em TAs incluem entrevistas clínicas padronizadas (“*clinical interviews*”), questionários auto-aplicáveis (“*questionnaires*”), instrumentos de automonitoração, instrumentos de observação comportamental direta e listas de checagem de sintomas. Os métodos mais utilizados são as entrevistas clínicas semi-estruturadas, os questionários auto-aplicáveis e os instrumentos de automonitoração, que serão abordados com mais detalhes a seguir. Garner (2002) aponta que cada tipo de instrumento tem diferentes objetivos, pontos fortes e fracos e, a estratégia adotada para investigar esses transtornos, incluindo a escolha do instrumento, deve ser orientada pelo objetivo da investigação em questão.

2.2.1 Entrevista clínica padronizada

Garner (2002) afirma que a entrevista clínica padronizada tem sido o método primário de colher informações de forma sistemática em TAs. Quando comparada ao questionário auto-aplicável, ela tende a ser mais precisa em identificar sintomas ambíguos, como as crises bulímicas, podendo, em vista disso, ser utilizada como instrumento diagnóstico. Entre as desvantagens, está o fato de demandar mais tempo e necessitar de entrevistador treinado. Existem alguns instrumentos diagnósticos em TAs na forma de entrevistas clínicas como o EDE (Fairburn e Cooper, 1993), elaborado para aplicação em adultos.

2.2.2 Questionário auto-aplicável

Os questionários auto-aplicáveis têm sido frequentemente utilizados (Passi et al., 2003) e possuem uma série de vantagens: são fáceis de administrar (Freitas et al., 2002), não envolvem treinamento (Passi et al., 2003), são eficientes, econômicos, consomem menos tempo na avaliação de grande número de indivíduos e podem revelar um comportamento que, por ser considerado vergonhoso, poderia ser omitido numa entrevista face-a-face (Freitas et al., 2002). Além disso, apresentam também a vantagem de não serem suscetíveis aos vieses adicionais resultantes da interação entrevistador/entrevistado, podendo, inclusive, ser administrados de forma anônima (Garner, 2002). Alguns desses instrumentos podem medir a gravidade do TA e, portanto, têm utilidade na avaliação de mudanças ao longo do tratamento, como o EDI (Garner et al., 1983) e o EAT (Garner e Garfinkel, 1979), por exemplo. Estes

instrumentos, assim como o SCANS (Slade, 1973), podem também ser utilizados no rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de TAs.

No entanto, os questionários auto-aplicáveis possuem a desvantagem de não avaliar com exatidão alguns conceitos mais complexos, como o da compulsão alimentar periódica que, em geral, são melhor investigados por instrumentos semi-estruturados, como as entrevistas clínicas (Garner, 2002). Dessa forma, os questionários auto-aplicáveis, em geral, não são utilizados como instrumentos diagnósticos. Também podem não ser um bom método de investigação em pacientes com AN, que tendem a minimizar ou negar seus sintomas (Passi et al., 2003).

2.2.3 Instrumentos de automonitoramento

O automonitoramento pode ser feito através de diários onde os pacientes registram comportamentos que visam o controle de peso, ingestão alimentar e os sentimentos e pensamentos relacionados aos mesmos (Garner, 2002). É um bom instrumento de avaliação e tem papel central no tratamento psicoterápico cognitivo-comportamental dos TAs. No entanto, o automonitoramento, por si só, pode trazer efeitos terapêuticos, diminuindo, por exemplo, a frequência das crises bulímicas. Em função disso, os resultados das pesquisas em que for utilizado, devem ser interpretados de maneira cuidadosa (Freitas et al., 2002).

2.3 Epidemiologia na área de psiquiatria da infância e da adolescência: importância e metodologia

Os estudos epidemiológicos na área de psiquiatria da infância e da adolescência fornecem informações importantes sobre a incidência/prevalência dos transtornos mentais nessa população e sobre os fatores de risco e/ou protetores associados. Esses achados podem orientar as prioridades de investimentos na área de saúde mental infantil e distribuição de serviços, de acordo com as necessidades de cada região (Fleitlich-Bilyk, 2002).

Segundo Fleitlich-Bilyk (2002), o estabelecimento adequado de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes tem impacto imediato na prevenção de novos casos, e na evolução dos quadros já instalados para casos mais graves e difíceis de tratar. A longo prazo, esses serviços também previnem o abuso/dependência de drogas, promovendo a saúde mental de adultos e diminuindo a criminalidade (Fleitlich-Bilyk et al., 2004). Conseqüentemente, a expectativa é de cuidados paternos mais adequados, com impacto importante em gerações futuras. Dessa forma, Fleitlich-Bilyk (2002) conclui que existe uma série de benefícios econômicos e humanos na realização de estudos epidemiológicos, uma vez que permitirão a melhor utilização de recursos financeiros e humanos e pouparão despesas futuras decorrentes de transtornos mentais não detectados e tratados. Na área de TAs na infância e na adolescência, o fenômeno não é diferente.

No entanto, há uma série de considerações metodológicas que devem ser feitas em estudos epidemiológicos em psiquiatria infantil e, conseqüentemente, na elaboração de um instrumento que vise à avaliação epidemiológica de TAs em

crianças e adolescentes. A primeira delas é se as questões do instrumento são bem compreendidas pelo informante (pais ou jovem) e se as respostas são adequadas. Como essas questões, em geral, têm como fim identificar sentimentos, elas podem ter um significado diverso para cada informante, dependendo de seu contexto sócio-econômico, país, cultura, sexo ou faixa etária (Fleitlich-Bilyk, 2002). Quando se trata de validar um instrumento num país em desenvolvimento como o Brasil, esse ponto assume importância ainda maior, uma vez que sua aplicação em amostras comunitárias traz à tona a precariedade da educação do entrevistado, que leva ao mau entendimento e à interpretação incorreta das questões.

O segundo ponto metodológico refere-se à necessidade, em psiquiatria infantil, de um informante adicional, principalmente quando a criança tem menos de 11 anos (Goodman et al., 2000), o que gera dificuldade em se conciliar informações de fontes diversas (pais e criança). A confiabilidade da criança como informante é questionável, por depender da capacidade cognitiva e habilidade em verbalizar sentimentos e comportamentos. As crianças também podem apresentar dificuldade em descrever fatos, emoções e comportamentos que se estenderam por um período mais longo de tempo, como por exemplo, nos últimos três meses ou no último ano (Fleitlich-Bilyk, 2002). Esse pode ser o motivo pelo qual a confiabilidade teste-reteste é tão baixa em entrevistas aplicadas em crianças menores de 11 anos (Fallon e Schwab-Stone, 1994; Schwab-Stone et al., 1994). Nessa situação, é muito importante ter um dos pais como informante. Além disso, os pais podem relatar sintomas sobre os quais seus filhos não têm crítica. Essa situação é comum, por exemplo, na descrição de dietas rigorosas de jovens com AN que, em geral, não percebem a alteração alimentar como patológica. Por outro lado, os adolescentes podem relatar

sintomas que os pais não notaram. Essa situação é particularmente comum em jovens com quadro bulímico, que vivem muitos dos sintomas como as compulsões alimentares e os atos purgativos, em segredo.

O terceiro ponto metodológico é que o instrumento deve medir, além dos sinais e sintomas, também seus impactos na vida do jovem, investigando se causam, por exemplo, estresse ou prejuízo funcional. A presença de impacto do sintoma é fundamental para o estabelecimento de diagnóstico psiquiátrico em crianças e adolescentes (Fleitch-Bilyk, 2002), uma vez que a maioria dos jovens tem pelo menos um sintoma. Em alguns estudos, mais de 50% das crianças têm sintomas suficientes para preencher critérios diagnósticos (Bird et al., 1988). No entanto, estudos epidemiológicos em países desenvolvidos e em um país em desenvolvimento, mostram que somente 5 a 15% das crianças com sintomas psiquiátricos sofrem impactos significativos em seus funcionamentos (Rutter et al., 1970* apud Fleitch-Bilyk, 2002; Shaffer et al., 1996; Simonoff et al., 1997; Ford et al., 2003; Fleitch-Bilyk e Goodman, 2004). Quando se trata de TAs nesta faixa etária, a situação não é diferente: a maioria dos adolescentes da comunidade relata preocupações com o corpo e “fazer dieta” (Rutter e Sandberg, 1985; Nichter, 2000a). No entanto, apenas uma minoria apresenta, de fato, TAs e, portanto, sofre impacto significativo dos comportamentos alimentares na própria vida (Nichter, 2000b).

A quarta questão metodológica refere-se, especificamente, ao desenvolvimento de instrumento diagnóstico de TAs em crianças e adolescentes, capaz de avaliar, de forma adequada, os aspectos peculiares dos distúrbios da

* Rutter M, Tizard J. *Education, health and behavior*. London: Longman Group Ltd., 1970.

alimentação nessa faixa etária, que são explorados em mais detalhes no item 2.4 a seguir.

No capítulo 3, as questões metodológicas introduzidas nesse capítulo serão exploradas com mais detalhes e relacionadas com o desenvolvimento do instrumento dessa dissertação.

2.4 Peculiaridades dos transtornos alimentares em crianças e adolescentes

Os TAs em crianças e adolescentes possuem uma série de peculiaridades que abrangem não apenas aspectos diagnósticos, como também etiológicos, de apresentação clínica, tratamento e prognóstico. No entanto, nesse item, serão abordados apenas os aspectos relativos ao desenvolvimento de um instrumento diagnóstico, ou seja, as peculiaridades do diagnóstico e da apresentação clínica.

2.4.1 As limitações dos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares do DSM-IV e da CID-10

Parte da inadequação dos critérios diagnósticos do DSM-IV e da CID-10 em população infanto-juvenil deve-se ao fato de, os mesmos critérios de AN e BN serem utilizados tanto para o diagnóstico em crianças, quanto em adolescentes e adultos, apesar das peculiaridades inerentes à manifestação destes transtornos em população

mais jovem. Um exemplo desse fato é a questão do IMC, que na CID-10 é diagnóstico de AN quando inferior a $17,5 \text{ kg/m}^2$ (WHO, 1993). Em meninas entre os 10 e 18 anos, o IMC referente ao 50^o. percentil, vai de 15,9 a $19,4 \text{ kg/m}^2$ (Selzer et al., 1995). Portanto, adolescentes jovens abaixo de 15 anos podem estar em perfeito estado nutricional e mesmo assim apresentarem IMC inferior a $17,5 \text{ kg/m}^2$ (Rolland-Cachera et al., 1991).

Outro ponto de questionamento do critério diagnóstico da AN é a questão de que o peso deve ser mantido abaixo de 85% do esperado (Apêndices A e B), calculado com base na altura e na idade. Em uma criança em fase de crescimento, a altura pode estar comprometida por um TA, o que exige ajustes adicionais para a correta avaliação do comprometimento físico nesta população (Bryant-Waugh e Lask, 1995).

Outra situação que merece questionamento é aquela apresentada por jovens que tinham sobrepeso significativo no início da doença alimentar e manifestam grande distorção de imagem corporal, dificuldades alimentares significativas e medo intenso de engordar apesar de apresentarem peso dentro da normalidade (Bryant-Waugh e Lask, 1995).

Também merece comentário o item diagnóstico (D) de AN no DSM-IV (Apêndice A). Este critério aplica-se somente a jovens que já apresentaram menarca e requer que “estejam ausentes pelo menos três ciclos menstruais consecutivos” (Bryant-Waugh e Lask, 1995). As jovens portadoras de AN de início precoce que ainda não apresentaram menarca não são avaliáveis por esse critério.

Também é digno de nota o fato de que, muitas crianças com AN de início precoce podem não preencher todos os critérios diagnósticos da CID-10 e do DSM-IV, por não possuírem capacidade cognitiva para tal (Bryant-Waugh, 2000).

2.4.2 A questão da intenção

Segundo Bryant-Waugh et al. (1996) uma característica específica importante dos TAs na infância e na adolescência é a questão da intenção do jovem. Para crianças, pode ser difícil suprimir refeições, como acontece com adultos com TAs, uma vez que tal comportamento pode não ser permitido pelos pais. Desta forma, nessa faixa etária é interessante avaliar a questão da intenção de suprimir refeições e não apenas atos de restrição alimentar consumados.

2.4.3 A predominância de síndromes parciais

A literatura científica aponta para uma predominância de síndromes parciais em população jovem com TA (Bunnell et al., 1990; Steiner e Lock, 1998). Isso significa que a maioria das crianças e adolescentes com TA não preenche a totalidade dos critérios diagnósticos para AN ou BN do DSM-IV ou da CID-10, ou seja, pertencem às categorias “bulimia atípica/anorexia atípica” da CID-10 ou à categoria “transtorno alimentar não especificado em outra sessão” (TANE) do DSM-IV.

2.4.4 A necessidade de medir impacto dos sintomas para realização do diagnóstico

Para um diagnóstico acurado da presença ou não de TA em crianças e adolescentes é necessário pesquisar não somente sintomas de TAs, como também seu impacto nas diversas áreas da vida do jovem, como na vida familiar, no rendimento escolar, na vida social, nas atividades de lazer e na saúde de forma geral.

2.4.5 Dificuldades diagnósticas nos transtornos alimentares em crianças e adolescentes: sintomas mimetizadores e inespecíficos

A presença de sinais e sintomas semelhantes aos dos TAs, principalmente aos da AN, pode ocorrer por alterações físicas ou alimentares não necessariamente decorrentes de TA. Por exemplo, uma criança pode apresentar emagrecimento importante decorrente de quadro depressivo grave (Fu-I, 2004), doença intestinal (Kuczynski, 2004), fobia alimentar ou mesmo de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) com temática alimentar (Castillo e Castillo, 2004). Outros exemplos de sinais e sintomas mimetizadores de TAs que, à semelhança do emagrecimento, podem ser decorrentes de outras patologias, são: o prejuízo no desenvolvimento pândero-estatural (em doenças intestinais absorptivas, doenças cardíacas ou pulmonares), o desconforto pós-prandial (em doenças intestinais ou em alguns tipos de TOC), rituais ao se alimentar (no TOC), comportamento evitativo de alimentos (na fobia alimentar, TOC, dieta específica recomendada para determinada doença intestinal, etc.).

A dificuldade do diagnóstico de TAs em crianças e adolescentes pode ser ainda maior, pois, além da possibilidade da presença de sintomas mimetizadores, soma-se o fato de sintomas inespecíficos depressivos e gastrintestinais (como dor abdominal), serem bastante comuns em crianças com AN de início precoce (Fosson et al., 1987; Moya et al., 2004).

2.5 Principais instrumentos de rastreamento e diagnósticos de transtornos alimentares na infância e na adolescência

A grande maioria dos instrumentos de rastreamento e diagnósticos de TAs em crianças e adolescentes é adaptação de ferramentas para avaliações em adultos, validados originalmente na língua inglesa. Nenhum desses instrumentos foi validado no Brasil.

Em geral, estudos epidemiológicos diagnósticos de TAs são realizados em duas etapas: na primeira utiliza-se um instrumento de rastreamento (questionário) e, na segunda, uma ferramenta diagnóstica (entrevista clínica padronizada). Um bom questionário de rastreamento pode selecionar indivíduos de risco, dispensando a entrevista diagnóstica em todos os sujeitos da pesquisa e, dessa forma, reduzir o volume de trabalho e, conseqüentemente, o custo financeiro (Fleitlich-Bilyk, 2002). Nessa situação, a entrevista diagnóstica só é feita com os sujeitos detectados como de risco pelo questionário de rastreamento na primeira etapa. Por outro lado, em determinadas situações geográficas e sociais, pode ser difícil localizar novamente os indivíduos para a segunda fase do estudo, o que requer material humano e tempo,

encarecendo a pesquisa. Nessas situações pode ser mais interessante realizar o rastreamento e o diagnóstico em uma única etapa (Fleitlich-Bilyk, 2002).

A seguir, faz-se uma revisão da literatura dos principais instrumentos de rastreamento e diagnósticos utilizados em estudos epidemiológicos diagnósticos de TAs na infância e na adolescência. Essa revisão foi realizada através da pesquisa de artigos publicados até 2003, no banco de dados do Medline, utilizando-se as palavras-chave “eating disorders”, “epidemiology”, “measure”, “children”, “adolescent”, “diagnosis”, “screening”, “anorexia nervosa” e “bulimia nervosa”. Foi realizada também, uma procura manual por referências de relevância nos artigos acima levantados e por capítulos de livros que revisassem o tema.

2.5.1 Instrumentos de rastreamento

Veja na tabela 1 (p. 32 e 33) o resumo das principais características e propriedades psicométricas dos instrumentos de rastreamento listados a seguir.

2.5.1.1 “The Children Eating Attitudes Test” (ChEAT)

O ChEAT é um instrumento de rastreamento de crianças e adolescentes na população geral, sob risco de desenvolver TAs (Maloney et al., 1988), tendo, portanto, uso limitado em amostras clínicas. Foi confeccionado a partir de uma adaptação do “Eating Attitudes Test-26” (EAT-26, utilizado para rastreamento de indivíduos adultos sob risco, com 26 questões) (Gross et al., 1986), para ser utilizado em adolescentes de 15 anos ou mais jovens. Maloney et al. (1988) optaram por realizar uma adaptação para crianças de um instrumento de rastreamento de adultos,

pois em um estudo epidemiológico (Olsen*, 1984 apud Maloney et al., 1988), adolescentes relataram ter iniciado dieta aos 8 anos de idade. O eleito para essa adaptação foi o EAT, um dos instrumentos de rastreamento de adultos bastante utilizado em pesquisas na época, assim como o EDI, que não foi escolhido para esta adaptação porque estava protegido por direitos autorais (Maloney et al., 1988).

O ChEAT é essencialmente uma versão em linguagem simplificada do EAT-26, compreensível para crianças de até 8 anos (Smolak e Levine, 1994). Palavras como “aterrorizado” foram substituídas por “fico com medo”, ou questões que continham expressões como “preocupado com” foram reformuladas utilizando termos mais simples como “penso muito sobre” (Maloney et al., 1988).

O ChEAT investiga a imagem corporal do jovem, obsessões e preocupações com a comida e prática de dietas, não detectando TAs *de per se* (AN ou BN), não sendo, portanto, diagnóstico (Christie et al., 2000). Foi validado em inglês, é constituído de 26 questões de autopreenchimento, pontuadas numa escala de 6 pontos do tipo Likert, é fácil de administrar e requer cerca de 30 minutos para ser concluído (Christie et al., 2000).

Um estudo recente (Tanofsky-Kraff et al., 2003) comparou o ChEAT com o ChEDE e concluiu que as pontuações globais nos dois testes estão significativamente relacionadas. No entanto, em itens específicos que pesquisam culpa em relação à alimentação e preocupações com comida, as avaliações divergem. Estas diferenças são apontadas pelos autores como fruto de uma série de características específicas de cada instrumento, entre elas: (1) o ChEAT pesquisa apenas alguns aspectos das

* Olsen L. *A Report on Teenagers' Eating Habits and Nutritional Status*. Oakland, Calif.: Citizens Policy Center, 1984

experiências alimentares infantis e pode não ser representativo de uma psicopatologia alimentar mais ampla e alterada; (2) enquanto as questões do ChEAT pesquisam apenas restrição alimentar comportamental, o ChEDE pesquisa também a intenção de restrição, mesmo que mal sucedida.; (3) pelo fato do ChEDE ser uma entrevista clínica baseada no entrevistador, ele minimiza os efeitos da interpretação das questões pelas crianças, uma vez que o entrevistador garante que as mesmas foram compreendidas pelo jovem; o ChEAT, ao contrário, está totalmente sujeito à interpretação da criança por ser um questionário de autopreenchimento. Desta forma, os autores concluem que o ChEAT pode não refletir de forma acurada os resultados de uma entrevista clínica como o ChEDE.

2.5.1.2 “The Kids’ Eating Disorders Survey” (KEDS)

O KEDS, à semelhança do ChEAT, é um questionário de autopreenchimento, com versão original em inglês, utilizado para rastrear jovens sob risco de desenvolver TAs (Childress et al., 1993). Também foi desenvolvido a partir da adaptação de um instrumento desenhado originalmente para adultos, o “Eating Symptoms Inventory” (ESI), construído com os critérios diagnósticos do DSM-III e usado em um estudo epidemiológico em TAs em estudantes adolescentes (Whittaker et al., 1989). O KEDS avalia principalmente insatisfação com imagem corporal e alterações alimentares (Striegel-Moore, 2001).

O KEDS (Childress et al., 1993) é um questionário simples, de apenas 14 itens, com respostas “sim”, “não” e “não sei” (Christie et al., 2000). Inclui oito desenhos de corpos infantis de ambos os sexos, para a avaliação gráfica da insatisfação da criança com o próprio corpo e peso. As crianças testadas pelo KEDS

são instruídas a escolher entre as oito figuras a que melhor represente o seu peso atual e o peso desejado. As respostas do KEDS são categorizadas em dois componentes: “insatisfação com o peso” e “restrição/purgação”. O componente “insatisfação com o peso” é constituído por itens como “quer perder peso agora”, “sente que parece gordo para os outros”, “fez dieta para perder peso”, “exercitou-se muito para perder peso” e “medo de comer por ganho de peso”. O componente “restrição/purgação” inclui itens como “uso de pílulas para perder peso”, “uso de diuréticos para perder peso”, “uso de laxativos para perder peso”, “vomitou para perder peso”, “jejuou para perder peso” (Childress et al., 1993).

Não se realizou estudo da validade externa do instrumento, que os autores justificam pelo número reduzido de ocorrências de AN e BN em estudantes mais jovens (Childress et al., 1993).

2.5.1.3 “The Children’s Eating Behaviour Questionnaire” (CEBQ)

O CEBQ (Wardle et al. 2001), de versão original em inglês, diferentemente do ChEAT e do KEDS, foi concebido para ser aplicado nos pais, a fim de averiguar os comportamentos alimentares habituais de seus filhos. O CEBQ investiga as principais dimensões do padrão alimentar em crianças, que incluem sua reatividade e prazer com a comida, resposta à saciedade, lentidão ao se alimentar, dificuldades com a alimentação, hiperalimentação e subalimentação emocionais e desejo por bebidas (Wardle et al. 2001). É um instrumento de 35 itens, com 8 escalas. Seu piloto e validação preliminar foram realizados numa amostra de 536 pais de crianças entre 2 e 9 anos. Segundo Wardle et al. (2001), o CEBQ pode ser ferramenta útil na detecção dos indicadores precoces da obesidade e de TAs em crianças. No entanto,

não existem estudos referentes à aplicação deste instrumento em populações de pais de jovens com AN ou BN.

2.5.1.4 “The Adolescent version of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns” (QEWPA)

O QEWPA (Johnson et al., 1999) é uma versão para adolescentes do “Questionnaire of Eating and Weight Patterns” (QEW; Spitzer et al., 1992; Spitzer et al., 1993), concebido originalmente em inglês. Trata-se de um questionário de autopreenchimento de 13 itens, desenvolvido exclusivamente para identificação do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). Aborda diretamente os componentes individuais e critérios de duração e frequência, necessários para o diagnóstico de TCAP. Trata-se de instrumento rapidamente aplicável e pontuado (Johnson et al., 1999), que classifica os respondentes com TCAP e BN (Spitzer et al., 1993).

O QEWPA verifica, de maneira prática, formas iniciais do comer compulsivo em adolescentes (Johnson et al., 2001). Johnson et al. (1999) investigaram suas propriedades psicométricas e demonstraram que o QEWPA tem boa validade concorrente: crianças com TCAP pelo QEWPA pontuaram mais alto no ChEAT-26 e no CDI (Kovacs, 1982* apud Johnson et al., 1999).

Johnson et al. (1999) também elaboraram uma versão para pais do QEWPA, o QEWPA-P. No entanto, a concordância foi baixa entre os questionários aplicados aos jovens com TCAP (QEWPA) e seus pais (QEWPA-P), o que se explica pelos pais não perceberem os sintomas alimentares de seus filhos, que podem vivê-los em segredo.

* Kovacs M. The Children’s Depression Inventory. Unpublished manuscript. 1982.

Em outro estudo, Johnson et al. (2001) pesquisaram a confiabilidade teste-reteste do QWEP-A em meninos e meninas (reaplicação com três semanas de intervalo), onde foram observadas diferenças nas categorias diagnósticas entre os sexos no tempo dois: 33% das meninas da categoria “compulsão não clínica” na primeira testagem passaram para a categoria “ausência de diagnóstico” na segunda, enquanto que nos adolescentes do sexo masculino não houve mudanças significativas. Os autores apontam duas hipóteses explicativas: (1) a primeira testagem induziu nas meninas uma mudança comportamental, fazendo com que elas relatassem menos preocupações com alimentação e peso na reaplicação, após três semanas; (2) as meninas apresentaram sensibilidade mais alta ao conteúdo do teste na segunda avaliação e responderam de maneira defensiva. Em função desse resultado, Johnson et al. (2001) recomendam cautela no uso repetitivo do QWEP-A, principalmente em meninas, uma vez que a testagem inicial pode desencadear mudanças comportamentais ou o desenvolvimento de respostas defensivas.

Um estudo mais recente (Tanofsky-Kraff et al., 2003) comparou a testagem do QWEP-A e do ChEDE em amostra não clínica de crianças com peso normal e sobrepeso. Neste estudo, o QWEP-A não foi concordante com o ChEDE na detecção do tipo de episódios alimentares ocorridos no último mês (entende-se por episódios alimentares uma das três possibilidades: [1] hiperalimentação com perda de controle, [2] episódios bulímicos subjetivos ou [3] hiperalimentação objetiva sem perda de controle). Os autores concluíram que, embora os questionários de autopreenchimento, como o QWEP-A possam oferecer algumas informações gerais sobre psicopatologia alimentar, eles não refletem, de forma acurada, os resultados de uma entrevista clínica, como o ChEDE.

2.5.1.5 “Anorectic Behavior Observation Scale” (ABOS)

A ABOS (Vandereycken, 1992), é um questionário de autopreenchimento desenvolvido para obter informações de pais sobre atitudes e comportamentos específicos de seus filhos que possam ser sintomáticos de AN ou BN. Vandereycken (1992) mostrou que as informações obtidas através da ABOS são confiáveis quando comparadas à avaliação clínica do comportamento e julgamento dos próprios jovens, e sugere seu uso como ferramenta de rastreamento complementar às já existentes.

Vandereycken (1992) validou a ABOS originalmente na língua holandesa, em pais de indivíduos do sexo feminino entre 12 e 24 anos, com idade média de 18 anos.

2.5.1.6 “Eating disorder examination questionnaire” - versão adaptada para aplicação em garotas adolescentes jovens (EDE-Q)

O EDE-Q é um questionário de autopreenchimento originalmente desenvolvido em inglês, de fácil aplicação, que tem por objetivo rastrear indivíduos adultos sob risco de apresentar TAs (Luce e Crowther, 1999). O EDE-Q surgiu de uma adaptação do “Eating Disorder Examination” (EDE) (Fairburn e Cooper, 1993), uma entrevista clínica estruturada, baseada no entrevistador, que investiga aspectos comportamentais e psicopatológicos-chave dos TAs em adultos e que também pode ser utilizada como ferramenta diagnóstica (Bryant-Waugh et al., 1996).

A entrevista clínica EDE tem sido o instrumento de escolha para investigar sintomatologia de TAs (Wilson, 1993). Entretanto, o treinamento extenso para capacitar entrevistadores e o tempo de aplicação (cerca de 60 minutos), fazem com que a ferramenta não seja o ideal em uma série de circunstâncias (Passi et al., 2003). Possivelmente motivados por essas questões, Fairburn e Beglin (1994)

desenvolveram o EDE-Q, uma versão de autopreenchimento, com 38 questões, com extensão reduzida e custo menor para aplicação (Passi et al., 2003). O EDE-Q não apresenta nenhum dos conceitos-chave do EDE, porém é constituído das mesmas quatro subescalas ([1] preocupação com a alimentação, [2] preocupação com a forma corporal, [3] preocupação com o peso e [4] restrição alimentar) e foi planejado para ser preenchido em 15 minutos (Passi et al., 2003).

Luce e Crowther (1999) mostraram que o EDE-Q tem boa consistência interna (*Alfa de Chronbach* variou entre 0,78 a 0,93 nas quatro subescalas) e confiabilidade teste-reteste (coeficiente de Pearson variou de 0,81 a 0,94 nas quatro subescalas, com *p* sempre menor que 0,001). No entanto, como é de se esperar de um instrumento de autopreenchimento, o EDE-Q tem algumas limitações. Quando aplicado nos mesmos sujeitos e comparado com o EDE, o EDE-Q tende a apresentar pontuações mais altas (Fairburn e Beglin, 1994; Passi et al., 2003), principalmente nas questões que investigam conceitos complexos como compulsão alimentar e preocupações com a forma do corpo. Alguns pesquisadores demonstraram que esclarecimentos prévios como elucidação de conceitos-chave ou informações sobre questões ambíguas ou vagas (como compulsão alimentar e preocupações com a forma do corpo) podem melhorar a qualidade dos dados colhidos pelo EDE-Q e aumentar sua congruência com o EDE, tornando-o mais válido e acurado (Fairburn e Beglin, 1994; Carter et al., 2001a; Passi et al., 2003).

Carter et al. (2001b) fizeram as seguintes adaptações para tornar a quarta versão do EDE-Q adequada para uso em adolescentes jovens do sexo feminino: (1) uso de linguagem mais simplificada para formulação de frases e perguntas e (2) abrangência de um período de tempo menor pelas questões do questionário, reduzido

de 28 para 14 dias. Os dados para normatização dessa versão do EDE-Q em adolescentes foram obtidos num estudo com 808 garotas entre 12 e 14 anos (Carter et al., 2001b), procedentes de três escolas. Entretanto, ainda não existem pesquisas publicadas que investigue a validade e confiabilidade dessa versão para adolescentes do EDE-Q.

Por outro lado, Passi et al. (2001) realizaram um estudo que utilizou a versão original do EDE-Q (sem adaptações) em adolescentes do sexo feminino com AN (idade média de 15,08 anos, desvio padrão de 1,5) e observaram que essas adolescentes relataram seus sintomas tão bem quanto as outras populações estudadas com o EDE-Q, não necessitando o instrumento de adaptações especiais para essa população.

2.5.1.7 “The Inventory for the Screening of Eating Disorders” (ISED)

O ISED (Favaro e Santonastaso, 2000) foi desenvolvido na Itália, em Padova, para rastrear adolescentes do sexo feminino sob risco de TAs. Foi validado na língua italiana, numa amostra de 306 sujeitos (218 adolescentes saudáveis e 88 sujeitos com TAs).

Tabela 1 - Resumo das principais características dos instrumentos de rastreamento de transtornos alimentares em crianças e/ou adolescentes

SIGLA	REFERÊNCIA	RESPONDENTE	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS PUBLICADAS	FIM	BASEADO NO	FAIXA ETÁRIA	NO. DE QUESTÕES
ChEAT	Maloney et al., 1988; Smolak e Levine, 1994	Criança	Boa consistência interna (α de Chronbach = 0,76) e confiabilidade teste-reteste (correlação = 0,81). Validade concorrente: apresentou correlação significativa com medidas independentes de manejo de peso e de distorção de imagem corporal	Rastreamento de ⁽¹⁾ TA ⁽²⁾ AN e ⁽³⁾ BN	EAT-26 (Cross et al., 1986)	8-15 anos	26
KEDS	Childress et al., 1993	Criança	Alta confiabilidade teste-reteste (correlação de Spearman, $\rho = 0,83$, $p < 0,01$)	Rastreamento de TA (AN e BN)	ESI (Whitaker et al., 1989)	Infância/ adolescência	14
CEBQ	Wardle et al., 2001	Um dos pais	Boa confiabilidade teste-reteste (das 8 subsescalas, 6 com correlações de Pearson $\geq 0,83$ e duas com correlações 0,52 e 0,64)	Rastreamento de crianças de risco para obesidade e TA	_____	2-9 anos	35
QWEP-A	Johnson et al., 1999; Johnson et al., 2001.	Adolescente	Validade concorrente adequada com ChEAT e CDI. Estabilidade teste-reteste examinada por tabela de contingências 2 x 2 ($\phi = 0,42$, $df = 104$, $p < 0,001$).	Rastreamento de transtorno de compulsão periódica e BN em adolescentes	QWEP (Spitzer et al., 1992)	Adolescência	13
QWEP-P	Johnson et al., 1999	Um dos pais	Baixa validade concorrente com QWEP-A ($\kappa = 0,19$)	Rastreamento de transtorno de compulsão periódica e BN em adolescentes	QWEP (Spitzer et al., 1992)	Adolescência	13
ABOS	Vanderlycken et al., 1992	Um dos pais	Para ponto de corte de 19, apresenta sensibilidade de 90,0% e especificidade de 89,6%. Boa validade concorrente com a EDES (Vandereycken, 1987)	Rastrear TA (AN e BN)	US National Institutes on Mental Health Study on AN e ABS (Slade, 1973)	12-24 anos	30

continua

conclusão

SIGLA	REFERÊNCIA	RESPONDENTE	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS PUBLICADAS	FIM	BASEADO NO	FAIXA ETÁRIA	NO. DE QUESTÕES
EDE-Q normas p/ adoles- centes	Carter et al., 2001b	Adolescente		Rastrear e investigar psicopatologia de TA	EDE (Fairburn e Cooper, 1993)	Início da adoles- cência (12-14 anos)	38
ISED	Favaro e Santomasi, 2000	Adolescente	Boa consistência interna (α de Chronbach = 0,87), boa validade convergente (com E.A.T)	Rastrear TA (AN e BN)		Adoles- centes	43

NOTA: todos os instrumentos desta tabela são estruturados e de autopreenchimento.

(1) TA = transtorno alimentar. (2) AN = anorexia nervosa. (3) BN = bulimia nervosa.

2.5.2 Instrumentos diagnósticos

2.5.2.1 Tipos de entrevistas diagnósticas

As entrevistas diagnósticas psiquiátricas estruturadas, utilizadas em crianças e adolescentes são, basicamente, de dois tipos quando se considera a forma de obter os dados do entrevistado: (1) entrevistas baseadas no respondente e (2) entrevistas baseadas no entrevistador/investigador (Harrington et al., 1988).

Na entrevista baseada no respondente, o entrevistador lê para o entrevistado uma série de perguntas previamente redigidas, exatamente como estão escritas. Estas entrevistas têm a vantagem de diminuir a variabilidade decorrente da formulação das perguntas. Além disso, respostas similares serão transcritas de forma análoga por diferentes entrevistadores, uma vez que variações da avaliação clínica foram eliminadas desse tipo de entrevista. Justamente por esses motivos, é muito importante a formulação adequada das questões, principalmente quando se destinam a crianças (Angold et al., 1995). Em função dessa estrutura, os entrevistadores demandam pouco treinamento e não é necessária experiência clínica (Edelbrock e Costello, 1988). De forma geral, a desvantagem desse tipo de entrevista é sujeitar-se à avaliação do respondente com respeito à presença ou não de um sintoma. Este pode usar uma escala de gravidade de sintoma diferente da prática clínica ou, simplesmente, não compreender a intenção das questões formuladas (Angold et al., 1995).

Uma grande vantagem da entrevista baseada no respondente é que ela pode ser facilmente administrada de forma computadorizada (Angold, 2002). As perguntas são organizadas em seqüências lógicas univariadas, com questões adicionais,

dependendo das respostas em indagações anteriores. “Softwares” podem ser disponibilizados de forma a se ter acesso a essas entrevistas em computadores de uso pessoal e estas podem ser administradas em dois níveis. O primeiro deles são as entrevistas psiquiátricas auxiliadas por computador (entrevistas no formato “CAPI”, do inglês “computer-assisted psychiatric interviews”), onde um entrevistador lê as questões da tela e digita os códigos apropriados conforme o andamento da entrevista. Existem grandes vantagens nesse tipo, uma vez que o computador conduz o entrevistador para o fluxo de questões apropriadas e armazena as respostas, além de dispensar a necessidade de questionários pesados, de xerocopiá-los ou digitá-los após a entrevista. Além disso, o computador não salta acidentalmente partes da entrevista (Angold, 2002). O segundo nível refere-se às entrevistas administradas por computador (entrevistas no formato “CASI”, do inglês “computer-administered survey interviewing”), onde não são utilizados entrevistadores. O computador apresenta gravações em áudio ou vídeos digitais de um entrevistador, juntamente com a forma escrita das questões. O respondente digita a resposta, que é armazenada num banco de dados (Angold, 2002).

Na entrevista baseada no entrevistador, este faz perguntas subseqüentes até ficar claro se um sintoma ou comportamento está presente. Em geral, é fornecida a definição de cada sintoma para guiar a pesquisa. Ficam disponibilizadas questões detalhadas para o entrevistador, que poderá fazer quaisquer perguntas que julgar necessárias para definir se um sintoma está ou não presente (Angold et al.; 1995). Pela estrutura que apresenta, esse tipo de entrevista requer entrevistadores clinicamente mais qualificados (e, portanto, mais caros) e maior tempo de treinamento específico antes de se iniciar a pesquisa (Edelbrock e Costello, 1988).

Por outro lado, nesse tipo de entrevista, são explorados de forma mais completa informações discrepantes e julgamentos complexos e o resultado final representa critérios de gravidade melhor baseados em um juízo clínico (Angold et al., 1995).

A entrevista baseada no entrevistador diferencia-se das entrevistas clínicas livres, principalmente em dois aspectos: (1) pesquisa áreas de conteúdos especificados de forma a evitar os vieses dos entrevistadores clínicos, como a tendência a obter informações confirmatórias de diagnóstico; (2) proporciona um grau de operacionalização do construto do sintoma pesquisado e, conseqüentemente, reduz a variância decorrente da diversidade das definições internas dos clínicos desse construto (Angold et al., 1995).

A seguir são abordados os principais instrumentos diagnósticos de TAs na infância e na adolescência ou com sessões específicas para esse diagnóstico. Veja na tabela 2 (p. 45) o resumo das principais características destes instrumentos.

2.5.2.2 “The Child Eating Disorder Examination” (ChEDE)

O ChEDE (Bryant-Waugh et al., 1996) é uma versão adaptada para crianças do “Eating Disorder Examination” (EDE) (Fairburn e Cooper, 1993) que, por sua vez, investiga a psicopatologia específica dos TAs e produz o diagnóstico operacional de TA. O ChEDE é uma entrevista semi-estruturada, baseada no entrevistador, que se apóia muito mais na escala de pontuação e na definição dos conceitos-chave do que na formulação precisa das questões. Portanto, os entrevistadores devem ser bem treinados para garantir que compreendam de maneira

completa os conceitos investigados e o sistema de pontuação das questões (Bryant-Waugh et al., 1996).

As principais modificações realizadas no EDE para a construção do ChEDE incluíram: (1) adição de uma tarefa para investigar idéias supervalorizadas na criança sobre peso e forma do corpo; (2) reformulação de alguns itens para investigar também a intenção da criança, além do comportamento manifesto por ela (pode ser difícil para uma criança deixar de fazer uma refeição em função da supervisão dos adultos, portanto, os autores julgaram interessante pesquisar a intenção da criança com questões como “Você teria feito X se pudesse?”); (3) alteração da formulação das questões do EDE de forma que sejam compreensíveis por crianças (Bryant-Waugh et al., 1996) e (4) alteração da introdução da entrevista, onde os pais são instruídos a completar um diário que é dado à criança no início da entrevista para auxiliá-la a lembrar-se de fatos (Christie et al., 2000).

A primeira publicação com o ChEDE foi o próprio piloto do instrumento, realizado com 16 crianças entre 7 e 14 anos com TA. Um estudo não publicado (Frampton*, 1996 apud Christie et al., 2000) realizado com 30 crianças com TA e 30 controles (entre 8 e 14 anos) mostrou que o instrumento tem certo grau de validade discriminante, uma vez que é capaz de diferenciar indivíduos com e sem AN, mesmo quando a criança tem, por exemplo, comer seletivo. Christie et al. (2000) afirmam, em sua revisão de literatura sobre instrumentos em TAs em crianças e adolescentes, que Bryant-Waugh et al. estão realizando pesquisa para gerar normas e dados de

* Frampton I. *Are overvalued ideas about weight and shape overvalued ideas in the diagnosis of eating disorders? Evidence from early onset anorexia nervosa*. Unpublished research dissertation, University of Exeter, UK, 1996

confiabilidade do ChEDE.

2.5.2.3 “The Child and Adolescent Psychiatric Assessment” (CAPA)

O CAPA é uma entrevista diagnóstica estruturada de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes, concebida originalmente em inglês, baseada no entrevistador (Angold et al., 1995). Tem versões para aplicação em crianças e seus pais, foca-se nos sintomas que ocorreram nos 3 meses que precederam a entrevista e é adaptada para investigações em amostras clínicas e epidemiológicas (Angold et al., 1995). A entrevista é para jovens entre 9 e 17 anos e leva, em média, 59 minutos para ser aplicada em crianças e 66 minutos em pais (Angold e Costello, 2000).

O CAPA tem forma modular, de maneira que uma sessão específica pode ser utilizada separadamente do restante do instrumento, como por exemplo, a sessão de TAs. Esse módulo investiga distúrbios como AN, BN, ruminação, dificuldades alimentares precoces na infância e comer seletivo (Angold e Costello, 2000). Não existe pesquisa publicada que tenha investigado especificamente a validade e confiabilidade da sessão de TAs do CAPA.

2.5.2.4 “The Diagnostic Interview for Children and Adolescents” (DICA)

A DICA é uma entrevista diagnóstica semi-estruturada de transtornos psiquiátricos, que ocorreram ao longo de toda a vida, feita para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos (Reich, 2000), concebida originalmente em inglês e, à semelhança do CAPA, com versões para crianças e seus pais. Trata-se de entrevista baseada no respondente, onde as questões são lidas exatamente como estão redigidas. A versão atual da DICA (1997) faz diagnósticos pelo DSM-III-R e pelo DSM-IV e

tem três variantes: para pais, adolescentes e crianças e levam cerca de 1 a 2 horas para serem realizadas. Podem ser aplicadas por entrevistadores leigos, porém, altamente treinados (treinamento de 2 a 4 semanas) (REICH, 2000).

A DICA foi originalmente desenvolvida por Barbara Herjanic, na Universidade de Washington, no início da década de 70. Baseou-se na “Diagnostic Interview Schedule” (DIS, Robins et al., 1982), que é uma entrevista diagnóstica altamente estruturada, para adultos, construída para estudos epidemiológicos. À semelhança da DIS, a DICA, em seu formato original era completamente estruturada e planejada para ser administrada por entrevistadores leigos (Reich, 2000). A transformação da DICA, posteriormente, em entrevista semi-estruturada visou avaliações mais acuradas de crianças e adolescentes (Reich, 2000).

A DICA tem uma sessão que investiga TAs: a primeira parte pesquisa AN e a segunda, BN. Entretanto, alguns pesquisadores especialistas na área recomendam o uso de instrumento mais detalhado e específico para psicopatologia dos TAs em crianças (Christie et al., 2000). Não existe publicação de pesquisa que tenha investigado, de maneira específica, a validade e confiabilidade da sessão de TAs desse instrumento.

2.5.2.5 “The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV” (NIMH DISC-IV)

O NIMH DISC-IV é uma entrevista diagnóstica altamente estruturada, baseada no respondente, originalmente desenvolvida em inglês, que investiga transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes segundo os critérios do DSM-IV e da CID-10. Planejada para aplicação por não-clínicos (que devem passar por

treinamento de 2 a 3 dias) em larga escala, em estudos epidemiológicos, tem duas versões paralelas: o DISC-P, para pais de jovens entre 6 e 17 anos e, o DISC-Y, para jovens de 9 a 17 anos. A entrevista está disponível também em espanhol e um corpo editorial é mantido desde 1992 para garantir uma versão *standard* do instrumento (Shaffer et al., 2000).

O NIMH DISC-IV tem uma sessão que investiga TAs, com boa sensibilidade, na segunda versão do instrumento, o DISC-2.1 (Fisher et al., 1993). O DISC é o único instrumento de sua modalidade (para diagnóstico psiquiátrico infantil, como o CAPA, a DICA, o K-SADS, o DAWBA), que teve a sensibilidade de sua sessão para TAs especificamente pesquisada e publicada em uma versão anterior (DISC-2.1, Fisher et al., 1993) e foi de 78% para diagnóstico de AN e 88% para BN. No entanto, esse estudo apresenta diversos pontos questionáveis, entre eles: (1) trata-se de estudo descritivo, com amostra de tamanho reduzido (apenas 21 jovens com TA), (2) não apresenta grupo controle saudável, (3) o entrevistador não esteve cego para o diagnóstico do sujeito.

A sessão de TAs do DISC-2.3 foi utilizada como instrumento diagnóstico na segunda fase de um estudo epidemiológico de TAs em adolescentes na Suíça (Steinhausen et al., 1997).

2.5.2.6 “Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children” (K-SADS)

O K-SADS é uma entrevista diagnóstica de transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência, com versão original em inglês, semi-estruturada, baseada no entrevistador. O K-SADS tem dois formatos : o K-SADS-P (“PRESENT STATE”) e

o K-SADS-E (“EPIDEMIOLOGIC”) e ambos têm versões para pais e jovens (de 6 a 18 anos) (Ambrosini, 2000).

O K-SADS-P diagnostica o quadro atual e os transtornos que ocorreram nos últimos 12 meses. Mede também a gravidade dos sintomas e, por isso, pode ser utilizado para avaliar a resposta ao tratamento (Ambrosini, 2000).

O K-SADS-E destina-se a estudos epidemiológicos e pesquisa a presença do sintoma no presente e no passado. Por essas características, faz diagnóstico de ocorrência de transtorno psiquiátrico em crianças e adolescentes em qualquer período da vida. Por não medir gravidade de sintomas, não pode ser utilizado para avaliar a resposta a tratamento (Ambrosini, 2000).

O K-SADS possui uma sessão que pesquisa transtornos físicos, onde são investigados os diagnósticos de AN e BN (Ambrosini, 2000). Porém, não existe pesquisa publicada que avalie de maneira específica sua validade e confiabilidade.

2.5.2.7 “The Development and Well-Being Assessment” (DAWBA)

O DAWBA é um pacote de questionários, entrevistas e técnicas de avaliação, planejado para fazer diagnóstico psiquiátrico, segundo o DSM-IV e a CID-10 (Goodman et al., 2000), em crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos (DAWBA, 2003a). Foi originalmente desenvolvido para um estudo epidemiológico na Inglaterra, realizado em 1999, com 10.438 crianças de 5 a 15 anos (Ford et al., 2003) . Uma entrevista diagnóstica estruturada é aplicada em jovens e pais por um entrevistador leigo treinado (um dia de treinamento) (DAWBA, 2003b). Quando determinados sintomas são identificados por questões estruturadas, os entrevistadores utilizam-se de questões semi-estruturadas e perguntas adicionais para que os entrevistados

descrevam o problema com suas próprias palavras. As respostas discursivas são anotadas e um questionário breve, de autopreenchimento, também é fornecido para um professor, para obtenção de informações adicionais sobre o jovem em investigação (como sintomas emocionais, de hiperatividade e de conduta e seus respectivos impactos) (Goodman et al., 2000).

Essas informações de fontes diversas (jovem, pai e professor) são digitadas e lidas por programas de computador, que fornecem: (1) relatórios de cada jovem com resumos das informações colhidas e (2) diagnóstico preliminar, segundo um algoritmo de computador, que funciona como ponto de partida para que um clínico experiente faça uma avaliação e dê um diagnóstico definitivo, que é concordante ou não com aquele dado pelo computador (Goodman et al., 2000). Para estabelecimento do diagnóstico final, o clínico baseia-se nas seguintes informações: (1) diagnóstico provisório feito pelo algoritmo do computador; (2) resumo das respostas às questões estruturadas respondidas pelo pai, jovem e professor nas entrevistas e questionário; (3) transcrições das respostas das questões semi-estruturadas (DAWBA, 2003c). Combinando todas essas fontes de informação, o clínico faz dois julgamentos importantes: (1) qual informante priorizar (pai, jovem ou professor) quando existem informações discordantes; (2) quando atribuir diagnóstico “sem outra especificação” às crianças que possuem dificuldades significativas, mas não preenchem a totalidade dos critérios diagnósticos operacionais. Esses dois julgamentos-chave, em geral, não podem ser feitos no momento das entrevistas dos diferentes instrumentos, sejam elas semi-estruturadas ou não. Faz parte da lógica do método do DAWBA inserir a avaliação clínica, que inclui esses dois julgamentos, na fase de revisão de todos os

dados (entrevistas, perguntas abertas, diagnóstico do computador) e não na fase de entrevista (Goodman et al., 2000).

O estudo de validação inicial do DAWBA, em sua versão original na língua inglesa, relata que tem potencial como instrumento diagnóstico em estudos epidemiológicos, e pode ser uma ferramenta de valor na investigação de amostras clínicas também (Goodman et al., 2000). O instrumento foi traduzido para o espanhol, italiano, português, russo, árabe, bengali e norueguês (DAWBA, 2003d), e foi validado também no Brasil, em português (Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004; Fleitlich-Bilyk, 2002). As versões em árabe e bengali do DAWBA estão sendo validadas com o uso de amostras clínicas e têm apresentado bom grau de concordância*. O DAWBA foi utilizado também em um estudo epidemiológico brasileiro, no interior do estado de São Paulo (Taubaté), em 2001, com 1.251 crianças (Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004; Fleitlich-Bilyk, 2002).

No DAWBA, diagnósticos psiquiátricos menos comuns, como autismo, psicoses ou síndrome de Tourette, são investigados de forma mais breve (DAWBA, 2003c), em uma sessão nomeada “Dificuldades menos comuns” (Fleitlich-Bilyk, 2002). Era nessa sessão que se pesquisavam os TAs através da pergunta de rastreamento “*Você tem estado preocupado (a) com o fato de estar muito magro (a) ou com fazer dieta?*”, e uma pergunta similar era feita também a um dos pais. Caso a resposta fosse “sim”, o entrevistador fazia mais cinco perguntas semi-estruturadas sobre o problema e anotava a resposta discursiva do entrevistado. Estas questões adicionais incluíam a descrição do problema, sua frequência, gravidade, duração e impacto na qualidade de vida (Fleitlich-Bilyk, 2002).

* Goodman, R. (Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King’s College, London). Comunicação pessoal, 2004.

Atualmente, o DAWBA possui uma sessão inteira destinada à pesquisa diagnóstica dos TAs, desenvolvida através do estudo exposto nesta dissertação. Essa sessão foi criada simultaneamente em duas versões, português e inglês*, através da co-autoria da autora desta dissertação, da Prof. Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk e do Prof. Dr. Robert Goodman. A versão em inglês foi aplicada em um grande estudo epidemiológico na Inglaterra, no primeiro semestre de 2004, juntamente com as outras sessões do DAWBA, em 9.000 crianças inglesas, de 5 a 16 anos**. Uma pesquisa de validação da versão em inglês deste instrumento, em amostra clínica, está sendo conduzida em serviço especializado em TAs em crianças e adolescentes no Reino Unido***.

Nos capítulos a seguir mostra-se como foi criada e analisada a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA.

* No site www.dawba.com, a versão em português do instrumento pode ser acessada na página <http://www.dawba.com/dawba/bportug.html> e, a versão em inglês, na página <http://www.dawba.com/dawba/benglish.html>

** Goodman, R. (Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College, London). Comunicação pessoal, 2004.

*** id.

Tabela 2 - Resumo das principais características dos instrumentos diagnósticos de transtornos alimentares em crianças e/ou adolescentes

SIGLA	AUTOR	TIPO DE ENTREVISTA	TIPO DE INSTRUMENTO	RESPONDENTE	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	FIM	ADAPTAÇÃO DO	FAIXA ETÁRIA
ChEDE	Bryant-Waugh et al., 1996	Baseada no entrevistador	Semi-estruturado	Crianças de 8 a 14 anos	Sem propriedades psicométricas publicadas, apenas o estudo piloto foi apresentado	Investiga psicopatologia e diagnóstico de TA	EDE (Fairburn e Cooper, 1993)	8-14 anos
Sessão de TA do CAPA	Angold et al., 1995	Baseada no entrevistador	Estruturado	Jovens de 9 a 17 anos e um dos pais	Não há publicações sobre as propriedades psicométricas específicas da sessão de TA do CAPA	Diagnóstico de TA (AN, BN, distúrbios do apetite, ruminação, preferências alimentares, dificuldades alimentares de início precoce na infância)	_____	9-17 anos
Sessão de TA da DICA	Herjanic e Reich, 1982	Baseada no respondente	Semi-estruturado	Crianças ou adolescentes (6-17 anos) e um dos pais	Não há publicações sobre as propriedades psicométricas específicas da sessão de TA da DICA	Diagnóstico de TA (AN e BN)	Dis (Robins et al., 1982)	6-17 anos
Sessão de TA do DISC-2.1	Fisher et al., 1993	Baseada no respondente	Estruturado	Pais de jovens de 6 a 17 anos e jovens de 9 a 17 anos	Sensibilidade de 78% em AN e 88% em BN.	Diagnóstico de TA (AN e BN)	_____	6-17 anos
Sessão de TA do K-SADS	Orvaschel et al., 1982	Baseada no entrevistador	Semi-estruturado	Jovens de 6 a 18 anos e um dos pais	Não há publicações sobre as propriedades psicométricas específicas da sessão de TA do K-SADS	Diagnóstico de TA (AN e BN)	Adult SADS (Endicott e Spitzer, 1978)	6-18 anos

(1) TA = transtorno alimentar. (2) AN = anorexia nervosa. (3) BN = bulimia nervosa.

Capítulo 3

Fase 1: desenvolvimento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

A construção e avaliação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA foram divididas em três fases (veja figura 1, abaixo):

- fase 1: criação/desenvolvimento do instrumento
- fase 2: aprimoramento do instrumento em estudo com adultos e familiares
- fase 3: aperfeiçoamento em estudo com crianças/adolescentes e cuidadores

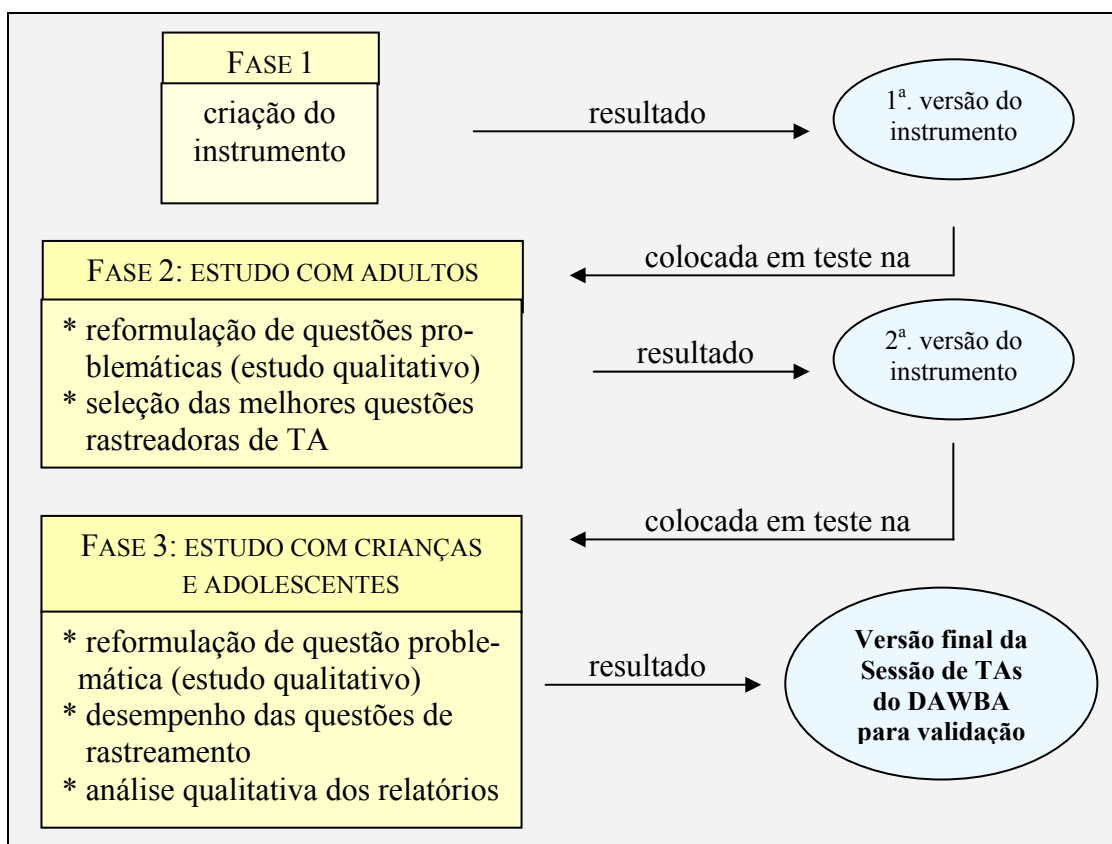


Figura 1. Representação esquemática das fases de construção e análise da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

3.1 Objetivo

O objetivo desta fase do estudo foi desenvolver a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

3.2 Características da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

3.2.1. Diagnóstico

Apesar de não específicos para a população infanto-juvenil, pela ausência de operacionalização diagnóstica mais adequada e difundida, o instrumento foi baseado nos critérios de AN e BN do DSM-IV e da CID-10 (Apêndices A e B) e também planejado para diagnosticar síndromes parciais.

Visando avaliar as peculiaridades dos TAS nesta população, incluiu-se no instrumento:

- (a) perguntas para avaliar a intenção das crianças de manifestar comportamentos que visem a perda de peso, além de comportamentos manifestos (Anexos A e B, questões P18a a P18h).
- (b) perguntas para medir o impacto dos sintomas alimentares encontrados (P26 a P28, Anexos A e B)
- (c) dois questionários paralelos: um direcionado aos pais e outro à jovem quando esta tem 11 anos ou mais (versões finais dos questionários nos anexos A e B)

Outros TAs da infância, como o comer seletivo, restritivo e a ruminação também são diagnósticos alimentares importantes nesta faixa etária, mas que muito pouco têm em comum com a apresentação clínica da AN e da BN. Dessa forma, para a investigação desses quadros, será necessário o desenvolvimento, no futuro, de uma outra sessão diagnóstica do DAWBA, que foge aos objetivos dessa dissertação.

3.2.2 Adequação para a utilização em estudos epidemiológicos

A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA foi desenvolvida para ser utilizada em estudos epidemiológicos, com as propriedades específicas de:

- (a) ser aplicável por entrevistadores sem experiência clínica em TAs;
- (b) possuir sessão inicial de rastreamento;
- (c) ter programas de computador que auxiliem no armazenamento e análise de grandes quantidades de dados;
- (d) possuir regras para saltar questões; e
- (e) permitir ao especialista avaliar o grau de compreensão do entrevistado sobre as questões feitas.

3.2.2.1 Aplicabilidade por entrevistadores sem experiência clínica em TAs

Para poder ser aplicado após treinamento relativamente simples de entrevistadores, o instrumento foi constituído por questões pré-formuladas estanques (estruturadas), adequadas à compreensão inclusive de crianças e sujeitos de classes sociais mais baixas, lidas pelos entrevistadores exatamente como foram redigidas (o método de formulação das questões será descrito a seguir). O processo de validação

da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, com emprego de entrevistadores sem experiência clínica prévia em TAs, está em andamento atualmente.

3.2.2.2 Sessão inicial de rastreamento

Para aplicação do instrumento em grandes amostras, a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA tem um conjunto de questões iniciais para rastrear sujeitos com risco para TAs, o que dispensa a aplicação, em sua totalidade, em sujeitos de baixo risco.

3.2.2.3 Programas de computador

Para facilitar a organização e análise de dados, à semelhança das demais sessões diagnósticas do DAWBA, foram criados três programas de computador específicos^{*}: (1º.) programa para a entrada dos dados colhidos dos sujeitos com as entrevistas do instrumento (Figura 2, p.50), (2º.) programa que fornece relatórios com resumos de todos os dados colhidos (Figura 3, p. 51), (3º.) programa com algoritmo diagnóstico, que fornece um diagnóstico computadorizado preliminar nos sujeitos analisados com o instrumento^{**}.

* Os programas gerados são de propriedade da Youthinmind Ltda, empresa familiar inglesa que, através de computadores e da internet, promove o bem-estar psicológico em vários locais do mundo. A **youthinmind** não aceita patrocínio de empresas comerciais para garantir que seu aconselhamento não seja influenciado pelos interesses da indústria farmacêutica, de clínicas privadas ou outros interesses de corporações com fins lucrativos. Informações adicionais sobre a **youthinmind** podem ser obtidas no endereço eletrônico: <http://www.youthinmind.co.uk>.

** Informações adicionais sobre tais programas podem ser obtidos no site <http://www.dawba.com>, na página www.dawba.com/f0.html. Os interessados em utilizar um ou mais programas da **youthinmind** devem entrar em contato através do email dawba@youthinmind.net. É importante ressaltar que o objetivo da **youthinmind** é manter os custos do uso desses programas reduzidos (com preços baixos ou até mesmo zerados) para serviços de pesquisa ou serviços públicos de países de renda média ou baixa.

Edit Parent DAWBA for Client - 401001 -

Seção P Alimentação, Peso e Forma Corporal

	Não	Sim
P1		
a) A [redacted] já se achou gorda mesmo quando as pessoas diziam a ela que ela estava muito magra?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) A [redacted] ficaria envergonhada se as pessoas soubessem o quanto ela come?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c) A [redacted] já provocou vômito (de propósito)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer, atrapalha muito a vida da [redacted]?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e) Se a [redacted] come demais, ela se culpa muito?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Continuar

Voltar

Notebook

Fechar

Figura 2. Foto de tela do programa de computador para entrada de dados da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

Eating disorders
 Name : ██████████
 Details : 15 year old Female
 Clinic ID : 401001

Screening Questions:	PARENT	TEACHER	SELF-REPORT
Feels fat when isn't	++		++
Ashamed of eating habits	++		++
Deliberate vomiting	--		--
Eating concerns interfere a lot	++		++
Blames self a lot for overeating	++		++
Diets to excess			

Height, weight, thinness:	PARENT	TEACHER	SELF-REPORT
Current height (cms)	158		157
Current weight (Kg)	34		34
Lowest weight in last year (Kg)	32		32
Highest ever weight (Kg)	44		44
Others think of him/her as:	very thin		very thin
Always this thin?	much thinner now		
S/he thinks of him/herself as:	average		thin
Always this thin?			thinner now
Weight bad for physical health:			
Others think so	++		++
S/he thinks so	--		--

Figura 3. Foto de exemplo de relatório da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, fornecido pelo programa de computador para diagnóstico final pelo especialista

Os relatórios produzidos pelo 2º. programa (Figura 3) são utilizados para revisão clínica de todos os dados da criança pelo especialista que, em estudos epidemiológicos futuros, atribuirá o diagnóstico final. O 3º. programa fornecerá um diagnóstico preliminar pelo computador, da presença ou não de TA na criança, e, nos casos positivos, informará o tipo de TA (AN, BN ou TANE). A exemplo das demais sessões do DAWBA, esse diagnóstico será utilizado, no futuro, como ponto de partida para o clínico especialista rever todos os dados da criança (relatório e diagnóstico do computador) para atribuir o diagnóstico final pela Sessão de

Transtornos Alimentares do DAWBA, que poderá ser concordante ou não com o diagnóstico preliminar computadorizado. O algoritmo de computador foi elaborado mediante o uso de lógica combinatória (OU, E, NÃO, etc.) e gera categorias e não escores. Escores são utilizados unicamente na sessão inicial de rastreamento. Para estabelecimento dos diagnósticos de TAs (AN, BN ou TANE), o algoritmo do computador verifica se os critérios de AN ou BN são preenchidos pela jovem ou pelo cuidador, mas não combina a informação dos entrevistados ao nível de sintoma (para não aumentar o número de falsos positivos). Dessa maneira, o algoritmo de computador segue, da maneira mais fiel possível, os critérios diagnósticos de AN e de BN da CID-10 e do DSM-IV e não leva em consideração, portanto, o impacto desses sintomas na vida do jovem para o diagnóstico. Isso ocorre apenas no estabelecimento de diagnóstico de TANE, onde se verifica, de forma mista, a presença de alguns critérios diagnósticos de AN ou BN e a existência de impacto*.

Os dois primeiros programas foram desenvolvidos logo após a fase 2 do estudo e utilizados na fase 3. O 3º. programa (com algoritmo diagnóstico) foi desenvolvido após a conclusão da fase 3, porém não foi utilizado para a análise dos dados colhidos dessa dissertação. No entanto, este programa já está sendo aplicado no estudo de validação do instrumento, conduzido atualmente pela autora.

3.2.2.4 Regras para saltar questões

Ao se construir a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA foram estabelecidas regras para saltar as questões subseqüentes (“skip rules”), relacionadas

* Goodman, R. (Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College, London). Comunicação pessoal, 2004.

a determinado sintoma ausente em pergunta anterior, de forma a tornar a avaliação o mais breve possível.

3.2.2.5 Avaliação do grau de compreensão do entrevistado

A sessão de TAs foi construída com questões abertas e fechadas. As informações obtidas através de questões fechadas sobre os sintomas e seus impactos são suplementadas por *informação semi-estruturada* (respostas discursivas) colhidas através das questões abertas. Se determinado sintoma foi identificado por uma questão fechada, o entrevistador é orientado a usar as questões abertas correlatas para que o respondente descreva o problema com suas próprias palavras. Assim, colhem-se informações complementares que auxiliam o especialista no estabelecimento do diagnóstico.

3.2.3 Adequação para a utilização em estudos epidemiológicos no Brasil

Buscou-se parte desta adequação pela elaboração simultânea do instrumento nas línguas portuguesa e inglesa. Aperfeiçoamentos adicionais foram feitos nas fases 2 e 3 do estudo.

3.3 Processo de elaboração das questões constituintes da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

Optou-se por elaborar um instrumento direcionado à avaliação somente de meninas pela raridade da doença em meninos e, conseqüentemente, pela dificuldade da realização de estudos de validação neste sexo. Estudos futuros deverão ser feitos para verificar a adequação e validade do instrumento nesta população.

A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA foi constituída essencialmente de dois tipos de questões: (1) de rastreamento e (2) diagnósticas.

3.3.1. Questões de rastreamento

3.3.1.1 Características

As questões de rastreamento foram elaboradas para serem facilmente aplicáveis, com resposta do tipo sim/não, constituindo a primeira sessão do instrumento.

3.3.1.2 Metodologia de elaboração

Os autores do instrumento (Tatiana Moya, Bacy Fleitlich-Bilyk e Robert Goodman) entenderam que, para formular perguntas adequadas de rastreamento de AN, BN e síndromes parciais, essas questões deveriam cobrir aspectos abrangentes dos critérios diagnósticos da AN e da BN do DSM-IV e da CID-10, a saber:

- (1) Comportamentos que visam a perda ou o controle do peso ou da forma do corpo, como restrição alimentar, atos purgativos e não purgativos (relacionados aos critérios diagnósticos [a], [b] e [c] de AN do DSM-IV e da

- CID-10; aos critérios [b] e [d] de BN do DSM-IV e aos critérios [c] e [d] de BN da CID-10 [Apêndices A e B])
- (2) Insatisfação/distorção de imagem corporal (relacionadas aos critérios [a], [b] e [c] de AN do DSM-IV e da CID-10; ao critério [b] e [c] de BN do DSM-IV e aos critérios [b], [c] e [d] de BN da CID-10 [Apêndices A e B])
- (3) Alteração de hábitos alimentares , como as dietas e compulsões alimentares (relacionada aos critérios [a], [b] e [c] de AN do DSM-IV e da CID-10; aos critérios [a], [b] e [d] da BN do DSM-IV e aos critérios [a], [b], [c] e [d] da BN da CID-10 [Apêndices A e B])
- (4) Desejo por ou perda real de peso (relacionado aos critérios [a], [b] e [c] de AN do DSM-IV e da CID-10; aos critérios [b] e [d] de BN do DSM-IV; aos critérios [c] e [d] de BN da CID-10 [Apêndices A e B])
- (5) Insatisfação do jovem ou de terceiros em relação ao seu hábito alimentar (relacionada aos critérios diagnósticos [a], [b] e [c] e da CID-10; aos critérios [a] e [b] de BN do DSM-IV e aos critérios [a], [b], [c] e [d] de BN da CID-10 [Apêndices A e B])

Não foi objetivo das questões de rastreamento abranger os critérios diagnósticos de amenorréia da AN (critério [d] do DSM-IV e da CID-10) e de frequência dos comportamentos bulímicos e compensatórios (critérios [c] do DSM-IV e [a] da CID-10), pois são muito específicos e, portanto, de utilidade menor numa sessão de rastreamento.

Para orientar a formulação de questões que abordassem os aspectos selecionados, elaborou-se uma lista de perguntas originárias de vários instrumentos

avaliadores de TAs (ferramentas de rastreamento e diagnósticas), a saber: o EAT-26 (Gross et al., 1986), o BITE (Henderson e Freeman, 1987), a DICA (Reich, 2000) e o EDI (Garner et al., 1983). Feita esta relação, ela foi utilizada como base para orientar a elaboração de questões que investigassem determinado aspecto da forma mais clara e simples possível. Assim, foram elaboradas cinco listas de questões (Anexo C), cada uma delas referente a um dos cinco aspectos anteriormente mencionados.

3.3.1.3 Resultados

A partir desta relação (Anexo C) foram elaboradas 15 questões de rastreamento, em duas versões paralelas, uma para crianças e outra para pais (Anexos D e E). Estas questões foram colocadas em teste na fase 2 do estudo, que será descrita no capítulo 4.

3.3.2 Questões diagnósticas

3.3.2.1 Metodologia de elaboração

Em sua maioria, as questões diagnósticas foram formuladas de forma estruturada, complementadas por questões abertas. Na sua elaboração utilizou-se metodologia semelhante à empregada nas questões de rastreamento, listando perguntas originárias de vários instrumentos avaliadores de TAs (Anexo F)- a saber: o DISC (Shaffer et al., 1996), a DICA (Welner et al., 1987), o EAT (Garner e Garfinkel, 1979), o BITE (Henderson e Freeman, 1987), o CAPA (Angold et al., 1995), o EDE (Fairburn e Cooper, 1993) e o EDI (Garner et al., 1983). Isso serviu de

base para a elaboração de questões que investigassem cada critério diagnóstico de AN e BN do DSM-IV e da CID-10 da forma mais clara, simples e completa possível.

3.3.2.2 Resultados

As questões diagnósticas foram elaboradas em duas versões paralelas, uma para crianças e outra para pais e podem ser vistas nos Anexos A e B (todas as questões do instrumento, com exceção das perguntas P1a a P1e, que são de rastreamento). É importante observar que os Anexos A e B constituem a versão final da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA. As versões preliminares não constam na íntegra para não tornar esta dissertação excessivamente extensa. No entanto, todas as reformulações estão relatadas no decorrer desta dissertação, nas fases do estudo em que ocorreram.

3.3.3 Ausência de itens da Sessão de Transtornos Alimentares do

DAWBA em questionário para professores

As demais sessões do DAWBA, como já explicitado na p. 42, possuem itens que fazem parte de um questionário de autopreenchimento, enviado para os professores das crianças e podem auxiliar no diagnóstico psiquiátrico (Goodman et al., 2000).

Um estudo qualitativo não publicado, realizado com professores de um colégio particular em São Paulo, em 2002^{*}, constatou que a maioria dos professores pesquisados não possuíam conhecimento na área de TAs e não detectaram as jovens que manifestaram o transtorno em uma classe em que ministraram aulas. Neste estudo, apenas uma professora (de educação física) identificou as jovens que manifestaram a doença. No entanto, como a pouca literatura existente no assunto aponta que o conhecimento na área de TAs por professores de educação física não é adequado (DePalma et al., 1993; O’Dea e Abraham, 2001), optou-se por não desenvolver itens que pesquisassem TAs para fazer parte do questionário de autopreenchimento do DAWBA destinado a professores.

3.4 Conclusão

Mediante a incorporação de todas as características ressaltadas neste capítulo e o emprego da metodologia descrita para a formulação de suas questões constituintes, desenvolveu-se uma primeira versão do instrumento dessa dissertação,

^{*} Nicoletti M, Moya T, Lotufo-Neto F. Estudo qualitativo realizado com professores em escola particular na cidade de São Paulo: conhecimentos na área de transtornos alimentares e capacidade de detecção de jovens com estes transtornos [dados publicados nesta dissertação com a autorização dos autores da pesquisa, 2004]. Neste estudo foram entrevistadas seis professoras, das quais cinco ministravam aulas teóricas em sala de aula e uma, educação física. Todas as professoras ministraram aulas no ano de 2001 para uma classe de 8^a. série que havia apresentado três jovens com transtorno alimentar neste ano (uma com AN e duas com TANE, diagnóstico através de entrevista por telefone, pela pesquisadora TM). As entrevistas foram realizadas no ano de 2002 e constaram de duas partes: a primeira com perguntas pré-concebidas para pesquisar os conhecimentos das professoras sobre TAs e, a segunda, onde foi mostrada uma lista com o nome de todos os alunos da classe referida, perguntando-se a professora identificava alguma (s) aluna (s) que suspeitasse ter apresentado um TA. Das seis professoras do estudo, apenas a professora de educação física identificou as três jovens doentes, sendo que em uma delas, a professora teve papel essencial na detecção do problema e no encaminhamento da jovem para tratamento. As demais professoras não detectaram nenhuma das jovens com TA.

que deverá ser testada na fase 2 do estudo, a seguir.

Capítulo 4

Fase 2: estudo com adultos e seus familiares

A fase 2 realizou-se com população adulta, para detecção de questões mal redigidas que, reformuladas, fossem testadas em crianças e adolescentes (fase 3). Se um adulto apresenta dificuldade de compreensão em determinada questão, certamente ela será ainda mais inadequada para uma criança ou adolescente.

4.1 Objetivos

A fase 2 do estudo teve os seguintes objetivos:

- (1) detectar e reformular as questões com dificuldade de compreensão por adultos e seus familiares.
- (2) seleccionar dentre as 15 questões de rastreamento as mais importantes na diferenciação de indivíduos adultos com e sem TAs.

4.2 Método

4.2.1 Sujeitos

A fase 2 do estudo foi realizada com 29 mulheres adultas, em tratamento ambulatorial para TAs no Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (Tabela 3) e em 16 controles com doença psiquiátrica ou física: oito sujeitos em tratamento para alguma doença de acometimento intestinal no Ambulatório de Gastroenterologia do HC-FMUSP; seis em tratamento para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) no Ambulatório de Ansiedade (AMBAN) e duas em tratamento para depressão unipolar no Grupo de Doenças Afetivas (GRUDA) (Tabela 4). Um familiar de cada indivíduo também foi entrevistado (mãe, pai, irmão ou irmã, marido, etc.), com exceção dos familiares de duas pacientes com TA, três pacientes com doença intestinal e três pacientes com TOC, que não estavam disponíveis no dia da entrevista.

Assim, incluiu-se sujeitos com doenças físicas ou psiquiátricas que pudessem oferecer alguma dificuldade ao diagnóstico de TA, seja por mimetizar seus sinais e sintomas, seja pela alta frequência com que ocorrem em comorbidade com os TAs.

Os critérios de inclusão de sujeitos foram:

- 1 - indivíduos adultos (com 18 anos ou mais), do sexo feminino, em tratamento (ambulatorial ou regime de internação) para TA, TOC, depressão unipolar ou doença com acometimento gastrintestinal;
- 2 – familiar habitante da mesma residência de um dos indivíduos acima.

Os critérios de exclusão de sujeitos na fase 2 do estudo foram:

- 1 - gravidez do sujeito investigado, para boa avaliação qualitativa das questões sobre ciclos menstruais e amenorréia;
- 2 - sujeito ou familiar com incapacidade de fala ou de entendimento (demência, retardo mental, mutismo, surdez, etc.).

4.2.2 Instrumento

O instrumento aplicado nesta fase foi a versão preliminar da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA desenvolvida no capítulo 3. Trata-se de uma versão menos aprimorada das entrevistas dos Anexos A e B, onde a sessão inicial P1 (de rastreamento) consistiu das questões dos Anexos D e E, respectivamente.

4.2.3 Procedimentos

4.2.3.1 Amostra

A amostra foi organizada por conveniência, incluindo nela os sujeitos que estavam disponíveis nos ambulatórios nos dias de visita do entrevistador, portadores dos diagnósticos de interesse do estudo. Foram recrutados e entrevistados no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP e no Serviço de Gastroenterologia do HC-FMUSP, entre junho e outubro de 2002.

4.2.3.2 Diagnóstico dos sujeitos

O diagnóstico clínico dos participantes (Tabelas 3 e 4, p. 67 e 68) foi estabelecido pelo médico que os assistia, no momento em que o sujeito ingressou para o estudo.

4.2.3.3 Entrevistador

A autora incumbiu-se da aplicação do instrumento, pois detinha a experiência clínica necessária nesta fase. Ela não esteve cega para o diagnóstico dos participantes, para que pudesse detectar possíveis problemas de formulação de questões em algum grupo diagnóstico específico.

As entrevistas para cada paciente e seus familiares foram realizadas no mesmo dia, separadamente.

4.2.3.4 Análise dos dados

4.2.3.4.1 Análise qualitativa e reformulação de questões problemáticas

A metodologia empregada na análise qualitativa e reformulação das questões foram:

1º.) A autora, antes de iniciar a entrevista, orientou os participantes, em caso de não compreensão, relatar a dificuldade e explicar o que não ficou claro. Além disso, a autora esteve atenta para respostas titubeantes, imprecisas e expressões de dúvida, explorando as dificuldades apresentadas e tomando nota das questões que geraram problemas. Em caso de dúvida em determinada questão, era sempre anotada a resposta dada pelo entrevistado após o esclarecimento. Quando o entrevistado respondeu de maneira equivocada, sem se dar conta, anotou-se a resposta equivocada. No caso do entrevistado não conseguir responder, por incapacidade de compreender a questão mesmo após tentativa de esclarecimento pela autora, a questão foi deixada em branco.

2º.) A autora discutiu as questões problemáticas e as dificuldades levantadas pelos entrevistados com os outros autores do instrumento para que os três, em conjunto, reformulassem estas perguntas.

4.2.3.4.2 Análise estatística

O exame das idades dos sujeitos participantes dos diferentes grupos diagnósticos (com e sem TA) foi feito com o teste não paramétrico de Mann-Whitney, uma vez que as idades não apresentaram distribuição normal, segundo o gráfico de probabilidade normal.

Para a criação de uma sessão de rastreamento mais enxuta, uma análise estatística das respostas às 15 questões de rastreamento foi realizada observando os seguintes passos:

- (1) seleção das questões mais importantes segundo as respostas das pacientes adultas: a identificação das questões de rastreamento mais importantes na diferenciação dos sujeitos com e sem TAs ocorreu através de análises univariadas (Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher) e os itens que apresentaram diferença significativa entre os dois grupos foram selecionados para a análise multivariada (Análise Discriminante). A análise multivariada selecionou o conjunto de itens mais importantes para diferenciar sujeitos com e sem TAs, segundo as respostas das pacientes.
- (2) seleção das questões mais importantes segundo as respostas dos familiares das pacientes: foi utilizado o mesmo procedimento do item 1
- (3) elaboração de um modelo composto: foi concebido um modelo com as questões selecionadas nos itens 1 e 2 e pesquisadas sua sensibilidade,

especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN) e a consistência interna de seus itens.

- (4) estudo de um ponto de corte para o modelo composto: através de uma análise descritiva realizada com gráficos de caixa foi detectado um ponto de corte ótimo para a detecção de sujeitos com TAs. Uma análise do desempenho do modelo composto (valores de sensibilidade, especificidade, VPP, VPN), foi realizada, utilizando-se este ponto de corte.
- (5) elaboração de um modelo ajustado: buscando-se um aprimoramento da sessão de rastreamento, conciliou-se os resultados da análise qualitativa e da consistência interna dos itens do modelo composto, para se criar um modelo ajustado.
- (6) estudo de um ponto de corte para o modelo ajustado: utilizando-se a mesma metodologia do item 4, realizou-se um estudo para detecção de um ponto de corte para o modelo ajustado. Realizou-se também uma análise do desempenho do modelo ajustado, mediante o estudo dos valores de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN, segundo o ponto de corte encontrado.

4.2.3.5 Aprovação do estudo pela Comissão de Ética e Termos de Consentimento

A pesquisa exposta nesta dissertação foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do HC-FMUSP (protocolo de pesquisa nº. 632/02).

Antes de participar da pesquisa, solicitou-se que o sujeito ou seu responsável assinasse um termo de consentimento pós-esclarecimento (Anexo G).

4.3 Resultados

Tanto as pacientes quanto seus familiares, na sua maioria, cooperaram com a entrevista. De maneira geral, os familiares souberam informar sobre a alimentação da paciente. Os indivíduos com TA e seus familiares aparentemente emocionaram-se mais ao responder às perguntas quando comparados aos indivíduos que não tinham contato com o transtorno. O tempo médio para responder ao instrumento foi de 20 minutos para os indivíduos sem TAs e seus familiares e de 50 minutos para os indivíduos com TAs e familiares.

4.3.1 Amostra

As características da amostra e as questões que se revelaram problemáticas para os sujeitos participantes constam das tabelas a seguir:

Tabela 3 – Dados descritivos das pacientes adultas com TA participantes da fase 2 do estudo e as questões problemáticas para estas e seus familiares

DIAGNÓSTICO	Nº. DO PACTE	QUESTÕES PROBLEMA PACTE ⁽¹⁾	IDADE PACTE (ANOS)	FAMILIAR ENTREVISTADO	QUESTÕES PROBLEMA FAMILIAR ⁽⁵⁾
Anorexia nervosa	1	⁽²⁾ M2P6	25	marido	R10, R13, M2P6
	2		18	mãe	
	3	⁽³⁾ R1, M2P6	32	mãe	R10, R13, M2P6
	4	R3, M2P6	20	mãe	P10
	5	M2P6	24	marido	
	6	R1, M2P6	32	mãe	R10, R13
	7	⁽⁴⁾ P10	40	filha	R3, R10, R13, M2P6
	8	M2P6	18	irmã	
	9		19	mãe	
Bulimia nervosa	1	M2P6	30	mãe	P6, P7
	2	M2P6, P5 a 7	21	mãe	R5, P6, P7
	3	R1, P6, P7, P10	22	mãe	
	4		48	filho	P6, P7, P10
	5	R1	26	mãe	
	6		20	prima	
	7	P6, P7	24	pai	R10, R13, P6, P7
	8	P2d, M2P6	42	-	
	9		18	mãe	R10, R13
	10	P15	25	mãe	P4
	11		27	pai	
Transtorno alimentar não especificado em outra sessão	1	M2P6	23	mãe	M2P6
	2	M2P6	35	mãe	M2P6
	3	P5	22	mãe	P4, P6, P7, P10, M2P6
	4	M2P6	27	irmão	R10, R13
	5	M2P6	25	marido	
	6	M2P6	19	-	
	7	P6, P7	26	irmã	R10, R13, P6, P7
	8		20	mãe	
	9	P10	18	mãe	P6, P7, P10

(1) Questões detectadas como problemáticas para as pacientes na análise qualitativa, que será mostrada a seguir neste capítulo. (2) As questões cuja numeração começa com M são diagnósticas abertas e podem ser encontradas no final dos anexos A ou B. (3) As questões cuja numeração começa com R são de rastreamento e podem ser encontradas nos anexos D e E. (4) As questões cuja numeração começa com P são diagnósticas e podem ser encontradas nos anexos A ou B. (5) Questões detectadas como problemáticas para os familiares.

Tabela 4 – Dados descritivos das pacientes adultas com doenças de acometimento intestinal, transtorno obsessivo-compulsivo e depressão, participantes da fase 2 do estudo e as questões problemáticas para estas e seus familiares

DIAGNÓSTICO	Nº. DO PACTE	QUESTÕES PROBLEMA PACTE ⁽¹⁾	IDADE PACTE (ANOS)	FAMILIAR ENTREVISTADO	QUESTÕES PROBLEMA FAMILIAR ⁽⁴⁾	
Doenças Intestinais	Doença de Crohn	(2) R1, R10, R13	1	49	filho	R1, P10
			2	43	marido	P10
	Doença Celíaca	(3) P10	3	56	irmã	
			4	18	avó	
			5	40	-	
			6	41	-	
			7	50	-	
			8	27	mãe	P10
Transtorno obsessivo-compulsivo	1		40	marido		
	2		30	irmã		
	3		46	mãe		
	4		62	-		
	5		42	-		
	6		60	-		
Transtorno depressivo unipolar	1	R10, R13	54	filha	R10, R13	
	2		49	filha		

(1) Questões detectadas como problemáticas para as pacientes na análise qualitativa, que será mostrada a seguir neste capítulo. (2) As questões cuja numeração começa com R são de rastreamento e podem ser encontradas nos anexos D e E. (3) As questões cuja numeração começa com P são diagnósticas e podem ser encontradas nos anexos A ou B. (4) Questões detectadas como problemáticas para os familiares.

4.3.2 Análise qualitativa e reformulação de questões

A análise qualitativa na fase 2 do estudo permitiu a reformulação das questões detectadas como problemáticas. Adiante são listadas estas questões, os problemas detectados, os sujeitos que apresentaram dificuldades e as correções feitas pelos autores do instrumento. Todas as reformulações ocorreram paralelamente nos dois questionários: o de pais e o de jovens (Anexos A e B).

1ª. Questão problemática: (questão de rastreamento 1 dos anexos D e E) “*Quando você escolhe a sua comida, você costuma **não comer** coisas que engordam?*”

Problema detectado: essa questão, para alguns pacientes e familiares, ofereceu dificuldade inicial de compreensão, sendo necessário lê-la mais de uma vez. Explicaram que era difícil entender uma questão que era feita na negativa (“... *não comer coisas que ...*”)

Sujeitos que apresentaram dificuldade: 2 pactes. com BN (n^{os}. 3 e 5, Tabela 3), 1 pacte. com doença intestinal (n^o. 1, Tabela 4), 1 familiar de pacte. com doença intestinal (n^o. 1, Tabela 4); 2 pactes. com AN (n^{os}. 3 e 6, Tabela 3).

Solução: como será visto em numa análise a seguir, neste capítulo, essa questão, dentre aquelas que foram mais discriminantes de TAs, quando feita a análise da consistência interna, foi a que apresentou menor correlação item-total e, sua exclusão provocou um aumento no coeficiente *Alfa de Chrombach*. Por essas razões e pela dificuldade qualitativa (se essa questão oferecia dificuldades de compreensão para adultos ao ser formulada na negativa, ela ofereceria dificuldade ainda maior para crianças), optou-se pela sua exclusão do questionário.

2ª. Questão problemática: (1ª. versão da questão de rastreamento 3 dos anexos D e E) “*Você já se achou **muito gorda** mesmo quando as pessoas te diziam que você estava muito magra?*”

Problema detectado: uma paciente e um familiar de paciente com AN encontraram problemas na formulação dessa questão ressaltando que não é que já havia se achado “*muito gorda*”, e sim “*gorda*”. Desta maneira, mesmo havendo presença de distorção de imagem corporal, estes sujeitos responderam “*não*” a essa questão.

Sujeitos que apresentaram dificuldade: 1 pacte. com AN (n^o. 4 na Tabela 3), 1 familiar de paciente com AN (n^o. 7 na Tabela 3)

Reformulação feita: “*Você já se achou **gorda** mesmo quando as pessoas te diziam que você estava muito magra?*”. Com essa alteração, visou-se aumentar a sensibilidade dessa questão para detectar sujeitos com distorção de imagem corporal, pois mesmo na presença de uma distorção em menor intensidade (sujeito se achar “*gordo*” e não “*muito gordo*”), a resposta será positiva.

3^a. Questão problemática: (questão de rastreamento 5 dos anexos D e E) “*Você está muito mais magra agora do que era?*”

Problema detectado: um familiar de uma paciente bulímica relatou não saber como responder a essa questão pois o peso da paciente oscilava muito e portanto, necessitava de um referencial no tempo para respondê-la.

Sujeito que apresentou dificuldade: familiar da paciente n^o. 2 com BN da Tabela 3

Reformulação feita: como na análise discriminante essa questão não foi selecionada (a seguir, neste capítulo), ela não foi reformulada pelos autores.

4^a. e 5^a. Questões problemáticas: (questões de rastreamento 10 e 13 dos anexos D e E, respectivamente) “*A comida domina a sua vida?*” e “*Você sente que a comida controla a sua vida?*”

Problema detectado: alguns indivíduos tiveram dificuldade para entender essas questões e, logo após elas serem feitas, perguntavam “*Como assim?*”. Alguns destes, mesmo após a explicação da autora não conseguiram compreender o ponto pesquisado, outros, entenderam-nas erroneamente, compreendendo que essas questões perguntavam se a comida era importante para a vida deles ou de seus familiares e tendiam a responder, de forma equivocada, que sim. Alguns exemplos de respostas dadas: “*Sim doutora, a comida domina a minha vida sim, ela é muito importante para a vida, pois sem comida a gente não vive*”; “*Não controla, pois se a comida controlasse a vida dela ela não teria anorexia e todos esses problemas*”.

Sujeitos que apresentaram dificuldade: pacientes: 1 com doença intestinal (n^o. 1 na tabela 4), 1 com depressão (n^o. 1 na Tabela 4); familiares: 1 de paciente com depressão (n^o. 1 na Tabela 4), 4 de pacientes com AN (n^{os}. 1, 3, 6 e 7 na Tabela 3), 2 de pacientes com BN (n^{os}. 7 e 9 na Tabela 3) e 2 de pacientes com TANE (n^{os}. 4 e 7 Tabela 3).

Reformulação feita: como na análise discriminante essas duas questões não foram selecionadas, elas não foram reformuladas pelos autores.

6ª. Questão problemática: (1ª. versão da questão diagnóstica P2d, Anexos A e B)
 “Qual o maior peso que você já teve?”

Problema detectado: algumas das pacientes que já tinham filhos relatavam o peso da gravidez, informação que a questão não tinha intenção de pesquisar. O que se buscava era o maior peso que a paciente tinha apresentado, fora da situação de gravidez.

Sujeitos que apresentaram dificuldade: 1 paciente com BN (nº. 8 na Tabela 3) e 1 paciente com doença de Crohn (nº. 5 na Tabela 4)

Reformulação feita: “Qual o maior peso que você já teve (exceto na gravidez)?”

7ª. Questão problemática: (1as. versões das questões diagnósticas P5 e P4, anexos A e B respectivamente)

P5 *Comparando como você está este ano com como você foi nos anos anteriores, outras pessoas diriam que você ...*

<i>Sempre foi magra assim</i>	<i>Está um pouco mais magra este ano que nos anos anteriores</i>	<i>Está muito mais magra este ano que nos anos anteriores</i>
1	2	3

Problema detectado: algumas pacientes e familiares respondiam que não havia alternativa como resposta válida para essa questão pois, no caso da paciente em questão, ela era ainda mais magra anteriormente.

Sujeitos que apresentaram dificuldade: pacientes: 1 com TANE (nº. 3 na Tabela 3) e 1 com BN (nº. 2 na Tabela 3); familiares: 1 de paciente com TANE (nº. 3 na Tabela 3) e 1 de paciente com BN (nº.10 na Tabela 3)

Reformulação feita:

P5 *Comparando como você está este ano com como você foi nos anos anteriores, outras pessoas diriam que você ...*

<i>Era ainda mais magra nos anos anteriores</i>	<i>Sempre foi magra assim</i>	<i>Está um pouco mais magra este ano que nos anos anteriores</i>	<i>Está muito mais magra este ano que nos anos anteriores</i>
0	1	2	3

8^a. e 9^a. Questões problemáticas: (1as. versões das questões diagnósticas P6 e P7 dos Anexos A e B) *“Outras pessoas – como a sua família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupadas que seu peso atual atrapalhe a sua saúde?”*, *“O que você pensa? Você acha que o seu peso atual atrapalha a sua **saúde**?”*

Problema detectado: a intenção destas questões era investigar a crítica sobre o impacto físico do quadro alimentar. Muitos sujeitos na pesquisa respondiam a essas questões não somente se referindo ao impacto dos sintomas na saúde física como também na saúde emocional.

Sujeitos que apresentaram dificuldade: pacientes: 3 com BN (n^{os}. 2, 3 e 7 na Tabela 3) e 1 com TANE (n^o. 7 na Tabela 3); familiares: 3 de pacientes com TANE (n^{os}. 3, 7 e 9 na Tabela 3), 4 de pacientes com BN (n^{os}. 1, 2, 4 e 7 na Tabela 3).

Reformulação feita: *“Outras pessoas – como sua família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupadas que seu peso tem atrapalhado a sua **saúde física**?”*; *“O que você pensa? Você acha que o seu peso tem atrapalhado a sua **saúde física**?”*

10^a. Questão problemática: (1^a. versão da questão diagnóstica P10, Anexos A e B) *“Se o médico te dissesse que você teria que ganhar dois quilos, você acharia isso fácil, difícil ou impossível?”*

Problema detectado: observou-se que esta questão poderia ser interpretada de duas maneiras e, muitas vezes, a paciente e o familiar percebiam que havia duas interpretações possíveis e ficavam confusos para responder. A primeira interpretação é entender que a pergunta refere-se ao quão facilmente a paciente ganhava peso, ou seja, se ela tinha, por exemplo, tendência a engordar. A segunda interpretação (e essa era a informação que se tinha intenção de pesquisar) refere-se ao fato da paciente aceitar ganhar dois quilos, ou seja, se estava bem para ela pesar dois quilos a mais. Desta maneira, houve familiar que respondeu a essa questão: *“Sim, seria fácil ela ganhar esses dois quilos, porque ela ganha peso facilmente... Mas para ela aceitar estes dois quilos a mais seria impossível!”* Por outro lado, houve pacientes com doenças intestinais que responderam: *“Seria difícilimo... Porque hoje em dia o meu intestino tem apenas 80 cm de comprimento... Não absorve, né? Para mim é muito difícil ganhar peso”* ou *“Ultimamente seria difícil ganhar peso, por causa da doença no intestino... Não tenho medo de ganhar peso”*.

Sujeitos que apresentaram dificuldade: pacientes: 5 com doença intestinal (n^{os}. 1, 3, 6, 7 e 8 na Tabela 4), 1 com AN (n^o. 7 na Tabela 3), 1 com BN (n^o. 3 na Tabela 3), 2 com TANE (n^{os}. 3 e 9 na Tabela 3); familiares: 3 de pacientes com doença intestinal (n^{os}. 1, 2 e 8 na Tabela 4), 1 de paciente com AN (n^o. 4 na Tabela 3), 1 de paciente com BN (n^o. 4 na Tabela 3) e 2 de pacientes com TANE (n^{os}. 3 e 9 na Tabela 4).

Reformulação feita: *“Se o médico te dissesse que você teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível **aceitar isso** (se a criança tem problemas físicos que torna difícil para ela ganhar peso, a pergunta é se ela tentaria ganhar peso e não se ela conseguiria de fato)?”*

11^a. Questão problemática: (1^a. versão da questão diagnóstica P15 dos anexos A e B) *“Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando essas pessoas estão sozinhas. Isso acontece com você?”*

Problema detectado: uma paciente, apesar de ter apresentado compulsões alimentares até recentemente, respondeu a essa questão negativamente por não ter apresentado compulsão nos últimos 15 dias. Desta forma, apesar das questões P16 a P17a e P19 (Anexos A e B) se aplicarem a ela, acabaria não respondendo a essas perguntas, que só são feitas caso a P15 seja positiva.

Sujeitos que apresentaram dificuldade: 1 paciente com BN (n^o. 10 na Tabela 3).

Reformulação feita: *“Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando essas pessoas estão sozinhas. Isso aconteceu ou acontece com você?”*

12^a. Questão problemática: (1^a. versão da questão diagnóstica M2P6 dos Anexos A e B) *“Você tentou fazer algo a respeito da forma como você come ou da sua preocupação com o seu peso? Se sim, por favor, descreva o que você tem tentado fazer, qualquer ajuda que você tem tido e se isso tem feito alguma diferença.”*

Problema detectado: esta questão foi formulada com a intenção de pesquisar se o paciente tinha procurado algum serviço de assistência à saúde em função do problema alimentar. No entanto, grande parte das pacientes com TAs responderam a essa questão relatando todos os esforços delas para perder ainda mais peso, melhorar a forma do corpo, etc., como usar laxantes, diuréticos, freqüentar academias, etc.

Sujeitos que apresentaram dificuldade: pacientes: 6 com AN (n^{os}. 1, 3, 4, 5, 6 e 8 na Tabela 3), 3 com BN (n^{os}. 1, 2 e 8 na Tabela 3), 5 com TANE (n^o. 1, 2, 4, 5 e 6 na Tabela 3); familiares: 3 de pacientes com AN (n^{os}. 1, 3 e 7 na Tabela 3), 3 de pacientes com TANE (n^{os}. 1, 2 e 3 na Tabela 3).

Reformulação feita: *“Você procurou médico ou psicólogo para te ajudar com a comida ou com o peso? Se sim, o que foi que ele/a te disse? Te ajudou?”*

4.3.3 Análise estatística

4.3.3.1 Idade dos sujeitos participantes

Houve diferença significativa entre as idades das pacientes com e sem TA, sendo que o segundo grupo apresentou pacientes, em média, mais velhas (veja Tabela 5 abaixo). Com relação à idade dos familiares das pacientes, não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 5). Não foi possível o pareamento por idade entre o grupo controle e o grupo com TA, pois os ambulatórios dos quais procediam os controles possuíam pacientes caracteristicamente mais velhas.

Tabela 5 - Comparação dos grupos com e sem TA da fase 2 do estudo quanto às idades dos sujeitos participantes

ENTREVISTADO	GRUPO	N ⁽¹⁾	MÍN	MÁX	M ⁽²⁾	MÉD	DP ⁽³⁾	MÉDIA POSTOS	p ⁽⁴⁾
pacientes	com TA	29	18	48	24	25,7	7,7	16,8	< 0,001
	sem TA	16	18	62	45	44,3	11,9	34,3	
familiares	com TA	27	19	59	50	44,0	14,2	19,1	0,96
	sem TA	10	18	76	45	43,5	20,0	18,8	

(1) N = número de sujeitos. (2) M = mediana. (3) DP = desvio padrão. (4) p = nível descritivo do teste de Mann-Whitney

4.3.3.2 Identificação das questões de rastreamento mais importantes na diferenciação dos grupos com e sem TAs, segundo as respostas das pacientes adultas

Para esta etapa da análise foram consideradas as respostas das 45 pacientes adultas às 15 questões de rastreamento iniciais do questionário, divididas em dois grupos: com e sem TAs. As questões 8 e 9 foram consideradas isoladamente e

também agrupadas em uma única, chamada R8_R9 (veja Tabela 6), pois responderam à questão 9 apenas os indivíduos que tivessem respondido “sim” à questão 8. Os escores dessa nova questão foram iguais a zero se o indivíduo respondeu “não” à questão 8; um, se ele respondeu “sim” à questão 8 e “não” à questão 9; e dois se ele respondeu “sim” a ambas as questões.

Tabela 6 – Resultado da análise univariada que comparou os grupos com e sem TA, levando em consideração as respostas das pacientes adultas a cada questão de rastreamento

QUESTÃO	RESPOSTA À QUESTÃO	COM TA (n=29)		SEM TA (n=16)		TOTAL ⁽³⁾		p
		N ⁽²⁾	%	N ⁽²⁾	%	N ⁽²⁾	%	
1	Sim (=1)	21	72,4	3	18,8	24	53,3	0.001
2	Sim (=1)	22	75,9	5	31,3	27	60,0	0.003
3	Sim (=1)	21	72,4	1	6,3	22	48,9	<0.001
4	Sim (=1)	22	75,9	0	0,0	22	48,9	<0.001
5	Sim (=1)	9	31,0	3	18,8	12	26,7	⁽⁴⁾ 0.491
6	Sim (=1)	26	89,7	2	12,5	28	62,2	<0.001
7	Sim (=1)	9	31,0	0	0,0	9	20,0	⁽⁴⁾ 0.017
8	Sim (=1)	22	75,9	7	43,8	29	64,4	0.031
9 ⁽¹⁾	Sim (=1)	14	63,6	2	28,6	16	35,6	⁽⁴⁾ 0.192
8 e 9	R8=1 e R9=0	8	27,6	5	31,3	13	28,9	0.034
	R8=1 e R9=1	14	48,3	2	12,5	16	35,6	
10	Sim (=1)	22	75,9	0	0,0	22	48,9	<0.001
11	Sim (=1)	26	89,7	8	50,0	34	75,6	⁽⁴⁾ 0.009
12	Sim (=1)	26	89,7	4	25,0	30	66,7	<0.001
13	Sim (=1)	23	79,3	1	6,3	24	53,3	<0.001
14	Sim (=1)	19	65,5	4	25,0	23	51,1	0.009
15	Sim (=1)	21	72,4	3	18,8	24	53,3	0.001

NOTA: esta tabela mostra somente a análise referente às respostas positivas às questões de rastreamento.

(1): O total de indivíduos que responderam a essa questão foi de 29 (22 do grupo com TA e 7 do grupo sem TA), ou seja, apenas aqueles que responderam “sim” à questão 8. (2) N = número de sujeitos. (3) total das pacientes (com e sem TA) que responderam positivamente à questão de rastreamento. (4) valores de “p” referente ao nível descritivo do teste exato de Fisher; os demais valores de p referem-se ao nível descritivo do teste qui-quadrado de Pearson.

As questões com distribuições de respostas significativamente diferentes ($p < 0,05$) entre os grupos com e sem TA na análise univariada (Tabela 6) foram

consideradas na análise multivariada, ou seja, todas as 15 à exceção das questões 5 e 9. A questão 8 foi considerada apenas de maneira agrupada, R8_R9. Um modelo de regressão logística havia sido inicialmente adotado para identificação das questões mais importantes na diferenciação dos grupos com e sem TA. Porém, a existência de padrões de resposta como os das questões 4, 7 e 10 (onde todos os indivíduos de um grupo deram a mesma resposta) impossibilitou o ajuste do modelo logístico. Assim, a análise discriminante foi a técnica utilizada para a análise multivariada. O método *stepwise* foi utilizado para a seleção das questões mais importantes na diferenciação dos dois grupos, que foram as questões 1, 3, 4 e 6.

4.3.3.3 Identificação dos itens mais importantes na diferenciação dos grupos com e sem TAs, segundo as respostas dos familiares

Para esta etapa da análise foram consideradas as respostas dos 37 familiares que responderam às 15 questões do questionário, divididos em dois grupos principais: familiares de pacientes com e sem TA. Para a análise univariada, as questões 8 e 9 foram consideradas isoladamente e também agrupadas, à semelhança do que foi feito com as respostas das pacientes adultas (item 4.3.3.2, p. 74).

Tabela 7 – Resultado da análise univariada que comparou os grupos com e sem TA, levando em consideração as respostas dos familiares das pacientes a cada questão de rastreamento

QUESTÃO	RESPOSTA À QUESTÃO	COM TA (n=27)		SEM TA (n=10)		TOTAL ⁽⁷⁾		p
		N ⁽⁶⁾	%	N	%	N	%	
1	Sim (=1)	17	63,0	4	40,0	21	56,8	⁽⁸⁾ 0,274
2	Sim (=1)	20	74,1	4	40,0	24	64,9	⁽⁸⁾ 0,118
3	Sim (=1)	20	74,1	0	0,0	20	54,1	⁽⁸⁾ <0,001
4	Sim (=1)	19	70,4	1	10,0	20	54,1	⁽⁸⁾ 0,002
5 ⁽¹⁾	Sim (=1)	8	30,8	2	20,0	10	27,8	⁽⁸⁾ 0,689
6	Sim (=1)	25	92,6	0	0,0	25	67,6	⁽⁸⁾ <0,001
7	Sim (=1)	16	59,3	0	0,0	16	43,2	⁽⁸⁾ 0,002
8	Sim (=1)	19	70,4	1	10,0	20	54,1	⁽⁸⁾ 0,002
9 ⁽²⁾	Sim (=1)	12	63,2	0	0,0	12	60,0	⁽⁸⁾ 0,400
8 e 9	R8=1 e R9=0	7	25,9	1	10,0	8	21,6	0,004
	R8=1 e R9=1	12	44,4	0	0,0	12	32,4	
10 ⁽³⁾	Sim (=1)	16	66,7	1	10,0	17	50,0	0,003
11	Sim (=1)	23	85,2	6	60,0	29	78,4	⁽⁸⁾ 0,174
12 ⁽⁴⁾	Sim (=1)	21	80,8	0	0,0	21	58,3	⁽⁸⁾ <0,001
13 ⁽⁵⁾	Sim (=1)	18	75,0	0	0,0	18	54,5	⁽⁸⁾ <0,001
14	Sim (=1)	13	48,1	2	20,0	15	40,5	⁽⁸⁾ 0,153
15	Sim (=1)	16	59,3	2	20,0	18	48,6	⁽⁸⁾ 0,062

NOTA: esta tabela mostra somente a análise referente às respostas positivas às questões de rastreamento.

(1) O total de indivíduos que responderam a essa questão foi de 36 (1 familiar de paciente bulímica disse não saber responder esta questão pois o peso da paciente oscilava muito e portanto necessitava de um referencial no tempo para respondê-la). (2) O total de indivíduos que responderam a essa questão foi de 20 (19 do grupo com TA e 1 do grupo sem TA), ou seja, apenas aqueles que responderam “sim” à questão 8. (3) O total de indivíduos que responderam a essa questão foi de 34 (24 do grupo com TA e 10 do grupo sem TA; 3 ficaram sem responder pois não entenderam a questão, mesmo após explicação). (4) O total de indivíduos que responderam a essa questão foi de 36 (a mãe de uma paciente bulímica – pacto. n.º 3, tabela 3 -apesar de entender bem a questão, não soube dar esta informação). (5) O total de indivíduos que responderam a essa questão foi de 33 (24 do grupo com TA e 9 do grupo sem TA; 4 familiares ficaram sem responder esta questão: 3 deles não entenderam, mesmo após explicação e 1 não sabia dar essa informação). (6) N = número de sujeitos. (7) Total de familiares que responderam positivamente à questão de rastreamento. (8) p referente ao nível descritivo do teste exato de Fisher; os demais valores de “p” são referentes ao nível descritivo do teste qui-quadrado de Pearson.

As questões com distribuições de respostas significativamente diferentes (ao menos marginalmente, $p < 0,10$) entre os grupos com e sem TA na análise univariada (questões 3, 4, 6, 7, R8_R9, 10, 12, 13 e 15, Tabela 7) foram consideradas na análise

multivariada. Pela mesma razão colocada no item 4.3.3.2 (p. 74), a análise discriminante com o método de seleção *stepwise* e não a regressão logística foi utilizada para a análise multivariada. O método *stepwise* selecionou as questões 6 e 12.

4.3.3.4 Elaboração de um modelo composto pelas questões de rastreamento mais importantes da diferenciação dos grupos com e sem TA, segundo a resposta dos pacientes e familiares

Como o objetivo dessa dissertação é a construção de um instrumento cujas versões para pais e crianças sejam espelho uma da outra (característica do DAWBA), produziu-se um modelo composto constituído pelas questões selecionadas como as mais importantes, segundo as respostas das pacientes e dos familiares (eleitas nos itens 4.3.3.2 e 4.3.3.3, p. 74 e 76 respectivamente). Dessa maneira, o modelo composto consiste das questões de rastreamento 1, 3, 4, 6 e 12.

4.3.3.5 Estudo da qualidade do modelo composto

A tabela a seguir (nº. 8) mostra um estudo da qualidade do modelo composto através do cálculo dos valores de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN deste modelo.

Tabela 8 - Descrição dos erros e acertos de classificação dos indivíduos com base nas análises discriminantes das pacientes adultas e respectivos familiares.

CLASSIFICAÇÃO DO MODELO			GRUPO REAL ⁽¹⁾		
			COM TA	SEM TA	TOTAL
Pacientes adultas (classificação correta: 97,8%)	com TA	n	28	-	28
		% coluna	⁽²⁾ 96,6%	-	62,2%
		% linha	⁽³⁾ 100,0%	-	100,0%
	sem TA	n	1	16	17
		% coluna	3,4%	⁽⁴⁾ 100,0%	37,8%
		% linha	5,9%	⁽⁵⁾ 94,1%	100,0%
Familiares (classificação correta: 94,4%)	com TA	n	24	-	24
		% coluna	⁽²⁾ 92,3%	-	66,7%
		% linha	⁽³⁾ 100,0%	-	100,0%
	sem TA	n	2	10	12
		% coluna	7,7%	⁽⁴⁾ 100,0%	33,3%
		% linha	16,7%	⁽⁵⁾ 83,3%	100,0%

(1) Grupo da paciente na fase 2 do estudo. (2): Sensibilidade. (3) Valor preditivo positivo. (4) Especificidade. (5) Valor preditivo negativo. Para melhor compreensão desses índices, uma revisão breve dos conceitos de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo pode ser encontrada no apêndice C, ao final dessa dissertação.

4.3.3.6 Escolha de um ponto de corte para as questões do modelo composto e cálculo dos valores de sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e percentual de classificação correta correspondente

Para a escolha de um ponto de corte ótimo para a seleção de indivíduos com e sem TAs segundo o modelo composto, foi definida a variável soma dos resultados das questões do modelo (R1+R3+R4+R6+R12). Para identificar um valor de corte para a soma das respostas dessas 5 questões foram construídos gráficos de caixa dessa soma (Figura 4, a seguir).

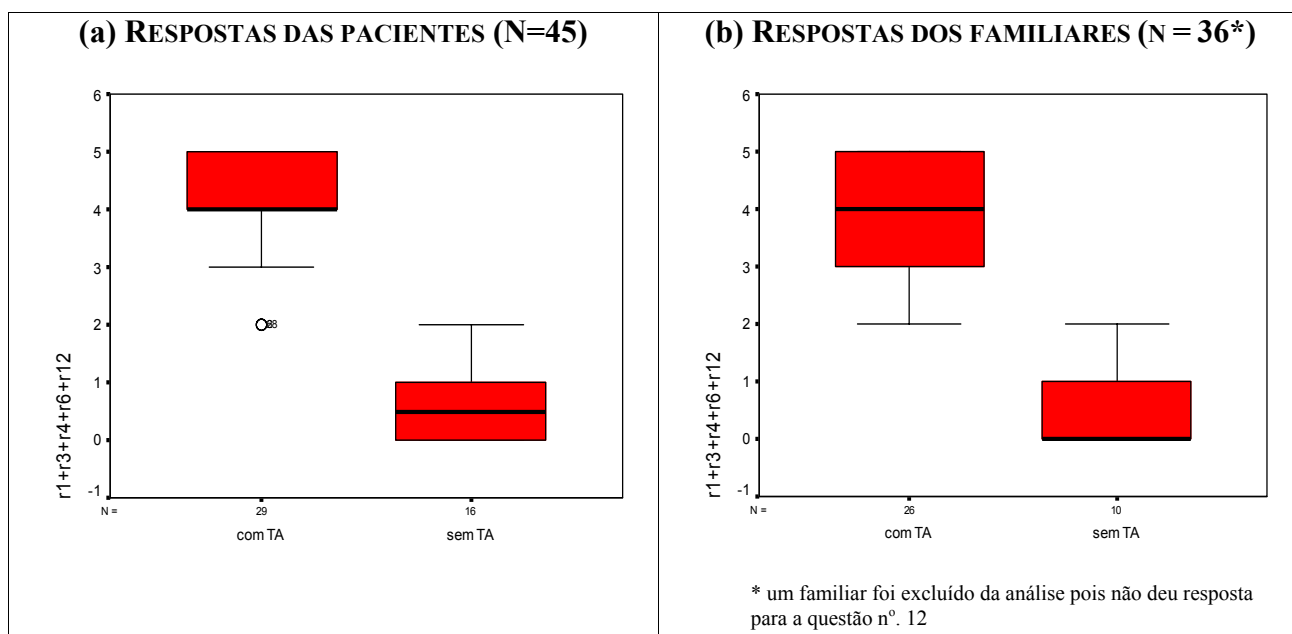


Figura 4. Gráficos de caixa da soma das questões de rastreamento do modelo composto (1, 3, 4, 6 e 12)

Através dos gráficos de caixa acima, o ponto de corte igual a 2 foi escolhido tanto para pacientes quanto para familiares e a Tabela 9 apresenta as porcentagens de erros e acertos de classificação do modelo composto segundo este ponto de corte.

Tabela 9 - Descrição dos erros e acertos de classificação dos indivíduos com e sem TA com base na soma das questões do modelo composto (1, 3, 4, 6 e 12) para um ponto de corte de dois para pacientes e familiares

	SOMA DAS QUESTÕES (R1+R3+R4+R6+R12)		GRUPO REAL ⁽¹⁾		
			COM TA	SEM TA	TOTAL
Pacientes adultas (classificação correta: 95,6%)	<2 (sem TA)	n	-	14	14
		% linha	-	⁽⁴⁾ 100,0%	100,0%
		% coluna	-	⁽⁵⁾ 87,5%	31,1%
	≥2 (com TA)	n	29	2	31
		% linha	⁽²⁾ 93,5%	6,5%	100,0%
		% coluna	⁽³⁾ 100,0%	12,5%	68,9%
Familiares (classificação correta: 97,2%)	<2 (sem TA)	n	-	9	9
		% linha	-	⁽⁴⁾ 100,0%	100,0%
		% coluna	-	⁽⁵⁾ 90,0%	25,0%
	≥2 (com TA)	n	26	1	27
		% linha	⁽²⁾ 96,3%	3,7%	100,0%
		% coluna	⁽³⁾ 100,0%	10,0%	75,0%

(1) grupo da paciente no estudo. (2) Valor preditivo positivo. (3) Sensibilidade. (4) Valor preditivo negativo. (5) Especificidade.

4.3.3.7 Consistência interna dos itens do modelo composto

O *Alfa de Chrombach* calculado considerando-se as questões 1, 3, 4, 6 e 12 foi de 0,79 para as pacientes, e 0,76 para os familiares. A Tabela 10 apresenta os valores das correlações de cada questão com o escore total e o cálculo do *Alfa* excluindo-se cada uma das questões. Nota-se que a questão 1 é a que tem menor correlação com o escore total e a única que, uma vez excluída, provoca um aumento considerável no valor do coeficiente *Alfa*.

Tabela 10 - Análise de confiabilidade dos itens selecionados pelas análises multivariadas.

(a) RESPOSTAS DAS PACIENTES ADULTAS		
QUESTÃO	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL	ALFA EXCLUINDO-SE O ITEM
	0,39	0,81
3	0,61	0,73
4	0,58	0,75
6	0,59	0,74
12	0,68	0,71
(b) RESPOSTAS DOS FAMILIARES		
QUESTÃO	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL	ALFA EXCLUINDO-SE O ITEM
1	0,21	0,82
3	0,57	0,70
4	0,49	0,73
6	0,67	0,67
12	0,75	0,63

4.3.3.8 Ajustando o modelo composto

Em função dos achados qualitativos da questão de rastreamento 1 (p. 69) e da melhora do coeficiente *Alfa* com a sua exclusão, optou-se pela elaboração de um “modelo ajustado”, produzido com o conjunto das questões do modelo composto, excluindo-se a questão de rastreamento 1.

4.3.3.9 Escolha de um ponto de corte para as questões do modelo ajustado e cálculo dos valores de sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e percentual de classificação correta correspondente

Para o estudo de um ponto de corte para o modelo ajustado, foi definida a variável soma dos escores de suas questões constituintes (R3+R4+R6+R12). A seguir, construíram-se os gráficos de caixa dessa soma (veja Figura 5 abaixo).

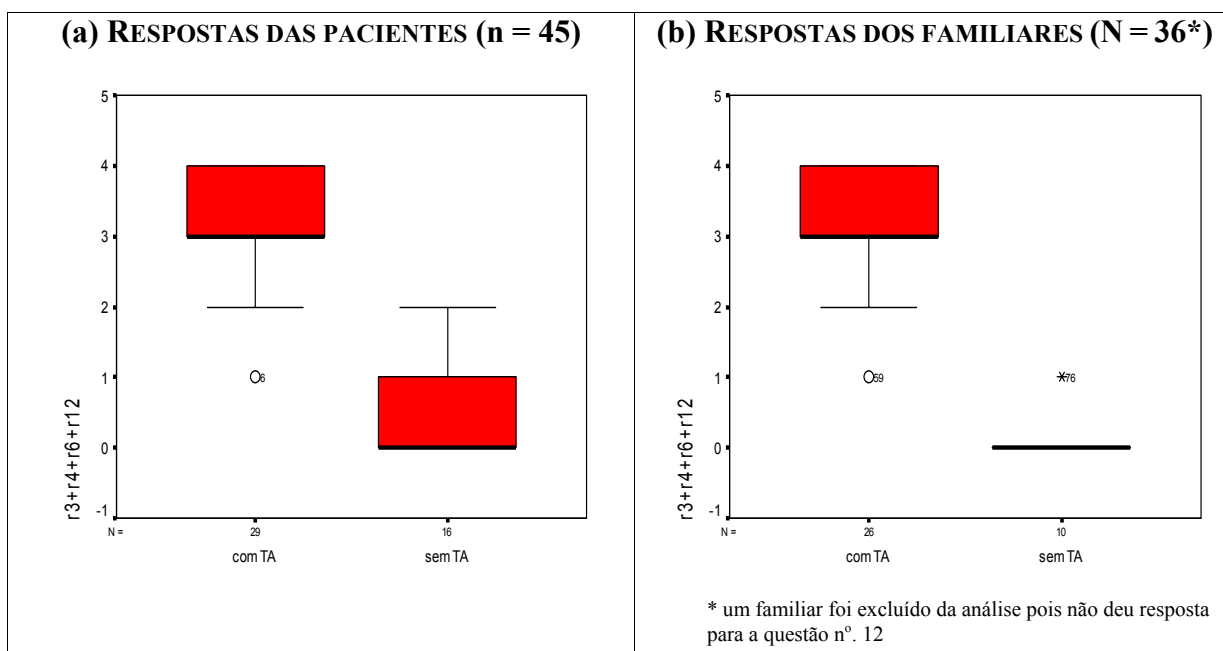


Figura 5. Gráficos de caixa da soma das questões de rastreamento do modelo ajustado (3, 4, 6 e 12)

O valor de corte igual a dois foi escolhido para as pacientes e, igual a um para os familiares e a Tabela 11 (a seguir) apresenta as porcentagens de erros e acertos de classificação, utilizando-se esse ponto de corte no modelo ajustado.

Tabela 11 - Descrição dos erros e acertos de classificação dos indivíduos com e sem TA com base na soma dos resultados das questões do modelo ajustado (3, 4, 6 e 12) para um ponto de corte de dois para pacientes e de um para familiares

	SOMA DAS QUESTÕES (R3+R4+R6+R12)		GRUPO REAL ⁽¹⁾		TOTAL
			COM TA	SEM TA	
Pacientes adultas (classificação correta: 93,3%)	<2 (sem TA)	n	1	14	15
		% linha	6,7%	⁽⁴⁾ 93,3%	100,0%
		% coluna	3,4%	⁽⁵⁾ 87,5%	33,3%
	≥2 (com TA)	n	28	2	30
		% linha	⁽²⁾ 93,3%	6,7%	100,0%
		% coluna	⁽³⁾ 96,6%	12,5%	66,7%
Familiares (classificação correta: 97,2%)	<1 (sem TA)	n	-	9	9
		% linha	-	⁽⁴⁾ 100,0%	100,0%
		% coluna	-	⁽⁵⁾ 90,0%	25,0%
	≥1 (com TA)	n	26	1	27
		% linha	⁽²⁾ 96,3%	3,7%	100,0%
		% coluna	⁽³⁾ 100,0%	10,0%	75,0%

(1) Grupo ao qual a paciente pertence no estudo. (2) Valor preditivo positivo. (3) Sensibilidade. (4) Valor preditivo negativo. (5) Especificidade.

4.3.3.10 Comparação do escore total dos grupos com e sem TA nas questões de rastreamento do modelo composto e do modelo ajustado

Uma análise comparativa dos escores totais (soma da pontuação nas questões de rastreamento) dos grupos com e sem TAs nas questões de rastreamento do modelo composto e ajustado revelou que as pontuações dos grupos (com e sem TAs) são significativamente diferentes em ambos os modelos (veja Tabela 12, a seguir). Como houve uma diferença considerável nas idades das pacientes adultas com e sem TA, essa avaliação foi conduzida utilizando-se a idade como covariável, num modelo de análise de covariância. Para tal, como a distribuição dos escores não seguiu uma distribuição normal, algumas transformações matemáticas dos escores foram estudadas com o intuito de normalização das variáveis respostas. A transformação mais adequada foi o log na base “e” (\ln) somado de 1, ou seja, $[\ln(\text{escore} + 1)]$. O

acréscimo de 1 foi em função dos escores de alguns sujeitos somar zero, e *ln* de zero é inexistente.

Tabela 12 - Comparação dos grupos com e sem TA quanto à soma das respostas nas questões de rastreamento do modelo composto e ajustado

SOMA QUESTÕES	GRUPO	N	MÍN	MÁX	M ⁽¹⁾	MÉD	DP ⁽²⁾	MÉDIA POSTOS	p ⁽³⁾
pactes m. ajustado	com TA	29	1,00	4,00	3,00	3,28	0,80	30,78	⁽⁴⁾ <0,001
	sem TA	16	0,00	2,00	0,00	0,44	0,73	8,91	
pactes m. composto	com TA	29	2,00	5,00	4,00	4,00	0,89	30,93	⁽⁴⁾ <0,001
	sem TA	16	0,00	2,00	0,50	0,63	0,72	8,63	
familiares m. ajustado	com TA	26	1,00	4,00	3,00	3,19	0,90	23,48	⁽⁵⁾ <0,001
	sem TA	10	0,00	1,00	0,00	0,10	0,32	5,55	
familiares m. composto	com TA	26	2,00	5,00	4,00	3,85	1,01	23,44	⁽⁵⁾ <0,001
	sem TA	10	0,00	2,00	0,00	0,50	0,71	5,65	

(1) M = mediana. (2) DP = desvio padrão. (3) p = nível descritivo do teste. (4) p = nível descritivo da análise de covariância para comparação dos grupos quanto ao *ln* das variáveis acrescido de 1 (a soma de 1 deve-se a presença de valores iguais a zero na variável original), considerando idade como covariável. Dessa forma, compararam-se os escores dos grupos realizando correção para a idade. (5) p = nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

4.3.4 Seleção do modelo ajustado para a fase 3 do estudo

Feita a análise do modelo ajustado (Tabela 11, p. 83) e comparando-se sua eficiência com o modelo composto (Tabela 9, p. 80), evidencia-se que o modelo ajustado tem desempenho semelhante ao composto. Dessa forma, optou-se por selecionar as quatro questões do modelo ajustado para integrarem a sessão de rastreamento do DAWBA e colocá-las em teste na fase 3 do estudo, capítulo a seguir.

4.3.5 Adição ao modelo ajustado de nova questão de rastreamento

Os autores do instrumento optaram por agregar uma questão nova de rastreamento às quatro selecionadas do modelo ajustado, para ser testada na fase 3 do estudo. Essa questão seria um instrumento rastreador mais geral, e teria por fim investigar o impacto do ato de comer na vida da jovem. A pergunta elaborada com este perfil foi: “*Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer atrapalha muito a sua vida?*” (questão P1d, Anexos A e B).

4.4 Conclusões

Com os resultados da fase 2 do estudo, conclui-se que:

- (1) foi possível detectar, através da análise qualitativa, 12 questões do instrumento que apresentaram problemas de formulação. Destas, oito permaneceram no instrumento e foram reformuladas;
- (2) elaborou-se uma sessão inicial de rastreamento mais sucinta, constituída pela seleção de quatro questões, dentre as 15 iniciais, mais significativas na diferenciação de indivíduos com e sem TAs, e pela adição de uma nova questão, totalizando uma sessão inicial de rastreamento de cinco questões.

Dessa forma produziu-se uma 2^a. versão do instrumento que será analisada na fase 3 do estudo (próximo capítulo).

Capítulo 5

Fase 3: reformulação de questões problemáticas e desempenho das questões de rastreamento em amostra de crianças e adolescentes

5.1 Objetivos

A fase 3 do estudo compreendeu as seguintes etapas:

- (a) estudo qualitativo das questões do instrumento
- (b) análise do desempenho das questões de rastreamento
- (c) estudo qualitativo dos relatórios

Os itens (a) e (b) são objetivos deste capítulo e o item (c) será tema do capítulo a seguir.

5.2 Método

5.2.1 Sujeitos

A fase 3 do estudo foi realizada com 10 meninas em tratamento ambulatorial para TAs no PROTAD (Tabela 13, p. 90) e 20 controles com doença psiquiátrica ou física: 10 meninas em tratamento ambulatorial para alguma doença com acometimento intestinal no Ambulatório de Gastroenterologia do ICr-HCFMUSP; cinco meninas em tratamento ambulatorial para TOC no Ambulatório dos

Transtornos de Tiques na Infância e Adolescência, SEPIA-PROTOC, do IPQ-HCFMUSP e no Ambulatório de Ansiedade na Infância e na Adolescência (AMBULANSIA) do IPQ-HCFMUSP e cinco jovens em tratamento ambulatorial para depressão unipolar no Ambulatório de Transtornos Afetivos (ATA), do SEPIA, do IPQ-HCFMUSP (Tabela 14, p. 91). Um dos pais de cada uma das jovens também foi entrevistado.

Dessa maneira, os critérios de inclusão foram:

- 1 - crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, do sexo feminino, em tratamento ambulatorial para TA, TOC, transtorno depressivo unipolar ou doença com acometimento gastrointestinal e que possuam um cuidador para autorizar a participação na pesquisa;
- 2 – disponibilidade de um dos pais ou cuidador que residisse no mesmo local que a criança/adolescente e que aceitasse participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão de sujeitos da fase 3 do estudo foram:

- 1 - adolescente gestante (pelos mesmos motivos da fase 2 do estudo);
- 2 - jovem ou pai/cuidador com incapacidade de fala ou de entendimento (retardo mental, demência, mutismo, surdez, etc.).

5.2.2 Instrumento

O instrumento aplicado foi a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA com os aprimoramentos e com sessão inicial de rastreamento constituída pelas 5 questões selecionadas após a fase 2 do estudo.

5.2.3 Procedimentos

5.2.3.1 Amostra

A modalidade de amostragem foi a mesma da fase 2 do estudo (por conveniência). Os sujeitos participantes foram recrutados e entrevistados no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP e no Serviço de Gastroenterologia Pediátrica do Instituto da Criança do HC-FMUSP.

5.2.3.2 Diagnóstico dos sujeitos

O diagnóstico das jovens (Tabelas 13 e 14, p. 90 e 91) foi estabelecido com o mesmo método empregado na fase 2 do estudo, ou seja, pelo médico assistente da criança.

5.2.3.3 Entrevistador

O entrevistador e o método de entrevista empregado foram os mesmos da fase 2 do estudo (p. 63). Todos os sujeitos da fase 3 do estudo foram entrevistados entre outubro de 2002 e janeiro de 2003.

5.2.3.4 Análise de dados

5.2.3.4.1 Análise qualitativa e reformulação de questões problemáticas

A metodologia empregada na análise qualitativa e na reformulação das perguntas problemáticas foi a mesma utilizada na fase 2 do estudo (item 4.2.3.4.1, p. 63 e 64).

5.2.3.4.2 Análise estatística

Uma análise com o teste “t” de Student foi feita para examinar as idades nos diferentes grupos dos sujeitos participantes (com e sem TA, jovens e pais). Nesta fase utilizou-se um teste paramétrico, pois o gráfico de probabilidade normal mostrou que em ambos os grupos (com e sem TA) a distribuição de idades é próxima da normal.

Através do teste não paramétrico de Mann-Whitney analisou-se a existência de diferença significativa entre as pontuações dos pais das jovens com e sem TAs nas cinco questões de rastreamento. Para a mesma análise, levando em consideração as respostas das jovens, fez-se uma correção para a idade utilizando-se a análise de covariância, considerando a idade como covariável.

Através dos gráficos de caixas estudou-se um ponto de corte para as questões de rastreamento e calculou-se a sensibilidade e a especificidade destas questões em detectar jovens com TAs segundo este ponto de corte.

Também se analisou a consistência interna da sessão de rastreamento, calculando-se o *Alfa de Chrombach*, considerando-se a resposta das jovens e dos pais separadamente.

5.2.3.5 Termo de consentimento

Antes de a jovem entrar na pesquisa, solicitou-se que seu responsável legal assinasse um termo de consentimento pós-esclarecimento (Anexo H).

5.3 Resultados

Tanto as jovens como seus cuidadores, na sua maioria, cooperaram com a entrevista. De maneira geral, os familiares das jovens souberam informar sobre sua alimentação. Os indivíduos com TA e seus familiares aparentemente emocionaram-se mais ao responder às perguntas quando comparados aos indivíduos que não tinham contato com o transtorno. O tempo médio para responder ao instrumento foi de 20 minutos para as jovens sem TA e seus familiares e de 50 minutos para as jovens com TA e familiares.

5.3.1 Amostra

Veja nas Tabelas 13 e 14 a seguir os sujeitos que participaram desta fase do estudo.

Tabela 13 – Dados descritivos das crianças e adolescentes com transtorno alimentar que participaram da fase 3 do estudo

DIAGNÓSTICO	Nº. DO PACTE	IDADE PACTE (ANOS)	FAMILIAR ENTREVISTADO
Anorexia nervosa	1	10	mãe
Bulimia nervosa	1	16	mãe
	2	14	mãe
	3	14	mãe
Transtorno alimentar não especificado em outra sessão	1	13	mãe
	2	16	mãe
	3	16	mãe
	4	16	mãe
	5	17	mãe
	6	15	mãe

Tabela 14 – Dados descritivos das crianças e adolescentes com doenças de acometimento intestinal, transtorno obsessivo - compulsivo e depressão que participaram da fase 3 do estudo

DIAGNÓSTICO	Nº. DO PACTE	IDADE PACTE (ANOS)	FAMILIAR ENTREVISTADO
Doenças Intestinais			
Gastrite	1	16	mãe
	2	13	mãe
Gligogenólise	3	17	mãe
Constipação	4	7	mãe
Doença de Crohn	5	13	mãe
	6	11	mãe
Retocolite Ulcerativa	7	11	pai
Refluxo	8	10	mãe
Megacólon Congênito	9	11	irmã
Púrpura de Henoch Schlein	10	9	mãe
Transtorno obsessivo- compulsivo	1	10	avó
	2	11	mãe
	3	16	mãe
	4	10	mãe
	5	17	mãe
Transtorno depressivo unipolar	1	7	mãe
	2	17	pai
	3	12	mãe
	4	16	pai
	5	16	pai

5.3.2 Análise qualitativa das entrevistas e reformulação de questões problemáticas pelos autores do instrumento

A análise qualitativa permitiu a detecção e reformulação de apenas uma questão problemática para meninas e seus cuidadores. No quadro a seguir está transcrita esta questão, o problema detectado, os sujeitos que apresentaram a

dificuldade e as alterações realizadas. A reformulação desta questão ocorreu paralelamente nos dois questionários: o de pais e o de jovens (Anexos A e B).

Questão problemática: (1^a. versão da questão de rastreamento 6 dos anexos D e E)
“*Você já provocou vômito?*”

Problema detectado: algumas jovens com TAs e pais (com capacidade de entendimento menor, possivelmente devido a educação mais precária) compreenderam que a questão perguntava se a jovem já havia vomitado espontaneamente e respondiam, de forma equivocada, que sim.

Sujeitos que apresentaram a dificuldade citada: 1 jovem com TOC (n^o. 2 na Tabela 14), 1 jovem com retocolite (n^o. 7 na Tabela 14) e 1 familiar de jovem com depressão (n^o. 2 na Tabela 14)

Reformulação feita: “*Você já provocou vômito (de propósito)?*”

5.3.3 Análise estatística

5.3.3.1 Idade dos sujeitos participantes

Quando consideradas todas as jovens participantes da fase 3 do estudo, houve diferenças estatísticas entre as idades das jovens do grupo com e sem TA. Neste caso, as jovens com TA são significativamente mais velhas. Entretanto, quando consideradas somente as jovens entrevistadas, não houve diferença estatística nas idades. (veja tabela a seguir).

Tabela 15 - Comparação dos grupos com e sem TA da fase 3 do estudo quanto às idades dos sujeitos participantes

SUJEITOS	GRUPO	N ⁽³⁾	MÍN	MÁX	M ⁽⁴⁾	MÉD	DP ⁽⁵⁾	p ⁽⁶⁾
todas as jovens ⁽¹⁾	com TA	10	10	17	15,5	14,7	2,1	0,04
	sem TA	20	7	17	11,5	12,6	3,3	
jovens entrevistadas ⁽²⁾	com TA	9	13	17	16	15,2	1,3	0,10
	sem TA	15	11	17	13	13,9	2,6	
pais/cuidadores	com TA	10	35	52	45	44,8	6,0	0,17
	sem TA	20	18	57	42	40,7	8,3	

(1) jovens entrevistadas e não entrevistadas. (2) jovens entrevistadas, ou seja, com 11 anos ou mais. (3) N = número de sujeitos. (4) M = mediana. (5) DP = desvio padrão. (6) p = nível descritivo do teste de “t” de Student

5.3.3.2 Comparação do escore total dos grupos com e sem TA nas questões de rastreamento

Uma análise comparativa dos escores totais dos grupos com e sem TAs na fase 3 revelou que as pontuações mantiveram-se significativamente diferentes, tanto nas jovens quanto em seus pais (Tabela 17). Como houve uma diferença expressiva nas idades das jovens com e sem TA, esta avaliação foi conduzida utilizando-se a idade como covariável num modelo de análise de covariância. A mesma transformação logarítmica adotada na sessão 4.3.3.10 (p. 83) para o escore total das questões de rastreamento dos adultos [$\ln(\text{escore} + 1)$] foi utilizada com o intuito de normalização da variável resposta.

Tabela 16 - Comparação dos grupos com e sem TA quanto à soma das respostas nas questões de rastreamento na fase 3 do estudo

SOMA QUESTÕES	GRUPO	N	MÍN	MÁX	M ⁽¹⁾	MÉD	DP ⁽²⁾	MÉDIA POSTOS	p ⁽³⁾
jovens	com TA	9	2,00	5,00	4,00	3,78	1,09	19,83	(4) <0,001
	sem TA	15	0,00	2,00	1,00	1,00	0,65	8,10	
pais	com TA	10	3,00	5,00	4,00	4,10	0,88	25,05	(5) <0,001
	sem TA	20	0,00	4,00	0,50	0,70	0,98	10,73	

(1) M = mediana. (2) DP = desvio padrão. (3) p = nível descritivo do teste. (4) p = nível descritivo da análise de covariância para a comparação dos grupos quanto ao \ln das variáveis acrescido de 1 (a soma de 1 deve-se a presença de valores iguais a zero na variável original), considerando idade como covariável. Dessa forma, compararam-se os escores dos grupos efetuando a correção para a idade. (5) p = nível descritivo do teste de Mann-Whitney

Para melhor visualização das pontuações dos sujeitos com e sem TA nas questões de rastreamento, elas estão representadas adiante, em gráficos de barras.

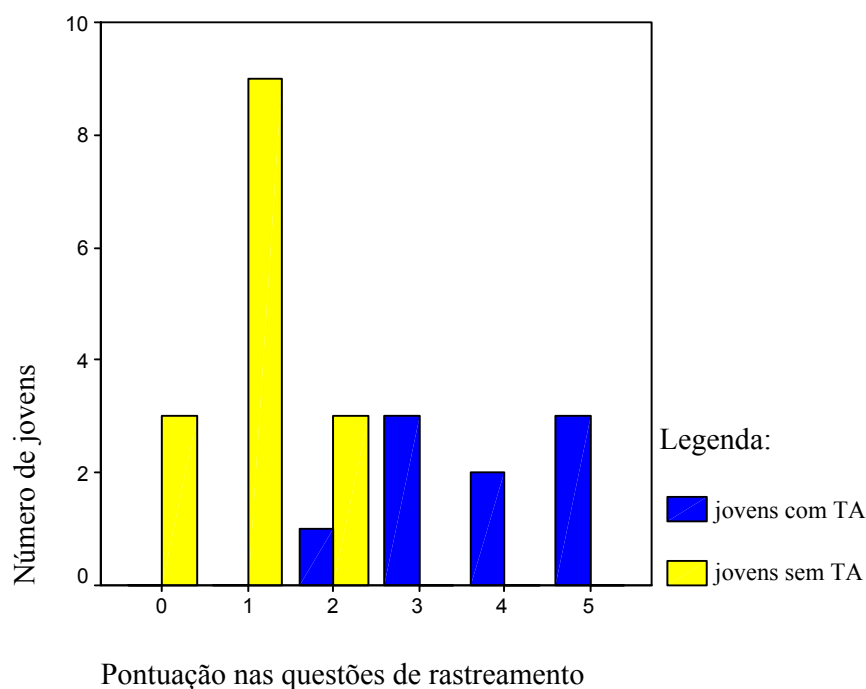
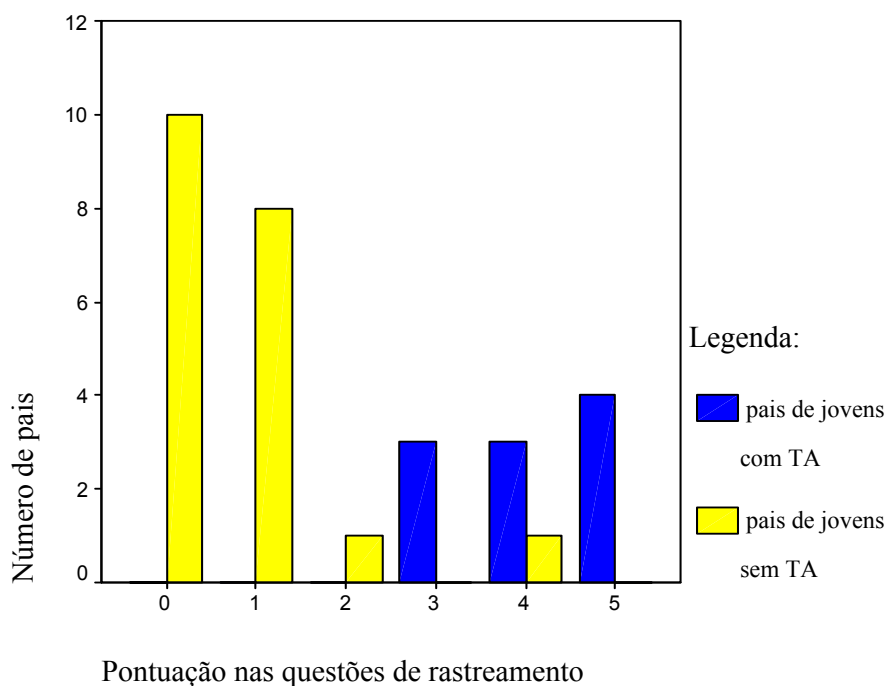
Figura 6. Gráfico da pontuação das jovens com e sem TA nas questões de rastreamento na fase 3 do estudo (N = 24)

Figura 7. Gráfico da pontuação dos pais das jovens com e sem TA nas questões de rastreamento na fase 3 do estudo (N = 30)



5.3.3.3 Análise exploratória de pontos de corte nas questões de rastreamento na fase 3 do estudo e valores de sensibilidade e especificidade correspondentes

Para classificar jovens de risco para TA foram identificados pontos de corte através do gráfico de caixas (Figura 8). Verificou-se que a pontuação de dois ou três pelas jovens apresentou possibilidade de serem pontos em potencial. Para um ponto de dois a sensibilidade das questões de rastreamento para detectar meninas jovens com TA foi de 100% e, a especificidade, de 80%. Para ponto de corte de três, a sensibilidade e especificidade foram de 89% e 100%, respectivamente (Tabela 17).

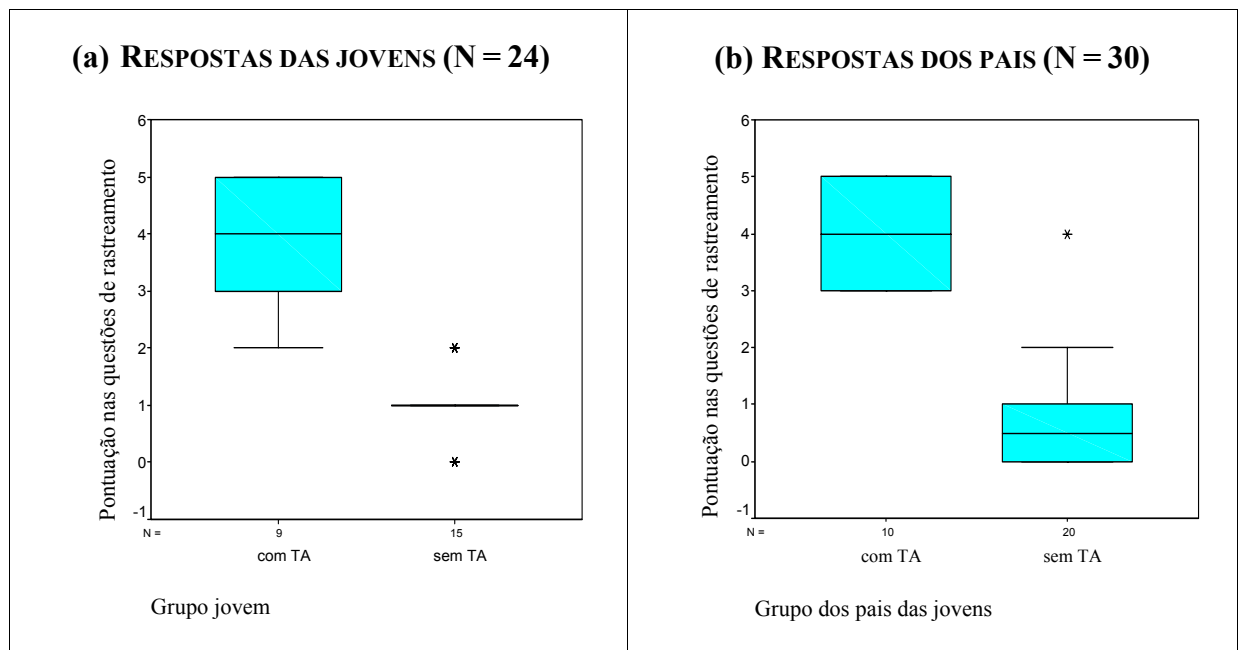


Figura 8. Gráficos de caixas da distribuição das pontuações das jovens com e sem TA e pais na fase 3 do estudo

Fazendo-se uma análise semelhante para os pais das jovens, o gráfico de caixas da figura 8 mostrou, também, que a pontuação de dois ou três aparentam bom potencial para a detecção de jovens com TA. Para um ponto de corte de 2, as perguntas de rastreamento apresentaram sensibilidade de 100% e especificidade de 90%. Para ponto de corte de 3, a sensibilidade foi de 100% e a especificidade de 95% (Tabela 17).

Tabela 17 – Análise exploratória dos pontos de corte 2 e 3 na pontuação dos jovens e dos pais, nas questões de rastreamento para detectar jovens com TA, na fase 3 do estudo

RESPONDENTE	PONTUAÇÃO NAS QUESTÕES DE RASTREAMENTO	JOVEM COM TA ⁽¹⁾		JOVEM SEM TA		TOTAL
		N ⁽²⁾	% Coluna	N	% Coluna	N
Jovens	< 2	0	0%	12	⁽⁴⁾ 80%	12
	≥ 2	9	⁽³⁾ 100%	3	20%	12
	Total	9	100%	15	100%	24
	< 3	1	11%	15	⁽⁴⁾ 100%	16
	≥ 3	8	⁽³⁾ 89%	0	0%	8
	Total	9	100%	15	100%	24
Pais	< 2	0	0%	18	⁽⁴⁾ 90%	18
	≥ 2	10	⁽³⁾ 100%	2	10%	12
	Total	10	100%	20	100%	30
	< 3	0	0%	19	⁽⁴⁾ 95%	19
	≥ 3	10	⁽³⁾ 100%	1	5%	11
	Total	10	100%	20	100%	30

(1) TA = transtorno alimentar. (2) número de sujeitos. (3) sensibilidade. (4) especificidade.

5.3.3.4 Consistência interna das questões de rastreamento da fase 3 do estudo

O *Alfa de Crombach* calculado considerando-se as cinco questões de rastreamento (P1a a P1e, Anexo A) respondidas pelas crianças foi de 0,72 e pelos pais (P1a a P1e, Anexo B) foi de 0,84. A Tabela 18 apresenta os valores das correlações de cada questão com o escore total e o cálculo do *Alfa* excluindo-se cada uma das questões.

Tabela 18 - Análise de confiabilidade das questões de rastreamento respondidas pelas jovens e seus pais

(a) RESPOSTAS DAS CRIANÇAS		
Correlação item-		
Questão	total	Alfa excluindo-se o item
1	0,33	0,72
2	0,56	0,63
3	0,68	0,58
4	0,22	0,76
5	0,61	0,61
(b) RESPOSTAS DOS PAIS		
Correlação item-		
Questão	total	Alfa excluindo-se o item
1	0,79	0,76
2	0,79	0,77
3	0,65	0,81
4	0,32	0,89
5	0,73	0,78

5.4 Conclusões

Com os resultados apresentados neste capítulo, conclui-se que:

- (1) foi possível detectar e reformular uma questão do instrumento com problemas de compreensão para crianças e seus pais;
- (2) o escore total nas questões de rastreamento foi significativamente diferente nos grupos com e sem TA, tanto quando se considera as respostas das jovens quanto a de seus pais;
- (3) os pontos de corte nas questões de rastreamento que se mostraram mais eficazes para diferenciar as jovens com e sem TA foi de dois no questionário das jovens e três no questionário dos pais;

(4) com relação à consistência interna da sessão de rastreamento, o *Alfa de Chrombach* da entrevista dos pais foi bom (0,84) e superior ao da entrevista das jovens (0,72).

Capítulo 6

Fase 3: análise dos relatórios

6.1 Objetivos

Os objetivos deste capítulo são:

- (1) análise qualitativa dos relatórios fornecidos pelo programa de computador com resumos das informações colhidas dos sujeitos participantes da fase 3, por especialista em TAs
- (2) aprimorar o instrumento através desta análise
- (3) apresentar a versão final da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

6.2 Método

6.2.1 Sujeitos

Os sujeitos desta análise foram todos os participantes da fase 3 do estudo (veja item 5.2.1, p. 86).

6.2.2 Instrumento

O instrumento foi o mesmo empregado nas análises anteriores da fase 3 do estudo (veja item 5.2.2, p. 87).

6.2.3 Procedimentos

6.2.3.1 Relatórios

Os relatórios analisados foram os emitidos por programa de computador específico (2º. programa citado na página 49), com o resumo de todos os dados colhidos com o instrumento de todos os sujeitos participantes da fase 3 do estudo. A figura 3 (p. 51) mostra parte de um relatório fornecido pelo programa.

6.2.3.2 Especialista

Os relatórios foram analisados por especialista com grande experiência em TAs (Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás*), que esteve cego para o grupo de origem das jovens (com TAs ou controles) aos quais os relatórios se referiam.

6.2.3.3 Análise dos dados

6.2.3.3.1 Análise qualitativa dos relatórios

Uma análise qualitativa dos relatórios foi realizada pelo especialista de forma

* Médico psiquiatra fundador do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMBULIM-IPq HCFMUSP) em 1992 e seu coordenador geral desde então. O AMBULIM, desde a sua fundação, atendeu cerca de 800 pacientes com AN, BN, TANE, obesidade e TCAP.

a detectar informações faltantes e entrevistas falhas, e possibilitar o aprimoramento do instrumento e do treinamento do entrevistador. Este especialista procedeu da seguinte forma:

- (a) nos relatórios sem dificuldade diagnóstica, atribuiu o diagnóstico da presença ou não de TA;
- (b) nos relatórios em que encontrou dificuldade, apontou a natureza da dificuldade, descrevendo-a, para que os autores do instrumento pudessem tomar providências para aperfeiçoá-lo.

6.2.3.3.2 Análise descritiva dos diagnósticos atribuídos aos relatórios

A análise descritiva dos diagnósticos atribuídos aos relatórios examinados pelo especialista foi feita fornecendo-se o número de relatórios que geraram dúvidas e o número dos relatórios concordantes ou não quando comparados ao grupo de pesquisa ao qual o sujeito pertencia (com TA ou controle). Optou-se por não analisar o tipo de TA neste estudo (AN, BN ou TANE). No entanto, esta análise está sendo realizada na pesquisa de validação, em andamento atualmente.

6.2.3.3.3 Entrega de material de análise para especialista

Cópias impressas dos relatórios foram entregues ao especialista, que anotou os diagnósticos atribuídos e as dificuldades encontradas. Em reunião posterior com a autora, o especialista apresentou os relatórios com as anotações para análise, além de discutir os problemas encontrados.

6.3 Resultados

6.3.1 Análise qualitativa dos relatórios

Dos 30 relatórios analisados pelo especialista, em oito ele encontrou dificuldade de atribuir diagnóstico de presença ou não de TA. Abaixo são listados os problemas encontrados, os sujeitos em cujos relatórios estas dificuldades estiveram presentes e as modificações realizadas pelos autores do instrumento com o objetivo de, no futuro, evitar estes contratempos.

1^a. Dificuldade: em quatro sujeitos da pesquisa foram relatadas alterações dos hábitos alimentares decorrentes da presença da patologia de base. No entanto, em nenhum momento do relatório, explicitou-se qual era a patologia que causava as alterações alimentares. Desta forma, o especialista, que estava cego para o grupo ao qual a jovem pertencia, ficava indeciso sobre qual diagnóstico atribuir. Por exemplo, uma jovem com glicogenólise (paciente n^o. 3, Tabela 14), evitava açúcar e alimentos gordurosos em função do quadro hepático e intestinal, mas o especialista, pelo relatório, não teve acesso ao conhecimento de que a jovem fazia dieta por um quadro orgânico de base.

Relatórios em que essa dificuldade foi detectada: de três jovens com doença intestinal (pacientes 3, 5 e 8 na tabela 14) e de uma com TOC (paciente n^o. 2 na Tabela 14)

Modificação gerada: adicionou-se a pergunta aberta M2P2: “*As dificuldades com a comida ou com o peso são por causa de alguma doença? Se sim, que doença?*” (Anexos A e B)

2ª. Dificuldade: em um sujeito da pesquisa ficou a dúvida se compulsões alimentares estavam presentes ou não. Apesar de a jovem referir presença de compulsão e a mãe não, ela negou perda de controle. Dessa forma, o especialista ficou em dúvida se compulsões estavam presentes e portanto, considerou-se útil obter uma descrição mais detalhada de como é o episódio de compulsão alimentar ao qual a jovem se refere.

Relatório em que essa dificuldade foi detectada: de jovem com retocolite (paciente nº. 7 Tabela 14)

Modificação gerada: adicionou-se a pergunta aberta P17a (Anexos A e B): “*Por favor, descreva o que e quanto você come durante uma situação em que você come muito.*”

3ª. Dificuldade: em cinco sujeitos da pesquisa o especialista considerou que as questões abertas do instrumento foram respondidas de maneira incompleta: as respostas anotadas pelo entrevistador eram muito sucintas.

Relatórios em que essa dificuldade foi detectada: de três pacientes com doença intestinal (pacientes nºs. 1, 3 e 6 na Tabela 14), de uma com depressão (paciente 5 na tabela 14) e de uma com TOC (paciente nº. 2 na Tabela 14).

Modificação gerada: passou a ser parte do treinamento dos entrevistadores ressaltar a importância da completude e de anotar de maneira adequada as respostas às perguntas abertas. Essa orientação foi dada também aos entrevistadores que estão participando da validação do instrumento em estudo conduzido pela autora atualmente.

Em uma jovem com TA, o especialista detectou que, caso fosse necessário especificar se o tipo de TA era purgativo ou não, ele encontraria dificuldades. O problema é explicitado no quadro a seguir, bem como a pergunta adicionada para evitar este tipo de dúvida.

Dificuldade: em 1 jovem com TA que abusava de medicações para emagrecer, o especialista não teve acesso ao tipo de medicação utilizada, não conseguindo determinar se essa jovem tinha um TA purgativo ou não (no caso de uso de laxantes, diurético, etc, o TA é do tipo purgativo; no caso de abuso de anorexígenos, não).

Relatório em que essa dificuldade foi detectada: paciente com TANE, nº. 6, Tabela13.

Modificação gerada: adicionou-se o pedido de descrição da medicação utilizada na pergunta P18g (Anexos A e B): “Toma remédios com a idéia de perder peso.

Descreva:
.....”

6.3.2 Análise descritiva dos relatórios analisados

Veja na tabela a seguir, os diagnósticos das jovens da fase 3 do estudo, segundo a análise dos relatórios pelo especialista.

Tabela 19 – Número de sujeitos conforme o diagnóstico dado pelo especialista e o grupo na pesquisa

DIAGNÓSTICO ESPECIALISTA	GRUPO DO SUJEITO NA PESQUISA		
	com TA	controle	Total
com TA ⁽¹⁾	10	2	12
sem TA	0	10	10
com dificuldade diagnóstica ⁽²⁾	0	8	8
Total	10	20	30

NOTA: os valores em negrito são o número de sujeitos que receberam diagnóstico pelo especialista concordante com o grupo de pesquisa (diagnóstico assistente).

(1) TA = transtorno alimentar. (2) número de relatórios em que o especialista apresentou dificuldade de estabelecer o diagnóstico da presença ou não de TA

Os dois controles que receberam diagnóstico discordante pelo especialista foram uma jovem do grupo com doença intestinal (Tabela 14, n.º. 2) e uma jovem com TOC e epilepsia (Tabela 14, n.º. 4). A jovem com doença intestinal apresentava sobrepeso e gastrite, fazia restrição alimentar para perder peso e tinha desconforto pós-prandial. A jovem com TOC apresentava doença psiquiátrica com repercussão alimentar: recusava-se a comer alimentos preparados com o uso das mãos, por nojo e medo de contaminação. Desta maneira, só ingeria alimentos industrializados embalados (bolachas, chocolate, salgadinhos em embalagens de alumínio, etc.). Apresentava restrição alimentar de alimentos caseiros, compulsões com alimentos embalados e distorção atípica de imagem corporal: enxergava um lado do corpo maior que o outro (pela epilepsia?).

6.4 Instrumento resultante

A versão final da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA apresentada nos Anexos A e B foi a final, obtida mediante as modificações geradas com as três fases do estudo desta dissertação.

Os questionários da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA são constituídos por 28 itens iniciais (P1 a P28, Anexos A e B), que coletam, em sua maioria, informação estruturada, e uma sessão final com questões abertas (M2P1 a M2P7, nos Anexos A e B), que colhem informação semi-estruturada. Alguns itens são divididos em subitens, de forma que, no total, cada questionário possui 53 questões, das quais 42 são fechadas e 11 são abertas. As cinco primeiras questões

fechadas (P1a a P1e, nos Anexos A e B) são perguntas de rastreamento, com respostas do tipo sim/não, de fácil aplicação. Algumas questões diagnósticas fechadas do instrumento incluem sintomas e atitudes cuja intensidade pode variar de zero a dois até zero a quatro. As perguntas formuladas investigam aspectos como distorção de imagem corporal, medidas de altura e peso, crítica de estado mórbido, medo de ganhar peso, fissura por alimentos, presença e frequência de crises bulímicas, comportamentos que visam perda de peso, comportamentos compensatórios, ciclos menstruais, impacto dos sintomas alimentares em diversas áreas da vida. Cada uma das questões ou um conjunto delas corresponde de forma acurada a um critério diagnóstico do DSM-IV e/ou da CID-10 para AN ou BN em meninas.

6.5 Conclusões

Com o exposto neste capítulo, conclui-se que:

- (1) o especialista teve dificuldade em atribuir diagnóstico em oito dos 30 relatórios (27%). A análise das dificuldades encontradas resultou na adição de três questões novas e no aprimoramento da técnica de entrevista. Dos 22 relatórios sem dificuldade diagnóstica em apenas dois (9%) o especialista atribuiu diagnóstico discordante daquele do grupo ao qual a jovem pertencia;
- (2) cumpridas todas as etapas do estudo, apresentou-se a versão final da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA.

Capítulo 7

Discussão

7.1 Discussão dos resultados e limitações

7.1.1 Discussão dos resultados

7.1.1.1 Desenvolvimento do instrumento (fase 1)

Para elaborar a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA procurou-se agregar a experiência já acumulada por outros instrumentos na área, utilizando-se questões destes como substrato para formular as questões do DAWBA. Desde sua fase de elaboração, procurou-se adequá-la para utilização em estudos epidemiológicos futuros. No entanto, a pesquisa desta dissertação, por si só, não torna a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA apropriada para esse fim e, sua utilização na área de epidemiologia só deverá ser feita após estudos de validação com metodologia adequada.

7.1.1.2 Estudo com adultos (fase 2)

Nesta fase ocorreu o maior volume de aprimoramentos qualitativos na formulação das questões do instrumento. Este aperfeiçoamento mostrou-se bastante eficaz uma vez que foi necessária apenas a reformulação de uma questão na fase 3 do estudo.

7.1.1.3 Estudo com crianças e adolescentes (fase 3)

As questões de rastreamento mostraram que as jovens com TAs e seus pais pontuam mais, o que revela o potencial rastreador de jovens de risco para TA desta sessão. Apresentou também boa consistência interna (*Alfa de Chrombach* para questionário das jovens de 0,72 e para pais de 0,84).

Uma análise exploratória mostrou que, quando se trata de entrevistar jovens, o ponto de corte mais interessante é de dois (Tabela 18, p. 98). Adotando-se esse ponto de corte, as questões de rastreamento apresentam sensibilidade de 100% e especificidade de 80% e apenas 20% das jovens saudáveis identificadas como de risco responderiam à totalidade do instrumento sem possuir TA. Com a pontuação de corte um pouco acima (de três, Tabela 18), a sensibilidade começa a cair e a especificidade aumenta. No entanto, em estudos epidemiológicos, é interessante utilizar na 1^a. fase do estudo (rastreamento) um instrumento mais sensível que específico, para que seja complementado, a seguir, numa 2^a. fase (diagnóstica), por um instrumento mais preciso e específico.

Com relação aos pais, o ponto de corte de maior potencial é de três nas questões de rastreamento, onde a sensibilidade foi de 100% e a especificidade de 95%.

No entanto, é importante ressaltar que essas análises são apenas exploratórias, uma vez que a fase 3 foi realizada com um número muito reduzido de jovens e sem o entrevistador estar cego para o diagnóstico. Para conclusões mais sólidas em relação à adequação da sessão inicial de rastreamento e aos pontos de corte, são necessários estudos adicionais, com maior número de sujeitos, incluindo também amostra comunitária e entrevistador cego para o diagnóstico do sujeito entrevistado.

Dos 30 relatórios analisados pelo especialista, oito ofereceram dificuldade diagnóstica (27%). A análise da natureza das dificuldades detectadas acarretou a adição de três novas questões. Também causaram dificuldades diagnósticas as questões abertas mal respondidas, o que evidenciou a necessidade de orientar os aplicadores sobre a importância de se preencher bem estas questões. Esse aspecto passou a ser parte do treinamento dos entrevistadores. No entanto, a suficiência destas alterações finais deverá ser testada em um estudo de validação.

Com relação aos relatórios que não causaram dificuldades diagnósticas, em dois casos o especialista atribuiu um diagnóstico diferente daquele do grupo ao qual o sujeito pertencia (dois em 22, discordância de 9%). Estes dois casos eram controles que foram diagnosticados como portadores de TAs, revelando uma possível tendência do instrumento a fazer superdiagnóstico de patologia alimentar, típica de entrevistas altamente estruturadas. No entanto, para conclusões mais sólidas relativas a este aspecto também é necessário reavaliá-lo em estudos de validação do instrumento.

7.1.2 Limitações do estudo

As principais limitações foram:

1. Não ter entrevistado os familiares de oito pacientes adultas participantes da fase 2 do estudo.
2. O número reduzido de sujeitos participantes nas fases 2 e 3.
3. A modalidade de amostragem dos sujeitos. Os familiares dos sujeitos recrutados dessa forma podem apresentar um viés de seleção: podem ser melhores informantes

por estarem envolvidos com o paciente, pois são seus acompanhantes nas consultas médicas.

4. A diferença de tipos de parentesco dos cuidadores das jovens entrevistadas na fase 3 do estudo: nas jovens com TAs, as mães são a unanimidade dos cuidadores entrevistados.

5. A diferença de idade estatisticamente significativa nos indivíduos com TA na fase 2 (mais jovens que os controles) e 3 do estudo (mais velhas que os controles). Estas diferenças podem ter interferido no ponto de corte encontrado para as questões de rastreamento: pacientes adultas mais jovens (como no grupo com TA da fase 2) podem mostrar maior grau de preocupação com o corpo e alimentação. O mesmo pode ser dito para as adolescentes mais velhas (como no grupo com TA da fase 3) em relação às mais jovens.

6. A análise dos relatórios produzidos na fase 3 do estudo por um único especialista.

7. A realização do estudo utilizando-se apenas de amostra clínica, o que não garante que o instrumento possa ser usado com sucesso em estudo epidemiológico.

7.2 O processo diagnóstico da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

Neste item, expõe-se como será o processo diagnóstico do instrumento em estudos epidemiológicos que vierem a utilizá-lo, no futuro, após sua validação.

Concluída a fase 3 do estudo, desenvolveu-se o programa de computador com o algoritmo diagnóstico (p. 51 e 52).

O processo diagnóstico da sessão de TAs, à semelhança das demais sessões do DAWBA, seguirá futuramente o fluxograma da Figura 9, a seguir (p. 113). Programas de computador auxiliarão na armazenagem e organização dos dados e fornecerão um diagnóstico preliminar da presença ou não de TA, informando, inclusive, o tipo (AN, BN ou TANE). A seqüência do processo diagnóstico será a seguinte:

- (1) Coleta de dados dos sujeitos participantes com entrevistas (informação estruturada e semi-estruturada);
- (2) Entrada dos dados coletados no programa desenvolvido para esse fim;
- (3) Fornecimento de diagnóstico preliminar pelo algoritmo do computador (mediante análise da informação estruturada) e por relatórios com resumo das informações colhidas;
- (4) Revisão dos dados pelo especialista (relatórios, diagnóstico preliminar do computador), que definirá quem priorizar sintoma a sintoma (pai ou jovem) quando houver informações discordantes e também fará a atribuição de TANE;
- (5) Atribuição do diagnóstico final da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA pelo especialista, após revisão de todas as informações, que será concordante ou não com o diagnóstico preliminar do computador.

Com essa estrutura e funcionamento, a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA combinará a simplicidade e o baixo custo das entrevistas baseadas no respondente, com a persuasividade do diagnóstico clínico baseado no investigador (Goodman et al., 2000). Pesquisadores que optaram por combinar

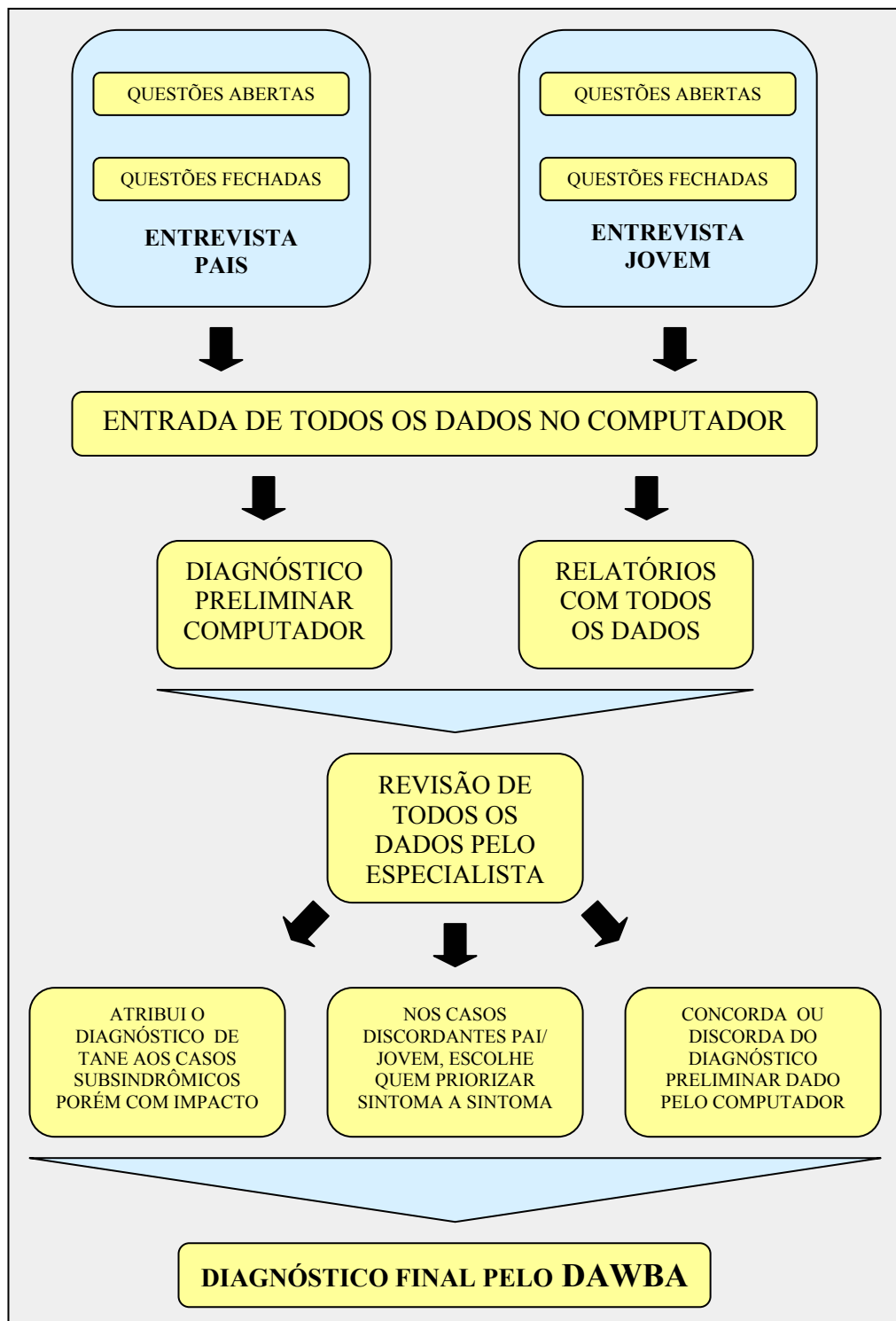


Figura 9. Representação esquemática do processo diagnóstico da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

previamente as vantagens dos instrumentos baseados nos respondentes e nos entrevistadores realizaram estudos de múltiplas fases. Muitos estudos utilizaram questionários de rastreamento ou entrevistas estruturadas na primeira fase, e selecionaram alguns sujeitos positivos e negativos para uma segunda fase, utilizando entrevistas semi-estruturadas, administradas por entrevistadores treinados clinicamente (Goodman et al., 2000). De forma diversa, a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA combinará as vantagens desses dois tipos de instrumento em uma fase única, facilitando a análise e diminuindo o risco de perda de sujeitos da pesquisa entre as fases (Goodman et al., 2000).

Apesar das características descritas da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, sua classificação como entrevista baseada ou não no respondente, não é uma questão muito simples. Isso se deve ao fato de que a distinção entre a entrevista baseada no respondente ou no investigador ocorre em dois níveis. Um quando a resposta registrada no momento da entrevista é aquela que o respondente dá (o que torna a entrevista baseada no respondente), ou então aquela que o entrevistador decide ser a correta, baseada na exploração do tópico (fundamentada no investigador). Nesse contexto, a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, assim como as demais sessões diagnósticas, são claramente baseadas no respondente*. No entanto, existe um outro nível, que em muitas situações assume importância maior, que é aquele que, para fins diagnósticos, considera que o sintoma está presente apenas porque o respondente afirmou estar (baseado no respondente) ou porque o clínico ou pesquisador treinado decidiu, após revisão de todas as evidências

* Goodman, R. (Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College, London). Comunicação pessoal, 2004.

disponíveis, que o sintoma estava presente (baseado no investigador). Dessa maneira, o diagnóstico preliminar do computador é baseado no respondente, mas o diagnóstico final do instrumento é baseado no investigador*. Esse aspecto assume uma vantagem adicional no diagnóstico de TAs, uma vez que, à semelhança do que ocorre na dependência química, a omissão e negação de determinados sintomas fazem parte da patologia, sendo indispensável a experiência do investigador para suspeitar de possível manipulação das respostas.

7.3 Comparação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA com outros instrumentos

7.3.1 O DAWBA e o DISC

O DAWBA é semelhante ao DISC (Shaffer et al., 1996), entrevista baseada no respondente, à medida que também utiliza entrevistadores leigos, questões fixas e algoritmos diagnósticos computadorizados (Goodman et al., 2000). As duas principais diferenças são que no DAWBA: (1) os entrevistadores também transcrevem as respostas discursivas a questões abertas e (2) o especialista que faz o diagnóstico utiliza-se das respostas discursivas para gerar o diagnóstico clínico definitivo, que algumas vezes substitui o diagnóstico computadorizado (Goodman et

* Goodman, R. (Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College, London). Comunicação pessoal, 2004.

al., 2000).

7.3.2 O DAWBA e entrevistas semi-estruturadas tradicionais

Quando comparado a instrumentos baseados no entrevistador, como o CAPA (Angold et al., 1995) ou o ChEDE (Bryant-Waugh et al., 1996), a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA tem um papel semelhante, mas apresenta vantagens e desvantagens distintas. Na entrevista semi-estruturada tradicional é o entrevistador quem avalia os sintomas e segue fazendo perguntas adicionais até que tenha as informações necessárias para que estabeleça o diagnóstico. No DAWBA, é o clínico especialista que deve avaliar se os sintomas estão presentes ou não, com base nas respostas escritas, obtidas anteriormente por entrevistadores leigos (Goodman et al., 2000). Em geral, as transcrições detalhadas das respostas são suficientes para essa avaliação, porém, quando isso não ocorre, o clínico especialista não pode pessoalmente fazer perguntas adicionais. Esta foi justamente a dificuldade encontrada pelo especialista para fazer o diagnóstico de alguns relatórios na fase 3 do estudo, quando se deparou com respostas pouco detalhadas às perguntas abertas. No entanto, esta desvantagem é compensada pela característica econômica que o instrumento possui: o tempo escasso e oneroso do clínico não é dispendido em entrevistas diárias e viagens de ida e volta para residências distribuídas por uma área geográfica grande, como é de praxe nos estudos epidemiológicos (Goodman et al., 2000). Um exemplo da funcionalidade dessa característica foi o estudo epidemiológico em saúde mental infantil, realizado na Inglaterra em 1999, que utilizou o DAWBA em 10.438 crianças e empregou mais de 200 entrevistadores

leigos “em campo”, mas apenas três clínicos especialistas “que permaneceram na universidade” para o estabelecimento do diagnóstico final (Goodman et al., 2000; Ford et al., 2003).

7.3.3 A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA e o ChEDE

O ChEDE (Bryant-Waugh et al., 1996) teve apenas seu estudo piloto publicado até o momento presente e, assim como a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, ainda não possui publicação investigando sua validade e confiabilidade.

Eles possuem algumas semelhanças, tais como possibilitar o diagnóstico de TAs em crianças e adolescentes e permitir pesquisar não somente comportamentos expressos, mas também a intenção de realizá-los. No entanto, existe uma série de características peculiares a cada instrumento, podendo tornar mais interessante a utilização de um ou de outro, dependendo do objetivo da pesquisa. O ChEDE foi desenhado para investigar crianças de 7 anos em diante e não possui uma versão paralela para pais como o instrumento dessa dissertação. A coleta de dados para diagnóstico pelo ChEDE é essencialmente feita com a criança. De forma diversa, a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA só investiga diretamente crianças de 11 anos ou mais. Quando a criança tem menos de 11 anos, apenas um dos pais responde ao instrumento. Essa estrutura do DAWBA possui a vantagem de fazer o diagnóstico mesmo em crianças que negam o quadro alimentar, pois um dos pais poderá referir os sintomas negados. Um fato ilustrativo dessa dificuldade é o relato de que o ChEDE pode fornecer baixos escores mesmo em crianças com TAs, em

função da negação de sintomas (Bryant-Waugh et al., 1996), uma vez que ela é a única fonte de investigação. Por outro lado, essa estrutura do ChEDE possui a vantagem de pesquisar a psicopatologia dos TAs em crianças de 10 anos ou menos diretamente com o portador do distúrbio (a criança). Já, a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA sempre terá apenas um dos pais como relator dessa psicopatologia em crianças dessa idade, com todas as limitações que esse fato implica, como por exemplo, não se ter acesso aos dados que fogem à sua percepção.

Uma outra diferença importante é o fato de a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA possuir uma sessão inicial de rastreamento, ausente no ChEDE. Essa característica torna este instrumento muito interessante para estudos epidemiológicos, porque o rastreamento de indivíduos de risco para TAs e o seu diagnóstico pode ser feito em fase única. O ChEDE, além de não possuir sessão de rastreamento e necessitar de um instrumento auxiliar para realizá-lo (como o ChEAT, de Maloney et al. (1988), por exemplo), exige estudos em duas fases nos levantamentos epidemiológicos que o utilizarem.

7.3.4 A sessão de rastreamento do DAWBA e outros instrumentos de rastreamento de transtornos alimentares na infância e na adolescência

Quando comparada a outros instrumentos de rastreamento na área, a Sessão de rastreamento do DAWBA possui propriedades psicométricas similares (veja tabela abaixo) e menor número de questões que qualquer um deles. No entanto, suas propriedades devem ser melhor investigadas em estudos de validação.

Tabela 20 – Comparação das propriedades psicométricas da sessão de rastreamento de TAs do DAWBA com outros instrumentos rastreadores de TAs nesta faixa etária

		$\alpha^{(3)}$	SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE	N ^o ⁽⁷⁾
DAWBA	jovem ⁽¹⁾	0,72	⁽⁴⁾ 100%	⁽⁴⁾ 80%	5
	pais ⁽²⁾	0,84	⁽⁵⁾ 100%	⁽⁵⁾ 95%	5
ChEAT (Maloney et al. 1988)		0,76	_____	_____	26
ISED (Favaro e Santomaso, 2000)		0,87	_____	_____	43
ABOS (Vanderlycken et al, 1992)		_____	⁽⁶⁾ 90%	⁽⁶⁾ 89,6%	30

(1) dados psicométricos da sessão de rastreamento do questionário da jovem. (2) dados psicométricos da sessão de rastreamento do questionário dos pais. (3) valores do *Alfa de Chrombach*. (4) valores para ponto de corte de dois. (5) valores para ponto de corte de três. (6) valores para ponto de corte de 19. (7) número de questões de rastreamento de cada instrumento

7.4 Conclusão

As três fases do estudo desta dissertação permitiram a criação, análise e aprimoramento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, que está pronta para ser submetida a estudos de validação.

7.5 Considerações finais

Estudos epidemiológicos na área de TAs na infância e na adolescência no Brasil são de fundamental importância para a implantação de serviços adequados à demanda do país e de suas regiões. Para que a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA seja utilizada com esse objetivo, são necessários estudos para verificar sua validade e confiabilidade em amostras maiores, que incluam também jovens da

comunidade, com entrevistador sem experiência clínica prévia em TAs e cego para o diagnóstico dos entrevistados. É importante também a validação do instrumento em meninos. No entanto, como os TAs são mais raros nesta população, provavelmente será necessário conduzir um estudo ao longo de vários anos para se conseguir coletar um número suficiente de sujeitos.

Pesquisas para a validação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, tanto em português quanto em inglês, já estão em andamento em São Paulo e em Londres. As vantagens de sua utilização em ambas as línguas são inúmeras. Dentre elas a disponibilidade para pesquisadores de diversos países, possibilitando o recebimento de “feedback” de um número maior de peritos na área, o que contribuirá de forma decisiva para o aprimoramento adicional da ferramenta. A validação do instrumento em países culturalmente diversos como o Brasil e a Inglaterra, possibilitará o conhecimento das taxas de prevalência e a exploração de fatores transculturais e etiológicos relacionados aos TAs nos dois países. Essa perspectiva, além de possibilitar uma avaliação do impacto desses transtornos no Brasil, também nos coloca a possibilidade de desenvolver pesquisas de ponta na área e produzir conhecimento científico inédito.

ANEXOS

ANEXO A

Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA)

Questionário para jovens entre 11 e 17 anos

Sessão P* : Alimentação, Peso e Forma Corporal

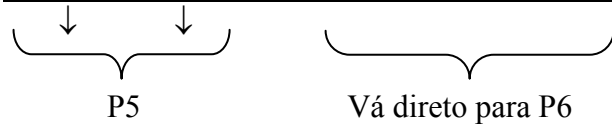
P1		Não	Sim
a)	Você já se achou gorda mesmo quando as pessoas te diziam que você estava muito magra?	0	1
b)	Você ficaria envergonhada se as pessoas soubessem o quanto você come?	0	1
c)	Você já provocou vômito (de propósito)?	0	1
d)	Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer atrapalha muito a sua vida?	0	1
e)	Se você come demais, você se culpa muito?	0	1

P2a	Qual a sua altura? (mais ou menos)	<input type="text"/>	cm
P2b	Quanto você pesa hoje em dia? (mais ou menos)	<input type="text"/>	kg
P2c	Qual foi o seu menor peso nos últimos doze meses?	<input type="text"/>	kg
P2d	Qual o maior peso que você já teve? (<i>exceto na gravidez</i>)	<input type="text"/>	kg

* Esta sessão é nomeada “Sessão P” pois existe uma série de sessões diagnósticas no DAWBA. A Sessão A investiga ansiedade de separação; a B, medo de coisas ou situações específicas e assim por diante. Essas sessões podem ser vistas no site www.dawba.com no link <http://www.dawba.com/dawba/Portuguese/Portugp.pdf>.

P3	Hoje, você se descreveria como muito magra, magra, normal, gordinha ou gorda?	Muito magra	Magra	Normal	Gordinha	Gorda
		0	1	2	3	4

P4	Outras pessoas – como os seus amigos e sua família – te descreveriam hoje em dia como muito magra, magra, normal, gordinha ou gorda?	Muito magra	Magra	Normal	Gordinha	Gorda
		0	1	2	3	4



P5	Comparando como você está este ano com como você foi nos anos anteriores, outras pessoas diriam que você ...	Era ainda mais magra nos anos anteriores	Sempre foi magra assim	Está um pouco mais magra este ano que nos anos anteriores	Está muito mais magra este ano que nos anos anteriores
		0	1	2	3

Se P3 = 'Muito magra' ou P4 = 'Muito magra', então assinale o item 'Muito magra' na lista de checagem em M1 (p.127)

P6	Outras pessoas – como sua família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupadas que seu peso tem atrapalhado a sua saúde física?	Não	Sim
		0	1

P7	O que você pensa? Você acha que o seu peso tem atrapalhado a sua saúde física?	Não	Sim
		0	1

P8	Você tem medo de ganhar peso ou ficar gorda?	Não	Um pouco	Muito
		0	1	2

↓
↓
 P10
 P9

P9 A idéia de ganhar peso ou ficar gorda apavora você de verdade?

Não	Sim
0	1

P10 Se o médico te dissesse que você teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível aceitar isso?

Fácil	Difícil	Impossível
0	1	2

(Se a jovem tem problemas físicos que torna difícil para ela ganhar peso, a pergunta é se ela tentaria ganhar peso e não se ela conseguiria de fato.)

P11 Você tenta não comer coisas que engordam?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

⏟
↓
 P13 P12

P12 E você consegue? (evitar comidas que engordam)

Nunca	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Sempre
0	1	2	3

P13 Você gasta muito tempo pensando em comida?

Não	Sim
0	1

P14 Algumas pessoas contam que elas têm um desejo muito grande por comida, e que este desejo é tão difícil de resistir que é como um dependente de álcool ou drogas se sente em relação a álcool ou drogas.

Você se sente assim em relação à comida?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se P9 = 'Sim' ou P10 = 'Impossível' ou P14 = 'Muito', então assinale o item 'Se preocupa com peso e comida' na lista de checagem em M1 (p.127).

- P15 Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando essas pessoas estão sozinhas.

Isso aconteceu ou acontece com você?

Não	Sim
0	1

↓

P18

↓

Marque 'Perda de Controle' na lista de checagem em MI (p.127). Continue em P16

- P16 Nos últimos três meses, mais ou menos, isso aconteceu ...

Não aconteceu	Ocasionalmente	Uma vez por semana	Duas vezes por semana ou mais
0	1	2	3

- P17 Quando isso acontece, você tem a sensação de perder o controle do que você come?

Não	Sim
0	1

P17 a) Por favor, descreva o que e quanto você come durante uma situação em que você come muito.

P18 Para não ganhar peso nos últimos 3 meses você ...

(Quando a resposta for “não”, cheque se a criança tenta mas não tem permissão)

	Não	Tenta mas não tem permissão	Um pouco	Muito
a) Come menos nas refeições	0	1	2	3
b) Pula refeições	0	1	2	3
c) Fica sem comer por várias horas, como por ex. o dia todo ou a maior parte do dia	0	1	2	3
d) Esconde ou joga fora alimentos que outras pessoas dão para você	0	1	2	3
e) Faz mais exercício	0	1	2	3
f) Provoca vômitos	0	1	2	3
g) Toma remédios com a idéia de perder peso. Descreva:	0	1	2	3
.....				
h) Faz outras coisas (por ex. não tomar insulina em diabéticos). Descreva:	0	1	2	3
.....				

Se a resposta para qualquer um dos itens de P18 foi ‘Muito’, assinale ‘Evita ganho de peso’ na lista de checagem em M1 (p.127). Se ‘Perda de controle’ está assinalado na lista de checagem, então siga com a questão P19. Caso contrário, vá direto para P20

P19 Você me contou minutos atrás sobre momentos em que você perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, você costuma (reduzir o que come/ fazer exercícios/ vomitar/ tomar remédios) para evitar engordar?

Não	Sim
0	1

P20 Você menstruou nos últimos três meses?

Não	Sim
0	1
↓	↓
P21	P22

P21 Você já teve alguma menstruação?

Não	Sim
0	1
↓	↓
P26	P23

P22 Você está tomando pílulas ou injeções hormonais?
(incluindo contraceptivos)

Não	Sim
0	1
↓	↓
<i>Siga com P23 em todos os casos</i>	

P23) Por favor, descreva como as suas menstruações têm sido em geral e como elas têm sido recentemente.

Se P21 foi 'Sim', pergunte:

P24) Por que você acha que não menstruou nos últimos três meses?

Se P22 foi 'Sim', pergunte:

P25) Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm em suas menstruações.

Regra para pular questões antes de começar a P26: Se 'Muito magra', 'Preocupa-se com peso e comida', 'Perda de Controle' ou 'Evita ganho de peso' foram assinalados na lista de checagem em MI (p.127), então siga adiante. Caso contrário, pule para a próxima sessão diagnóstica do DAWBA.

P26 Você me falou sobre a forma como você come e o seu peso. Quanto você acha que essas coisas te incomodam?

	Um		Extrema-
Nada	pouco	Muito	mente
0	1	2	3

P27	O quanto a forma como você come ou a sua preocupação com seu peso tem interferido no/as ...	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente	
		0	1	2	3	
		a)	Dia-a-dia em casa			
		b)	Amizades			
		c)	Aprendizado escolar			
d)	Atividades de lazer					

P28	Essas coisas tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

M1: Lista de checagem:

- P** Muito magra
 Preocupa-se com comida e com peso
 Perda de controle
 Evita ganho de peso

M2P: Alimentação, peso e forma corporal

Se a lista de checagem em M1 foi assinalada para 'Muito magra', 'Preocupa-se com peso e comida', 'Perda de Controle' ou 'Evita ganho de peso', pergunte:

M2P1) Por favor, descreva as dificuldades que você tem hoje com a comida, peso ou forma do corpo:

M2P2) Suas dificuldades com a comida ou com o peso são por causa de alguma doença? Se sim, que doença?

M2P3) Quando esses problemas começaram?

M2P4) Pensando num dia típico, por favor, me conte sobre o que você come, o que você evita comer, limites de calorias ou regras que você usa para decidir o que você come.

M2P5) A forma como você come ou a preocupação com o seu peso tem afetado outros aspectos da sua vida? Por exemplo, diminuído seu interesse por coisas que pessoas da sua idade gostam, ou atrapalhado seu relacionamento com sua família ou com seus amigos?

M2P6) Você procurou médico ou psicólogo para te ajudar com a comida ou com o peso? Se sim, o que ele/a te disse? Te ajudou?

M2P7) Recentemente, você tem tido algum problema médico relacionado com a forma como você come, com o seu peso, ou com as formas que você alterou o seu peso? (Incluir sangramentos após vomitar, desmaios, fraqueza excessiva, intestino preso, procura por Pronto-Socorro, problemas nos dentes, etc)

Comentários Gerais

Gostaríamos de saber seus comentários finais como entrevistador/a sobre a entrevista em geral (por exemplo, falta de concentração da criança)

ANEXO B

Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA)

Questionário para pais

Sessão P: Alimentação, Peso e Forma Corporal

P1		Não	Sim
a)	A [Nome] já se achou gorda mesmo quando as pessoas diziam a ela que ela estava <i>muito</i> magra?	0	1
b)	A [Nome] ficaria envergonhada se as pessoas soubessem o quanto ela come?	0	1
c)	A [Nome] já provocou vômito (de propósito)?	0	1
d)	Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer, atrapalha muito a vida dela?	0	1
e)	Se a [Nome] come demais, ela se culpa muito?	0	1

P2a	Qual a altura da [Nome]? (mais ou menos)	<input type="text"/>	cm
P2b	Quanto a [Nome] pesa hoje em dia? (mais ou menos)	<input type="text"/>	kg
P2c	Qual foi o menor peso dela nos últimos doze meses ?	<input type="text"/>	kg
P2d	Qual o maior peso que ela já teve? (<i>exceto na gravidez</i>)	<input type="text"/>	kg

P3 Você descreveria a [Nome] hoje em dia como muito magra, magra, normal, gordinha ou gorda?

Muito magra	Magra	Normal	Gordinha	Gorda
0	1	2	3	4

↓
↓
}
}

P4
Vá direto para P5

P4 Comparando como ela está este ano com como ela foi nos anos anteriores, você diria que ela...

Era ainda mais magra nos anos anteriores	Sempre foi magra assim	Está um pouco mais magra este ano que nos anos anteriores	Está muito mais magra este ano que nos anos anteriores
0	1	2	3

P5 Hoje, a própria [Nome] se descreveria como muito magra, magra, normal, gordinha ou gorda?

Muito magra	Magra	Normal	Gordinha	Gorda
0	1	2	3	4

Se P3 = 'Muito magra' ou P5 = 'Muito magra', então complete o item para 'Muito Magra' na lista de checagem em M1 (p.135)

P6 Você ou outras pessoas – resto da família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupados que o peso da [Nome] tem atrapalhado a saúde física dela?

Não	Sim
0	1

P7 O que a [Nome] pensa? Ela acha que o peso dela tem atrapalhado a saúde física dela?

Não	Sim
0	1

P8 A [Nome] tem medo de ganhar peso ou ficar gorda?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

}
↓

P10
P9

P9	A idéia de ganhar peso ou ficar gorda apavora a [Nome] de verdade?	Não	Sim
		0	1

P10	Se o médico dissesse a ela que teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível a [Nome] aceitar isso? <i>(Se a criança tem problemas físicos que torna difícil para ela ganhar peso, a pergunta é se ela tentaria ganhar peso e não se ela conseguiria de fato.)</i>	Fácil	Difícil	Impossível
		0	1	2

P11	A [Nome] tenta não comer coisas que engordam?	Não	Um pouco	Muito
		0	1	2

}
↓
 P13 P12

P12	E ela consegue? (por exemplo, evitar comidas que engordam)	Nunca	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Sempre
		0	1	2	3

P13	A [Nome] gasta muito tempo pensando em comida?	Não	Sim
		0	1

P14 *Algumas pessoas contam que elas têm um desejo muito grande por comida, e que este desejo é tão difícil de resistir que é como um dependente de álcool ou drogas se sente em relação a álcool ou drogas.*

A [Nome] se sente assim em relação à comida?	Não	Um pouco	Muito
	0	1	2

Se P9 = 'Sim' ou P10 = 'Impossível' ou P14 = 'Muito', então assinale o item 'Preocupa-se com peso e comida' na lista de checagem em M1 (p.135).

- P15 Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando essas pessoas estão sozinhas.

Isso aconteceu ou acontece com a [Nome]?

Não	Sim
0	1

↓
P18

↓
Marque "Perda de Controle" na lista de checagem em MI (p.135). Continue com P16

- P16 Nos últimos três meses, mais ou menos, isso aconteceu ...

Não aconteceu	Ocasionalmente	Uma vez por semana	Duas vezes por semana ou mais
0	1	2	3

- P17 Quando isso acontece, a [Nome] tem a sensação de perder o controle do que ela come?

Não	Sim
0	1

P17a) Por favor, descreva o que e quanto a [Nome] come durante uma situação em que ela come muito.

P18 Para não ganhar peso nos últimos 3 meses a [Nome] ...

(Quando a resposta for “não”, cheque se a criança tenta mas não tem permissão)

	Não	Tenta mas não tem permissão	Um pouco	Muito
a) Come menos nas refeições	0	1	2	3
b) Pula refeições	0	1	2	3
c) Fica sem comer por várias horas, como por ex. o dia todo ou a maior parte do dia	0	1	2	3
d) Esconde ou joga fora alimentos que outras pessoas dão para ela	0	1	2	3
e) Faz mais exercício	0	1	2	3
f) Provoca vômitos	0	1	2	3
g) Toma remédios com a idéia de perder peso. Descreva:	0	1	2	3
.....				
h) Faz outras coisas (por ex. não tomar insulina em diabéticos). Descreva:	0	1	2	3
.....				

Se a resposta para qualquer um dos itens de P18 foi ‘Muito’, assinale ‘Evita ganho de peso’ na lista de checagem em M1 (p.135). Se ‘Perda de controle’ está assinalado na lista de checagem, então siga com a questão P19. Caso contrário, vá direto para P20.

P19 Você me contou minutos atrás sobre momentos em que a [Nome] perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, ela costuma (reduzir o que come/ fazer exercícios/ vomitar/ tomar remédios) para evitar engordar?

Não	Sim
0	1

P20 A [Nome] menstruou nos últimos três meses?

Não	Sim
0	1
↓	↓
P21	P22

P21 A [Nome] já teve alguma menstruação?

Não	Sim
0	1
↓	↓
P26	P23

P22 A [Nome] está tomando pílulas ou injeções hormonais? (incluindo contraceptivos)

Não	Sim
0	1
↓	↓
<i>Siga com P23 em todos os casos</i>	

P23) Por favor, descreva como as menstruações da [Nome] têm sido em geral e como elas têm sido recentemente.

Se P21 foi 'Sim', pergunte:

P24) Por que você acha que a [Nome] não menstruou nos últimos três meses?

Se P22 foi 'Sim', pergunte:

P25) Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm nas menstruações da [Nome].

Regra para pular questões antes de começar a P26: *Se 'Muito magra', 'Preocupa-se com comida e com peso', 'Perda de Controle' ou 'Evita ganho de peso' foram assinalados na lista de checagem em MI (p.135), então siga adiante. Caso contrário, pule para a próxima sessão diagnóstica do DAWBA.*

P26 Você me falou sobre a forma como a [Nome] come e sobre o peso dela. Quanto você acha que essas coisas incomodam a ela?

	Um		Extrema-
Nada	pouco	Muito	mente
0	1	2	3

P27	O quanto a forma como a [Nome] come ou a sua preocupação com seu peso tem interferido no/as...					
		Nada	Um pouco	Muito	Extremamente	
		0	1	2	3	
		a) Dia-a-dia em casa	0	1	2	3
		b) Amizades	0	1	2	3
c) Aprendizado escolar	0	1	2	3		
d) Atividades de lazer	0	1	2	3		

P28	Essas coisas são um peso para você ou para a família como um todo				
		Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

M1. Lista de checagem

- P Muito magra
 Preocupa-se com comida e com peso
 Perda de controle
 Evita ganho de peso

M2P: Alimentação, peso e forma corporal

Se a lista de checagem em M1 foi assinalada para 'Muito magra', 'Preocupa-se com comida e com peso', 'Perda de Controle' ou 'Evita ganho de peso', pergunte:

M2P1) Por favor, descreva as dificuldades que a [Nome] tem hoje com a comida, peso ou forma do corpo:

M2P2) As dificuldades com a comida ou com o peso são por causa de alguma doença? Se sim, que doença?

M2P3) Quando esses problemas começaram?

M2P4) Pensando num dia típico, por favor, me conte sobre o que a [Nome] come, o que ela evita comer, limites de calorias ou regras que ela usa para decidir o que come.

M2P5) A forma como a [Nome] come ou a preocupação dela com o peso dela tem afetado outros aspectos da vida dela? Por exemplo, diminuído o interesse dela por coisas que pessoas da idade dela gostam, ou atrapalhado seu relacionamento com a família ou com os amigos?

M2P6) Você, outros familiares ou a [Nome] procuraram médico ou psicólogo para ajudar a [Nome] com a comida ou com o peso? Se sim, o que foi dito para ela? Ajudou a [Nome]?

M2P7) Recentemente, a [Nome] tem tido algum problema médico relacionado com a forma como ela come, com o peso dela, ou com as formas que ela alterou o peso dela? (Incluir sangramentos após vomitar, desmaios, fraqueza excessiva, intestino preso, procura por Pronto-Socorro, problemas nos dentes, etc.).

Comentários Gerais

Gostaríamos de saber seus comentários finais como entrevistador/a sobre a entrevista em geral (por exemplo, dificuldade da mãe em entender ou responder às perguntas).

ANEXO C

Lista de questões de outros instrumentos que serviram de fonte de orientação para formulação das questões de rastreamento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

Aspecto (1) abordado nas questões de rastreamento do DAWBA: comportamentos que visam o controle do peso ou da forma do corpo

- “Como alimentos dietéticos” (EAT-26^{*})
- “Costumo fazer dieta” (EAT-26)
- “Evito alimentos que contenham açúcar” (EAT-26)
- “Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.)” (EAT-26)
- “Me sinto extremamente culpado(a) depois de comer” (EAT-26)
- “Sei quantas calorias têm os alimentos que como” (EAT-26)
- “Evito comer quando estou com fome” (EAT-26)
- “Você segue uma dieta rígida?” (BITE^{**})
- “Você já jejuou por um dia inteiro?” (BITE)
- “Quando faço exercício, penso em queimar calorias” (EAT-26)
- “Tenho vontade de vomitar após as refeições” (EAT-26)
- “Vômito depois de comer” (EAT-26)
- “Eu tenho o pensamento de tentar vomitar para perder peso” (EDI^{***})
- “Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso: tomar comprimidos, diuréticos, laxantes, vomitar?” (BITE)
- “Você já tentou perder peso não comendo muita comida?” (DICA^{****})
- “Você já provocou vômito para evitar ganhar peso?” (DICA)

As questões de rastreamento do DAWBA elaboradas de forma a explorar o aspecto (1) foram: 1, 6, 7, 11 e 15 (Anexos D e E).

^{*} As questões do EAT-26 deste anexo foram retiradas do Anexo da referência: Nunes MA, Bagatini LF, Kunz A, Ramos D, Silva A, Somenzi L e Pinheiro A. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). Revista ABP-APAL, v. 16, 1994, p. 7-10.

^{**} As questões do BITE deste anexo foram retiradas do Anexo 2 (p. 349) da referência: Cordás TA, Neves JEP. Escalas de Avaliação de Transtornos Alimentares. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Versão atualizada e ampliada da Revista de Psiquiatria Clínica, v.25, no. 5 e 6, 1998; v. 26, no. 1 e 2, 1999, p. 345-353.

^{***} As questões do EDI deste anexo foram traduzidas para o português pela autora ao serem retiradas do Anexo “Eating Disorder Inventory” (EDI; David M. Garner, M. P. Olmsted and J. Polivy), p. 1009 e 1010, da referência: Halmi K. A. Rating Scales in the Eating Disorders. Psychopharmacology Bulletin, v. 21, 1985, p. 1001-1047.

^{****} As questões da DICA deste anexo foram traduzidas para o português pela autora ao serem retiradas da referência: Reich W, Leacock N, Shanfeld K. Diagnostic Interview for Children and Adolescents, DICA-R-C, ages 6-12, child version, DSM-III and DSM-IV version. Washington University, Division of Child Psychiatry, Spoehrer Tower.

Aspecto (2) abordado nas questões de rastreamento do DAWBA: *insatisfação/distorção de imagem corporal*

- “Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a)” (EAT-26)
- “As outras pessoas acham que sou magro(a) demais” (EAT-26)
- “Você já se achou muito gorda ou que partes do seu corpo eram muito gordas mesmo quando outras pessoas diziam que você era muito magra?” (DICA)
- “Eu penso que as minhas coxas são muito grandes” (EDI)
- “Eu penso que o meu quadril é muito grande” (EDI)
- “Eu me sinto satisfeito(a) com a forma do meu corpo” (EDI)

As questões de rastreamento do DAWBA elaboradas de forma a explorar o aspecto (2) foram: 2 e 3 (Anexos D e E).

Aspecto (3) abordado nas questões de rastreamento do DAWBA: *alteração de hábitos alimentares*

- “Eu penso em ter compulsão alimentar” (EDI)
- “Eu como moderadamente na frente dos outros e me empanturro quando eles vão embora” (EDI)
- “Eu como ou bebo escondido” (EDI)
- “Costumo fazer dieta” (EAT-26)
- “Como alimentos dietéticos” (EAT-26)
- “Gosto de estar com o estômago vazio” (EAT-26)
- “Me sinto extremamente culpado(a) depois de comer” (EAT-26)
- “Já passei situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar” (EAT-26)
- “Passo muito tempo pensando em comida” (EAT-26)
- “Me acho uma pessoa preocupada com a comida” (EAT-26)
- “Sinto que a comida controla a minha vida” (EAT-26)
- “Evito comer quando estou com fome” (EAT-26)
- “Você teve medo de comer ou já esteve muito preocupado a respeito do quanto você estava comendo?” (DICA)
- “Você já comeu uma quantidade enorme de comida de uma só vez?” (DICA)
- Se sim... “Era uma quantidade tão grande de comida que você teria realmente ficado envergonhado(a) se alguém tivesse visto você comer daquele jeito?” (DICA)

As questões de rastreamento do DAWBA elaboradas de forma a explorar o aspecto (3) foram: 4, 8, 9, 10, 12 e 13 (Anexos D e E).

Aspecto (4) abordado nas questões de rastreamento do DAWBA: *desejo por ou perda real de peso*

- “Eu estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a)” (EAT-26/EDI)
- “Eu tenho o pensamento de tentar vomitar para perder peso” (EDI)
- “Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso: tomar comprimidos, diuréticos, laxantes, vomitar?” (BITE)

As questões de rastreamento do DAWBA elaboradas de forma a explorar o aspecto (4) foram: 5, 11 e 15 (Anexos D e E).

Aspecto (5) abordado nas questões de rastreamento do DAWBA: *insatisfação do jovem ou de terceiros em relação ao seu hábito alimentar*

- “Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais” (EAT-26)
- “Sinto que os outros me pressionam a comer” (EAT-26)
- “Já passei situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar” (EAT-26)
- “As pessoas já te falaram que você estava muito magro(a) ou que você não estava comendo o suficiente?” (DICA)

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas a partir das questões acima foram: 4, 8, 9 e 14 (Anexos D e E).

ANEXO D

Questões de rastreamento para a criança da fase 2 do estudo

1) Quando você escolhe a sua comida, você costuma não comer coisas que engordam?	Não 0	Sim 1
2) Você está muito infeliz com o peso ou a forma do seu corpo?	Não 0	Sim 1
3) Você já se achava muito gorda mesmo quando as pessoas te diziam que você estava muito magra?	Não 0	Sim 1
4) Você ficaria envergonhada se as pessoas soubessem o quanto você come?	Não 0	Sim 1
5) Você está muito mais magra agora do que você era?	Não 0	Sim 1
6) Você já provocou vômito?	Não 0	Sim 1
7) Você se força a fazer muito exercício pensando em controlar o peso ou a forma do seu corpo?	Não 0	Sim 1
8) Algumas vezes , você comeu demais a ponto de não conseguir parar?	Não 0	Sim 1
<i>Se "sim"...</i> 9) Você costuma comer demais a ponto de não conseguir parar?	Não 0	Sim 1
10) A comida domina a sua vida?	Não 0	Sim 1
11) Você já tentou perder peso comendo bem pouca comida?	Não 0	Sim 1
12) Se você come demais, você se sente muito culpada?	Não 0	Sim 1
13) Você sente que a comida controla a sua vida?	Não 0	Sim 1
14) Outras pessoas gostariam que você comesse mais?	Não 0	Sim 1
15) Você já usou remédio para perder peso?	Não 0	Sim 1

ANEXO E

Questões de rastreamento para pais da fase 2 do estudo

1) Quando a [Nome] escolhe a comida dela, ela costuma não comer coisas que engordam?	Não 0	Sim 1
2) A [Nome] está muito infeliz com o peso ou a forma do corpo dela?	Não 0	Sim 1
3) A [Nome] já se achava muito gorda mesmo quando as pessoas diziam a ela que ela estava muito magra?	Não 0	Sim 1
4) A [Nome] ficaria envergonhada se as pessoas soubessem o quanto ela come?	Não 0	Sim 1
5) A [Nome] está muito mais magra agora do que era?	Não 0	Sim 1
6) A [Nome] já provocou vômito?	Não 0	Sim 1
7) A [Nome] se força a fazer muito exercício pensando em controlar o peso ou a forma do corpo dela?	Não 0	Sim 1
8) Algumas vezes , a [Nome] comeu demais a ponto de não conseguir parar?	Não 0	Sim 1
<i>Se sim...</i> 9) A [Nome] costuma comer demais a ponto de não conseguir parar?	Não 0	Sim 1
10) A comida domina a vida dela?	Não 0	Sim 1
11) A [Nome] já tentou perder peso comendo bem pouca comida?	Não 0	Sim 1
12) Se a [Nome] come demais, ela se sente muito culpada?	Não 0	Sim 1
13) Ela sente que a comida controla a vida dela?	Não 0	Sim 1
14) Outras pessoas gostariam que ela comesse mais?	Não 0	Sim 1
15) A [Nome] já usou remédio para perder peso?	Não 0	Sim 1

ANEXO F

Lista de questões de outros instrumentos que serviram de fonte de orientação para a formulação das questões diagnósticas da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

Questões diagnósticas de Anorexia Nervosa

(1) Questões que exploram os critérios diagnósticos [a] do DSM-IV e da CID-10 de anorexia nervosa

- “Quanto você pesava quando você começou a tentar perder peso?” (DICA^{*})
- “Quanto você pesou quando esteve em seu menor peso?” (DICA)
- “Qual foi a sua altura quando esteve em seu menor peso?” (DICA)
- “Qual a sua altura?” (BITE^{**})
- “Qual o seu peso atual?” (BITE)
- “Qual o peso máximo que você já apresentou?” (BITE)
- “Qual é o peso mínimo que você já apresentou?” (BITE)
- “As pessoas acham que sou magro(a) demais?” (EAT-26^{***})
- “Você tem feito alguma outra coisa para perder peso?” (CAPA^{****})
- “Você tem deliberadamente restringido a quantidade de alimentos que você come para influenciar seu peso ou a forma do seu corpo?” (EDE-Q^{*****})
- “Como você mantém o seu peso baixo?” (CAPA)
- “Você acha que está no peso certo?” (CAPA)
- “Quanto você acha que deveria pesar?” (CAPA)

* As questões da DICA deste anexo foram traduzidas para o português pela autora ao serem retiradas da referência: Reich W, Leacock N, Shanfeld K. Diagnostic Interview for Children and Adolescents, DICA-R-C, ages 6-12, child version, DSM-III and DSM-IV version. Washington University, Division of Child Psychiatry, Spoehrer Tower.

** As questões do BITE deste anexo foram retiradas do Anexo 2 (p. 349) da referência: Cordás TA, Neves JEP. Escalas de Avaliação de Transtornos Alimentares. In: Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Versão atualizada e ampliada da Revista de Psiquiatria Clínica, v.25, no. 5 e 6, 1998; v. 26, no. 1 e 2, 1999, p. 345-353.

*** As questões do EAT-26 deste anexo foram retiradas do Anexo da referência: Nunes MA, Bagatini LF, Kunz A, Ramos D, Silva A, Somenzi L e Pinheiro A. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). Revista ABP-APAL, v. 16, 1994, p. 7-10.

**** As questões da CAPA deste anexo foram traduzidas para o português pela autora ao serem retiradas da referência: Angold A, Cox A, Prendergast M, Rutter M, Simnoff E. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment, CAPA, Child Interview, version 4.1. November 1994, 3rd printing. MRC Child Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry, London, England.

***** As questões do EDE-Q deste anexo foram traduzidas para o português pela autora ao serem retiradas da referência: Fairburn C. Eating Disorder Examination Questionnaire Version (EDE-Q). Department of Psychiatry, Warneford Hospital, University of Oxford, Oxford, England. 6 January 1998.

- “Naquela época, você se exercitava muito para manter o seu peso baixo?” (DICA)
- “Você provocava vômito para evitar ganhar peso?” (DICA)
- “Você tentou perder peso (ou evitar o ganho de peso) mesmo as pessoas te dizendo que você poderia ficar doente?” (DICA)
- “Você tem tentado seguir regras definidas para influenciar o seu peso ou a forma do seu corpo, como por exemplo, um limite de calorias, uma certa quantidade de comida, ou regras sobre o que ou quando você deve comer?” (EDE-Q)
- “Você tem tomado laxantes como um meio de controlar o peso ou a forma do seu corpo?” (EDE-Q)

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas para investigar os critérios diagnósticos anteriormente citados foram: P2a a P2d, P4, P5, P10, P18a a P18h, P19, M2P1 e M2P4 (Anexos A e B). É importante ressaltar que as questões P18a a P18h avaliam também a intenção da jovem de adotar comportamentos que visem a perda de peso, característica importante de um instrumento avaliador de TAs em população infanto-juvenil.

(2) Questões que exploram os critérios diagnósticos [b] do DSM-IV e [c] da CID-10 de anorexia nervosa

- “Fico apavorado(a) com o excesso de peso” (EAT-26)
- “O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora?” (BITE)
- “Você tem medo de ficar gordo(a)?” (CAPA)
- “Você se preocupa em ficar gordo(a)?” (CAPA)
- “O quanto você se preocupa com isso?” (CAPA)
- “Essa preocupação interfere com outras coisas que você estiver fazendo?” (CAPA)
- “Quanto tempo você gasta se preocupando com isso?” (CAPA)
- “O pensamento de se tornar gordo(a) o(a) apavora?” (BITE)
- “Você tem definitivamente sentido medo de que você possa ganhar peso ou se tornar gordo(a)?” (EDE-Q)
- “Eu tenho pavor de ganhar peso” (EDI*)
- “Houve algum período em que você se preocupou praticamente todos os dias em ser gordo(a) ou se tornar gordo(a)? (DISC**)

* As questões do EDI deste anexo foram traduzidas para o português pela autora ao serem retiradas do Anexo Eating Disorder Inventory (EDI; David M. Garner, M. P. Olmsted and J. Polivy), p. 1009 e 1010, da referência: Halmi K. A. Rating Scales in the Eating Disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, v. 21, 1985, p. 1001-1047.

** As questões da DISC deste anexo foram traduzidas para o português pela autora ao serem retiradas da referência: Shaffer D, Prudence Fisher MS, NIMH DISC Editorial Board. Diagnostic Interview Schedule for Children, NIMH DISC, version IV, youth informant (interview about self). National Institute of Mental Health, New York State Institute.

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas para investigar os critérios diagnósticos mencionados foram: P2a, P2b, P3, P4, P8 a P10 , M2P1, M2P4(Anexos A e B).

(3) Questões que exploram o critério diagnóstico [c] do DSM-IV de anorexia nervosa

- “Eu exagero ou hipervalorizo a importância do peso” (EDI)
- “Eu penso que o meu quadril é muito largo” (EDI)
- “Fico apavorado(a) com o excesso de peso” (EAT-26)
- “As outras pessoas acham que sou magro(a) demais” (EAT-26)
- “O quanto desconfortável você se sentiu ao ver o seu corpo, por exemplo, no espelho, nos reflexos de uma janela, enquanto tirava a roupa ou no banho?” (EDE-Q)
- “O quanto desconfortável você se sentiu com os outros vendo o seu corpo, por exemplo, num vestiário, enquanto nadava ou quando usava roupas justas?” (EDE-Q)
- “Como você vê o tamanho do seu corpo?” (CAPA)
- “O seu peso faz diferença em como você se sente em relação a si mesmo(a)?” (CAPA)
- “O quão importante é o seu peso ou a forma do seu corpo em como você se sente em relação a você mesmo?” (CAPA)
- “Você acredita que o seu peso afeta o que outras pessoas pensam a seu respeito?” (CAPA)
- “Tem o seu peso influenciado o que você pensa sobre você como pessoa?” (EDE-Q)
- “Apesar de outras pessoas terem se preocupado que você estava muito magro(a), você se preocupava em estar ou se tornar muito gordo(a)?” (DISC)
- “Você acredita que o quanto você pesa agora poderia causar algum problema de saúde para você?” (DISC)
- “Quando as pessoas te falaram que perdendo mais peso você ficaria doente, você simplesmente não acreditou nelas?” (DICA)

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas para investigar o critério diagnóstico acima citado foram: P3 a P10, M2P1, M2P4, M2P5, M2P6, M2P7 (Anexos A e B).

(4) Questões que exploram o critério diagnóstico [b] da CID-10 de anorexia nervosa

- “Você tem tentado seguir regras definidas em relação à sua alimentação para influenciar o seu peso ou forma do corpo. como por exemplo, um limite de calorias. uma certa quantidade de comida, regras sobre o quê e quando comer?” (EDE-Q)
- “Você evita comidas que podem te deixar gordo(a)?” (CAPA)

- “Você está de dieta?” (CAPA)
- “Costumo fazer dieta” (EAT-26)
- “Gosto de experimentar novas comidas engordantes” (EAT-26)
- “Evito alimentos que tenham açúcar” (EAT-26)
- “Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.)” (EAT-26)
- “Você se recusou a comer alimentos que engordam a maior parte dos dias nos últimos três meses?” (DISC)

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas para investigar o critério diagnóstico anteriormente citado foram: P11, P12, M2P1, M2P4(Anexos A e B)

(5) Questões que exploram o critério diagnóstico [d] do DSM-IV e da CID-10 de anorexia nervosa

- “As menstruações dela pararam por três meses seguidos?” (DICA)
- “Você começou a menstruar, isto é, você começou a ter períodos mensais?” (DISC)
- “No último ano, você deixou de apresentar ciclos menstruais três meses seguidos?” (DISC)
- “Você teve algum período menstrual nos últimos três meses?” (DISC)
- “Você toma pílula anticoncepcional?” (DISC)
- “Os seus períodos menstruais já começaram?” (CAPA)
- “Eles pararam de novo?” (CAPA)
- “Quando eles pararam?”(CAPA)

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas para investigar os critérios diagnósticos acima citados foram P20 a P25 (Anexos A e B). Não foram formuladas questões que investigassem a perda da libido e potência sexual em jovens do sexo masculino pois é um instrumento que deverá ser validado primeiramente em meninas.

(6) Critério diagnóstico [e] da CID-10 de anorexia nervosa

Não foram criadas questões que abordem este critério pois ele tem valor apenas operacional (para o raciocínio clínico do especialista e para a construção do algoritmo diagnóstico computadorizado).

Questões diagnósticas de Bulimia Nervosa

(1) Questões que exploram o critério diagnóstico [a] do DSM-IV e da CID-10 de bulimia nervosa

- “Eu como moderadamente na frente dos outros e me empanturro quando eles vão embora” (EDI)
- “Você tem sentido medo de perder o controle sobre o que você come?” (EDE-Q)
- “Você tem tido episódios de compulsão alimentar?” (EDE-Q)
- “Você tem comido em segredo?” (EDE-Q)
- “Nas últimas 4 semanas (28 dias), houve momentos que você sentiu que comeu uma quantidade de comida que os outros pensariam ser muita comida para aquela situação?” (EDE-Q)
- “Quantos episódios assim você teve nas últimas 4 semanas?” (EDE-Q)
- “Você já teve episódios realmente graves de compulsão alimentar? (CAPA)
- “Você tem compulsões alimentares ou crises?” (CAPA)
- “Como elas são?” (CAPA)
- “O que você come?” (CAPA)
- “Como você se sente depois?” (CAPA)
- “Você come sem parar até ser obrigado(a) a parar por sentir-se mal fisicamente?” (BITE)
- “Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)?” (BITE)
- “Você preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come?” (BITE)
- “Você já teve episódios exagerados de alimentação?” (BITE)
- “Se sim, esses episódios deixaram você sentindo-se mal?” (BITE)
- “Se você tem esses episódios, eles ocorrem só quando você está sozinho(a)?” (BITE)
- “Já passei situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar” (EAT-26)
- “Agora eu vou te perguntar sobre compulsões alimentares. Uma compulsão alimentar é quando alguém se empanturra com muita comida num período curto de tempo – como várias pizzas inteiras ou um bolo inteiro de chocolate ou vários potes inteiros de sorvete – e essa pessoa se sente incapaz de controlar o quanto ela come. No último ano, você tem tido compulsões alimentares como esta?” (DISC)
- “Você já comeu uma quantidade realmente grande de comida de uma só vez? Por exemplo, você comeria um bolo inteiro e um pote de sorvete em duas horas?” (DICA)
- “Você pode me dizer o que você come, o quanto você come e quanto tempo leva para comer?” (DICA)

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas para investigar o critério diagnóstico acima citado foram: P15 a P17, M2P1, M2P4, M2P5 (Anexos A e B).

(2) Questões que exploram os critérios diagnósticos [b] do DSM-IV e [c] da CID-10 de bulimia nervosa

- “Quando você estava comendo grandes quantidades dessa forma, você tentou evitar ganhar peso tomando medicações que faziam você ir ao banheiro?” (DICA)
- “Você tenta evitar ganhar peso provocando vômitos?” (DICA)
- “Depois de ter comido uma grande quantidade como aquela, você tentou evitar ganhar peso comendo bem pouco durante a hora da refeição ou comendo nada nas refeições?” (DICA)
- “Vômito depois de comer” (EAT-26)

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas para investigar os critérios diagnósticos acima mencionados foram: P18a a P18h e P19 (Anexos A e B).

(3) Questões que exploram o critério diagnóstico [c] do DSM-IV de bulimia nervosa

- “Se você tem esses episódios (compulsão alimentar), qual a frequência?
 - () quase nunca
 - () 1 vez por mês
 - () uma vez por semana
 - () 2 a 3 vezes por semana
 - () diariamente
 - () 2 a 3 vezes por dia” (BITE)
- “No último ano, houve um período em que você tinha compulsão alimentar pelo menos duas vezes por semana?” (DISC)
- Se sim... “Você teve compulsões alimentares pelo menos duas vezes por semana por pelo menos 3 meses?” (DISC)
- “No último ano, houve um período em que você provocou vômito pelo menos duas vezes por semana?” (DISC)
- Se sim... “Você provocou vômitos pelo menos duas vezes por semana por pelo menos 3 meses?” (DISC)
- “Existiu algum período em que você comia grandes quantidades de alimento mais de uma vez por semana?” (DICA)
- Se sim... “Quanto tempo esse período em que você estava comendo grandes quantidades de alimento durou?” (DICA)

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas para investigar o critério diagnóstico acima mencionado foram: P16, P18a a P18h e P19 (Anexos A e B).

(4) Questões que exploram o critério diagnóstico [b] da CID-10 de bulimia nervosa

- “No último ano, houve períodos em que você pensava sobre comida ou sobre comer quase o tempo todo?” (DISC)
- Se sim... “Quando isso acontecia, era difícil para você pensar sobre outras coisas?” (DISC)
- “Passo muito tempo pensando em comida” (EAT-26)
- “Me acho uma pessoa preocupada com a comida” (EAT-26)
- “Sinto que a comida controla a minha vida” (EAT-26)
- “Você poderia dizer que a comida dominou a sua vida?” (BITE)
- “Há momentos em que você só consegue pensar em comida?” (BITE)
- “Você já sentiu um incontrolável desejo para comer e comer sem parar?” (BITE)
- “O quanto você pensa em comida e em comer?” (CAPA)

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas a partir das perguntas acima foram: P13 e P14 (Anexos A e B).

(5) Questões que exploram o critério diagnóstico [d] do DSM-IV de bulimia nervosa

- “O seu peso faz diferença em como você se sente em relação a si mesmo(a)?” (CAPA)
- “O quão importante é o seu peso ou a forma do seu corpo em afetar a forma como você se sente em relação à sua pessoa?” (CAPA)
- “Você acredita que o seu peso afeta o que outras pessoas pensam a seu respeito?” (CAPA)
- “Tem o seu peso influenciado o que você pensa sobre você como pessoa?” (EDE-Q)

A questão da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaborada para investigar o critério diagnóstico acima foi a M2P5 (Anexos A e B).

(6) Questões que exploram o critério diagnóstico [d] da CID-10 de bulimia nervosa

- “Eu penso que o meu quadril é muito largo” (EDI)
- “Fico apavorado(a) com o excesso de peso” (EAT-26)
- “Como você vê o tamanho do seu corpo?” (CAPA)

- “O pensamento de se tornar gordo(a) o(a) apavora?” (BITE)
- “Você tem tido medo de que você possa ganhar peso ou se tornar gordo(a)? (EDE-Q)
- “Você tem se sentido gordo(a)?” (EDE-Q)
- “Quando você começou a se sentir gordo(a)?” (CAPA)
- “Você se preocupa em ficar gordo(a)?” (CAPA)
- “O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora? (BITE)
- “Você pensa que está acima do peso agora?” (DISC)
- “A preocupação em estar gordo(a) ou se tornar gordo(a) faz com que você tente manter o seu peso baixo?” (DISC)
- “Qual a sua altura?” (BITE)
- “Qual o seu peso atual?” (BITE)
- “As pessoas acham que sou magro(a) demais” (EAT-26)

As questões da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA elaboradas para investigar o critério diagnóstico citado foram: P2a, P2b, P3, P4, P5, P8 a P10 (Anexos A e B).

(7) Critério diagnóstico [e] do DSM-IV de bulimia nervosa

Não foram criadas questões que abordem este critério pois ele tem valor apenas operacional (para o raciocínio clínico do especialista e para a construção do algoritmo diagnóstico computadorizado).

ANEXO G

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – fase 2 do estudo

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO:..... CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA: desenvolvimento e validação
PESQUISADOR: Francisco Lotufo Neto
CARGO/FUNÇÃO: médico psiquiatra INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 36.108
UNIDADE DO HCFMUSP: Psiquiatria
2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR
(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
3. DURAÇÃO DA PESQUISA : 4 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e objetivos da pesquisa;
2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais;
3. desconfortos e riscos esperados;
4. benefícios que poderão ser obtidos;
5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

Essa pesquisa está sendo feita para criar um questionário que seja capaz de dizer se uma criança ou adolescente tem anorexia ou bulimia nervosa, que são tipos de problemas alimentares. Para isso, faremos perguntas a vários pacientes e seus acompanhantes. Esses dados serão analisados de maneira que possamos escolher as melhores perguntas para descobrir se uma criança tem anorexia ou bulimia nervosa. As informações colhidas serão analisadas de forma que não revelaremos quem você ou seu acompanhante são. Essa pesquisa permitirá que melhoremos a forma de perceber se uma criança ou adolescente tem anorexia ou bulimia nervosa, permitindo uma melhor assistência à saúde dessas pessoas.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dra. Tatiana Moya Martins : (011) 5081-3670. AMBULIM: 3069-6975. Endereço: R. Dr. Ovídio Pires de Campos, sem nº., Instituto de Psiquiatria, HC-FMUSP

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

ANEXO H

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – fase 3 do estudo

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO:..... CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....
-

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA:
desenvolvimento e validação.
PESQUISADOR: Francisco Lotufo Neto
CARGO/FUNÇÃO: médico psiquiatra INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 36.108
UNIDADE DO HCFMUSP: Psiquiatria
2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR
(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
3. DURAÇÃO DA PESQUISA : 4 anos
-

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

Essa pesquisa está sendo feita para criar um questionário que seja capaz de dizer se uma criança ou adolescente tem anorexia ou bulimia nervosa, que são tipos de problemas alimentares. Para isso, faremos perguntas às crianças e seus pais. Esses dados serão analisados de maneira que possamos escolher as melhores perguntas para descobrir se a criança tem anorexia ou bulimia nervosa. As informações colhidas serão transformadas em números de forma que não revelaremos quem você ou seu filho são. Essa pesquisa permitirá que melhorem a forma de perceber se uma criança ou adolescente tem anorexia ou bulimia nervosa, permitindo uma melhor assistência à saúde dessas pessoas.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dra. Tatiana Moya Martins : (011) 5081-3670. Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da FMUSP, R. Ovídio Pires, sem número, Pinheiros, São Paulo, SP.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agras WS. The consequences and costs of the eating disorders. *Psych Clin North Am.* 2001; 24: 371-9.

Ambrosini PJ. Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000; 39: 49-58.

Angold A, Prendergast M, Cox A, Harrington R, Simonoff E, Rutter M. The Child and Adolescent Assessment (CAPA). *Psychol Med.* 1995; 25: 739-53.

Angold A, Costello EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000; 39: 39-48.

Angold A. Diagnostic Interviews with Parents and Children. In: Rutter M, Taylor E., editores. *Child and Adolescent Psychiatry.* 4a. ed. Oxford, UK: Blackwell Publishing Company; 2002. p. 32-51.

APA - American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-IV.* 4ª.ed. Porto Alegre: APA; 1995. p.511-22.

Assumpção Jr FB. *Psiquiatria Infantil Brasileira: Um Esboço Histórico*. São Paulo: Lemos Editorial; 1995. Cap. 4, p. 125-152: O Momento Presente.

Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, Woodbury M, Huertas-Goldman S, Pagan A, Sanchez-Lacay A, Moscoso M. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 1120-7.

Bryant-Waugh R, Lask B. Annotation: eating disorders in children. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995; 36: 191-202.

Bryant-Waugh RJ, Cooper PJ, Taylor CL, Lask BD. The use of the Eating Disorder Examination with children: a pilot study. *Int J Eat Disord*. 1996; 19: 391-7.

Bunnell DW, Shenker IR, Nussbaum MP, Jacobson MS, Cooper P, Phil D. Subclinical versus formal eating disorders: differentiating psychological features. *Int J Eat Disord*. 1990; 9: 357-62.

Busse SR, Silva BL. Transtornos Alimentares. In: Busse SR, editor. *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri, SP: Manole; 2004. p. 31-110.

Carter JC, Aime A, Mills J. Assessment of bulimia nervosa: a comparison of interview and self-report questionnaire methods. *Int J Eat Disord*. 2001a; 30: 187-92.

Carter JC, Stewart DA, Fairburn CG. Eating disorder examination Questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behav Res Ther.* 2001b; 39: 625-32.

Castillo ARGL, Castillo JCR. Transtornos alimentares e transtorno obsessivo-compulsivo. In: Busse SR, editor. *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri, SP: Manole; 2004. p. 183-204.

Childress AC, Brewerton TD, Hodges EL, Jarrel MP. The Kids' Eating Disorders Survey (KEDS): a study of middle school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993; 32: 843-50.

Christie D, Watkins B, Lask B. Assessment. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editores. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. 2^a ed. East Sussex, UK: Psychology Press; 2000. p.105-25.

Cordás TA, Neves JEP. Escalas de Avaliação de Transtornos Alimentares. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos Ltda; 2000. p. 345-53.

Cordás TA, Salzano FT, Rios SR. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: Philippi ST, Alvarenga M, editores. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri, SP: Manole; 2004. p. 39-62.

Cotrufo P, Barreta V, Monteleone P, Maj M. Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 98: 112-5.

DAWBA [online]. DAWBA: Development and Well-Being Assessment [updated 2002 Feb 3, cited 2003a Oct 31]. What is the DAWBA? [about 2 screens]. Available from: URL: <http://www.dawba.com/a0.html>

DAWBA [online]. DAWBA: Development and Well-Being Assessment [updated 2002 Mar 1, cited 2003b Oct 31]. Instruções para Aplicação do Questionário de Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA) [10 screens]. Available from: URL: <http://www.dawba.com/dawba/Portuguese/Cportug.pdf>

DAWBA [online]. DAWBA: Development and Well-Being Assessment [updated 2003 Apr 24, cited 2003c Oct 31]. Clinical rating: the human expertise at the heart of the system; [about 2 screens]. Available from: URL: <http://www.dawba.com/d0.html>

DAWBA [online]. Dawba: Development and Well-Being Assessment [updated 2002 Dec 29, cited 2003d Oct 31]. Paper versions of interviews and questionnaires in English and translation; [1 screen]. Available from: URL: <http://www.dawba.com/b1.html>

DePalma MT, Koszewski WM, Case JG, Barile RJ, DePalma BF, Oliaro SM. Weight control practices of lightweight football players. *Med Sci Sports Exerc.* 1993; 25:694-701.

Edelbrock C, Costello AJ. Structured psychiatric interviews for children. In: Rutter M, Tuma AH, Lann IS, editores. *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology.* New York: The Guilford Press; 1988. p.87-112.

Eisler I, Dare C, Russell GF, Szumkler G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 1997; 54: 1025-30.

Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1978; 35: 837-44.

Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorders Examination. In: Fairburn CG, Wilson GT, editores. *Binge eating: nature, assesment and treatment.* 12^a ed. New York: The Guilford Press; 1993. p.317-60.

Fairburn CG, Begiln SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord.* 1994; 16: 363-70.

Fallon T, Schwab-Stone M. Determinants of reliability in psychiatric surveys of children aged 6 to 12. *J Child Psychol Psychiatry.* 1994; 35: 1391-1408.

Favaro A, Santonastaso P. Construction and validation of a new screening questionnaire for eating disorders: the inventory for the screening of eating disorders (ISED). *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2000; 9: 26-35.

Fichter MM, Elton M, Engel K, Meyer AE, Mall H, Potska F. Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa (SIAB): development of a new instrument for the assesment of eating disorders. *Int J Eating Dis.* 1991; 10: 571-92.

Fisher PW, Shaffer D, Piacentini JC, Lapkin J, Kafantaris V, Leonard I, Herzog DB. Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children 2nd edition (DISC-2.1) for specific diagnosis of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993; 32: 666-73.

Fleitlich-Bilyk B. *The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 year olds in the South East of Brazil* [tese]. Londres: Institute of Psychiatry Kings College London, University of London; 2002.

Fleitlich-Bilyk B, Scivoletto S. O que fazer de agora em diante? In: In: Fleitlich-Bilyk B, Andrade ER, Scivoletto S, Pinzon VD. *A Saúde Mental do Jovem Brasileiro*. São Paulo/SP: Edições Inteligentes; 2004. p. 141-174.

Fleitlich-Bilyk B, Andrade ER, Scivoletto S, Pinzon VD. Introdução. In: Fleitlich-Bilyk B, Andrade ER, Scivoletto S, Pinzon VD. *A Saúde Mental do Jovem Brasileiro*. São Paulo/SP: Edições Inteligentes; 2004. p. 17-21.

Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43: 727-34.

Ford T, Goodman R, Meltzer H. The british child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 1203-11.

Fosson A, Knibbs J, Bryant-Waugh R, Lask B. Early onset anorexia nervosa. *Arch Dis Child*. 1987; 62: 114-8.

Freitas S, Gorenstein C, Appolinário JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(Supl III): 34-8.

Fu-I L. Depressão e anorexia nervosa e bulimia na infância e na adolescência. In: Busse SR, editor. *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri, SP: Manole; 2004. p. 161-81.

Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EAG. IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º. e 2º. graus em dez capitais brasileiras – 1997. São Paulo: Cebrid-Unifesp, 1997.

Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB. Bulimia nervosa in a canadian community sample: Prevalence and Comparison of Subgroups. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 1052-8.

Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979; 9: 273-9.

Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. The development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983; 2: 15-34.

Garner DM. Measurement of Eating Disorder Psychopathology. In: Fairburn CG, Brownell KD, editores. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. 2ª ed. New York: The Guilford Press; 2002. p.141-6.

Go AS. Refyning probability: an introduction to the use of diagnostic tests. In: Friedland DJ, Go AS, Davoren JB, Shlipak MG, Bent SW, Subak LL, Mendelson T, editores. *Evidence-Based Medicine. A Framework for Clinical Practice*. Connecticut: Appleton & Lange; 1998. p. 11-33.

Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41: 645-55.

Gross J, Rosen JC, Leitenberg H, Willmuth ME. Validity of the Eating Attitudes Test and the Eating Disorders Inventory in bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*. 1986; 54: 875-6.

Harrington R, Hill J, Rutter M, John K, Fudge H, Zoccolillo M, Weissman MM. The assessment of lifetime psychopathology: a comparison of two interviewing styles. *Psychol Med*. 1988; 18: 487-493.

Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 18-24.

Herjanic B, Reich W. Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 1982; 10: 307-324.

Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, Selwyn SE, Ekeblad ER. Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38: 829-37.

Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, Blais MA, Keller MB. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord.* 2000; 28: 20-6.

Hoek HW. Distribution of Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editores. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook.* 2ª ed. New York: The Guilford Press; 2002. p.233-7.

Hoek HW, Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2003; 34: 383-96.

Jacobs BW, Isaacs S. Prepubertal anorexia nervosa: A retrospective controlled study. *J Child Psychol Psychiatry.* 1986; 27: 237-50.

Johnson WG, Grieve FG, Adams CD, Sandy J. Measuring binge eating in adolescents: adolescent and parent versions of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *Int J Eat Disord.* 1999; 26: 301-14.

Johnson WG, Kirk AA, Reed A. Adolescent version of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns: reliability and gender differences. *Int J Eat Disord.* 2001; 29: 94-6.

Johnson-Sabine E, Wood K, Patton G, Mann A, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: factors

associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychol Med.* 1988; 18: 615-22.

Kuczynski E. Anorexia nervosa (AN): diagnóstico diferencial com outras condições clínicas. In: Busse SR, editor. *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri, SP: Manole; 2004. p. 127-42.

Kurtzman FD, Yager J, Landsverk J, Wiesmeier E, Bodurka DC. Eating disorders among female student populations at UCLA. *J Am Diet Assoc.* 1989; 89: 45-53.

Lucas A, Beard C, O'Fallon W, Kurland L. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population based study. *Am J Psychiatry.* 1991; 148: 917-22.

Luce KH, Crowther JH. The reliability of the Eating Disorder Examination – self-report questionnaire version (EDE-Q). *Int J Eat Disord.* 1999; 25: 349-51.

Maloney M, McGuire J, Daniels S. Reliability testing of a children's version of the eating attitude test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988; 28: 541-3.

Mitrany E, Lubin F, Chetrit A, Modan B. Eating disorders among jewish female adolescents in Israel: a 5-Year Study. *J Adolesc Health.* 1995; 16: 454-7.

Morandé, G.; Celada, J.; Casas, J. J. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health Care*. 1999; 24: 212-9.

Moya T, Fleitlich-Bilyk B. Lista de espera para tratamento de transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003; 25: 259-60.

Moya T. Transtornos alimentares no pronto-socorro. *Revista Diagnóstico & Tratamento*. 2003; 8: 20-30.

Moya T, Cordás TA, Lafer B. Comorbidity of anorexia nervosa and bipolar disorder in early adolescence. *Bipolar Disord*. 2004; 6:442-3.

Nakamura K, Yamamoto M, Yamazaki O, Kawashima Y, Muto K, Someya T, Sakurai K, Nozoe S. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *Int J Eat Disord*. 2000; 28: 173- 80.

Nasser M. Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1994; 29: 25-30.

Nichter M. Fat Talk. In: Nichter M. *Fat talk: what girls and their parents say about dieting*. Massachusetts: Harvard University Press; 2000a. p.45-67.

Nichter M. Barbie and Beyond. In: Nichter M. *Fat talk: what girls and their parents say about dieting*. Massachusetts: Harvard University Press; 2000b. p.1-14.

Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psych Clin North Am.* 2001; 24: 201-14.

Nobakht M, Dezhkam M. An Epidemiological Study of Eating Disorders in Iran. *Int J Eat Disord.* 2000; 28: 265-71.

Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA, Somenzi L, Pinheiro A. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL.* 1994; 16: 7-10.

Nunes MA, Barros FC, Anselmo Olinto MT, Camey S, Mari JD. Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study. *Eat Weight Disord.* 2003; 8: 100-6.

O'Dea JA, Abraham S. Knowledge, beliefs, attitudes, and behaviors related to weight control, eating disorders, and body image in Australian trainee home economics and physical education teachers. *J Nutr Educ.* 2001; 33: 332-40

Orvaschel H, Puig-Antich P, Chambers W, Tabrizi MA, Johnson R. Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-E. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1982; 21: 392-7.

Palmer R, Christie M, Cordle C, Davies D, Kenrick J. The clinical eating disorder rating instrument (CEDRI): a preliminary description. *Int J Eating Dis.* 1987; 6: 9-16.

Passi VA, Bryson SW, Lock J. Assessment of Eating Disorders in Adolescents with Anorexia Nervosa: Self-Report Questionnaire Versus Interview. *Int J Eat Disord.* 2003; 33: 45-54.

Reich W. Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000; 39: 59-66.

Robins LN, Helzer JE, Ratcliff KS, Seyfried W. Validity of the Diagnostic Interview Schedule, Version II: DSM-III diagnosis. *Psychol Med.* 1982; 12: 855-870.

Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, Sanjuán L, Vila M. Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders: A Two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 Years. *Int J Eat Disord.* 2003; 34: 281-91.

Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Sempé M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Body mass index variation: centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr.* 1991; 45: 13-27.

Rutter M, Sandberg S. Epidemiology of Child Psychiatric Disorder: Methodological Issues and Some Substantive Findings. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1985; 15: 209-33.

Schwab-Stone M, Fallon T, Briggs M, Crowter B. Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years; a test-retest reliability study of the diagnostic Interview Schedule for Children-Revised. *Am J Psychiatry.* 1994; 151: 1048-54.

Selzer R, Bowes G, Patton G. When Is an Adolescent Too Thin? *Am J Psychiatry.* 1995; 152: 813-4.

Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G, Regier DA. The NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996; 35: 865-77.

Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000; 39: 28-38.

Simonoff E, Pickles A, Meyer J, Silbert J, Maes HH, Loeber R, Rutter M, Hewitt JK, Eaves LJ. The Virginia Twin study of adolescent behavioral development: influences

of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54: 801-8.

Slade PD. A short anorexic behaviour scale. *Br J Psychiatry*. 1973; 122: 83-85.

Smolak L, Levine MP. Psychometric Properties of the Children's Eating Attitudes Test. *Int J Eat Disord*. 1994; 16: 275-82.

Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras S, Mitchell J, Nonas C. Binge eating disorder: A multi-site field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*. 1992; 11: 191-203.

Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Horne RL. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*. 1993; 13: 137-153.

Steiner H, Lock J. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 352-9.

Steinhausen H, Winkler C, Meier M. Eating Disorders in a Swiss Epidemiological Study. *Int J Eat Disord*. 1997; 22: 147-51.

Striegel-Moore RH. The impact of pediatric obesity treatment on eating behavior and psychologic adjustment. *J Pediatr*. 2001; 139: 13-4.

Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 1073-4.

Sullivan PF. Course and Outcome of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editores. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*, 2^a. ed. New York: The Guilford Press; 2002. p.226-30.

Tanofsky-Kraff M, Morgan CM, Yanovski SZ, Marmarosh C, Wilfley DE, Yanovski J. A. Comparison of Assessments of Children's Eating-Disordered Behaviors by Interview and Questionnaire. *Int J Eat Disord*. 2003; 33: 213-24.

Treasure J. Eating disorders. In: Murray R, Hill P, Mc Guffin P, ed. *The essentials of postgraduate psychiatry*, 3rd. ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1997.

Vandereycken W. Validity and Reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 85: 163-6.

Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiat*. 2001; 42: 963-70.

Welner Z, Reich W, Herjanic B, Jung KG, Amado H. Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987; 26: 649-53.

Whitaker A, Davies M, Shaffer D, Johnson J, Abrams S, Walsh B, Kalikow K. The struggle to be thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychol Med*. 1989; 19: 143-63.

WHO – World Health Organization. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993: p. 173-6.

WHO – World Health Organization. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Critérios Diagnósticos para Pesquisa*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998: p.128-9.

Williamson DA. *Assesment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press; 1990. p.29-79.

Zuckerfeld R, Fuchs A, Cormillot A. Characterization and detection of bulimia in the city of Buenos Aires. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 1988; 34: 298-302.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CrITÉrios diagnÓsticos de anorexia nervosa segundo o

DSM-IV e a CID-10 Pesquisa

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVOSA DO DSM-IV (APA, 1995)

- A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85 % do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85 % do esperado).
- B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.
- C. Perturbação do modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
- D. Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex., estrógeno).

Especificar tipo:

Tipo Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tipo Compulsão Periódica/ Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVOSA DA CID-10 PESQUISA (WHO, 1998)

- A. Há perda de peso ou, em crianças, uma falta de ganho de peso, levando a um peso corporal pelo menos 15 % abaixo do normal ou do peso esperado para a idade e altura.
- B. A perda de peso é auto-induzida pela evitação de “comidas que engordam”.
- C. Há uma auto-percepção de estar muito gordo (a), com um pavor intrusivo de engordar, o qual leva a um baixo limiar de peso auto-imposto.
- D. Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréticas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como pílula contraceptiva).
- E. O transtorno não satisfaz os critérios A e B para bulimia nervosa (F50.2).

Comentários:

Os seguintes aspectos corroboram o diagnóstico, mas não são elementos essenciais: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

Se o início é pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia.

APÊNDICE B

Critérios diagnósticos de bulimia nervosa segundo

o DSM-IV e a CID-10 Pesquisa

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVOSA DO DSM-IV (APA, 1995):

- A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos:
 - (1) ingestão em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar sob circunstâncias similares;
 - (2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo).
- B. Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
- C. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.
- D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.
- E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Especificar tipo:

Tipo Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tipo Sem Purgação: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVOSA DA CID-10 PESQUISA (WHO, 1998):

- A. Há episódios recorrentes de hiperfagia (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses) nos quais grandes quantidades de comida são consumidas em curtos períodos de tempo.
- B. Há uma preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou sentimento de compulsão a comer.
- C. O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” da comida por meio de um ou mais dos seguintes:
 - (1) vômitos auto-induzidos
 - (2) purgação auto-induzida
 - (3) períodos alternados de inanição
 - (4) uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos, quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem optar por negligenciar seu tratamento insulínico.
- D. Há uma auto-percepção de estar muito gordo(a), com um pavor intrusivo de engordar (usualmente levando a baixo peso).

APÊNDICE C

Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo de um teste

(Go, 1998)

Um dos pré-requisitos para a compreensão dos conceitos de sensibilidade e especificidade de um teste é o entendimento da tradicional tabela 2 x 2 abaixo.

Tabela 21. Tabela 2 x 2 para um teste diagnóstico dicotômico – adaptada de Go 1998

		DOENÇA		Total
		Presente	Ausente	
RESULTADO DO TESTE	Positivo	a (1)VP	b (3)FP	a + b
	Negativo	c (2)FN	d (4)VN	c + d
Total		a + c	b + d	a + b + c + d

(1) VP = verdadeiro positivo. (2) FN = falso negativo. (3) FP = falso positivo.
(4) VN = verdadeiro negativo.

SENSIBILIDADE: é a proporção de indivíduos com a doença que têm resultados positivos no teste. Na tabela 21 seria $a/(a+c)$, ou seja, $VP/VP+FN$.

ESPECIFICIDADE: é a proporção de indivíduos sem a doença que têm resultados negativos para o teste. Na tabela 21 seria $d/(b+d)$, ou seja, $VN/FP+VN$.

VALOR PREDITIVO POSITIVO: é a proporção de indivíduos com o teste positivo que têm a doença. Na tabela 21 seria $a/(a+b)$, ou seja, $VP/VP+FP$

VALOR PREDITIVO NEGATIVO: é a proporção de indivíduos com o teste negativo que não têm a doença. Na tabela 21 seria $d/(c+d)$, ou seja, $VN/FN+VN$