TATIANA MOYA

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

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

SÃO PAULO

2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Moya, Tatiana
Validação da Sessão de Transtornos Alimentares do *DAWBA* (Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes) / Tatiana Moya. -- São Paulo, 2006.
Tese(doutorado)--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-267/06

Aos meus pais Braz e Márcia que sempre me inspiraram com a paixão pela profissão e o amor à família.

Às minhas irmãs Patrícia e Mônica, grandes companheiras de infância e de risadas.

Ao meu marido Guillermo, companheiro de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às seguintes pessoas pelo apoio na elaboração desta tese:

Bacy Fleitlich-Bilyk que tornou possível esta tese acontecer.

Professor Francisco Lotufo Neto pela paciência, preciosa orientação e eterna disponibilidade.

Professor Robert Goodman pelo privilégio de continuar aprendendo com ele.

Táki Athanássios Cordás pelo suporte que deu à realização deste projeto dentro do AMBULIM e pelo estabelecimento do diagnóstico final do DAWBA nesta tese.

A equipe de coleta de dados da pesquisa: as entrevistadoras Fabiana Chamelet Nogueira, Patrícia Souza Focchi e Manoela Nicoletti pelo empenho, dedicação e energia na realização das entrevistas utilizando a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA; as psiquiatras Vanessa Pinzon e Bacy Fleitlich-Bilyk pelas entrevistas padrão-ouro realizadas semanalmente durante todo o ano de 2003.

A equipe do PROTAD com a qual passei excelentes momentos profissionais e pessoais, grande fonte de memórias deliciosas e objeto de muita saudade.

Ana Regina Castillo, Fernando Ramos Asbahr, Lee Fu I, Yu Kar Luiz Koda e Angélica Medeiros Claudino por terem aberto as portas de seus ambulatórios para a aplicação do instrumento desta tese.

Sérgio Baxter Andreoli, Cássio Bottino e Ricardo Moreno pelas críticas construtivas realizadas no exame de qualificação, que contribuíram para o aprimoramento deste trabalho.

A amiga Daiane Gregório Sampaio Bezerra e minha mãe, Márcia Regina Moya Martins, pelo papel fundamental que tiveram no recrutamento das meninas que vieram a contribuir como controles comunitários desta pesquisa.

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

A equipe do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia do Rio de Janeiro (IEDE), por me acolher e me dar a oportunidade de prosseguir com a pesquisa e assistência em transtornos alimentares num grupo de grande profissionalismo.

Cynthia Beisert Carneiro, grande amiga, artista e psiquiatra, pela arte da capa (Título: 'O prato nosso de cada dia' ; técnica: fotografia editada com *fotoshop*, 2006).

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).

As crianças e adolescentes que participaram desta pesquisa, sem a contribuição dos quais este trabalho não teria sido possível.

A normalização adotada nesta tese 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 A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 01

1.2 O DAWBA 02

1.3 As características da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 03

1.4 Criação e análise preliminar da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 06

1.5 Objetivos 07

Capítulo 2 Métodos 08

2.1 Sujeitos 08

2.2 Instrumento 09

2.3 Procedimentos 09

2.3.1 Amostra 09

2.3.2 Entrevistas 10

2.3.3 Entrevistadores 11

2.3.4 Programas de computador 11

2.3.5 Diagnóstico dos sujeitos 12

2.3.6 Aprovação do estudo pela Comissão de Ética e Termos de Consentimento 16

2.3.7 Análise estatística 16

Capítulo 3 Resultados 20

3.1 Idade dos sujeitos participantes 20

3.2 Concordância dos diagnósticos do DAWBA com o padrão-ouro 21

3.3 Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo dos diagnósticos da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 22

3.4 Confiabilidade teste-reteste 23

3.5 Média das pontuações nas questões de rastreamento nos diferentes grupos 24

3.6 Pontos de corte nas questões de rastreamento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 26

3.7 Sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo das questões de rastreamento 30

3.8 Consistência interna das questões de rastreamento 30

Capítulo 4 Discussão 32

4.1 Discussão dos resultados 32

4.1.1 Idade dos sujeitos participantes 32

4.1.2 Validade concorrente dos diagnósticos pela Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 32

4.1.3 Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo dos diagnósticos da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 33

4.1.4 Confiabilidade teste-reteste 34

4.1.5 Média das pontuações nas questões de rastreamento nos diferentes grupos de pesquisa 35

4.1.6 Melhores pontos de corte, sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo nas questões de rastreamento 35

4.1.7 Consistência interna das questões de rastreamento 37

4.2 Discussão das limitações 37

4.3 Comparação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA com outros instrumentos 38

4.3.1 O DAWBA e a "Diagnostic Interview Schedule for Children", 2ª. Edição (DISC-2.1) 39

4.3.2 A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA e o "Child Version of the Eating Disorder Examination" (ChEDE) 40

4.3.3 A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA e o "Schedule for Affective Disorders and Schizofrenia for School-Age Children" (K-SADS) 43

4.3.4 A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA e outros instrumentos de rastreamento de transtornos alimentares na infância e na adolescência 44

4.4 Conclusão 45

4.5 Considerações finais 45

Anexos 47

Referências bibliográficas 99

Apêndices

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Idade das participantes no estudo de validação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 20

Tabela 2 Concordância dos diagnósticos final do DAWBA e preliminar do computador com o padrão-ouro 21

Tabela 3 Índices psicométricos do diagnóstico final do DAWBA e preliminar do computador quando comparados com o padrão-ouro (n=174) 22

Tabela 4 Concordância teste-reteste do diagnóstico final do DAWBA e preliminar do computador (idênticos para DSM-IV e CID-10) 23

Tabela 5 Análise descritiva das pontuações das meninas e seus pais nos diferentes grupos nas questões de rastreamento 24

Tabela 6 Níveis descritivos (p) do teste de Tukey 25

Tabela 7 Erros e acertos de classificação das meninas em casos de transtornos alimentares, para valores de corte iguais a 2 ou 3 nas questões de rastreamento, segundo as respostas das meninas e seus pais 29

Tabela 8 Análise de confiabilidade das questões de rastreamento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 31

Tabela 9 Comparação das propriedades psicométricas da sessão de rastreamento de transtornos alimentares do DAWBA com outros instrumentos rastreadores de transtornos alimentares na infância e adolescência 45

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA) – Questionário para meninas entre 11 e 17 anos – Sessão P: Alimentação, Peso e Forma Corporal 47

ANEXO B Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA) – Questionário para pais – Sessão P: Alimentação, Peso e Forma Corporal 55

ANEXO C Cartas ao Editor da Revista Brasileira de Psiquiatria comentando a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 63

ANEXO D Convite para participação de voluntários em projeto de pesquisa 65

ANEXO E E-mail convite para participação de voluntários em projeto de pesquisa 66

ANEXO F Protocolo para diagnóstico final DAWBA utilizando os relatórios fornecidos pelo programa de computador da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, segundo o DSM-IV 67

ANEXO G Protocolo para diagnóstico final DAWBA utilizando os relatórios fornecidos pelo programa de computador da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, segundo a CID-10 Pesquisa 77

ANEXO H Exemplo de relatório fornecido pelo programa de computador da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 85

ANEXO I Ficha utilizada pelo especialista para anotar o diagnóstico padrão-ouro 87

ANEXO J Ficha utilizada pelo especialista para anotar o diagnóstico realizado através da análise do relatório 88

ANEXO K Termo de consentimento livre e esclarecido 89

ANEXO L Artigo publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria com os dados da tese. Título: 'The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA): development and validation 92

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Representação esquemática do processo diagnóstico da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 5

Figura 2 Representação esquemática do estudo para investigação da validade e confiabilidade da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA 15

Figura 3 Gráfico de probabilidade normal da soma dos pontos nas cinco questões de rastreamento 25

Figura 4 Gráfico de caixas da soma dos pontos nas cinco questões de rastreamento, construído com as respostas das meninas 26

Figura 5 Curva ROC construída com as respostas das meninas nas questões de rastreamento..... 27

Figura 6 Gráfico de caixas da soma dos pontos nas cinco questões de rastreamento, construído com as respostas dos pais 27

Figura 7 Curva ROC construída com as respostas dos pais nas questões de rastreamento..... 28

Figura 8 Parte de relatório a ser utilizado pelo especialista em transtornos alimentares para estabelecer o diagnóstico final do DAWBA. Este trecho mostra o resumo das respostas a algumas questões estruturadas. (Anexo H) 85

Figura 9 Parte de relatório a ser utilizado pelo especialista em transtornos alimentares para estabelecer o diagnóstico final do DAWBA. Este trecho mostra as respostas às questões abertas (onde o sujeito entrevistado expressa o problema com suas próprias palavras). (Anexo H) 86

LISTA DE ABREVIATURAS

AN	anorexia nervosa
BN	bulimia nervosa
cap.	capítulo
ed.	edição
et al.	e outros
IMC	índice de massa corpórea
nº.	número
p.	página
rev.	revista
TA	transtorno alimentar
TAs	transtornos alimentares
TANE	transtorno alimentar não especificado em outra sessão (abreviatura também utilizada nesta tese para referir-se a "síndromes parciais")
TCAP	transtorno de compulsão alimentar periódica
TOC	transtorno obsessivo-compulsivo
tr.	transtorno
VPN	valor preditivo negativo
VPP	valor preditivo positivo

LISTA DE SÍMBOLOS

cm	centímetro
kg	quilograma
kg/m^2	quilograma por metro quadrado
m	metro
m^2	metro quadrado
>	maior que
<	menor que
≥	maior ou igual que
≤	menor ou igual que
=	igual a
%	porcentagem

LISTA DE SIGLAS

ABOS	"ANORETIC BEHAVIOR OBSERVATION SCALE"
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
CAPPESQ	COMISSÃO DE ÉTICA PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA
CHEAT	"CHILDREN EATING ATTITUDES TEST"
CHEDE	"CHILD VERSION OF THE EATING DISORDER EXAMINATION"
CID - 10	CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - 10, WHO

DAWBA	"DEVELOPMENT AND WELL-BEING ASSESSMENT"
DISC	"DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN"
DISC-2.1	"DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN", 2A. EDIÇÃO
DSM-IV	MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 4A. EDIÇÃO
FAPESP	FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO
FMUSP	FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HC	HOSPITAL DAS CLÍNICAS
ICR	INSTITUTO DA CRIANÇA
IPQ	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
ISED	"INVENTORY FOR THE SCREENING OF EATING DISORDERS"
PROATA	PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

PROTAD	PROJETO DE ATENDIMENTO, ENSINO E PESQUISA EM TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA, DO AMBULIM, DO IPQ-HCFMUSP
PROTOC	PROJETO TRANSTORNO DO ESPECTRO OBSESSIVO-COMPULSIVO
SCOFF	'SCOFF QUESTIONNAIRE'
SEPIA	SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO IPQ/ HCFMUSP
UNIFESP	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
USP	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
WHO	"WORLD HEALTH ORGANIZATION"

RESUMO

Moya T. *Validação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA (Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes)* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 103p.

Esta tese teve por objetivo validar e pesquisar a confiabilidade da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA ("Development and Well-Being Assessment"), um pacote de entrevistas e técnicas de avaliação planejado para ser aplicado por entrevistadores sem experiência clínica prévia, para rastrear e diagnosticar transtornos alimentares em crianças e adolescentes do sexo feminino, de 7 a 17 anos, em estudos epidemiológicos. Participaram deste estudo 174 crianças e adolescentes de 8 a 17 anos, do sexo feminino, procedentes de três grupos: (1) 48 meninas com transtornos alimentares; (2) 55 controles clínicos – 21 em tratamento para depressão unipolar, 14 em tratamento para transtorno obsessivo-compulsivo e 20 em tratamento para doença gastrointestinal – e (3) 71 controles comunitários. Um dos pais de cada menina também foi entrevistado com o instrumento. Foram eleitos sujeitos destes três grupos para pesquisar a validade discriminante do instrumento quanto à sua capacidade de diferenciar jovens com transtornos alimentares e outros transtornos físicos ou psiquiátricos mimetizantes. O diagnóstico da presença ou não de transtorno alimentar – anorexia e bulimia nervosas e síndromes parciais - em cada sujeito, foi gerado utilizando-se três métodos diferentes independentes: (1) diagnóstico padrão-ouro, baseado no DSM-IV e CID-10, estabelecido através de entrevista clínica livre do pai e da menina juntos, realizada por psiquiatra infantil especialista em transtornos alimentares, cego para o grupo de origem da menina; (2)

diagnóstico preliminar do computador gerado por algoritmo específico baseado na CID-10 e DSM-IV levando em considerando a informação estruturada coletada pelo instrumento e (3) diagnóstico final DAWBA, estabelecido por especialista treinado, baseado na CID-10 e DSM-IV, através da revisão cuidadosa dos relatórios fornecidos pelo software DAWBA com o resumo das informações colhidas com o instrumento. A validade concorrente dos diagnósticos DAWBA (preliminar do computador e final) foi pesquisada mediante comparação com o diagnóstico padrão-ouro. A confiabilidade teste-reteste foi pesquisada reaplicando o instrumento duas ou três semanas após a primeira utilização, em 55 sujeitos (7 com transtornos alimentares, 20 controles clínicos e 28 controles comunitários). Os aplicadores estiveram cegos (tanto no teste quanto no reteste) para o grupo de origem do sujeito. Pesquisou-se a consistência interna (*Alfa de Crombach*) e os melhores pontos de corte das cinco questões de rastreamento, bem como sua sensibilidade e especificidade. Houve diferença significativa na média de idade entre os grupos com transtornos alimentares (média de 16,0 anos) e controles clínicos (média de 14,5 anos). Para a detecção de qualquer transtorno alimentar segundo o DSM-IV e a CID-10, o diagnóstico final pelo DAWBA apresentou sensibilidade de 100% e especificidade de 94%. Houve boa concordância teste-reteste (Kappa de 0,81) e boa consistência interna das questões de rastreamento, sendo o *Alfa de Crombach* de 0,76 na entrevista com as meninas e 0,81 na entrevista dos pais. Os melhores pontos de corte nas questões de rastreamento foram de dois e três, observando que, para um ponto de corte de três a sensibilidade foi de 89,8% em ambas as entrevistas (meninas e pais) e a especificidade de 85,6% na entrevista das meninas e 85,5% na entrevista dos pais. Foram limitações do estudo a diferença significativa na média de idade

entre os grupos 'com transtornos alimentares' e 'controles clínicos', a não inclusão de crianças com transtornos alimentares menores de 11 anos e a impossibilidade de estabelecer comparações entre os grupos com relação a variáveis sócio-econômicas. Desta forma, pode-se concluir com o presente estudo que a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA apresenta boa validade e confiabilidade no rastreamento e diagnóstico de transtornos alimentares em crianças e adolescentes do sexo feminino e tem aplicabilidade tanto em pesquisa clínica quanto em estudos epidemiológicos comunitários.

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. *Validation of The Eating Disorders Section of the DAWBA (Development and Well-Being Assessment)* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2006. 103p.

This thesis concerns the validation and investigation of the reliability of The Eating Disorders Section of The Development and Well-Being Assessment (DAWBA), a package of interviews and assessment techniques designed to be administered by trained interviewers without previous experience in eating disorders, for screening and diagnosis in epidemiological studies of eating disorders in female children and adolescents, from 7 to 17 years old. This study was carried out with the participation of 174 female children and adolescents, from 8 to 17 years old, recruited from three groups: (1) 48 girls with eating disorders; (2) 55 clinical controls – 21 in treatment for unipolar depression, 14 for obsessive compulsive disorder and 20 for gastrointestinal disease – and (3) 71 community controls. One of the parents of each girl was also interviewed with the measure. Subjects were recruited from the three groups to assess the discriminant validity of the measure concerning its ability in discriminate girls with eating disorders from other mimicking psychiatric or physic disorders. The diagnosis of the presence or not of eating disorder in each subject – anorexia, bulimia nervosa and partial syndromes – was made using three different independent methods – (1) gold standard diagnosis, based on DSM-IV and ICD-10, assigned through free clinical interview of the parent and the girl together, made by a child and adolescent psychiatrist specialized in eating disorders, blind to the group of origin of the girl; (2) preliminary computer diagnosis, generated by a

specific algorithm based on ICD-10 and the DSM-IV, using the structured information collected with the measure and (3) final DAWBA diagnosis, established by a trained specialist, based on DSM-IV and ICD-10, through the careful review of the information on the reports provided by the DAWBA software, containing the abstracts of the information collected by the measure. The concurrent validity of the DAWBA diagnoses (computer preliminary and final) was assessed through the comparison with the gold standard. The test-retest reliability was assessed reassessing 55 subjects (7 with eating disorders, 20 clinical controls and 28 community controls) with the measure two or three weeks after the first assessment. The DAWBA interviewers were blind (both in test and retest) for the origin group of the subject. Internal consistency (*Crombach Alpha*), best cutoffs in the screening questions, sensibility and specificity were assessed. There was a significant difference in mean age between the eating disorder (mean = 16 years) and clinical control (mean = 14,5 years) groups. For the detection of any eating disorder according the DSM-IV and ICD-10, the final DAWBA diagnosis presented sensibility of 100% and specificity of 94%. There was good test-retest agreement (Kappa = 0,81) and good internal consistency in the screening questions, being the *Crombach Alpha* of 0,76 in the girls interview and 0,81 in the parent interview. The best cutoffs on the screening questions were two and three, noting that for a cutoff of three the sensibility was 89,8% in both interviews (girls and parents) and the specificity was 85,6% for the girls interview and 85,5% for the parent interview. The significant difference in mean age between the eating disorder and clinical control groups, not including children with eating disorders younger than 11 years old and the absence of comparisons of social economic variables between groups were

limitations of this study. In summary, the present study shows that The Eating Disorders Section of the DAWBA has good validity and reliability for the screening and diagnosis of female children and adolescents with eating disorders and has applicability both in clinical and community settings.

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 A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA (*Development and Well-Being Assessment*, em português: "Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes") é uma entrevista clínica padronizada (veja entrevistas nos Anexos A e B), criada para rastrear e diagnosticar transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas e síndromes parciais) em meninas de 7 a 17 anos, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 1995; Apêndices A e B) e CID-10 (WHO, 1998; Apêndices A e B). Trata-se de instrumento elaborado para ser aplicado por indivíduo treinado, sem experiência clínica prévia em transtornos alimentares (TAs), em estudos epidemiológicos (Moya, 2004). É constituído de uma entrevista para um dos pais e outra, muito similar, para a menina, caso esta tenha 11 anos ou mais (Anexos A e B). Não se aplica a entrevista em crianças menores de 11 anos, em função da dificuldade de se obter dados confiáveis nesta faixa etária (Goodman et al., 2000; Fallon e Schwab-Stone, 1994; Schwab-Stone et al., 1994). Nesses casos entrevista-se apenas um dos pais (Moya, 2004)[*].

[*] Morgan CM e Claudino AM (2005) publicaram uma carta observando o fato da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA realizar o diagnóstico de transtorno alimentar entrevistando apenas um dos pais quando a criança tem menos de 11 anos. Esta carta e a carta-resposta dos autores do instrumento pode ser visualizada na íntegra no Anexo C.

Uma revisão extensa de outros instrumentos de rastreamento e diagnósticos de TAs em crianças e adolescentes está disponível na dissertação de mestrado da autora (Moya, 2004).

1.2 O DAWBA

O instrumento desta tese faz parte do DAWBA, um pacote maior de questionários, entrevistas e técnicas de avaliação, diagnósticos de transtornos psiquiátricos, segundo o DSM-IV e a CID-10, em crianças e adolescentes de 5 a 17 anos (Goodman et al., 2000)[*]. O DAWBA foi recentemente desenvolvido para ser aplicado em um estudo epidemiológico na Inglaterra, realizado em 1999, com 10.438 crianças e adolescentes de 5 a 15 anos (Ford et al., 2003) e já foi utilizado em dois estudos epidemiológicos no Brasil – em Taubaté e na Ilha de Maré (Goodman et al., 2005a; Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004; Fleitlich-Bilyk, 2002), em Bangladesh (Mullick e Goodman, 2005) e na Rússia (Goodman et al., 2005b). O DAWBA também foi utilizado em estudos epidemiológicos concluídos, porém ainda não publicados, na Noruega, Itália, Índia (Goa), em um novo estudo na Inglaterra (em 2004) e Iêmen e também em estudos que estão em andamento em Israel, Finlândia, China, Lituânia e Dinamarca[**].

[*] As demais sessões diagnósticas do DAWBA podem ser visualizadas na íntegra, em português, inglês e outros idiomas, no site www.dawba.com .
[**] Goodman, R. (Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King´s College, London). Comunicação pessoal, 2006.

1.3 As características da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

A Sessão de Transtornos Alimentares é a sessão P do DAWBA[*]. Ela é constituída de 28 itens iniciais (P1 a P28, Anexos A e B), que coletam, em sua maioria, informação estruturada. Quando determinados sintomas são identificados, os entrevistadores utilizam-se de questões semi-estruturadas e perguntas adicionais (M2P1 a M2P7, nos Anexos A e B) para que os entrevistados descrevam o problema com suas próprias palavras e as respostas discursivas são anotadas por extenso (Moya, 2004). 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 (Moya, 2004). 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 freqüência de crises bulímicas, comportamentos que visam perda de peso, comportamentos compensatórios, ciclos menstruais e 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 (Moya, 2004).

[*] O DAWBA possui uma série de sessões diagnósticas e a Sessão de Transtornos Alimentares é designada Sessão P. A Sessão A, por exemplo, investiga 'ansiedade de separação'; a Sessão B, 'medo de coisas ou situações específicas' e assim por diante. Essas sessões podem ser visualizadas na íntegra no site www.dawba.com no link http://www.dawba.com/dawba/Portuguese/Portuguese.pdf .

As informações obtidas de fontes diversas (meninas e pais) são digitadas e lidas por programas de computador, que fornecem: (1) relatórios de cada menina com resumo das informações colhidas e (2) diagnóstico alimentar preliminar, segundo um algoritmo de computador, que funciona como ponto de partida para que um clínico experiente em TAs faça uma avaliação e dê um diagnóstico definitivo, concordante ou não com aquele dado preliminarmente pelo computador (Moya, 2004; Goodman et al., 2000). Para estabelecimento do diagnóstico final, o clínico baseia-se nas seguintes informações: (1) diagnóstico provisório realizado pelo algoritmo do computador; (2) resumo das respostas às questões estruturadas dos pais e das meninas e (3) transcrição das respostas discursivas às questões semi-estruturadas. Combinando todas essas informações, o clínico faz dois julgamentos importantes: (1) quem priorizar (pai ou menina) no caso de informações discordantes; (2) quando atribuir diagnóstico "sem outra especificação" às meninas com dificuldades alimentares significativas, mas que não preenchem a totalidade dos critérios diagnósticos operacionais do DSM-IV e/ou da CID-10 para anorexia ou bulimia nervosa (Moya, 2004). 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) (Figura 1).

Figura 1. Representação esquemática do processo diagnóstico da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA (figura reproduzida da referência Moya, 2004)

A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA também inclui uma versão 'on-line', onde crianças, adolescentes e pais podem responder à entrevista diretamente num computador, conectado à internet (DAWBA, 2006)[*].

1.4 Criação e análise preliminar da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

O instrumento, elaborado simultaneamente em português e inglês pela autora, por Bacy Fleitlich-Bilyk e por Robert Goodman, através de um estudo piloto em duas fases, foi tema da dissertação de mestrado da autora (Moya, 2004). A primeira fase do estudo piloto incluiu 45 indivíduos adultos e a segunda, 30 meninas. Os participantes do estudo piloto tinham TAs ou transtornos fisicos ou psiquiátricos que podem ser difíceis de distinguir de TAs, como depressão, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) ou distúrbios gastrointestinais (como Crohn, retocolite ulcerativa, etc.). Uma análise qualitativa, realizada durante as entrevistas conduzidas pela autora em ambas as fases do estudo piloto, permitiu a detecção e reformulação das questões problemáticas, de forma a maximizar a compreensão e melhorar a habilidade das questões em distinguir sintomas de TAs dos sintomas de outros transtornos físicos e psiquiátricos (Moya, 2004).

Das 15 questões de rastreamento do instrumento original, selecionou-se, mediante análise discriminante, qualitativa e de consistência interna, cinco questões consideradas mais adequadas e discriminantes de TAs para compor a sessão inicial

[*] Mais informações sobre a versão on-line do instrumento podem ser obtidas no site www.dawba.com

de rastreamento do instrumento (Moya, 2004). A idéia é que, se a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA dispuser de uma boa sessão de rastreamento de indivíduos de risco para TAs, é dispensável aplicar o restante da entrevista, o que reduziria de forma significativa o trabalho e, conseqüentemente, o custo financeiro dos estudos que empregarem o instrumento (Moya, 2004; Fleitilich-Bilyk, 2002).

Desta forma, a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA foi aprimorada em várias etapas de forma a se produzir sua versão final para estudos de validação. É essencial que ela tenha sua validade e confiabilidade investigadas na população-alvo antes de ser utilizada nos estudos epidemiológicos para os quais foi desenhada.

1.5 Objetivos

Investigar a validade e confiabilidade da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA em amostras clínicas e comunitária de crianças e adolescentes de 8 a 17 anos, do sexo feminino.

.

Capítulo 2

Métodos

2.1 Sujeitos

O estudo de validação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA foi realizado entrevistando-se, com o instrumento, 174 meninas de 8 a 17 anos, procedentes de 3 grupos: (1) 48 com TAs; (2) 55 controles clínicos - em tratamento para depressão unipolar (n=21), TOC (n=14) ou doença gastrointestinal (n=20) - e (3) 71 controles comunitários. Critérios adicionais de inclusão foram: viver na mesma residência com um dos pais (ou cuidador), que concordou em ser entrevistado. Os critérios de exclusão foram: gravidez ou dificuldades graves de comunicação da menina ou do pai. Meninas grávidas não foram incluídas no estudo para não criar variáveis de confusão em torno do sintoma amenorréia. A entrevista foi reaplicada em 55 meninas (7 com TAs, 20 controles clínicos e 28 controles comunitários), duas ou três semanas após, para investigar a confiabilidade teste-reteste.

Controles clínicos foram incluídos no estudo por três razões: (1) investigar se o instrumento seria capaz de diferenciar meninas com TAs daquelas com outros distúrbios físicos e psiquiátricos cujos sintomas poderiam mimetizar TAs; (2) manter os aplicadores do instrumento (entrevistadores) e avaliadores clínicos (que estabeleceram o diagnóstico padrão-ouro, como será esclarecido a seguir neste capítulo) cegos para o diagnóstico do sujeito, mesmo quando entrevistando meninas

emaciadas; (3) investigar quão útil o instrumento pode ser na prática clínica, onde freqüentemente é necessário distinguir TAs de síndromes mimetizantes.

Foram eleitos controles comunitários pela importância de verificar as propriedades psicométricas do instrumento neste tipo de amostra, já que a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA destina-se, essencialmente, à realização de estudos epidemiológicos em amostras comunitárias.

2.2 Instrumento

O instrumento aplicado foi a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA (Anexos A e B).

2.3 Procedimentos

2.3.1 Amostra

A amostra foi organizada mediante o recrutamento de voluntários através de contato telefônico com o responsável legal da menina, para agendamento de entrevista.

A amostra de meninas com TAs foi recrutada no Projeto de Atendimento, Ensino e Pesquisa de Transtornos Alimentares na Infância e na Adolescência do

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PROTAD/ IPq/ HCFMUSP). Foram entrevistadas meninas (e pais ou responsáveis legais) que estavam iniciando tratamento no serviço ou aguardando em lista de espera. Três meninas da lista de espera do PROTAD já haviam iniciado tratamento no Programa de Orientação e Assistência aos Pacientes com Transtornos Alimentares da Universidade Federal de São Paulo (PROATA/ UNIFESP) e também participaram do estudo.

A amostra de meninas com depressão foi recrutada no Ambulatório de Transtornos Afetivos do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (ATA/ SEPIA) do IPq/ HCFMUSP.

No Ambulatório de Tiques na Infância e na Adolescência do SEPIA, do Projeto Transtorno do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC) e no Ambulatório de Ansiedade na Infância e na Adolescência (AMBULANSIA) do IPq-HCFMUSP, foi recrutada a amostra de meninas com TOC.

Os controles clínicos com doença intestinal foram recrutados no Ambulatório de Gastroenterologia do Instituto da Criança (ICr) do HCFMUSP.

Os controles comunitários foram recrutados em escolas e entre funcionários do hospital através de comunicado impresso e e-mail (Anexos D e E).

2.3.2 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas no IPq-HCFMUSP, nas 4as. feiras pela manhã, semanalmente, no ano de 2003. As entrevistas com o instrumento e as entrevistas

padrão-ouro foram sempre realizadas, nos pais e nas meninas, na mesma manhã. No caso dos sujeitos retestados com o instrumento, as entrevistas reteste também ocorriam numa mesma manhã, 2 ou 3 semanas após o teste. A cada dupla participante (pai/menina) foi oferecido reembolso das despesas com transporte e alimentação.

2.3.3 Entrevistadores

O estudo de validação contou com três entrevistadoras: duas psicólogas e uma residente de psiquiatria recém-graduadas. Todas foram treinadas para aplicar a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA e estiveram cegas para o grupo de origem do sujeito (TAs, controles clínicos ou controles comunitários). Nenhuma delas tinha experiência prévia com TAs.

Na reaplicação do instrumento (investigação de confiabilidade teste-reteste), utilizou-se uma entrevistadora diferente daquela da primeira entrevista, também cega para o grupo de origem da participante.

2.3.4 Programas de computador

A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA possui três programas de computador específicos para auxiliar a organização e análise dos dados colhidos com o instrumento (Moya, 2004). São eles:

(1) programa para entrada de dados colhidos dos sujeitos da pesquisa.

(2) programa que fornece relatórios com resumos de todos os dados colhidos através das entrevistas com o instrumento (exemplo de parte de um relatório pode ser visto no Anexo H).

(3) programa com algoritmo diagnóstico, que fornece um diagnóstico alimentar preliminar.

Estes três programas foram utilizados no processo de validação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA.

2.3.5 Diagnósticos dos sujeitos

O diagnóstico da presença ou não de TA (e do subtipo de TA –AN, BN ou síndrome parcial - quando presente) em cada sujeito do estudo de validação foi gerado utilizando-se três métodos diferentes, independentes entre si. São eles:

(1) Diagnóstico padrão-ouro: baseado na CID-10 e no DSM-IV, foi estabelecido através de uma entrevista clínica livre com o pai e a menina juntos, realizada por psiquiatra infantil especialista em TAs[*], que esteve cego para o grupo de origem da participante, com exceção dos nove primeiros sujeitos entrevistados com TAs, que já eram conhecidos no serviço onde o psiquiatra costumava trabalhar. Estes sujeitos já haviam iniciado tratamento no serviço no início da pesquisa e foram incluídos para obtenção de uma amostra maior

[*] Os diagnósticos padrão-ouro foram realizados por Bacy Fleitlich-Bilyk (médica psiquiatra, coordenadora geral do PROTAD) e Vanessa Pinzon (médica psiquiatra, coordenadora médica do PROTAD) e anotados na ficha do Anexo I.

de meninas com TAs. A entrevista padrão-ouro foi sempre conduzida após a entrevista com a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA com o objetivo de evitar interferências nos dados coletados pelo instrumento.

(2) Diagnóstico preliminar do computador: um algoritmo de computador gerou diagnósticos da presença ou não de TAs, baseados na CID-10 e DSM-IV, com base somente na informação estruturada coletada através da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA. O algoritmo foi construído com utilização de lógica combinatória (OU, E, NÃO, etc.) para gerar categorias ao invés de pontuações*.

(3) Diagnóstico final do DAWBA: estabelecido por um especialista em TAs treinado**, que estabeleceu diagnósticos baseados na CID-10 e DSM-IV, através da revisão cuidadosa das informações obtidas nas questões fechadas e abertas contidas nos relatórios. Este especialista também esteve cego para o grupo de origem do participante e tratava-se de profissional diferente do empregado no estabelecimento do diagnóstico padrão-ouro. Os diagnósticos da retestagem de 55 sujeitos com o instrumento para a pesquisa da confiabilidade teste-reteste foram estabelecidos com o mesmo método. Para auxiliar o especialista na leitura e avaliação dos relatórios fornecidos pelo computador, elaborou-se um protocolo de avaliação dos relatórios (Anexos F e G). Trechos de um relatório aos quais estes protocolos de avaliação se referem podem ser visualizados no Anexo H. O especialista em TAs, neste estudo de validação,

* Este algoritmo está incluído num programa de computador que pode ser utilizado para fins não lucrativos, em países em desenvolvimento, sem necessidade de pagar taxas. Veja informação adicional em www.dawba.com/f0.html .

** O especialista em transtornos alimentares que estabeleceu o diagnóstico final do DAWBA foi Táki Athanássios Cordás, médico psiquiatra coordenador geral do AMBULIM. Uma vez estabelecido o diagnóstico, o especialista anotou-o na ficha do Anexo J.

não se utilizou do diagnóstico preliminar do computador para estabelecer o diagnóstico final do DAWBA, ou seja, utilizou-se única e exclusivamente dos relatórios para realizá-lo. Optou-se por esta metodologia para se atingir o objetivo de validar simultaneamente o diagnóstico final do DAWBA e o preliminar do computador – realizados independentemente - ao compará-los com o diagnóstico padrão-ouro.

Uma representação esquemática do desenho do estudo desta tese, incluindo os três métodos de diagnóstico para cada sujeito citados anteriormente, pode ser visualizada na Figura 2 (página a seguir).

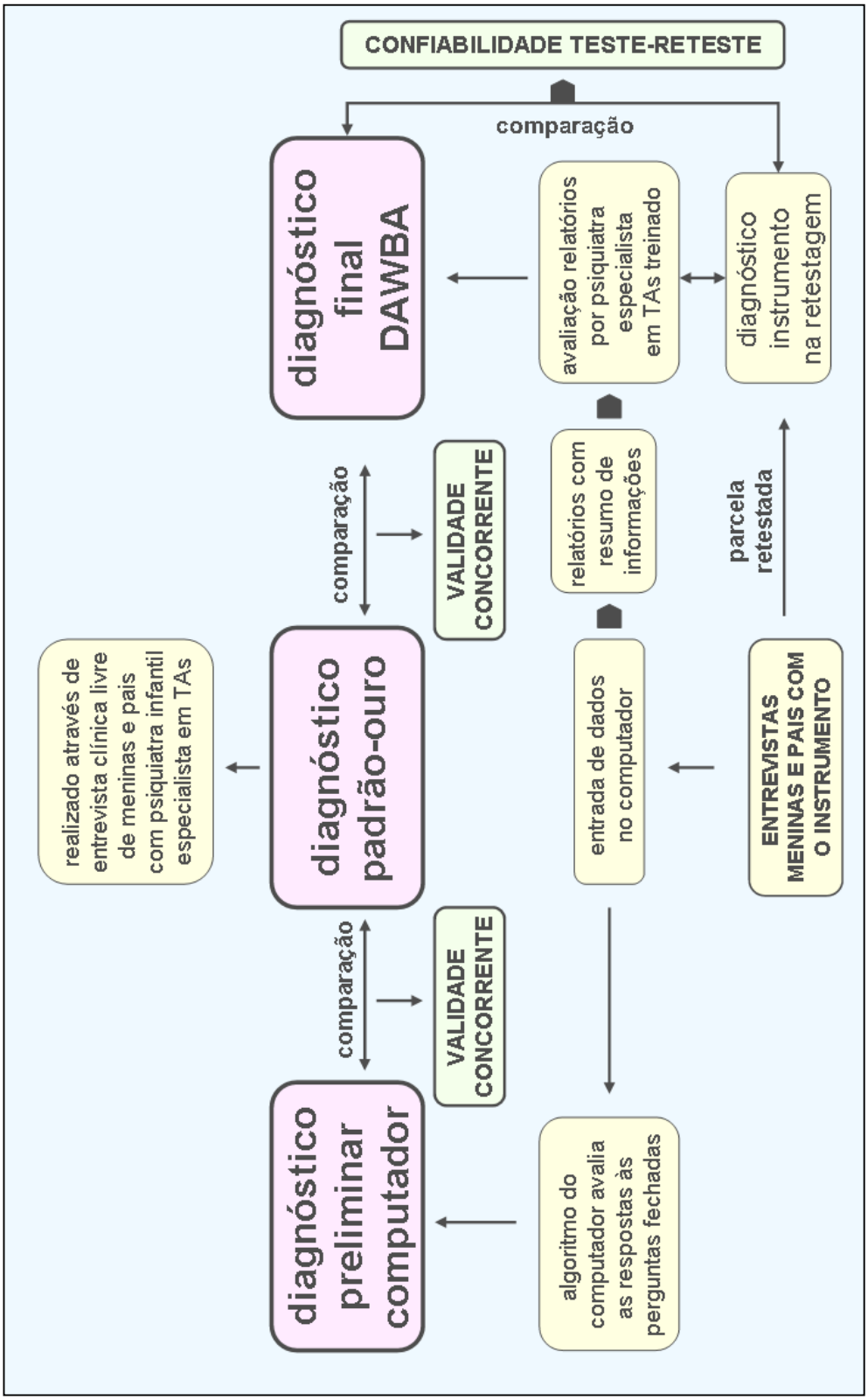


Figura 2. Representação esquemática do estudo para investigação da validade e confiabilidade da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

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

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

Foi solicitada a assinatura de um Termo de Consentimento do responsável legal da participante, antes do início da pesquisa (Anexo K).

2.3.7 Análise estatística

2.3.7.1 Idade dos sujeitos participantes

A diferença de idade dos sujeitos participantes nos três grupos da pesquisa (TAs, controles clínicos e controles comunitários) foi examinada com o teste de Brown Forsythe, porque as variâncias nas idades foram diferentes (o teste de Levene mostrou variâncias desiguais e portanto ANOVA não pode ser utilizada). Foram feitas comparações múltiplas das médias de idade dos grupos através do teste de Dunnet pois ele não assume que as variâncias são iguais.

2.3.7.2 Validade concorrente dos diagnósticos pela Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

Foi analisada a concordância entre os diagnósticos do DAWBA (preliminar do computador e final) e o padrão-ouro, utilizando-se a estatística Kappa para a concordância no diagnóstico exato (AN, BN, síndrome parcial ou ausência de TA).

2.3.7.3 Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo dos diagnósticos da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

A sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo (VPP) e negativo (VPN) foram calculados comparando os diagnósticos DAWBA (preliminar do computador e final) com o padrão-ouro. Para evitar células de valor pequeno, a análise considerou todos os TAs – AN, BN e síndromes parciais - conjuntamente (analisou-se dois grupos: com e sem TA).

2.3.7.4 Confiabilidade teste-reteste

A confiabilidade teste-reteste foi calculada utilizando-se coeficientes Kappa, considerando-se todos os TAs conjuntamente.

2.3.7.5 Médias das pontuações nas questões de rastreamento nos diferentes grupos

Para a análise da sessão de rastreamento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA foi definida a variável soma da pontuação nas suas questões (P1a + P1b + P1c + P1d + P1e). Chamou-se de pontuação do sujeito nas questões de rastreamento o resultado da soma dos seus pontos nestas questões. Um

sujeito que respondeu negativamente a todas as questões de rastreamento (baixo risco para TA) apresentou pontuação zero (mínima). Por outro lado, um sujeito que respondeu positivamente a todas as cinco questões de rastreamento (alto risco de TA) apresentou pontuação cinco (máxima).

Posteriormente, realizou-se uma análise descritiva das médias das pontuações nas questões de rastreamento dos três grupos do estudo (casos de TA, controles clínicos e controles comunitários). A seguir foi feita a análise de variância para pesquisar a diferença entre as médias e, por fim, o teste de Tukey para identificar os pares de grupos da pesquisa cujas médias diferiram entre si. As suposições de normalidade e homocedasticidade (variâncias iguais entre os grupos) foram verificadas, respectivamente, através do gráfico de probabilidade normal e do teste de Levene para certificar se era possível a realização da análise de variância.

Todas estas análises foram realizadas primeiramente levando em consideração as respostas das meninas e, posteriormente, as dos pais.

2.3.7.6 Identificação dos melhores pontos de corte nas questões de rastreamento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

Para a identificação de pontos de corte ótimos na pontuação nas questões de rastreamento foram construídos gráficos de caixa e curvas *receiver operating characteristic* (ROC) do desempenho nestas questões em cada grupo do estudo (com TA, controles clínicos e controles saudáveis). Tanto os gráficos de caixa quanto as curvas ROC foram construídos para as respostas das meninas e seus pais, separadamente.

2.3.7.7 Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo das questões de rastreamento

Os valores de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN das questões de rastreamento foram calculados utilizando-se os melhores pontos de corte estabelecidos e comparando o diagnóstico obtido com este método com o diagnóstico padrão-ouro. Essas análises também foram realizadas com as respostas das meninas e seus pais.

2.3.7.8 Consistência interna das questões de rastreamento

A consistência interna das questões de rastreamento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA (P1a a P1e, Anexos A e B) foi analisada calculando-se o *Alfa de Crombach*. Esta análise também foi realizada com as respostas das meninas e seus pais separadamente.

Capítulo 3

Resultados

Tanto as meninas quanto seus pais, na sua maioria, cooperaram com a entrevista. O tempo médio para responder ao instrumento foi de 20 minutos para os sujeitos sem TA e seus familiares e de 50 minutos para os indivíduos com TA e familiares.

3.1 Idade dos sujeitos participantes

Os três grupos de sujeitos participantes - com TA, controles clínicos e controles comunitários – diferiram em relação à idade (Tabela 1). No entanto, o teste de comparações múltiplas de Dunnet mostrou que a única diferença significante ocorreu entre os grupos com TA e controles clínicos.

Tabela 1 – Idades das participantes no estudo de validação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

GRUPO DA PESQUISA	N (2)	MÍN.	MÁX.	MED. (3)	MÉDIA	DP (4)	p (5)
com TA(1)	48	11,2	17,9	16,5	16,0	1,6	(6) 0,002
controles clínicos	55	10,8	17,9	15,1	14,5	2,4	
Controles comunitários	71	8,0	17,9	16,2	15,5	2,3	

NOTA: (1) TA = transtorno alimentar. (2) N = número de sujeitos participantes. (3) MED. = mediana. (4) DP = desvio padrão. (5) p = nível descritivo do teste. (6) valor de 'p' obtido com o teste de Brown Forsythe. Comparações múltiplas subseqüentes utilizando o teste de Dunnet não evidenciaram diferença entre as idades dos grupos 'com TA' e 'controles comunitários' (p=0,45) e entre as idades dos grupos 'controles clínicos' e 'controles comunitários' (p=0,07), porém revelaram diferença significativa entre as idades dos grupos 'com TA' e 'controles clínicos' (p=0,002).

3.2 Concordância dos diagnósticos do DAWBA com o padrão-ouro

A concordância entre os diagnósticos DAWBA (preliminar do computador e final) com o padrão-ouro pode ser vista na Tabela 2, onde foi analisada considerando o tipo específico de TA (AN, BN e síndromes parciais).

Tabela 2 – Concordância dos diagnósticos final do DAWBA e preliminar do computador com o padrão-ouro.

Procedimento diagnóstico DAWBA	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO PADRÃO-OURO			
		Sem (1) TA	(2) AN	(3) BN	(4) SP
Diagnóstico final DAWBA, DSM-IV	Sem TA	118	-	-	-
	Anorexia nervosa	-	9	-	1
	Bulimia nervosa	-	-	15	6
	Síndromes parciais	7	-	1	17
	concordância	91%			
	Kappa	0,82			
Diagnóstico preliminar computador, DSM-IV	Sem TA	114	-	-	3
	Anorexia nervosa	-	9	1	2
	Bulimia nervosa	2		12	7
	Síndromes parciais	9	-	3	12
	concordância	85%			
	Kappa	0,68			
Diagnóstico final DAWBA, CID-10	Sem TA	118	-	-	-
	Anorexia nervosa	-	7	2	1
	Bulimia nervosa	-	-	12	7
	Síndromes parciais	7	-	3	17
	concordância	89%			
	Kappa	0,76			
Diagnóstico preliminar computador, CID-10	Sem TA	114	-	-	4
	Anorexia nervosa	-	7	-	1
	Bulimia nervosa	1	-	11	5
	Síndromes parciais	10	-	6	15
	concordância	85%			
	Kappa	0,67			

NOTA: as células em cinza mostram o número de indivíduos com o diagnóstico DAWBA concordante com o padrão-ouro em cada categoria diagnóstica (sem TA, anorexia nervosa, bulimia nervosa, síndrome parcial).
(1) TA = transtorno alimentar. (2) AN = anorexia nervosa. (3) BN = bulimia nervosa. (4) SP = síndrome parcial.

3.3 Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo dos diagnósticos da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

Os valores de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN vistos na Tabela 3 foram calculados para a presença ou não de TA comparando os diagnósticos do DAWBA com o padrão-ouro. Não houve diferenças nos índices segundo o DSM-IV e a CID-10.

Tabela 3 - Índices psicométricos dos diagnósticos final do DAWBA e preliminar do computador quando comparados com o padrão-ouro (n = 174).

Procedimento diagnóstico DAWBA	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO OURO		ÍNDICES PSICOMÉTRICOS				
		sem TA	com TA	(6) k	(7) Sn	(8) Sp	(9) VPP	(10) VPN
(1) Final, DSM-IV	sem TA (5)	118	0	0,91	100	94	88	100
	com TA	7	49					
(2) Computador, DSM-IV	sem TA	114	3	0,81	94	91	81	97
	com TA	11	46					
(3) Final, CID-10	sem TA	118	0	0,91	100	94	88	100
	com TA	7	49					
(4) Computador, CID-10	sem TA	114	4	0,80	92	91	80	97
	com TA	11	45					

NOTA: As células em cinza mostram o número de sujeitos com o diagnóstico DAWBA concordante com o padrão-ouro em cada categoria diagnóstica (com e sem transtorno alimentar). O total de indivíduos com transtornos alimentares segundo o padrão-ouro é de 49 (e não de 48, como o número original do grupo com transtornos alimentares) pois uma jovem do grupo de controles clínicos (com depressão) foi diagnosticada na entrevista padrão-ouro como portadora de um transtorno alimentar.
(1) Diagnóstico final do DAWBA, DSM-IV. (2) Diagnóstico preliminar do computador, DSM-IV. (3) Diagnóstico final do DAWBA, CID-10. (4) Diagnóstico preliminar do computador, CID-10. (5) TA = transtorno alimentar. (6) k = valor de Kappa. (7) Sn = sensibilidade. (8) Sp = especificidade. (9) VPP = valor preditivo positivo. (10) VPN = valor preditivo negativo. Os valores de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN estão expressos em porcentagem.

3.4 Confiabilidade teste-reteste

O intervalo de tempo médio entre o teste e o reteste com o instrumento foi de 14,6 dias (mínimo de 14 dias e máximo de 21 dias). A concordância teste-reteste foi calculada para a presença ou ausência do diagnóstico de TA (tabela 4). Dos 11 sujeitos detectados inicialmente pelo diagnóstico final do DAWBA como portadores de TA, 8 foram confirmados no reteste. O diagnóstico final do DAWBA na fase de reteste não deixou de diagnosticar nenhum sujeito detectado pelo padrão-ouro como portador de TA e eliminou 3 dos 4 falso-positivos detectados na fase de teste*.

Tabela 4 – Concordância teste-reteste do diagnóstico final do DAWBA e preliminar do computador (idênticos para DSM-IV e CID-10)

TESTE	DIAGNÓSTICO FINAL DO DAWBA RETESTE		DIAGNÓSTICO PRELIMINAR DO COMPUTADOR RETESTE	
	sem TA	com TA	sem TA	com TA
sem (1) TA	44	-	44	1
com TA	3	8	3	7
(2) Concordância	95%		93%	
Kappa	0,81		0,74	

NOTA: as células em cinza mostram o número de sujeitos com diagnósticos concordantes no teste e reteste (com ou sem transtorno alimentar).
(1) TA = transtorno alimentar. (2) porcentagem de diagnósticos concordantes

* Os resultados das análises dos items 3.1 a 3.4 também foram publicados e discutidos no artigo do Anexo L.

3.5 Média das pontuações nas questões de rastreamento nos diferentes grupos

A análise das questões de rastreamento (neste e nos itens a seguir) considerou primeiramente a resposta das meninas e, posteriormente, a dos pais. Para esta análise, uma das meninas do grupo de controles clínicos (com depressão) foi reclassificada, pois teve um TA diagnosticado na entrevista clínica padrão-ouro.

A análise de variância detectou diferença significante nas médias das pontuações nas questões de rastreamento entre os três grupos da pesquisa (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise descritiva das pontuações das meninas e seus pais nos diferentes grupos nas questões de rastreamento

Respondente	Grupo	Méd.(4)	Med. (5)	DP (6)	Mín. (7)	Máx. (8)	N (9)	p (10)
MENINAS	com TA(1)	4,02	4	1,09	0	5	49	< 0,001
	contr. clín.(2)	1,12	1	1,13	0	4	51	
	contr. com.(3)	1,30	1	1,18	0	5	67	
PAIS	com TA	4,10	4	1,12	0	5	49	< 0,001
	contr. clín.	1,19	1	1,27	0	4	53	
	contr. com.	0,92	1	1,14	0	4	71	

NOTA: O total de indivíduos com transtornos alimentares é de 49 (e não de 48, como o número original do grupo com transtornos alimentares) pois uma menina do grupo de controles clínicos (com depressão) foi diagnosticada na entrevista padrão-ouro como portadora de transtorno alimentar. Apesar de terem participado do estudo 174 pais, consideramos na análise a resposta de 173 deles, excluindo uma mãe que deixou de responder a uma das questões de rastreamento.
(1) com TA = com transtorno alimentar. (2) contr. clín. = controle clínico. (3) contr. com. = controle comunitário. (4) Méd. = média. (5) Med.= mediana. (6) DP = desvio padrão. (7) Mín. = pontuação mínima no grupo. (8) Máx. = pontuação máxima no grupo. (9) N = número de sujeitos no grupo. (10) p = nível descritivo da análise de variância.

O teste de Tukey, utilizado para comparar as médias das pontuações dos grupos dois a dois, revelou que o grupo com TA apresenta média maior nas questões

de rastreamento que os grupos de controles clínicos e comunitários, que não diferem entre si (Tabela 6).

Tabela 6 – Níveis descritivos (p) do teste de Tukey

Comparação múltipla			p (menina)	p (pais)
com TA[1]	x	controles clínicos	< 0,001	< 0,001
	x	controles comunitários	< 0,001	< 0,001
controles comunitários	x	controles clínicos	0,669	0,410

NOTA: (1) com TA = com transtorno alimentar

Para a análise de variância, as suposições de normalidade e homocedasticidade (variâncias iguais entre os grupos) foram verificadas, respectivamente, através do gráfico de probabilidade normal (Figura 3) e do teste de Levene (p=0,32 para a comparação das respostas das meninas, e p=0,22 para a comparação das respostas dos pais).

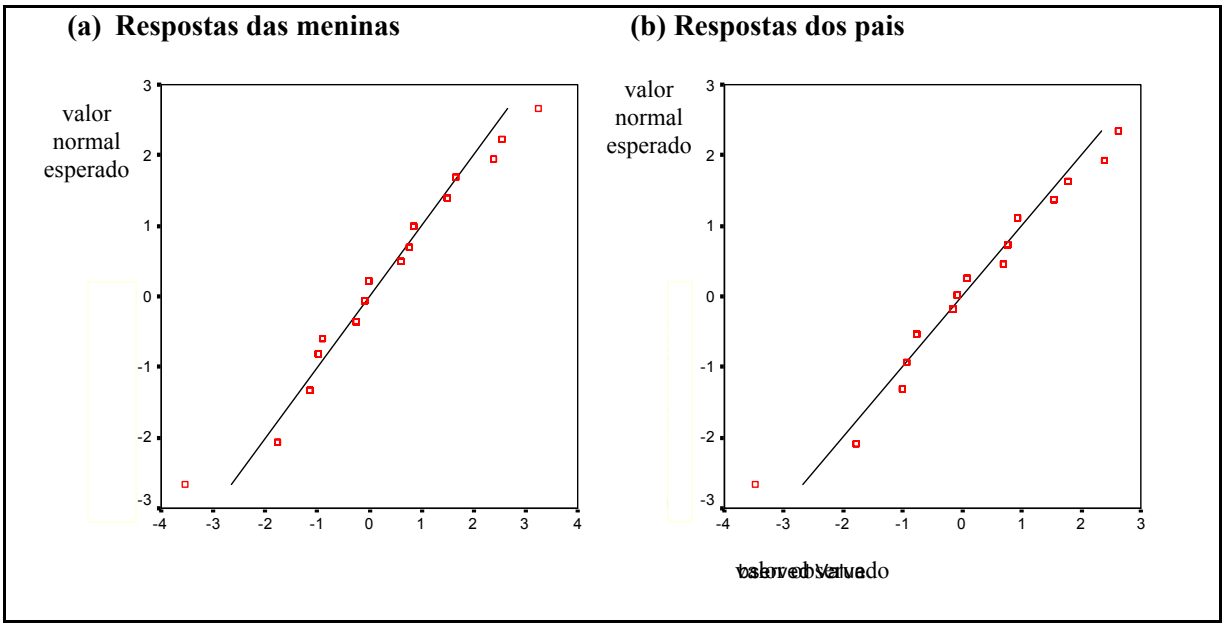


Figura 3. Gráfico de probabilidade normal da soma dos pontos nas cinco questões de rastreamento.

3.6 Pontos de corte nas questões de rastreamento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

Para identificar os melhores ponto de corte foram construídos gráficos de caixa da soma dos pontos nas cinco questões de rastreamento e curvas ROC, com as respostas das meninas e seus pais (Figuras 4 a 7).

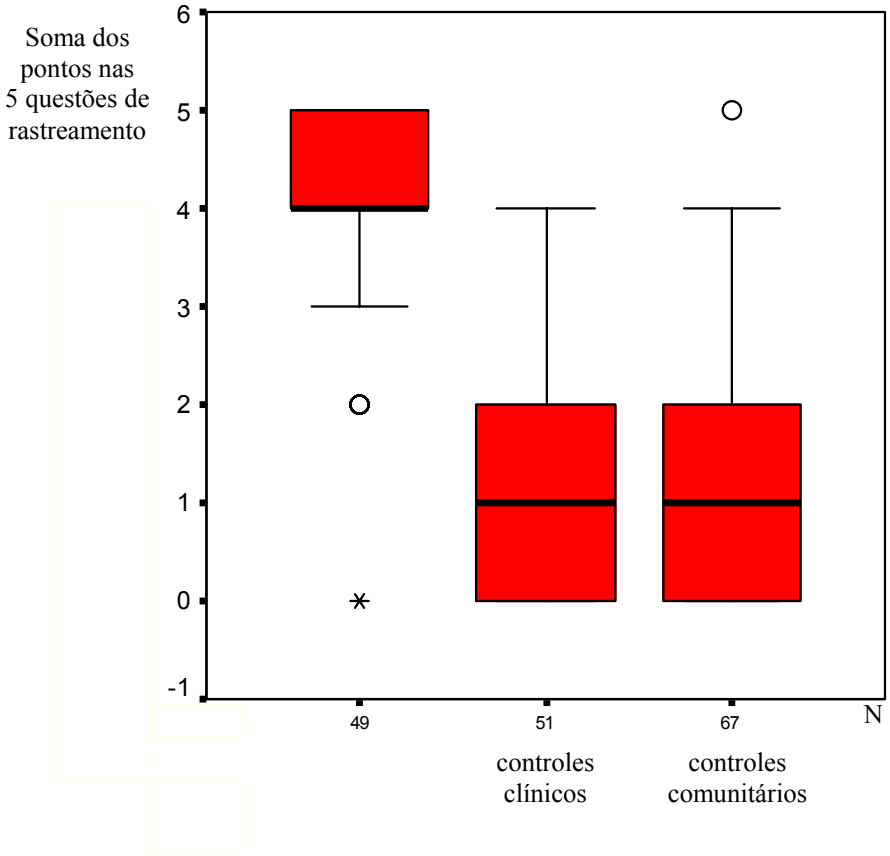


Figura 4. Gráfico de caixas da soma dos pontos nas cinco questões de rastreamento, construído com as respostas das meninas

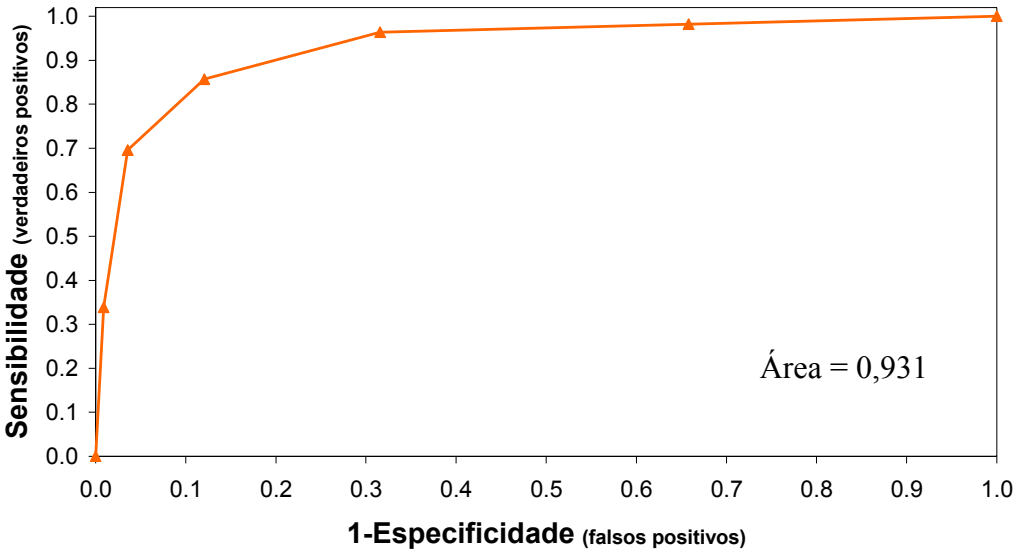


Figura 5. Curva ROC construída com as respostas das meninas nas questões de rastreamento

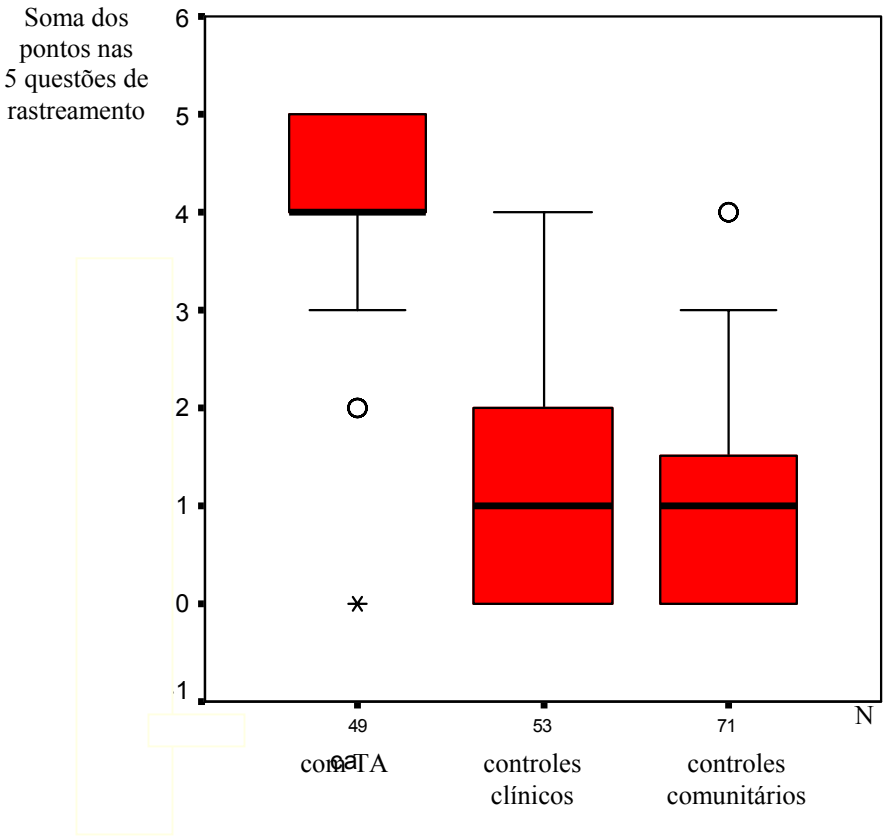


Figura 6. Gráfico de caixas da soma dos pontos nas cinco questões de rastreamento, construído com as respostas dos pais

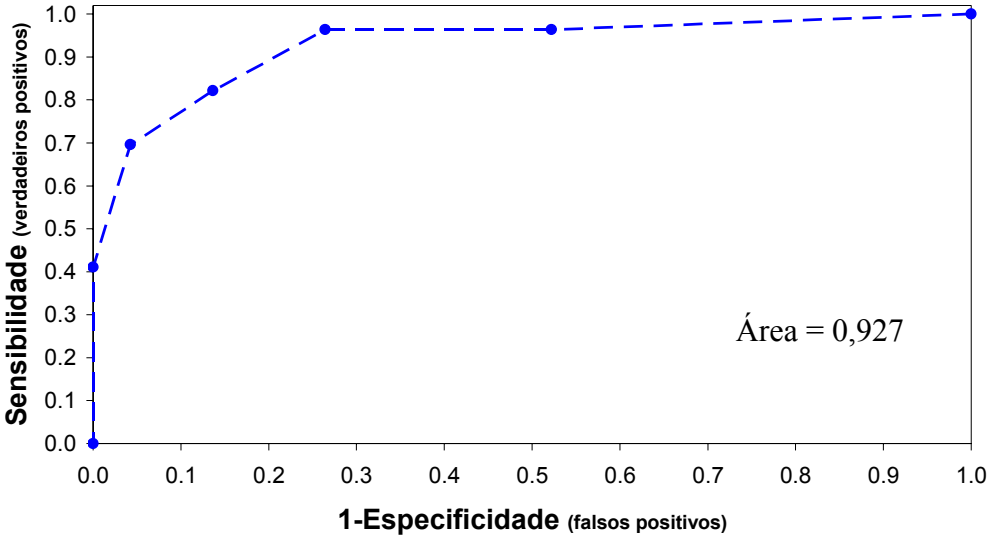


Figura 7. Curva ROC construída com as respostas dos pais nas questões de rastreamento

Através dos gráficos de caixa e das curvas ROC (Figuras 4 a 7) os valores de dois e três foram determinados como pontos de corte de potencial para identificar risco para TAs. Foram estabelecidas as porcentagens de erros e acertos de classificação de meninas com e sem TA, segundo estes pontos de corte (Tabela 7).

Tabela 7 - Erros e acertos de classificação das meninas em casos de transtornos alimentares, para valores de corte iguais a 2 ou 3 nas questões de rastreamento, segundo as respostas das meninas e seus pais

	Soma das questões de rastreamento		Padrão Ouro		Total
			com TA	controles	
meninas	< 2	n	1	77	78
		% linha	1,3	(3) 98,7	100,0
		% coluna	2,0	(4) 65,3	46,7
	≥ 2	n	48	41	89
		% linha	(1) 53,9	46,1	100,0
		% coluna	(2) 98,0	34,7	53,3
	< 3	n	5	101	106
		% linha	4,7	(3) 95,3	100,0
		% coluna	10,2	(4) 85,6	63,5
	≥ 3	n	44	17	61
		% linha	(1) 72,1	27,9	100,0
		% coluna	(2) 89,8	14,4	36,5
pais	< 2	n	1	87	88
		% linha	1,1	(3) 98,9	100,0
		% coluna	2,0	(4) 70,2	50,9
	≥ 2	n	48	37	85
		% linha	(1) 56,5	43,5	100,0
		% coluna	(2) 98,0	29,8	49,1
	< 3	n	5	106	111
		% linha	4,5	(3) 95,5	100,0
		% coluna	10,2	(4) 85,5	64,2
	≥ 3	n	44	18	62
		% linha	(1) 71,0	29,0	100,0
		% coluna	(2) 89,8	14,5	35,8

NOTA: os controles são constituídos dos controles clínicos e comunitários. O total de indivíduos com transtornos alimentares é de 49 (e não de 48, como o número original do grupo com transtornos alimentares) pois uma adolescente do grupo de controles clínicos (com depressão) foi diagnosticada na entrevista padrão-ouro como portadora de transtorno alimentar. Apesar de terem participado do estudo 174 pais, consideramos na análise a resposta de 173 deles, excluindo uma mãe que deixou de responder a uma das questões de rastreamento.

(1) valor preditivo positivo. (2) sensibilidade. (3) valor preditivo negativo. (4) especificidade.

3.7 Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo das questões de rastreamento

A Tabela 7 mostra os valores de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo para os pontos de corte igual a dois e três nas questões de rastreamento.

3.8 Consistência interna das questões de rastreamento

O *Alfa de Crombach* calculado considerando-se as cinco questões de rastreamento respondidas pelas meninas (P1a a P1e, Anexo A) foi de 0,76 e, pelos pais (P1a a P1e, Anexo B), de 0,81. A Tabela 8 apresenta os valores das correlações de cada questão com a pontuação total e o cálculo do *Alfa* excluindo-se cada uma das questões.

Tabela 8 - Análise de confiabilidade das questões de rastreamento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

(a) RESPOSTAS DAS MENINAS (N=167)		
Questão	**Correlação item-total**	**Alfa excluindo-se a questão**
P1a	0,47	0,73
P1b	0,49	0,72
P1c	0,50	0,72
P1d	0,54	0,71
P1e	0,61	0,68
(b) RESPOSTAS DOS PAIS (N=173)		
Questão	**Correlação item-total**	**Alfa excluindo-se a questão**
P1a	0,67	0,76
P1b	0,56	0,79
P1c	0,56	0,79
P1d	0,56	0,79
P1e	0,68	0,75

NOTA: Apesar de terem participado do estudo 174 pais, consideramos na análise a resposta de 173 deles, excluindo uma mãe que deixou de responder a uma das questões de rastreamento. O valor do *Alfa de Crombach* das questões de rastreamento das meninas foi de 0,76 e dos pais 0,81.

Capítulo 4

Discussão

4.1. Discussão dos resultados

4.1.1 Idade dos sujeitos participantes

A idade média do grupo com TA foi 18 meses maior que a do grupo de controles clínicos, o que estatisticamente foi significativo. No entanto, esta diferença relativamente pequena na idade média provavelmente não foi acompanhada de diferenças cognitivas e comportamentais que seriam relevantes na avaliação de TAs através do relato conjunto do pai e da menina, como é feito com a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA.

4.1.2 Validade concorrente dos diagnósticos pela Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

A validade concorrente da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA foi pesquisada comparando os seus diagnósticos (preliminar do computador e final do DAWBA) com o padrão-ouro estabelecido através de entrevista clínica livre

realizada por especialista na área. Seria interessante ter comparado os diagnósticos do DAWBA com aqueles fornecidos por outros instrumentos de transtornos alimentares na infância e na adolescência. No entanto, até o período que o estudo desta tese foi realizado, não estavam disponíveis instrumentos validados em português para esta faixa etária no Brasil.

Como o especialista que estabeleceu o diagnóstico final do DAWBA não se baseou no diagnóstico preliminar do computador, foi possível a validação de ambos pela comparação independente destes com o padrão-ouro.

A concordância do diagnóstico final do DAWBA com o padrão-ouro foi boa, tanto quando feito pelo sistema diagnóstico do DSM-IV quanto pela CID-10, onde os Kappas foram respectivamente de 0,82 e 0,76 (Tabela 2).

A concordância do diagnóstico preliminar do computador com o padrão-ouro, como era esperado, foi um pouco menor que aquela observada no diagnóstico final do DAWBA, mas ainda apresentou valores de Kappa bons para o método, que foram de 0,68 para o diagnóstico feito pelo DSM-IV e 0,67 pela CID-10 (Tabela 2).

4.1.3 Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo dos diagnósticos da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA

O diagnóstico final do DAWBA quanto à presença de qualquer TA, segundo o DSM-IV e a CID-10, tem as seguintes propriedades psicométricas quando comparado com o padrão-ouro: sensibilidade de 100%, especificidade de 94%,

valores preditivo positivo de 88% e preditivo negativo de 100% (Tabela 3). Estas propriedades psicométricas são boas e tornam a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA adequada tanto para a pesquisa clínica como para estudos epidemiológicos comunitários. As altas sensibilidade e especificidade são vantagens em ambos os contextos, uma vez que o instrumento tem a capacidade de distinguir TAs de outros transtornos físicos e psiquiátricos com sintomas similares.

O DAWBA pode gerar diagnósticos de duas maneiras: (1) diagnóstico preliminar do computador, que se baseia somente nas questões estruturadas do instrumento e (2) o diagnóstico final do DAWBA, formulado por um clínico experiente que revê não apenas as questões estruturadas da entrevista como também as respostas discursivas às questões abertas. Serviços assistenciais ou pesquisas que não têm acesso a um clínico experiente podem ainda utilizar o diagnóstico preliminar do computador com boas propriedades psicométricas: o diagnóstico de qualquer TA segundo o DSM-IV, por exemplo, tem 94% de sensibilidade e 91% de especificidade, com Kappa de 0,81 (Tabela 3).

4.1.4 Confiabilidade teste-reteste

A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA apresentou boa confiabilidade teste-reteste, principalmente para o diagnóstico final do DAWBA (Kappa de 0,81; Tabela 4).

4.1.5 Média das pontuações nas questões de rastreamento nos diferentes grupos da pesquisa

A análise comparativa das médias de pontuação entre os grupos (Tabela 5) mostrou que o grupo com TA pontua, em média, 3 pontos a mais que os controles clínicos e comunitário, tanto nas respostas das meninas quanto dos pais, o que corrobora a hipótese destas questões apresentarem capacidade de diferenciar meninas com TAs de controles.

4.1.6 Melhores pontos de corte, sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo nas questões de rastreamento

Os gráficos de caixas e as curvas ROC permitiram a detecção de dois pontos de corte nas questões de rastreamento (dois e três) de potencial para a detecção de meninas de risco para TAs (figuras 4 a 7). Para o ponto de corte de três os valores de sensibilidade e especificidade foram de 89,8% e 85,6% para as meninas, respectivamente e 89,8% e 85,5% para os pais, respectivamente (Tabela 7). Quando levamos em consideração o ponto de corte de dois, os valores de sensibilidade e especificidade foram de 98,0% e 65,3% para as meninas, respectivamente e 98,0% e 70,2% para os pais, respectivamente (Tabela 7).

No entanto, resta uma questão não explorada: qual o melhor ponto de corte? Provavelmente não existe uma resposta única para esta pergunta e o melhor ponto de

corte vai depender do contexto em que a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA for utilizada. Exemplificando, há duas situações hipotéticas para se refletir a respeito:

(1) Suponha que o objetivo de um estudo é rastrear crianças e adolescentes com TAs numa escola, utilizando-se a versão impressa do instrumento. Nesta situação, o melhor ponto de corte é três (onde a especificidade é mais alta). Como é um trabalho extra significativo aplicar o instrumento completo nas meninas positivas no rastreamento, faz sentido utilizar um ponto de corte mais conservador (com sensibilidade menor porém especificidade maior) para que menos recursos sejam despendidos com falsos positivos, mesmo que o custo desta medida seja perder alguns verdadeiros positivos.

(2) Suponha um segundo estudo que utilize a versão 'on-line' do instrumento, onde os sujeitos participantes respondem às entrevistas por si próprios. Nesta situação faz mais sentido usar o ponto de corte de dois, onde se consegue rastrear quase que a totalidade dos verdadeiros positivos. Apesar desta opção requerer mais tempo dos entrevistados para responder o restante do instrumento, provavelmente isto não será 'uma perda de tempo', uma vez que, se responderam positivamente a duas das cinco questões de rastreamento, provavelmente realizar o resto da entrevista não é significativamente 'entediante' ou 'irrelevante' para eles.

4.1.7 Consistência interna das questões de rastreamento

A Tabela 8 mostra que todas as questões de rastreamento, tanto para meninas quanto para os pais, não apresentam variabilidade significativa nos valores de correlação item-total dentro dos grupos. Os valores de *Alfa* excluindo-se cada uma das questões também não variam de maneira significativa, o que corrobora a pertinência de todas as cinco questões na sessão de rastreamento do instrumento.

Várias fontes sugerem que um instrumento com boa consistência interna deve apresentar apenas correlação moderada entre seus itens, ou seja, entre 0,70 e 0,90 (Portney e Watkins, 2000). Se os itens de uma escala apresentam uma correlação muito baixa, eles provavelmente estão medindo traços diferentes. Caso os itens apresentem uma correlação muito alta, eles provavelmente são redundantes e a validade de conteúdo da escala pode ser limitada. De acordo com estes critérios, a consistência interna da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA é adequada, uma vez que o *Alfa de Crombach* foi de 0,76 para a sessão de rastreamento do questionário das meninas e 0,81 para os pais.

4.2 Discussão das limitações

As principais limitações deste estudo foram:

1. A diferença significativa de idade entre o grupo com TA e o grupo controle clínico.

2. A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA é desenhada para avaliar crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos de idade. É uma limitação deste estudo não ter incluído meninas com TAs menores de 11 anos de idade. No entanto, tais casos são raros e provavelmente seriam necessários muitos anos de um estudo multicêntrico para acumular uma amostra grande o suficiente para viabilizar a validação adequada do instrumento nesta faixa etária[*].

3. A condição sócio-econômica, o nível de educação e a presença de outros sintomas psiquiátricos não foram pesquisados na amostra, de forma que não foi possível realizar uma análise comparativa entre os grupos (com TA, controles clínicos e comunitários) em relação a estas variáveis.

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

Não é tarefa fácil comparar as propriedades psicométricas da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA com as de outros instrumentos previamente desenvolvidos, uma vez são poucos os instrumentos diagnósticos de TAs em crianças e adolescentes validados. Assim como o DAWBA, vários outros instrumentos de psicopatologia geral em crianças e adolescentes incluem uma sessão de TAs. No entanto, a sensibilidade e especificidade destas sessões, em geral, não são relatadas.

[*] Comentários referentes a esta limitação estão também presentes nas cartas do Anexo C.

4.3.1 O DAWBA e a "Diagnostic Interview Schedule for Children", 2ª Edição (DISC-2.1)

O DISC, uma entrevista padronizada, altamente estruturada, originalmente desenvolvida em inglês (Shaffer et al., 2000), à semelhança do DAWBA, também diagnostica transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes. Dispõe de uma sessão para TAs, onde utiliza entrevistadores sem experiência clínica, questões fixas e algoritmos computadorizados (Goodman et al., 2000). Não existem publicações de versões ou validações do DISC em português.

A versão 2.1 do DISC é a única que relata as propriedades psicométricas da sessão de TAs (Fisher et al., 1993), e apresentou sensibilidades de 78% para a detecção de AN e 88% para BN. No entanto, este estudo de validação foi conduzido com uma amostra pequena (21 sujeitos no grupo de TAs), sem grupo controle de sujeitos saudáveis e o entrevistador não esteve 'cego' para a procedência dos entrevistados. Comparativamente, a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, além de ter sido validada por um estudo de metodologia superior, apresentou sensibilidade de 100% para a detecção de qualquer transtorno alimentar (Tabela 3). A análise da sensibilidade e especificidade do DAWBA levou em consideração todos os TAs conjuntamente para evitar células de valor pequeno.

4.3.2 A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA e o "Child Version of the Eating Disorder Examination" (ChEDE)

O ChEDE (Bryant-Waugh et al., 1996) é uma entrevista padronizada diagnóstica de TAs em crianças e adolescentes, semi-estruturada, baseada no entrevistador, originalmente desenvolvida em inglês, aparentemente promissora. Este instrumento apóia-se muito mais na escala de pontuação e na definição de conceitos-chave do que na formulação precisa de questões (Bryant-Waugh et al., 1996).

O ChEDE, até o presente momento, tem relatados um estudo piloto (Bryant-Waugh et al., 1996) e dados preliminares de sua validade e confiabilidade (Watkins et al., 2005). O estudo de validação preliminar do ChEDE é um estudo pequeno (total de 60 participantes), porém com desenho interessante: foram analisados com o instrumento três grupos - (1) jovens com AN (n=15), (2) grupo controle com outros problemas alimentares como comer seletivo e esquiva alimentar emocional (n=15) e (3) grupo controle de sujeitos saudáveis pareados por idade com as crianças e adolescentes dos dois grupos anteriores (n=30). Outra qualidade do estudo é a faixa etária: os participantes tinham de 8 a 14 anos. Este estudo mostrou que o ChEDE diferencia crianças e adolescentes com AN de outros saudáveis ou com outros problemas alimentares, pois crianças e adolescentes com AN pontuam significativamente mais nas diferentes subescalas ($p<0,01$, em todas as subescalas). A consistência interna em cada uma das subescalas também foi boa, com valores de *Alfa de Crombach* entre 0,80 e 0,91. A confiabilidade entre avaliadores também foi alta, com correlações entre os itens individuais variando entre 0,91 e 1,00. No entanto, não é explicitado no estudo de Watkins e colaboradores (2005) se os

avaliadores estavam 'cegos' para o grupo de origem de cada participante, uma questão metodológica importante em estudos de validação de instrumentos.

Apesar da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA e o ChEDE apresentarem algumas semelhanças entre si – como diagnosticar TAs e pesquisar não somente comportamentos expressos, mas também a intenção de realizá-los - comparar as propriedades psicométricas de ambos não é tarefa fácil, já que estes instrumentos diferem bastante em suas características e na forma de avaliar crianças e adolescentes. O ChEDE, por exemplo, foi desenhado para investigar crianças de 7 anos em diante e não possui uma versão paralela para pais como o DAWBA. A coleta de dados para diagnóstico pelo ChEDE é essencialmente feita com a criança/adolescente. De forma diversa, a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA só investiga diretamente meninas de 11 anos ou mais (Moya, 2004). Quando a criança tem menos de 11 anos, apenas um dos pais responde ao instrumento. Esta estrutura do DAWBA possui a vantagem de fazer o diagnóstico mesmo em meninas que negam o quadro alimentar, pois um dos pais poderá referir os sintomas negados (Moya, 2004). Um fato ilustrativo desta dificuldade é o relato de que o ChEDE pode fornecer pontuações baixas mesmo em crianças e adolescentes com TAs, em função da negação de sintomas (Bryant-Waugh et al., 1996), uma vez que eles são a única fonte de investigação. Por outro lado, esta 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 desta psicopatologia em crianças desta idade, com todas as limitações que este fato

implica, como por exemplo, não se ter acesso aos dados que fogem à percepção dos pais (Moya, 2004).

Uma outra distinção importante é o fato da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA possuir uma sessão inicial de rastreamento, ausente no ChEDE. Essa característica torna o DAWBA muito interessante para estudos epidemiológicos, porque o rastreamento de indivíduos de risco para TAs e o seu diagnóstico pode ser feito em fase única (Moya, 2004). 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.

Uma outra diferença estrutural é que a única parte do DAWBA que realiza um diagnóstico baseado em pontuações é a sessão de rastreamento (perguntas P1a a P1e, Anexos A e B). Se a criança/adolescente examinada é de risco para TA, o entrevistador realiza o restante da entrevista DAWBA com ela e/ou um dos pais (dependendo em qual informante – pai ou criança/adolescente - o rastreamento foi positivo). O diagnóstico da presença ou não de TA só é realizado pelo restante do DAWBA e baseia-se em lógica combinatória (E, OU, NÃO, etc. – através do algoritmo do computador) e na avaliação do algoritmo e das respostas discursivas às questões abertas por um clínico experiente, numa fase posterior à coleta de dados.

Distintamente, o ChEDE é baseado num sistema de pontuações em cada uma das suas sessões. Estes pontos são atribuídos por avaliador bem treinado através das respostas à pesquisa de sintomas-chave, precisamente definidos (Bryant-Waugh et al., 1996; Watkins et al., 2005).

Desta forma, os resultados da validação preliminar do ChEDE são difíceis de comparar com os do instrumento desta tese. Apesar do DAWBA ter uma sessão inicial de questões baseadas em pontuações, elas se prestam a uma finalidade diferente da do ChEDE (são para rastreamento de indivíduos de risco para TA e não para o diagnóstico da presença de TA). Ambos os instrumentos parecem apresentar validade discriminante: a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA diferencia bem meninas com TA de controles clínicos e comunitários; o ChEDE diferencia bem crianças e adolescentes com AN de controles com outros problemas alimentares e controles saudáveis. Os valores de sensibilidade e especificidade do ChEDE não foram relatados. É importante ressaltar que são necessários estudos com amostras maiores e com avaliadores cegos para o grupo de procedência dos participantes para a validação adequada do ChEDE.

4.3.3 A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA e o "Schedule for Affective Disorders and Schizofrenia 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. As três versões mais conhecidas do K-SADS são: o K-SADS-P ("PRESENT STATE"), que avalia a presença de transtornos no momento presente; e as versões epidemiológicas - o K-SADS-E ("EPIDEMIOLOGIC") e K-SADS-PL ("PRESENT AND LIFE TIME"), todas elas com entrevistas para pais e jovens (de 6 a 18

anos) (Ambrosini, 2000; Brasil, 2003). 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.

O pacote de entrevistas K-SADS-PL foi traduzido e validado em português (Brasil, 2003), no entanto, o estudo de validação incluiu apenas um sujeito com o diagnóstico de TA (AN), o que impede a comparação das propriedades psicométricas específicas da sessão de TAs do K-SADS com o instrumento desta tese.

4.3.4 A Sessão de Transtornos Alimentares 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 está entre aqueles com melhores propriedades psicométricas e com menor número de questões (Tabela 9). Uma revisão minuciosa dos instrumentos de rastreamento de TAs nesta faixa etária está disponível na referência Moya, 2004.

Tabela 9 – Comparação das propriedades psicométricas da sessão de rastreamento de transtornos alimentares do DAWBA com outros instrumentos rastreadores de transtornos alimentares na infância e adolescência

INSTRUMENTO		α(8)	SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE	Nº.(12)
DAWBA (1)	meninas(6)	0,76	(9) 89,8%	(9) 85,6%	5
	pais(7)	0,81	(9) 89,8%	(9) 85,5%	5
ChEAT (2) (Maloney et al. 1988)		0,76	_____	_____	26
ISED (3) (Favaro e Santomaso, 2000)		0,87	_____	_____	43
ABOS (4) (Vanderlycken et al, 1992)		___	(10) 90%	(10) 89,6%	30
SCOFF (5) (Jaimes et al, 2005)		0,44	(11) 81,9%	(11) 78,7%	5

NOTA: os dados expostos de sensibilidade e especificidade do DAWBA são aqueles obtidos considerando o ponto de corte de três nas questões de rastreamento.
(1) DAWBA = sessão de rastreamento da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA. (2) ChEAT = 'Children Eating Attitudes Test'. (3) ISED = 'Inventory for the Screening of Eating Disorders'. (4) ABOS = 'Anoretic Behavior Observation Scale'. (5) SCOFF = 'SCOFF Questionnaire'. (6) dados psicométricos da sessão de rastreamento do questionário das meninas. (7) dados psicométricos da sessão de rastreamento do questionário dos pais. (8) valores do *Alfa de Crombach*. (9) valores para ponto de corte de três. (10) valores para ponto de corte de 19. (11) valores para ponto de corte de 2. (12) Nº.= número de questões de rastreamento de cada instrumento.

4.4 Conclusão

A Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA apresenta boa validade e confiabilidade no rastreamento e diagnóstico de transtornos alimentares em crianças e adolescentes do sexo feminino, tanto em amostras clínicas quanto comunitária.

4.5 Considerações finais

A validação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA abre a perspectiva de realizar estudos epidemiológicos que investiguem a taxa de ocorrência de TAs em crianças e adolescentes no Brasil. Dados de prevalência de transtornos

mentais são fundamentais para o adequado planejamento de serviços de saúde para atender a demanda existente.

Com o estudo desta tese, a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA torna-se o único instrumento diagnóstico de TAs validado, em português, para aplicação em crianças e adolescentes no Brasil. A futura validação de outros instrumentos para avaliar TAs em crianças e adolescentes deve estimular a pesquisa comparativa do instrumento desta tese com outras escalas.

Como a Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA destina-se à aplicação por leigos treinados, é interessante, em pesquisas futuras, estudar a sua utilização por indivíduos que não sejam da área de saúde.

É importante ressaltar que os dados de validade e confiabilidade da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA devem ser reproduzidos em outros estudos.

ANEXOS

ANEXO A

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

Questionário para meninas 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)		cm
P2b	Quanto você pesa hoje em dia? (mais ou menos)		kg
P2c	Qual foi o seu menor peso **nos últimos doze meses**?		kg
P2d	Qual o maior peso **que você já teve**? (*exceto na gravidez)*		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 — Vá direto para P6

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.53)*

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?

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

Fácil	Difícil	Impossível
0	1	2

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.53).*

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 M1 (p.53). 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 <u>o que</u> e <u>quanto</u> 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.53). 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
↓	↓
Siga com P23 em todos os casos	

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 M1 (p.53), 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?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
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	Extrema-mente
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 tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?	Nada	Um pouco	Muito	Extrema-mente
		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 *muito* 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)		cm
P2b	Quanto a [Nome] pesa hoje em dia? (mais ou menos)		kg
P2c	Qual foi o menor peso dela **nos últimos doze meses**?		kg
P2d	Qual o maior peso **que ela já teve**? (*exceto na gravidez)*		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.61)*

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

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.61).*

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 M1 (p.61). Continue com P16*

P16 Nos últimos três meses, mais ou menos, isso aconteceu …

Não aconteceu	Ocasio-nalmente	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.61). 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
↓	↓
Siga com P23 em todos os casos	

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 M1 (p.61), 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?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
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	Extrema-mente
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	Extrema-mente
		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

níveis acima do normal em ambos os sexos e a redução dos níveis de estrogênio e testosterona, aumentando o risco para osteoporose.[2,5-6]

A osteoporose é esperada em pacientes mulheres que desenvolveram amenorréia como resultado da hiperprolactinemia secundária aos antipsicóticos, mas não há mecanismos plausíveis nos homens.[5] Sugere-se que, em homens, a hiperprolactinemia resulte hipogonadismo e perda óssea.[2]

A prevalência de osteoporose, bem como do aumento da prolactina induzida pelos antipsicóticos, ainda não está determinada adequadamente.[2,4,6] Apesar da diminuição da densidade mineral óssea já ter sido reconhecida há algum tempo, somente recentemente tem sido investigada e o que existe é um reduzido número de estudos clínicos de prevalência, marcados pelo pequeno tamanho de amostra.

De qualquer forma, as pesquisas sobre o uso prolongado de neurolépticos alertam para a necessidade de uma maior atenção aos efeitos adversos dos mesmos, especialmente com respeito à hiperprolactinemia, uma vez que esta aumenta o potencial para desenvolvimento de osteoporose.[2,4] Paralelamente, outros estudos sugerem que neurolépticos atípicos podem ser mais seguros do que os típicos em termos de redução da DMO[3] e demonstram menor efeito sobre a prolactina, como clozapina, ziprazidona e olanzapina.[6] Apesar destas evidências acumuladas, os antipsicóticos ainda não são reconhecidos pela *World Health Organization* (WHO) ou pelo *Royal College of Psychiatrists* como fatores de risco para osteoporose e ainda não existem estudos epidemiológicos adequados para verificar o tamanho do efeito dos neurolépticos sobre a diminuição da DMO em esquizofrênicos. Considerando esta situação e o potencial impacto negativo sobre a vida dos pacientes usuários crônicos de neurolépticos, os autores recomendam urgentemente a execução de estudos de seguimento com tamanho amostral, determinação sistemática de DMO e tempo de acompanhamento adequados.[4]

Lísia Rejane Guimarães,
Carmen Lúcia Leitão Azevedo,
Paulo Belmonte de Abreu
Programa de Esquizofrenia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil

Financiamento: Inexistente
Conflito de interesses: Inexistente

Referências

1. Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil uma questão de saúde pública. Gerontologia. 1993;1(1):3-8.
2. Naidoo U, Goff DC, Klibanski A. Hyperprolactinemia and bone mineral density: the potential impact of antipsychotic agents. Psyschoneuroendocrinology. 2003;28 Suppl 2:97-108.
3. Bilici M, Cakirbay H, Guler M, Tosun M, Ulgen M, Tan U. Classical and atypical neuroleptics, and bone mineral density, in patients with schizophrenia. Int J Neurosci. 2002;112(7):817-28.
4. Meaney AM, O'Keane V. Reduced bone mineral density in patients with schizophrenia receiving prolactin raising anti-psychotic medication. J Psychopharmacol. 2003;17(4):455-8.
5. Lean M, De Smedt G. Schizophrenia and osteoporosis. Int Clin Psychopharmacol. 2004;19(1):31-5.
6. Kinon BJ, Gilmore JA, Liu H, Halbreich UM. Prevalence of hyperprolactinemia in schizophrenic patients treated with conventional antipsychotic medications or risperidone. Psyschoneuroendocrinology. 2003;28 Suppl 2:55-68.

Good news for Brazilian eating disorders researchers

Boas novas para os pesquisadores de transtornos alimentares no Brasil

Dear Editor,

We would like to congratulate the Revista Brasileira de Psiquiatria for the publication of the paper *The Eating Disorders Section of the Development and Well Being Assessment (DAWBA): development and validation*, by Dr. Tatiana Moya et al from PROTAD, USP, Brazil.

The paper describes a well-controlled study of the validation and test-retest reliability of the Portuguese version of the Eating Disorders (ED) section of the DAWBA.[1] The DAWBA is an assessment package designed for the psychiatric evaluation of children and adolescents.

Results from Dr. Moya's study demonstrate that DAWBA eating disorders diagnoses have high levels of agreement with expert clinical assessment and yield high sensitivity, specificity, positive and negative predictive values for the discrimination between ED diagnoses (irrespective of type) and its absence, when compared to independent clinical interview. Test-retest reliability of the DAWBA final ED diagnoses is also very good. One important advantage of the DAWBA system is that it can also generate preliminary computer diagnoses. The computer program can be used when experts are not available or when financial resources are scarce.

This publication represents a major advance for eating disorders researchers in Brazil, where there is a lack of well-validated, easily-administered and cost-effective diagnostic instruments suitable for the use with younger populations. The DAWBA has good psychometric properties and also combines the advantages of respondent-based (structured) interviews with clinician-based (semi-structured) interviews and, therefore, can be adapted to different settings and needs.

Eating disorders are known to have a peak age of incidence during adolescence and specialized ED centers have witnessed, in the last five years, an increase in the number of patients below 18 years of age seeking help for eating problems. In our ED program (PROATA), at UNIFESP, referrals of children and adolescents have not been uncommon, with patients as young as 12 years old being treated by our team.[2]

Mean age of Dr. Moya's sample was 16 years. It would be interesting to know the minimum age of her subjects and to verify the psychometric performance of DAWBA's ED section with prepubertal patients. It is somewhat surprising that the assessment of children with less than 11 years of age is restricted to the parent-interview, which is how the DAWBA as a whole was originally designed. Even though the inclusion of a parent interview has major advantages because of the tendency of ED patients to deny their symptoms,[3] restricting the assessment to parents excludes the possibility of detecting secretive behaviors, particularly purging behaviors and eating in secret. To help clarifying this issue, studies could be accomplished comparing parent and child interviews of subjects in the lower age range covered by the instrument.

Finally, we would like to recommend a visit to the fascinating and user-friendly site of the DAWBA (www.dawba.com). The ED section has already been incorporated to online and text Portuguese versions of the

DAWBA, which were validated by Fletlich-Bilyk and Goodman, both available at no cost.[4]

Christina Marcondes Morgan,
Angélica de Medeiros Claudino
Program for Orientation and Assistance to Eating Disorders Patients (PROATA), Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brazil

Financing: None
Conflict of interests: None

References
1. Moya T, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Nogueira FC, Focchi PS, Nicoletti M, et al. The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA): development and validation. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(1):25-31.
2. Tirico PP, Morgan CM, Palavras MA, Lucena C, Alvarenga ML, Guizo VLS, et al. Características do Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria, UNIFESP. [poster]. In: Simpósio Internacional de Transtornos Alimentares, PROATA 10 anos; 2004 nov 19-20. São Paulo: UNIFESP/EPM; 2004.
3. 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(4):391-7.
4. Fleitilich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(6):727-34.

Interviewing younger children has costs as well as benefits

Entrevistar crianças mais jovens tem custos assim como benefícios

Dear Editor,

We would like to thank Morgan and Claudino for their complimentary review of *The Eating Disorders Section of the Development and Well Being Assessment (DAWBA)* and for raising the important question as to why children under the age of 11 are not interviewed directly as part of the DAWBA assessment (though their parents are). They are obviously right that children under the age of 11 can develop eating disorders, though this is rare. In our sample of 58 children and adolescents with eating disorders (10 assessed as part of the pilot study[1] and 48 as part of the main study)[2] only one was under the age of 11. Morgan and Claudino are also right that parents are sometimes unaware of all their children's symptoms, though it is also worth remembering that children who have hidden their symptoms from their family may not choose to reveal them even to the most skilled and sympathetic of interviewers. The extra benefits, therefore, of administering eating disorders interviews to young children may be small – and it would take a multi-centre study many years to accumulate the relevant evidence.

As against the possible benefits, there are two important disadvantages in interviewing younger children. Firstly, previous studies have shown poor test-retest reliability for psychiatric interviews administered to children under the ages of 11 or 12,[3] and this was also our experience during the pre-piloting of the DAWBA with 8-10-year-olds.[4] To some extent, limitations in children's understanding and reliability can be overcome by using lengthy semi-structured interviews administered by highly trained interviewers. However, this expensive solution leads us to the second disadvantage. We have estimated that there are between six and eight million children and adolescents with psychiatric disorders in Brazil,[5] and there are not enough resources currently – in terms of money or professional time – to provide adequate assessment and treatment for them all. The DAWBA was designed to make high-quality assessments cheaper and more widely available, but this has involved some compromises. In the long term, Morgan and Claudino's counsel of perfection must be right – every Brazilian child deserves the very best assessment money can buy. In the short term, however, it may be necessary to get the best value out of very limited resources by using less-than-perfect assessments that are substantially quicker and cheaper to administer.

Tatiana Moya
Department of Psychiatry, Universidade de Sao Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil

Bacy Fleitlich-Bilyk
Childhood and Adolescence Eating Disorders' Attending, Teaching and Research Project (PROTAD), Bulimia and Eating Disorders Outpatient Program (AMBULIM), Institute of Psychiatry, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil

Robert Goodman
Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College London, United Kingdom

Financing: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). nr. 2002/13067-1
Conflict of interests: None

References
1. Moya T. Criação e análise da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA. Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.
2. Moya T, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Nogueira FC, Focchi PS, Nicoletti M, et al. The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA): development and validation. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(1):25-31.
3. Schwab-Stone ME, Shaffer D, Dulkan MK, Jensen PS, Fisher P, Bird HR, et al. Criterion validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35(7):878-88.
4. 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(5):645-55.
5. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. The prevalence of child psychiatric disorders in southeast Brazil. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(6):727-34.

ANEXO D

Convite para participação de voluntários em projeto de pesquisa

Prezados Senhores:

Estamos procurando meninas saudáveis entre 7 e 17 anos acompanhadas de suas mães (ou de outro responsável legal) para participarem do estudo de validação de um questionário diagnóstico de transtornos alimentares nessa faixa etária, no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Comissão de Ética processo no. 632/02).

Se você e sua filha concordarem em participar do estudo, nós pedimos para vocês participarem de três entrevistas, no caso da menina ter onze anos ou mais: uma entrevista somente com a mãe, uma entrevista somente com a menina e uma entrevista as duas juntas, com cerca de meia hora de duração cada uma. No caso de sua filha ter menos de 11 anos, serão necessárias apenas duas entrevistas: uma com você e a outra em conjunto com a sua filha, também com cerca de meia hora de duração cada. Essas entrevistas investigam a alimentação da sua filha, satisfação corporal e atividades físicas. No total, nós gostaríamos que você se comprometesse a fornecer aproximadamente três horas do seu tempo. As entrevistas poderão ser marcadas para serem realizadas em qualquer 4ª. feira, às 8 ou às 9 hs da manhã, no Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. Sua participação é totalmente voluntária e é permitido a você desistir do estudo a qualquer momento.

Se você está interessado(a) em participar ou gostaria de obter qualquer informação adicional, por favor, entre em contato com Tatiana Moya, tatimoya@uol.com.br a qualquer horário ou no tel. 5081-3670 das 15 às 20 hs de 2ª. a 6ª. feira.

Muito obrigada,

Tatiana Moya

ANEXO E

E-mail convite para participação de voluntários em projeto de pesquisa

----- Original Message -----
From: Tatiana Moya
To: Pós-Graduação Ipq
Sent: Monday, May 12, 2003 4:50 PM
Subject: E-mail circular para o recrutamento de voluntários para pesquisa com questionários

Prezados Senhores:

Estamos procurando meninas saudáveis entre 7 e 17 anos acompanhadas de suas mães (ou de outro responsável legal) para participarem do estudo de validação de um questionário diagnóstico de transtornos alimentares nessa faixa etária, no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Comissão de Ética processo no. 632/02).

Se você e sua filha concordarem em participar do estudo, nós pedimos para vocês participarem de três entrevistas, no caso da menina ter onze anos ou mais: uma entrevista somente com a mãe, uma entrevista somente com a menina e uma entrevista as duas juntas, com cerca de meia hora de duração cada uma. . No caso de sua filha ter menos de 11 anos, serão necessárias apenas duas entrevistas: uma com você e a outra em conjunto com a sua filha, também com cerca de meia hora de duração cada. Essas entrevistas investigam a alimentação da sua filha, satisfação corporal e atividades físicas. No total, nós gostaríamos que você se comprometesse a fornecer aproximadamente três horas do seu tempo. As entrevistas poderão ser marcadas qualquer 4ª. feira, às 8 ou às 9 hs da manhã, no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Sua participação é totalmente voluntária e é permitido a você desistir do estudo a qualquer momento.

Se você está interessado(a) em participar ou gostaria de obter qualquer informação adicional, por favor, entre em contato com Tatiana Moya, tatimoya@uol.com.br a qualquer horário ou no tel. 5081-3670 das 15 às 20 hs de 2ª. a 6ª. feira.

Muito obrigada,

Tatiana Moya

Outgoing mail is certified Virus Free.
Checked by AVG anti-virus system (http://www.grisoft.com).
Version: 6.0.476 / Virus Database: 273 - Release Date: 24/04/03

ANEXO F

Protocolo para diagnóstico final DAWBA utilizando os relatórios fornecidos pelo programa de computador da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, segundo o DSM-IV

I. DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVOSA SEGUNDO O DSM-IV

Ia. Checagem do critério (A) do DSM-IV

CRITÉRIO (A) ANOREXIA DSM-IV = *"Recusa a manter o peso em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por exemplo, 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)"*

1. Calcular o IMC da menina. Valores para calcular o IMC podem ser obtidos na sessão:
   Height, weight, thinness:[*]
   Current height (cm)
   Current weight (kg)
   O IMC deve ser calculado através da fórmula:

   $$IMC = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura}^2\ (m^2)}$$

2. Checar se a menina teve perda de peso corporal e em que proporção (se chegou a perder 15% do peso).

   Checar se houve perda de peso corporal nas questões:
   Height, weight, thinness:[*]
   Current weigh (kg)t
   Lowest weight last year
   Highest ever weight (kg)[*]
   Always this thin?

   Para verificar se houve perda de pelo menos 15% do peso, realizar o cálculo:

   $$\frac{\text{(highest ever weight)} - \text{(current weight)}}{\text{(highest ever weight)}} \geq \text{a } 0{,}15$$

3. Checar na tabela a seguir se a menina tem percentil de IMC menor que o 10º. percentil para a idade (por exemplo, olhando na tabela a seguir, uma menina de 11 anos, para ter IMC abaixo do 10º. percentil, deve ter IMC menor que 14,9 kg/m^2):

[*]As palavras em inglês, negrito e itálico neste protocolo são transcrições das sessões contidas no relatório gerado pelo programa de computador do DAWBA, que fornece o resumo dos dados colhidos pelo instrumento

Tabela. IMC referente ao 10º. percentil em meninas, segundo a idade (feita com valores do gráfico do CDC, 2000).

Idade (anos)	7,0	8,0	9,0	10,0	11,0	12,0	13,0	14,0	15,0	16,0	17,0	18,0
IMC (kg/m^2)	13,8	14,0	14,2	14,5	14,9	15,4	15,9	16,4	16,9	17,4	17,8	18,2

Se a menina preenche os itens 2 e 3, ela tem perda de peso, mantendo-o abaixo de 85% do esperado.

4. Em meninas com anorexia pode haver uma falta de ganho de peso. Checar falta de ganho de peso nas questões:
   Height, weight, thinness:
   Current weight (kg)
   Lowest weight in last year
   Highest ever weight
   Na falta de ganho de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, o ***lowest weight in last year*** será próximo ao ***current weight*** (pois não houve ganho de peso), além da menina ter o peso igual ou abaixo do 10º. percentil na curva de peso do CDC (veja tabela abaixo).

Tabela. Peso referente ao 10º. percentil em meninas, segundo a idade (feita com valores do gráfico do CDC, 2000).

Idade (anos)	7,0	8,0	9,0	10,0	11,0	12,0	13,0	14,0	15,0	16,0	17,0	18,0
Peso (kg)	19,0	21,0	23,6	26,4	29,4	32,0	36,2	40,0	42,5	45,0	46,2	47,0

5. Se o peso for menor que 85% do esperado para a idade, verificar se há recusa em manter o peso num nível igual ou acima do mínimo normal adequado para a idade e altura. A presença de tal sintoma deve ser considerada quando há, pelo menos, duas cruzes (++) em ao menos uma das respostas às seguintes perguntas:
   Hard to accept weight gain?
   Avoids fattening foods?
   Succesfully?
   Compensatory behaviors (qualquer uma delas, desde que a resposta seja (++), com exceção das respostas para ***vomits***, ***hides or throws away food*** ou ***pills or medicines to lose weight***, onde apenas (+) já é suficiente para detectar comportamento inadequado):
   Eats less at meals
   Skip meals
   Fasts all day or most of day
   Hides or throws away food
   Exercises more
   Vomits
   Pills or medicines to lose weight
   Other compensatory behaviours

   Checar também recusa em manter peso nas seguintes questões abertas descritivas no final do relatório:
   Description of other way of reducing weight
   Description of difficulties related to diet, weight and body shape
   What subject eats, and how s/he controls calories

Se a menina preencher a combinação dos critérios dos itens 2, 3 e 5 (perda de 15% de peso + baixo peso + recusa, respectivamente) ou os itens 4 e 5 (falta de ganho de peso + baixo peso + recusa) ou este critério estiver presente nas questões abertas, ela **PREENCHE O CRITÉRIO (A) DO DSM-IV PARA ANOREXIA NERVOSA.**

Ib. Checagem do critério (B) do DSM-IV

CRITÉRIO (B) ANOREXIA DSM-IV = *"Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal"*

1. Checar se a menina apresenta peso abaixo do normal (já verificado na sessão anterior para checagem do critério (A).

2. Checar se a menina tem medo intenso de ganhar peso. A presença de tal sintoma deve ser considerada quando há, no mínimo, duas cruzes (++) em pelo menos uma das respostas às seguintes perguntas fechadas:

- ***Afraid of gaining weight/getting fat***
- ***Terrified***
- ***Hard to accept weight gain***
- ***Avoids fattening foods a lot***
- ***Compensatory behaviours*** (qualquer uma delas, desde que a resposta seja (++)).

Checar também se a menina tem medo intenso de ganhar peso nas seguintes perguntas abertas:
Description of difficulties related to diet, weight and body shape:
What subject eats, and how she controls calories
How eating and weight concerns affect other aspects of subject`s life:

Se a menina preenche os critérios 1 e 2 ou se eles estiverem presentes nas questões abertas, ela **PREENCHE O CRITÉRIO (B) DO DSM-IV PARA ANOREXIA NERVOSA.**

Ic. Checagem do critério (C) do DSM-IV

CRITÉRIO (C) ANOREXIA DSM-IV = *"Perturbação no 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"*

1. Checar peso para a idade e altura ou IMC para a idade e altura (obs: só são válidos se não houver prejuízo da altura para a idade). Verificar se estão abaixo do esperado.

2. Pesquisar perturbação no modo da menina vivenciar o corpo, verificando se há discrepância significativa entre a forma dos pais e da menina de descreverem o seu corpo. Isso pode ser visto através da comparação das respostas às perguntas:

- ***Others think her as:***
- ***She thinks of herself as:***

As possibilidades de respostas para essas duas questões são: "very thin" , "thin", "average", "plump", "fat". É considerada discrepância significativa para diagnóstico de anorexia nervosa quando a menina se descreve pelo menos com duas categorias acima da qual sua mãe escolheu para descrevê-la, por exemplo: menina descreve-se como "average" enquanto a mãe a considera "very thin", ou a menina descreve-se como "fat" enquanto a mãe a classifica como "average".

Esta perturbação de imagem corporal também pode ser pesquisada através da resposta para a questão de rastreamento, que deve ser (++) no caso de perturbação presente:

Screening questions:
Feels fat when isn't

3. Checar influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação através das respostas às perguntas abertas:
   - ***5) Description of difficulties related to diet, weight and body shape***
   - ***9) How eating and weight concerns affect other aspects of subjects life***

4. Se menina com baixo peso atual, checar a negação disso através das respostas às seguintes perguntas:

   - Discrepância na opinião da menina e dos outros na resposta à pergunta fechada ***"Weight bad for physical health"***. Para critério de anorexia nervosa a menina deve dizer que não tem prejuízo na sua saúde (--) e outros devem dizer que sua saúde sofre prejuízos (++)
   - Resposta a pergunta aberta ***10) Help Thought***
   - Resposta a pergunta aberta ***11) Medical complications?***

Se o item 2 ou 3 é preenchido ou a combinação dos itens 1 e 4, a menina **PREENCHE O CRITÉRIO (C) DO DSM-IV PARA ANOREXIA NERVOSA.**

Id. Checagem do critério (D) do DSM-IV

CRITÉRIO (D) ANOREXIA DSM-IV = *"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)."*

1. Checar se a menina já teve sua menarca. Para tal, considerá-la em período pós-menarca se a resposta para a questão abaixo for (++).
   - ***Menstrual periods:***
     Any ever?

   Se a resposta para a pergunta acima for (--), a menina ainda não apresentou sua menarca.

2. Em meninas pós-menarca, checar ausência de ciclos menstruais por pelo menos três meses através do sinal (--) na questão abaixo.
   - ***Menstrual periods:***
     Any in last 3 months?

3. Em meninas pós-menarca, checar uso de pílulas hormonais (contraceptivos orais) através do sinal (++) na questão abaixo.
   - ***Menstrual periods:***
     On hormone pills

4. Checar, em meninas pós-menarca, se não há outro motivo para a amenorréia que não o emagrecimento (por exemplo, gravidez) nas seguintes questões abertas no final do relatório:

   How periods have been?
   Why no periods in last 3 months?

Se a menina estiver em período pós-menarca e não tiver menstruado nos últimos três meses (item 1 for (++) e item 2 for (--)) e não houver outra causa para a amenorréia que não o emagrecimento (item 4), ela **PREENCHE O CRITÉRIO (D) DO DSM-IV PARA ANOREXIA NERVOSA**. Se a menina não tiver apresentado a menarca ainda ou fizer uso de contraceptivos orais, desconsiderar o

item (D) como critério diagnóstico de anorexia e ficam valendo apenas os critéirios (A), (B) e (C) para o diagnóstico de anorexia típica.

IE. Checagem do tipo de anorexia nervosa segundo o DSM-IV

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)".*

1. Checar se a menina tem o tipo restritivo. Para tal ela não deve ter se envolvido regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Isto deve ser checado nas perguntas:

   - 1.1. pesquisa de comer compulsivo:
     Binges: a resposta pode ser (--) ou (++). Se for (++) a resposta à pergunta abaixo (freqüência dos binges) deve ser no máximo "hasn't happened" ou "occasionally" para caracterizar anorexia do "tipo restritivo".
     How often in last 3 months: a resposta deve ser "hasn't happened" ou "occasionally" para que a anorexia seja do tipo restritivo.

   - 1.2. pesquisa de purgação:
     Compensatory behaviours:
     Vomits: a resposta a essa pergunta deve ser (--) ou (+) para a anorexia ser do subtipo restritivo.
     Pills or medicines to lose weight: checar nas perguntas abertas, que tipo de medicação a menina usa para perder peso. Caso use pílulas para emagrecer (fórmulas, anorexígenos), elas não são consideradas métodos purgativos segundo o DSM-IV, caracterizando, portanto, nesse caso, anorexia do tipo não purgativo. Se a menina usar laxantes, diuréticos ou enemas para perder peso, eles são considerados métodos purgativos segundo o DSM-IV. Portanto, para uma menina ter anorexia restritiva não pode estar presente uso abusivo de laxantes, diuréticos ou enemas.
     Other compensatory behaviours: checar, nas perguntas abertas, se os outros métodos compensatórios que a menina utiliza para emagrecer não incluem laxantes, diuréticos ou enemas. É necessária a ausência destes métodos para caracterizar anorexia do subtipo restritivo.

Para a **ANOREXIA** ser do **SUBTIPO RESTRITIVO**, a menina deve preencher os itens 1.1 e 1.2

2. Checar se a menina tem o subtipo compulsão periódica/purgativo. Para tal ela envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivo ou de purgação (auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Isso deve ser checado nas perguntas:

- 2.1. pesquisa de comer compulsivo:
  Binges:
  How often in last 3 months: a resposta a essa pergunta deve ser "about once a week" ou "twice a week or more" para que a anorexia seja do subtipo compulsão periódica.
  Loss of control: a resposta a essa pergunta deve ser (++) para que a anorexia seja do subtipo compulsão periódica.

- 2.2. pesquisa de purgação:
  Compensatory behaviours:
  Vomits: a resposta a essa pergunta deve ser (++) para a anorexia ser do subtipo purgativo.
  Pills or medicines to lose weight: checar nas perguntas abertas, que tipo de medicação a menina usa para perder peso. Caso use pílulas para emagrecer (fórmulas, anorexígenos), estas não são consideradas métodos purgativos segundo o DSM-IV. No caso da menina usar laxantes, diuréticos ou enemas para perder peso, estes são considerados métodos purgativos segundo o DSM-IV. Portanto, para diagnosticar anorexia purgativa, necessariamente deve estar presente o uso abusivo regular de laxantes, diuréticos ou enemas (resposta (++) ou (+++)).
  Other compensatory behaviours: checar, nas perguntas abertas, se os outros métodos que a menina utiliza para emagrecer incluem laxantes, diuréticos ou enemas, necessários para diagnóstico de anorexia do subtipo purgativo.

Para a **ANOREXIA** ser do **SUBTIPO COMPULSÃO PERIÓDICA/ PURGATIVO**, o item 2.1 deve ser posiivo para *binge* e o item 2.2 acima deve ser positivo para comportamentos purgativos.

DIAGNÓSTICO ANOREXIA NERVOSA: para o diagnóstico de anorexia nervosa, os critérios (A), (B), (C) **e** (D) do DSM-IV devem estar presentes. Também deve haver impacto significativo ((++) ou (+++)) dos sintomas relacionados a esses critérios em pelo menos uma das áreas da vida da menina (veja sessão ***Impact*** e questão aberta ***How eating and weight concerns affect other aspects of subject's life***). Também é importante ler todo o conteúdo das questões abertas (na última parte do relatório), pois suas respostas (descritivas) podem ser decisivas no caso de dúvidas. A questão aberta também pode se sobrepor a uma fechada, uma vez que sua resposta pode mostrar, por exemplo, que o entrevistado não entendeu o conteúdo da questão fechada e na questão aberta pode expressar melhor o que ocorre de fato.

II. DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVOSA SEGUNDO O DSM-IV

IIa. Checagem do critério (A) do DSM-IV

CRITÉRIO (A) BULIMIA DSM-IV = *"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 e 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".

1. Checar se a menina tem episódios de compulsão periódica, o que pode ser verificado nas respostas positivas a todas as questões a seguir:

   1.1. pesquisa da ingestão de grande quantidade de alimento em período limitado de tempo:
   Binges:
   Sinal (++) em frente a palavra *Binges* significa que jovem tem compulsão alimentar.

   1.2. pesquisa do sentimento de falta de controle sobre comportamento alimentar durante episódio de compulsão. Verificar a resposta à seguinte pergunta:
   Binges:
   Loss of control: a resposta a esta pergunta deve ser (++) para que a perda de controle esteja presente.

Se os itens 1.1 e 1.2 são (++) a menina apresenta compulsão alimentar e portanto preenche o **CRITÉRIO (A) PARA BULIMIA NERVOSA SEGUNDO O DSM-IV.**

IIb. Checagem do critério (B) do DSM-IV

CRITÉRIO (B) BULIMIA DSM-IV = *"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".*

1. Checar se a menina tem comportamento compensatório inadequado recorrente, que pode ser verificado na ocorrência de pelo menos uma resposta (++) nas questões abaixo:
   Compensatory behaviours:
   Eats less at meals
   Skip meals
   Fasts all day or most of day
   Hides or throws away food
   Exercises more
   Vomits
   Pills or medicines to lose weight
   Other compensatory behaviours

Checar, também, a presença de comportamentos compensatórios nas questões abertas:
Description of pills or medicines to lose weight
Description of other way of reducing weight

Se a resposta a qualquer questão fechada acima for (++) ou alguma questão aberta revelar comportamento compensatório inadequado recorrente, a menina preenche o **CRITÉRIO (B) PARA BULIMIA NERVOSA SEGUNDO O DSM-IV.**

IIc. Checagem do critério (C) do DSM-IV

CRITÉRIO (C) BULIMIA DSM-IV = *"A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses".*

1. Checar se a menina tem compulsão periódica e comportamentos compensatórios inadequados em média, pelo menos duas vezes por semana por, no mínimo, 3 meses. A presença deles pode ser verificada nas respostas positivas a todas as questões a seguir:

1.1. pesquisa de compulsão periódica por pelo menos duas vezes por semana, nos últimos três meses, deve ser confirmada se as respostas às três questões abaixo forem positivas:
Binges:
Sinal (++) em frente a palavra *Binges* significa que menina tem compulsão alimentar, o que corrobora o diagnóstico de bulimia segundo o DSM-IV.
How often in last 3 months: a resposta deve ser ***"> twice a week"*** para o diagnóstico de bulimia nervosa segundo o DSM-IV.
Loss of control: a resposta deve ser (++) para diagnóstico de bulimia segundo o DSM-IV.

1.2. a existência de comportamentos compensatórios inadequados deve ser confirmada com a presença de (++) como resposta em pelo menos uma das questões abaixo:
Compensatory behaviours:
Eats less at meals
Skip meals
Fasts all day or most of day
Hides or throws away food
Exercises more
Vomits
Pills or medicines to lose weight
Other compensatory behaviours

Se os itens 1.1 e 1.2 são positivos a menina preenche o **CRITÉRIO (C) PARA BULIMIA NERVOSA SEGUNDO O DSM-IV.**

IId. Checagem do critério (D) do DSM-IV

CRITÉRIO (D) BULIMIA DSM-IV = *"A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo".*

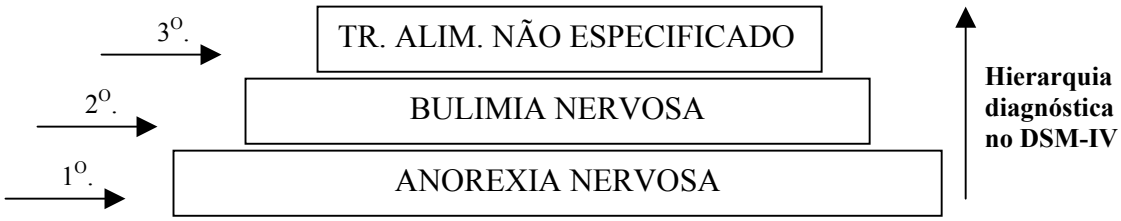
1. Checar se a auto-avaliação da menina é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo, por meio das seguintes questões abertas:
   PAREN'T AND YOUNG PERSON'S ACCOUNT
   5) Description of difficulties related to diet, weight and body shape:
   9) How eating and weight concerns affect other aspects of subject's life:

IIe. Checagem do critério (E) do DSM-IV

CRITÉRIO (E) BULIMIA DSM-IV = *"O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa".*

1. Para o diagnóstico de Bulimia Nervosa, é necessário que o distúrbio não ocorra exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa. Portanto, checar antes se a menina preenche os critérios para anorexia. Caso isso não ocorra, checar se preenche os critérios para bulimia. Caso não preencha critério para bulimia e tenha sintomas alimentares (de anorexia ou bulimia) de impacto, fazer o diagnóstico de transtorno alimentar não especificado. Portanto, a hierarquia diagnóstica segundo o DSM-IV coloca em primeiro plano o diagnóstico de anorexia nervosa e subordina os outros diagnósticos

à ausência deste. Colocando em forma gráfica a hierarquia diagnóstica dos transtornos alimentares segundo o DSM-IV, temos:



OBS: observe que a hierarquia diagnóstica do DSM-IV diverge da CID-10 (pág. 80)

If. Checagem do subtipo de bulimia nervosa segundo o DSM-IV

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".*

1. Checar se a menina tem o subtipo sem purgação. Para tal ela não deve ter se envolvido regularmente em um comportamento compensatório purgativo inadequado (auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Isso deve ser checado nas perguntas:

   - 1.1. pesquisa de purgação:
     Compensatory behaviours:
     Vomits: a resposta deve ser (--) para caracterizar bulimia do subtipo sem purgação.
     Pills or medicines to lose weight: checar, nas perguntas abertas, que tipo de medicação a jovem usa para perder peso. Caso use pílulas para emagrecer (fórmulas, anorexígenos), elas não são consideradas métodos purgativos segundo o DSM-IV, caracterizando, portanto, bulimia sem purgação. No caso da menina usar laxantes, diuréticos ou enemas para perder peso, eles são considerados métodos purgativos segundo o DSM-IV. Portanto, para ter bulimia subtipo não purgativo não pode estar presente uso abusivo de laxantes, diuréticos ou enemas.
     Other compensatory behaviours: checar, nas perguntas abertas, se os outros métodos que a menina utiliza para emagrecer não incluem laxantes, diuréticos ou enemas. É necessária a ausência desses métodos para a bulimia ser do subtipo sem purgação.

Para a **BULIMIA** ser do **SUBTIPO SEM PURGAÇÃO**, o item 1.1 deve ser negativo para comportamentos purgativos.

2. Checar se a menina tem o subtipo purgativo. Para tal ela deve ter se envolvido regularmente em um comportamento compensatório inadequado de purgação (auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Isso deve ser checado nas perguntas:

- 2.1. pesquisa de purgação:
  Compensatory behaviours:
  Vomits: a resposta deve ser (+) ou (++) para caracterizar bulimia do subtipo purgativo.
  Pills or medicines to lose weight: checar, nas perguntas abertas, que tipo de medicação a menina usa para perder peso. Caso use pílulas para emagrecer (fórmulas, anorexígenos), elas não são consideradas métodos purgativos segundo o DSM-IV. No caso da menina usar laxantes, diuréticos ou enemas para perder peso, eles são considerados métodos purgativos segundo o DSM-IV. Portanto, para ter bulimia do tipo purgativo, ela deve, necessariamente, fazer uso abusivo de laxantes, diuréticos ou enemas (resposta com (++) ou (+++) para tais substâncias, pois o uso deve ser recorrente).
  Other compensatory behaviours: checar, nas perguntas abertas, se os outros métodos utilizados para emagrecer incluem laxantes, diuréticos ou enemas, necessários para diagnosticar bulimia do subtipo purgativo (resposta (++) ou (+++) pois o uso deve ser recorrente).

Para a **BULIMIA** ser do **SUBTIPO PURGATIVO**, o item 2.1 deve ser positivo para comportamentos purgativos

DIAGNÓSTICO BULIMIA NERVOSA: para o diagnóstico de bulimia nervosa, os critérios (A), (B), (C), (D) **e** (E) do DSM-IV devem estar presentes. Também deve haver impacto significativo ((++) ou (+++)) dos sintomas relacionados a esses critérios em pelo menos uma das áreas da vida da menina (veja sessão ***Impact*** e questão aberta ***How eating and weight concerns affect other aspects of subject's life***). Também é importante ler todo o conteúdo das questões abertas (na última parte do relatório), pois suas respostas (descritivas) podem ser decisivas no caso de dúvidas. A questão aberta também pode se sobrepor a uma fechada, uma vez que sua resposta pode mostrar, por exemplo, que o entrevistado não entendeu o conteúdo da questão fechada e na questão aberta pôde expressar melhor o que ocorre de fato.

III. DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO ALIMENTAR SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO SEGUNDO O DSM-IV

A categoria Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação serve para transtornos da alimentação que não satisfazem todos os critérios para anorexia ou bulimia nervosa do DSM-IV.

DIAGNÓSTICO TRANSTORNO ALIMENTAR SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO: para o diagnóstico de transtorno alimentar sem outra especificação a menina deve ter pelo menos um critério diagnóstico para anorexia ou bulimia nervosa e também deve haver impacto significativo ((++) ou (+++)) dos sintomas relacionados a esse(s) critério(s) em pelo menos uma das áreas de sua vida (veja sessão ***Impact*** e questão aberta ***How eating and weight concerns affect other aspects of subject's life***). Também é importante ler todo o conteúdo das questões abertas (na última parte do relatório), pois suas respostas (descritivas) podem ser decisivas no caso de dúvidas. A questão aberta também pode se sobrepor a uma fechada, uma vez que sua resposta pode mostrar, por exemplo, que o entrevistado não entendeu o conteúdo da questão fechada e na questão aberta pôde expressar melhor o que ocorre de fato.

ANEXO G

Protocolo para diagnóstico final DAWBA utilizando os relatórios fornecidos pelo programa de computador da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA, segundo a CID-10 Pesquisa

I. DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVOSA SEGUNDO A CID-10 PESQUISA

Ia. Checagem do critério (A) da CID-10

CRITÉRIO (A) ANOREXIA CID-10 = *"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".*

1. Calcular o IMC da menina com os valores obtidos na sessão:
   Height, weight, thinness:*
   Current height (cm)
   Current weight (kg)
   O IMC deve ser calculado através da fórmula:

   $$IMC = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura}^2\ (m^2)}$$

2. Checar se a menina teve perda de peso corporal e em que proporção (se chegou a perder 15% do peso).

   Checar se houve perda de peso corporal nas questões:
   Height, weight, thinness:
   Current weight (kg)
   Lowest weight in last year (kg)
   Highest ever weight (kg)
   Always this thin?

   Para verificar se houve perda de pelo menos 15% do peso, realizar o cálculo:

   $$\frac{\text{(highest ever weight)} - \text{(current weight)}}{\text{(highest ever weight)}} \geq 0{,}15$$

3. Checar na tabela a seguir se a menina tem percentil de IMC menor que o 10º. percentil para a idade (por exemplo, uma menina de 11 anos, para ter IMC abaixo do 10º. percentil, deve ter IMC menor que 14,9 kg/m^2):

* As palavras em inglês, negrito e itálico neste protocolo são transcrições das sessões contidas no relatório gerado pelo programa inglês, que fornece o resumo dos dados colhidos pelo instrumento.

Tabela. IMC referente ao 10º. percentil em meninas, segundo a idade (conforme gráfico do CDC, 2000)

Idade (anos)	7,0	8,0	9,0	10,0	11,0	12,0	13,0	14,0	15,0	16,0	17,0	18,0
IMC (kg/m^2)	13,8	14,0	14,2	14,5	14,9	15,4	15,9	16,4	16,9	17,4	17,8	18,2

Se a menina preenche os itens 2 e 3, ela tem perda de peso levando a um peso corporal 15% abaixo do normal.

4. Em crianças com anorexia pode haver uma falta de ganho de peso, o que pode ser checado nas questões:
   Height, weight, thinness:
   Current weight (kg)
   Lowest weight in last year
   Highest ever weight
   Na falta de ganho de peso levando a um peso corporal pelo menos 15% abaixo do esperado, o ***lowest weight in last year*** será próximo ao ***current weight*** (pois não houve ganho de peso), além da menina ter o peso igual ou abaixo do 10º. percentil na curva de peso do CDC (veja tabela abaixo).

Tabela. Peso referente ao 10º. percentil em meninas, segundo a idade (conforme gráfico do CDC, 2000)

Idade (anos)	7,0	8,0	9,0	10,0	11,0	12,0	13,0	14,0	15,0	16,0	17,0	18,0
Peso (kg)	19,0	21,0	23,6	26,4	29,4	32,0	36,2	40,0	42,5	45,0	46,2	47,0

Se a menina preencher os critérios dos itens 2 e 3 (perda de peso + baixo peso) ou 4 (falta de ganho de peso + baixo peso) ela **PREENCHE O CRITÉRIO (A) DA CID-10 PARA ANOREXIA NERVOSA**

Ib. Checagem do critério (B) da CID-10

CRITÉRIO (B) ANOREXIA CID-10 = *"A perda de peso é auto-induzida pela evitação de "comidas que engordam" ".*

1. Checar se a perda de peso é auto-induzida pela esquiva de "comidas que engordam" através da questão fechada:
   Avoids fattening foods a lot
   Também checar se há esquiva de "comidas que engordam" nas questões abertas:
   Description of other way of reducing weight
   Description of difficulties related to diet, weight and body shape
   What subject eats, and how s/he controls calories
   Checar também se a esquiva de comidas que engordam não é conseqüência de um problema médico (por exemplo, comidas gordurosas em pancreatite, frituras na gastrite, etc.), o que pode ser verificado nas questões abertas:
   Description of difficulties related to diet, weight and body shape:
   Secondary to a medical problem?

Se a menina satisfaz o item 1 anterior ela **PREENCHE O CRITÉRIO (B) DA CID-10 PARA ANOREXIA NERVOSA**

Ic. Checagem do critério (C) da CID-10

CRITÉRIO (C) ANOREXIA CID-10 = *"Há uma autopercepção de estar muito gorda, com um pavor intrusivo de engordar, o qual leva a um baixo limiar de peso auto-imposto".*

1. Checar se há uma autopercepção de estar muito gorda, através das questões:
   Screening questions:
   Feels fat when isn't
   Height, weight and thinness:
   She thinks of herself as:

2. Pesquisar pavor intrusivo de engordar, que deve ser considerado quando houver pelo menos duas cruzes (++) em pelo menos uma das respostas às seguintes perguntas:
   Afraid of gaining weight/getting fat
   Terrified
   Hard to accept weight gain
   Avoids fattening foods a lot
   Compensatory behaviours (qualquer uma delas, desde que a resposta seja (++))

3. Pesquisar se há baixo limiar de peso auto-imposto, que deve ser pesquisado pela contraposição do IMC atual com a resposta positiva a pelo menos uma das seguintes questões (sintoma presente se a resposta for (++)):
   Screenning Questions:
   Diets to excess
   Fear of fatness:
   Afraid of gainning weight / getting fat
   Terrified
   Hard to accept weight gain
   Avoids fattening foods
   Succesfully?
   Compensatory behaviours

Se a combinação dos itens 1, 2 e 3 for preenchida, a menina **SATISFAZ O CRITÉRIO (C) DA CID-10 PARA ANOREXIA NERVOSA**

Id. Checagem do critério (D) da CID-10

CRITÉRIO (D) ANOREXIA CID-10 = *"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)."*

1. Checar se a menina já teve sua menarca. Para tal, considerá-la em período pós-menarca se a resposta para a questão abaixo for (++):
   Menstrual periods:
   Any ever?
   Se a resposta for (--), a menina ainda não apresentou sua menarca.

2. Em meninas pós-menarca, averiguar ausência de ciclos menstruais por pelo menos três meses através do sinal (--) na questão abaixo:
   Menstrual periods:

Any in last 3 months?

3. Em meninas pós-menarca, verificar ausência do uso de pílulas hormonais (contraceptivos orais) através do sinal (--) na questão abaixo:

Menstrual periods:
On hormone pills

4. Investigar, em meninas pós-menarca, se não há outro motivo para a amenorréia que não o emagrecimento (por exemplo, gravidez) nas seguintes questões abertas no final do relatório:

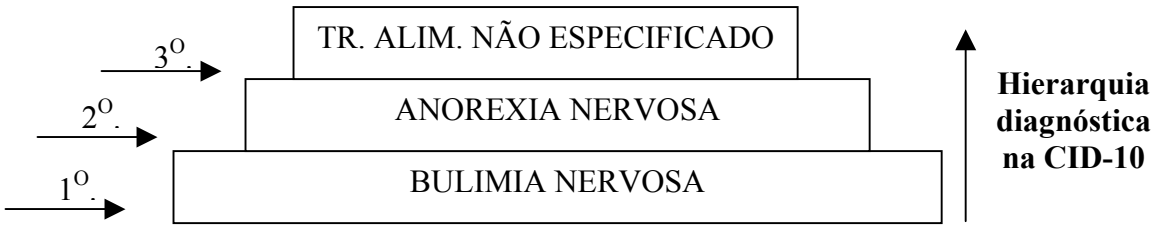
How periods have been
Why no periods in last 3 months?

Se a menina estiver em período pós-menarca e não tiver menstruado nos últimos três meses (item 1 for (++) e item 2 (--)) e não houver outra causa para a amenorréia (item 4), ela **PREENCHE O CRITÉRIO (D) DA CID-10 PARA ANOREXIA NERVOSA**. Entretanto, se ela não tiver apresentado a menarca ainda (resposta item 1 é (--)) ou fizer uso de contraceptivos orais (resposta item 3 é (++)), desconsiderar o item (D) como critério diagnóstico de anorexia e ficam valendo apenas os critérios (A), (B), (C) e (E) para diagnóstico de anorexia típica.

Ie. Checagem do critério (E) da CID-10

CRITÉRIO (E) ANOREXIA CID-10 = *"O transtorno não satisfaz os critérios (A) e (B) para bulimia nervosa (F50.2)".*

1. O critério (E) da CID-10 para anorexia nervosa diz: "O transtorno não satisfaz os critérios (A) e (B) para bulimia nervosa". Para o diagnóstico de anorexia nervosa, é necessário que o distúrbio não satisfaça os critérios (A) e (B) para bulimia nervosa. Portanto, checar se a menina não preenche esses dois critérios para bulimia (orientações a seguir). Caso não satisfaça esses dois critérios para bulimia, checar se preenche critérios para anorexia. Caso não preencha critério para anorexia e tenha sintomas alimentares (de anorexia ou bulimia) de impacto, fazer o diagnóstico de transtorno alimentar não especificado. Portanto, a hierarquia diagnóstica segundo a CID-10 coloca em primeiro plano o diagnóstico de bulimia nervosa e subordina os outros diagnósticos à ausência desse. Colocando em forma gráfica a hierarquia diagnóstica dos transtornos alimentares segundo a CID-10, temos:



OBS: observe que a hierarquia diagnóstica da CID-10 diverge do DSM-IV (pág. 75)

Portanto, para pesquisar a ausência dos critérios (A) e (B) de bulimia e fazer o diagnóstico de anorexia nervosa, segundo a CID-10, seguir o roteiro:

2. Checar se a menina não tem 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 (critério (A) para bulimia nervosa segundo a CID-10). A ausência desse critério de bulimia deve ser checada nas perguntas:

2.1. pesquisa da ausência de episódios recorrentes de hiperfagia:
Binges:
Sinal (--) em frente a palavra *Binges* significa que a menina não tem *binges*, o que corrobora o diagnóstico de anorexia segundo a CID-10.
Loss of control: sinal (--) significa que a menina não apresenta perda de controle, o que corrobora o diagnóstico de anorexia segundo a CID-10.

2.2. pesquisa da ausência do critério de freqüência dos episódios recorrentes de hiperfagia (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses). Verificar a resposta da seguinte pergunta:
How often in last 3 months: a resposta deve ser "hasn't happened", "occasionally" ou "once a week" para que o sintoma corrobore o diagnóstico de anorexia, segundo a CID-10.

3. Checar se a menina não apresenta preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou sentimento de compulsão a comer (critério (B), para Bulimia Nervosa, segundo a CID-10). A ausência desse critério de bulimia deve ser checada nas perguntas:

3.1. pesquisa da ausência de preocupação persistente com o comer:
Screening Questions:
Eating concerns interfere a lot: sinal (--) significa que a menina não apresenta preocupação persistente, o que corrobora o diagnóstico de anorexia segundo a CID-10.
Fear of fatness:
Think of food a lot: sinal (--) significa que a menina não apresenta preocupação persistente, o que corrobora o diagnóstico de anorexia segundo a CID-10.

3.2. pesquisa da ausência de forte desejo ou sentimento de compulsão a comer:
Fear of fatness:
Craving for food, like an addiction: sinal (--) significa que a menina não apresenta forte desejo de comer, o que corrobora o diagnóstico de anorexia segundo a CID-10.

Se a menina preenche os critérios 1 ou 2 anteriores (ausência de episódios de hiperfagia e de sentimento de compulsão a comer), ela **PREENCHE O CRITÉRIO (E) DA CID-10 PARA ANOREXIA NERVOSA.**

DIAGNÓSTICO ANOREXIA NERVOSA: para o diagnóstico de anorexia nervosa, os critérios (A), (B), (C), (D) **e** (E) da CID-10 devem estar presentes. Também deve haver impacto significativo ((++) ou (+++)) dos sintomas relacionados a esses critérios em pelo menos uma das áreas da vida da menina (veja sessão ***Impact*** e questão aberta ***How eating and weight concerns affect other aspects of subject's life***). Também é importante ler todo o conteúdo das questões abertas (na última parte do relatório), pois suas respostas (descritivas) podem ser decisivas no caso de dúvidas. A questão aberta também pode se sobrepor a uma fechada, uma vez que sua resposta pode mostrar, por exemplo, que o entrevistado não entendeu o conteúdo da questão fechada e na questão aberta pôde expressar melhor o que ocorre de fato.

II. DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVOSA SEGUNDO A CID-10 PESQUISA

IIa. Checagem do critério (A) da CID-10

CRITÉRIO (A) BULIMIA CID-10 = *"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".*

1. A presença desse critério de bulimia deve ser confirmada caso sintomas estejam presentes nas respostas de todas as perguntas abaixo:

   1.1. pesquisa da presença de episódios recorrentes de hiperfagia:
   Binges:
   Sinal (++) em frente a palavra " ***Binges:***" significa que a menina tem *binges*, o que corrobora o diagnóstico de bulimia segundo a CID-10.
   Loss of control: sinal (++) significa que a menina apresenta perda de controle, o que corrobora o diagnóstico de bulimia segundo a CID-10.

   1.2. pesquisa da presença do critério de freqüência dos episódios recorrentes de hiperfagia (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses). Verificar a resposta à seguinte pergunta:
   How often in last 3 months: a resposta deve ser ***"> twice a week***" para que o diagnóstico seja de bulimia, segundo a CID-10.

Se a menina preenche os critérios 1.1 **e** 1.2, ela **SATISFAZ O CRITÉRIO (A) DA CID-10 PARA BULIMIA NERVOSA.**

IIb. Checagem do critério (B) da CID-10

CRITÉRIO (B) BULIMIA CID-10 = *"Há uma preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão a comer".*

1. A presença desse critério de bulimia deve ser checada nas perguntas:

   1.1. pesquisa de preocupação persistente com o comer:
   Screening Questions:
   Eating concerns interfere a lot: sinal (++) significa que a menina apresenta preocupação persistente, o que corrobora o diagnóstico de bulimia segundo a CID-10.
   Fear of fatness:
   Think of food a lot: sinal (++) significa que a menina apresenta preocupação persistente, o que corrobora o diagnóstico de bulimia segundo a CID-10.

   1.2. pesquisa de forte desejo ou sentimento de compulsão a comer:
   Fear of fatness:
   Craving for food, like an addiction: sinal (++) significa que a menina apresenta forte desejo de comer, o que corrobora o diagnóstico de bulimia segundo a CID-10.

Se a menina preenche os critérios 1.1 **e** 1.2 anteriores ela **SATISFAZ O CRITÉRIO (B) DA CID-10 PARA BULIMIA NERVOSA.**

IIc. Checagem do critério (C) da CID-10

CRITÉRIO (C) ANOREXIA CID-10 = *"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".

2. Checar se a menina 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. Isso pode ser verificado na presença de pelo menos uma resposta (++) nas questões fechadas abaixo, com exceção das questões sobre vômitos, sobre esconder ou jogar comida fora e sobre medicações para perder peso, onde apenas (+) é suficiente para o diagnóstico:

Compensatory behaviours:
Eats less at meals
Skip meals
Fasts all day or most of day
Hides or throws away food
Exercises more
Vomits
Pills or medicines to lose weight
Other compensatory behaviours

Checar também a presença de comportamentos compensatórios nas questões abertas:

Description of pills or medicines to lose weight
Description of other way of reducing weight

Se a menina tem comportamento compensatório dentro das condições citadas no item 1, ela **PREENCHE O CRITÉRIO (C) DA CID-10 PARA BULIMIA NERVOSA.**

IId. Checagem do critério (D) da CID-10

CRITÉRIO (D) BULIMIA CID-10 = *"Há uma auto-percepção de estar muito gorda, com um pavor intrusivo de engordar (usualmente levando a baixo peso)".*

1. Checar se há auto-percepção de estar muito gorda através das questões:

Screening questions:
Feels fat when isn't
Height, weight and thinness:
She thinks of herself as:

2. Pesquisar pavor intrusivo de engordar, sintoma considerado quando há no mínimo duas cruzes (++) em pelo menos uma das respostas às perguntas:

Afraid of gaining weight/getting fat
Terrified
Hard to accept weight gain
Avoids fattening foods a lot
Compensatory behaviours (qualquer uma delas, desde que a resposta seja (++))

3. Pode haver baixo limiar de peso auto-imposto na bulimia nervosa. Entretanto, este sintoma é desnecessário para o diagnóstico de bulimia. Sua presença deve ser pesquisada pela contraposição do IMC atual com a resposta positiva a no mínimo uma das seguintes questões (sintoma presente se resposta = (++)):

Screenning Questions:
Diets to excess
Fear of fatness:
Afraid of gainning weight / getting fat
Terrified
Hard to accept weight gain
Avoids fattening foods
Succesfully?
Compensatory behaviours

Se os itens 1 e 2 são atendidos, podendo o item 3 estar presente ou não, a menina **PREENCHE O CRITÉRIO (D) DA CID-10 PARA BULIMIA NERVOSA**

DIAGNÓSTICO BULIMIA NERVOSA: para o diagnóstico de bulimia nervosa, os critérios (A), (B), (C) **e** (D) devem estar presentes. Também deve haver impacto significativo ((++) ou (+++)) dos sintomas relacionados a esses critérios em pelo menos uma das áreas da vida da menina (veja sessão ***Impact*** e questão aberta ***How eating and weight concerns affect other aspects of subject`s life***). Também é importante ler todo o conteúdo das questões abertas (na última parte do relatório), pois suas respostas (descritivas) podem ser decisivas no caso de dúvidas. A questão aberta também pode se sobrepor a uma fechada, uma vez que sua resposta pode mostrar, por exemplo, que o entrevistado não entendeu o conteúdo da questão fechada e na questão aberta pôde expressar melhor o que ocorre de fato.

III. DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO ALIMENTAR NÃO ESPECIFICADO SEGUNDO A CID-10

A categoria Transtorno Alimentar Não Especificado serve para transtornos da alimentação que não satisfazem todos os critérios para anorexia ou bulimia nervosa.

DIAGNÓSTICO TRANSTORNO ALIMENTAR NÃO ESPECIFICADO: para o diagnóstico de transtorno alimentar não especificado a menina deve apresentar pelo menos um critério diagnóstico para anorexia ou bulimia nervosa e também deve haver impacto significativo ((++) ou (+++)) dos sintomas relacionados a esse(s) critério(s) em pelo menos uma das áreas da vida da menina (veja sessão ***Impact*** e questão aberta ***How eating and weight concerns affect other aspects of subject's life***). Também é importante ler todo o conteúdo das questões abertas (na última parte do relatório), pois suas respostas (descritivas) podem ser decisivas no caso de dúvidas. A questão aberta também pode se sobrepor a uma fechada, uma vez que sua resposta pode mostrar, por exemplo, que o entrevistado não entendeu o conteúdo da questão fechada e na questão aberta pôde expressar melhor o que ocorre de fato.

ANEXO H

EXEMPLO DE RELATÓRIO FORNECIDO PELO PROGRAMA DE COMPUTADOR DA SESSÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES DO DAWBA

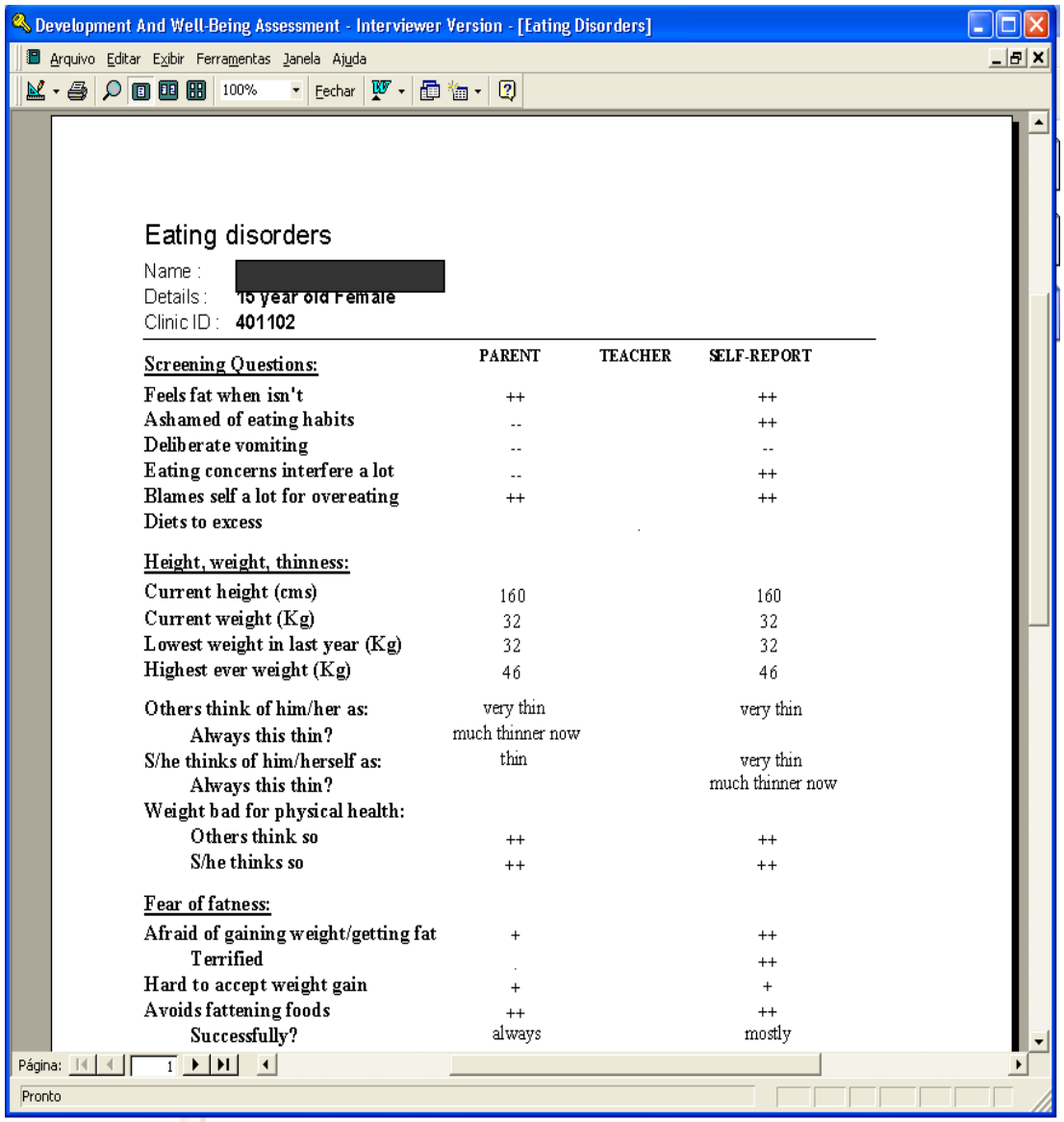
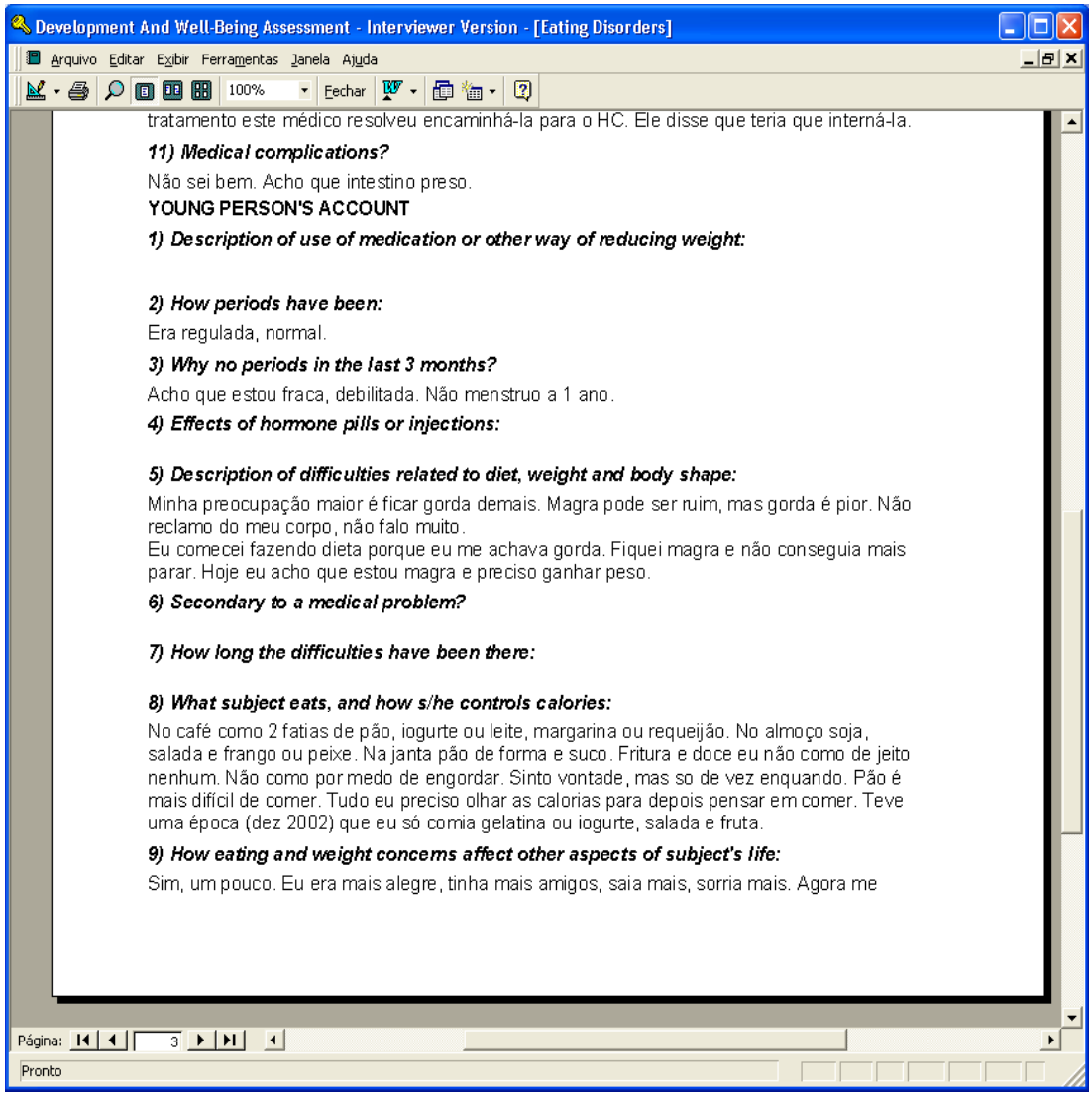


Figura 8. Parte de relatório a ser utilizado pelo especialista em transtornos alimentares para estabelecer o diagnóstico final do DAWBA. Este trecho mostra o resumo das respostas a algumas questões estruturadas.


Development And Well-Being Assessment - Interviewer Version - [Eating Disorders]

Arquivo Editar Exibir Ferramentas Janela Ajuda

100% Fechar

tratamento este médico resolveu encaminhá-la para o HC. Ele disse que teria que interná-la.

11) Medical complications?

Não sei bem. Acho que intestino preso.

YOUNG PERSON'S ACCOUNT

1) Description of use of medication or other way of reducing weight:

2) How periods have been:

Era regulada, normal.

3) Why no periods in the last 3 months?

Acho que estou fraca, debilitada. Não menstruo a 1 ano.

4) Effects of hormone pills or injections:

5) Description of difficulties related to diet, weight and body shape:

Minha preocupação maior é ficar gorda demais. Magra pode ser ruim, mas gorda é pior. Não reclamo do meu corpo, não falo muito.
Eu comecei fazendo dieta porque eu me achava gorda. Fiquei magra e não conseguia mais parar. Hoje eu acho que estou magra e preciso ganhar peso.

6) Secondary to a medical problem?

7) How long the difficulties have been there:

8) What subject eats, and how s/he controls calories:

No café como 2 fatias de pão, iogurte ou leite, margarina ou requeijão. No almoço soja, salada e frango ou peixe. Na janta pão de forma e suco. Fritura e doce eu não como de jeito nenhum. Não como por medo de engordar. Sinto vontade, mas so de vez enquando. Pão é mais difícil de comer. Tudo eu preciso olhar as calorias para depois pensar em comer. Teve uma época (dez 2002) que eu só comia gelatina ou iogurte, salada e fruta.

9) How eating and weight concerns affect other aspects of subject's life:

Sim, um pouco. Eu era mais alegre, tinha mais amigos, saia mais, sorria mais. Agora me

Página: 3

Pronto

Figura 9. Parte de relatório a ser utilizado pelo especialista em transtornos alimentares para estabelecer o diagnóstico final do DAWBA. Este trecho mostra as respostas às questões abertas (onde o sujeito entrevistado expressa o problema com suas próprias palavras).

ANEXO I

DIAGNÓSTICO PADRÃO-OURO

NOME CRIANÇA: _____ IDADE: _____
NOME INFORMANTE: _____ PARENTESCO INF.:____
MÉDICO AVALIADOR: _____ DATA DA AVALIAÇÃO: ___

DIAGNÓSTICO SEGUNDO O DSM-IV:

☐ **307.1 ANOREXIA NERVOSA**
- ☐ **tipo restritivo**
- ☐ **tipo compulsão periódica/purgat.**

☐ **307.51 BULIMIA NERVOSA**
- ☐ **tipo purgativo**
- ☐ **tipo sem purgação**

☐ **307.50 TR. ALIMENTAR SEM OUTRA ESPECIFIC.**

☐ **SEM DIAGNÓSTICO DE TR. ALIMENTAR**

DIAGNÓSTICO SEGUNDO A CID-10:

☐ **F50.0 ANOREXIA NERVOSA**

☐ **F50.2 BULIMIA NERVOSA**

☐ **F50.9 TRANST. ALIMENTAR NÃO ESPECIFIC.**

☐ **SEM DIAGNÓSTICO DE TR. ALIMENTAR**

ANEXO J

DIAGNÓSTICO PELO RELATÓRIO

NOME CRIANÇA: _____ IDADE: _____
NOME INFORMANTE: _____ PARENTESCO INF.:____
MÉDICO AVALIADOR: _____ DATA DA AVALIAÇÃO: ___

DIAGNÓSTICO SEGUNDO O DSM-IV:

☐ **307.1 ANOREXIA NERVOSA**
- ☐ tipo restritivo
- ☐ tipo compulsão periódica/purgat.

☐ **307.52 BULIMIA NERVOSA**
- ☐ tipo purgativo
- ☐ tipo sem purgação

☐ **307.51 TR. ALIMENTAR SEM OUTRA ESPECIFIC.**

☐ **SEM DIAGNÓSTICO DE TR. ALIMENTAR**

DIAGNÓSTICO SEGUNDO A CID-10:

☐ **F50.0 ANOREXIA NERVOSA**

☐ **F50.2 BULIMIA NERVOSA**

☐ **F50.9 TRANST. ALIMENTAR NÃO ESPECIFIC.**

☐ **SEM DIAGNÓSTICO DE TR. ALIMENTAR**

ANEXO K

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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: validação e desenvolvimento

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 X RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como conseqüência 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.

Esta pesquisa está sendo feita para criar um questionário que seja capaz de dizer se uma criança ou adolescente tem anorexia ou bulimia nervosas, 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. Esta 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 : 50813670. 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)

ANEXO L

ORIGINAL ARTICLE

The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA): development and validation

Sessão de Transtornos Alimentares do Development and Well-Being Assessment (DAWBA): desenvolvimento e validação

Original version accepted in English

Tatiana Moya,[1] Bacy Fleitlich-Bilyk,[1] Robert Goodman,[2] Fabiana Chamelet Nogueira,[1] Patrícia Souza Focchi,[1] Manoela Nicoletti,[1] Vanessa Pinzon,[1] Táki Athanássios Cordás,[3] Francisco Lotufo Neto[4]

Abstract

Objective: *Development and validation of the Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA). It is a package of questionnaires, interviews and evaluation techniques, designed to generate DSM-IV and ICD-10 based diagnoses of anorexia, bulimia nervosa and the respective partial syndromes in epidemiological studies, in subjects who are 7 to 17 years old. The parents are interviewed in all cases, as are young people aged 11 or more.* ***Methods:*** *174 girls, divided into three groups, were assessed with the Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment: 48 with eating disorders, 55 clinical controls (with depression, obsessive-compulsive disorder or gastrointestinal disease) and 71 community controls. The sensitivity, specificity and predictive values of the assessment were investigated by comparing the Development and Well-Being Assessment diagnoses with independent psychiatric diagnoses. The test-retest reliability was investigated by reapplying the measure on 55 subjects after 2 or 3 weeks.* ***Results:*** *For the detection of any DSM-IV and ICD-10 eating disorder, the final Development and Well-Being Assessment diagnosis had a sensitivity of 100%, specificity of 94%, positive predictive value of 88%, and a negative predictive value of 100%; there was 95% agreement between the initial and repeat diagnoses (a kappa of 0.81).* ***Conclusion:*** *The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment has suitable psychometric properties for use in clinical and epidemiological studies.*

Keywords: *Eating disorders/diagnosis; Eating disorders/epidemiology; Food habits; Anorexia nervosa; Bulimia; Diagnostic and statistical manual of mental disorders; Interview, psychological; Mental disorders; Children; Adolescent*

Resumo

Objetivos: *Desenvolvimento e validação da Sessão de Transtornos Alimentares do* Development and Well-Being Assessment *(DAWBA). Essa sessão é um pacote de questionários, entrevistas e técnicas de avaliação, desenvolvido para gerar diagnósticos baseados no DSM-IV e CID-10 de anorexia, bulimia nervosa e as respectivas síndromes parciais em estudos epidemiológicos, em jovens de 7 a 17 anos. Os pais são entrevistados em todos os casos, assim como as jovens de 11 anos ou mais.* ***Métodos:*** *174 meninas, divididas em três grupos, foram avaliadas com a Sessão de Transtornos Alimentares do* Development and Well-Being Assessment*: 48 jovens com transtornos alimentares, 55 controles clínicos (com depressão, transtorno obsessivo-compulsivo ou doença gastrintestinal) e 71 controles da comunidade. Sensibilidade, especificidade e valores preditivos do instrumento foram pesquisados pela comparação dos diagnósticos pelo* Development and Well-Being Assessment *com diagnósticos psiquiátricos independentes. A confiabilidade teste-reteste foi investigada reaplicando-se o instrumento em 55 sujeitos após duas ou três semanas.* ***Resultados:*** *Para a detecção de qualquer transtorno alimentar segundo o DSM-IV e o CID-10, o diagnóstico final pelo* Development and Well-Being Assessment *apresentou sensibilidade de 100%, especificidade de 94%, valor preditivo positivo de 88%, valor preditivo negativo de 100% e 95% de concordância entre testes e retestes (Kappa de 0,81).* ***Conclusão:*** *A Sessão de Transtornos Alimentares do* Development and Well-Being Assessment *tem boas propriedades psicométricas para o uso em estudos clínicos e epidemiológicos.*

Descritores: *Transtornos da alimentação/diagnóstico; Transtornos da alimentação/epidemiologia; Hábitos alimentares; Anorexia nervosa; Bulimia; Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais; Entrevista psicológica; Transtornos mentais; Crianças; Adolescente*

This research was carried out in the Institute of Psychiatry, University of São Paulo, Brazil and was supported by "Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo" (Research Support Foundation of the State of São Paulo. Process no. 2002/13067-1)

[1] Childhood and Adolescence Eating Disorders' Attending, Teaching and Research Project (PROTAD), Bulimia and Eating Disorders Outpatient Program (AMBULIM), Institute of Psychiatry, University of Sao Paulo, Brazil
[2] Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College, London, United Kingdom
[3] Bulimia and Eating Disorders Outpatient Program (AMBULIM), Institute of Psychiatry, University of Sao Paulo, Brazil
[4] Department of Psychiatry, Institute of Psychiatry, University of Sao Paulo, Brazil

Correspondence
Tatiana Moya
Av. Prefeito Dulcídio Cardoso, nº. 11.000. 20º. andar, apto 2002
Condomínio Pedra de Itaúna, Edifício Lagoa Azul - Barra da Tijuca
22793-010 Rio de Janeiro, RJ, Brazil
Phone: (21) 8861-2887 / (21) 2431-2469 Fax: (21) 2431-2469
E-mail: tatimoya@uol.com.br

Financing: FAPESP nr. 2002/13067-1
Submitted: 23 September 2004
Accepted: 12 January 2005

Introduction

The current concepts of eating disorders (EDs) include the two well-established diagnoses, anorexia (AN) and bulimia nervosa (BN), as well as partial syndromes classified as "eating disorders not otherwise specified" in DSM-IV.[1] AN and BN occur mainly in females and can have a very poor outcome, with lower rates of complete remission in AN than BN.[2] AN has a mortality rate of 0.56% per year, the highest among all psychiatric disorders.[3] 54% die from complications of the eating disorder (ED), 27% from suicide and 19% from unknown or other causes.[4] Early treatment can improve outcome since the longer the treatment is postponed, the worse the response.[5] Early diagnosis is therefore vital.

Other reasons that make EDs an important health issue are: 1) their worldwide incidence (both in developed[6-8] and developing countries,[9-10] though the latter have not been extensively studied), 2) the evidence that their prevalence rate is rising over time,[11-13] 3) their characteristic onset during development, with a major impact on personal functioning (though the incidence of AN peaks in adolescence, there are many reports of its occurrence in the pre-pubertal phase;[14-15] BN peaks somewhat later, mainly in late adolescence and young adulthood[16]).

There is no Brazilian data about the incidence or prevalence of EDs in any age range. Nevertheless, clinical experience shows that eating disorders in children and adolescents result in a substantial number of referrals in the city of São Paulo.[17] This city has the only Brazilian service specialized in the treatment of children and adolescents with EDs, where the present study was carried out. In this service there are lots of youngsters on a waiting list for treatment, with a mean waiting time for each child of approximately 2 years.[17] 55% of the children with AN on the waiting list are from other cities or even from other states.[17]

In Brazil, the lack of specialized public units for the treatment of children and adolescents with EDs mirrors the lack of epidemiological studies in the field. In addition, carrying out epidemiological studies is a complex task since it demands specific validated diagnostic measures. Therefore, to increase knowledge about the impact of these disorders and to guide rational service planning in Brazil, it is necessary to validate a specific diagnostic measure for these disorders, in this age range.

There are only a few diagnostic measures for eating disorders in childhood and adolescence, all of them originally validated in English. Most are just one component of more comprehensive diagnostic measures of psychiatric disorders in childhood and adolescent, for example the eating disorder sections of the Child and Adolescent Assessment - CAPA,[18] Diagnostic Interview for Children and Adolescents - DICA,[19] Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - K-SADS;[20] these sections were not validated on clinical samples with eating disorders subjects. The Child Eating Disorder Examination[21] – ChEDE – is a diagnostic tool specially designed for children but it too lacks published validation data. None of these measures were validated in Brazil.

The Development and Well-Being Assessment - DAWBA is a recently developed package of questionnaires, interviews, and rating techniques designed to generate ICD-10 and DSM-IV psychiatric diagnosis in children and adolescents, originally created to be used in a British survey with 10,438 children in 1999.[22-23] Subsequently, the DAWBA has also been validated in Brazil, in a large epidemiological study (N = 1,251) carried out in a largely urban municipality (Taubaté) in the State of São Paulo in 2001.[24] Originally, the DAWBA did not have a specific section on the assessment of EDs. The present study aimed to develop and validate the Eating Disorders Section of the Development and Well Being Assessment (DAWBA), in its Portuguese version, as a diagnostic measure that can be used in epidemiological studies of EDs in children and adolescents, collecting data suitable for generating DSM-IV and ICD-10 diagnoses.

Methods

1. Measure

The Eating Disorders Section of the DAWBA was created with a similar format to the pre-existing sections. The section begins with structured questions about eating-related symptomatology and its impact on the child's life; these are suitable for administration by trained lay interviewers. If definite symptoms are identified by the structured questions, interviewers use semi-structured open-ended questions to get respondents to describe the problems in their own words. These descriptions are transcribed verbatim by the interviewers. A parent (or other caretaker) and the young person – if 11 year-old or older – are interviewed. The parent and young person's versions of the interviews are almost identical.

The DAWBA package includes a computer program that uses the answers to structured questions to generate preliminary computer diagnoses (additional information at http://www.dawba.com/f0.html); these are the starting point for the clinical review and formulation. Based on the open-ended as well as structured answers, experienced clinical raters generate final DAWBA diagnoses that do not necessarily agree with the preliminary computer ones.[22] For this validation study, the clinical raters were kept blind to the preliminary computer diagnoses, which permits a valid comparison of the computer and final DAWBA diagnoses made independently of one another.

The Eating Disorders Section of the DAWBA (paper and electronic copies available for inspection on www.dawba.com) was created simultaneously in Portuguese and English by three of the authors (TM, BFB, RG) and includes 53 questions: 42 are structured and 11 are open-ended. Some structured questions have binary 'yes/no' answers while others are rated on a 3, 4 or 5 point scale, depending on the question. The questions investigate issues such as distorted body image, weight and height, insight, fear of gaining weight, craving for food, presence and frequency of binges, behaviors for losing weight, compensatory behaviors, menstrual symptoms, physical consequences of abnormal eating behaviors, and the impact of relevant symptoms on a young person's well-being and social functioning. Each question, or group of related questions, corresponds to a diagnostic criterion from DSM-IV or ICD-10 for EDs. Both parent and child versions of the questionnaires have seven pages each. The administration time is around 20 minutes for subjects from community samples and around 50 minutes for subjects from clinical samples.

The questions that were originally formulated were subsequently improved in two successive rounds of piloting, initially with adults (n = 45) and subsequently with children and adolescents (n = 30).[25] Participants in these pilot phases either had established EDs or had other physical and psychiatric disorders that can prove difficult to distinguish from EDs: depression, obsessive-compulsive disorder or gastrointestinal disorders such as Crohn disease. All these pilot interviews were carried out by one of the authors (TM), and allowed refinement of the wording of questions to maximize

comprehensibility, and to increase the questions' ability to distinguish between the symptoms of EDs and the symptoms of other physical and psychiatric disorders. In addition, some redundant questions were dropped and a few extra questions were added to fill gaps that became apparent during piloting.[25] It was these improved and selected questions that formed the basis for the validation study, and that are available for inspection on the www.dawba.com website.

2. Sample and procedure

The validity study was carried out by using the Portuguese version of the Eating Disorders Section of the DAWBA to assess 174 girls, aged 7-17, drawn from three groups: 1) 48 girls with an ED; 2) 55 clinical controls, in treatment for unipolar depression (n = 21), obsessive compulsive disorder (n = 14) or gastrointestinal disease (n = 20); and 3) 71 community controls. An additional inclusion criterion included living with at least one parent (or caretaker) who was willing to be interviewed. Exclusion criteria were: pregnancy or severe communication difficulties.

Clinical controls were included in the validation study for three reasons: 1) to investigate whether the measure would be able to discriminate EDs from physical and psychiatric disorders whose symptoms can mimic EDs; 2) to keep the interviewers and clinical raters blind to subjects' diagnoses, even when interviewing emaciated girls; and 3) to investigate how useful the measure might be in clinical practice, where it is often necessary to distinguish EDs from 'mimic' syndromes.

The sample of children and adolescents with eating disorders were recruited from the Childhood and Adolescence Eating Disorders Program of the Institute of Psychiatry, University of São Paulo. The sample of clinical controls with depression and obsessive-compulsive disorder were recruited in the Child and Adolescent Psychiatry Program of the same Institute. The clinical controls with intestinal disease were recruited in a pediatric general hospital of the same university. The community sample was recruited from schools and among hospital employees. A payment of R$ 50,00 was offered to each participant pair (parent/child) in the validation study to cover travel expenses, to compensate for lost wages, and to encourage attendance at the scheduled interviews.

There were three interviewers for the validation study (two recently graduated psychologists and one recently graduated psychiatrist), all trained to apply the interviews. None of them had previous experience with EDs and they were blind to each subject's group.

For each of the subjects in the validation study, diagnoses of EDs were generated using three different methods, with each method being independent of the others.

1) Gold standard diagnosis: ICD-10 and DSM-IV based ED diagnoses were established through an open clinical interview of the child and the parent together, made by a child and adolescent psychiatry specialist in EDs who was blind to the group from which the subject came from, with the exception of the first nine subjects interviewed with eating disorders, who were already known to the service where the psychiatrist worked. These subjects had already initiated treatment in this service at the beginning of the research and were included to obtain a larger ED sample.

2) Preliminary computer diagnosis: a computer algorithm generated DSM-IV and ICD-10 ED diagnoses based solely on the structured information collected through the Eating Disorders Section of the DAWBA. The algorithm was built on combinatorial logic (OR, AND, NO, etc.) to generate categories rather than scores. The algorithm is included in a computer program that is provided free of charge for non-profit use in developing countries (www.dawba.com/f0.html).

3) Final DAWBA diagnosis: established by a specialist in EDs, who made the DSM-IV and ICD-10 based ED diagnoses following a careful review of all information obtained through open-ended and structured questions. This specialist was also blind to the group the children in the study came from, and was never the same specialist who made the gold standard diagnosis.

The test-retest reliability was investigated by reapplying the interview on 55 subjects (7 from the ED, 20 from the clinical sample and 28 from the community sample) 2 or 3 weeks after the first testing. The 1st and 2nd interviews were carried out by different interviewers, who were also blind to the group the child came from.

3. Consent and ethical approval

Before the subject and family member entered the pilot study or the main validation study, the caretaker was asked to sign an informed consent form.

This research was approved by the Ethics Commission for Research Projects Analysis (CAPPesq) of the Clinical Board of "Hospital das Clínicas", University of São Paulo (research protocol number 632/02).

4. Statistical analysis

The differences between subjects' ages between the groups were examined with the Brown Forsythe test, because the variances in age were different (Levene test demonstrated unequal variances and ANOVA could not be used). Multiple comparisons of the mean ages of the groups were carried out using the Dunnet test because this does not assume equal variances.

The agreement of the final DAWBA diagnoses and the preliminary computer diagnoses with the gold standard diagnoses were analyzed, using Kappa statistics for agreement on the exact diagnosis (AN, BN, partial syndrome, or no ED).

The sensitivity, specificity, positive and negative predictive values of the Eating Disorders Section of the DAWBA were calculated by comparing the preliminary computer diagnoses and the final DAWBA diagnoses with the gold standard diagnoses. To avoid inappropriately small cell sizes, these analyses were done for all EDs combined.

The test-retest reliability was calculated using Kappa coefficients. Once again, these analyses were done for all EDs combined to avoid inappropriately small cell sizes.

Results

The three groups of subjects – with EDs; clinical controls; and community controls - differed by age. The mean ages (SD) for the three groups were 16.0 (1.6) for the ED group, 14.5 (2.4) for the clinical controls, and 15.5 (2.3) for the community controls. The difference in mean age between the three samples was statistically significant difference (Brown Forsythe, $p < 0.05$). Using Dunnet's multiple comparison test, the only significant pair-wise difference was between the ED group and clinical controls.

The general agreement between the final DAWBA diagnoses and the preliminary computer diagnosis with the gold standard diagnosis are shown in Table 1, where the agreement was analyzed taking into account the specific type of ED (AN, BN and partial syndromes). As shown in Table 1, the kappa coefficients were high in general, indicating agreement between the DAWBA diagnoses and the gold standard diagnoses.

Table 1 – Agreement of final DAWBA diagnosis and preliminary computer diagnosis with gold standard diagnosis

DAWBA diagnostic procedure	Diagnosis	Gold standard diagnosis			
		Without [1] ED	[2] AN	[3] BN	[4] PS
Final DAWBA diagnosis, DSM-IV	Without ED	118	–	–	–
	Anorexia nervosa	–	9	–	1
	Bulimia nervosa	–	–	15	6
	Partial syndromes	7	–	1	17
	% of agreement		91%		
	Kappa		0.82		
Preliminary computer diagnosis, DSM-IV	Without ED	114	–	–	3
	Anorexia nervosa	–	9	1	2
	Bulimia nervosa	2		12	7
	Partial syndromes	9	–	3	12
	% of agreement		85%		
	Kappa		0.68		
Final DAWBA diagnosis, ICD-10	Without ED	118	–	–	–
	Anorexia nervosa	–	7	2	1
	Bulimia nervosa	–	–	12	7
	Partial syndomes	7	–	3	17
	% of agreement		89%		
	Kappa		0.76		
Preliminary computer diagnosis, ICD-10	Without ED	114	–	–	4
	Anorexia nervosa	–	7	–	1
	Bulimia nervosa	1	–	11	5
	Partial syndromes	10	–	6	15
	% of agreement		85%		
	Kappa		0.67		

NOTE: The cells in gray show the number of subjects that received the DAWBA diagnosis concordant with the gold standard in each diagnostic category (without eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, partial syndromes).
(1) ED = eating disorder. (2) AN = anorexia nervosa. (3) BN = bulimia nervosa. (4) PS = partial syndromes.

The indexes of sensitivity, specificity and predictive values are shown in Table 2. They were calculated for the presence or absence of an ED when comparing DAWBA diagnoses with the gold standard diagnoses. There were no differences in the indexes when considering DSM-IV or ICD-10 systems.

The mean interval between test and retest was 14.6 days (minimum of 14 days and maximum of 21 days). The test-retest agreement was calculated for the presence or absence of an ED diagnoses (Table 3). Of the 11 subjects detected by the final DAWBA diagnosis as suffering from an ED initially, 8 had their ED general diagnosis confirmed by the retest. The final DAWBA diagnosis, in the retest phase, did not miss any subject with a gold standard ED diagnosis and eliminated 3 of the 4 false positives detected in the test phase.

Discussion

The Eating Disorders Section of the DAWBA was created simultaneously in Portuguese and English, and this article describes the first validation study carried out anywhere in the world; validation of the English version is currently under way. The final DAWBA diagnosis of an eating disorder according to DSM-IV and ICD-10 classifications had the following screening properties by comparison with the independent 'gold standard' clinical diagnosis: a sensitivity of 100%; specificity of 94%, positive predictive value of 88%; and negative predictive value of 100%; there was good test-retest agreement (Kappa 0.81). These are good psychometric properties, potentially suiting the Portuguese version of The Eating Disorders Section of the DAWBA for clinical work and community surveys. High sensitivity and specificity are advantages in both settings; so too is the measure's ability to distinguish between EDs and other physical and psychiatric disorders with similar symptoms. For example, weight loss can be seen with malabsorption or depression; deliberate avoidance of specific foods can accompany obsessive compulsive disorder and gastrointestinal diseases; and distorted self image is common in depression. The ability of the final DAWBA diagnosis to distinguish between young people with and without ED is paralleled by a good

Table 2 – Standard psychometric indices of final DAWBA diagnosis and preliminary computer diagnosis when compared to gold standard diagnosis (n = 174)

DAWBA diagnostic procedure	Diagnosis	Gold standard diagnosis		Psychometric indices				
		Without [5] ED	With ED	[6] k	[7] Sn (%)	[8] Sp (%)	[9] PPV (%)	[10] NPV (%)
[1] Final, DSM-IV	Without ED	118	0	0.91	100	94	88	100
	With ED	7	49					
[2] Computer, DSM-IV	Without ED	114	3	0.81	94	91	81	97
	With ED	11	46					
[3] Final, ICD-10	Without ED	118	0	0.91	100	94	88	100
	With ED	7	49					
[4] Computer, ICD-10	Without ED	114	4	0.80	92	91	80	97
	With ED	11	45					

NOTE: The cells in gray show the number of subjects that received the DAWBA diagnosis concordant with the gold standard in each diagnostic category (with or without eating disorder).
(1) Final DAWBA diagnosis, DSM-IV system. (2) Preliminary computer diagnosis. DSM-IV system. (3) Final DAWBA diagnosis, ICD-10 system. (4) Preliminary computer diagnosis, ICD-10 system. (5) ED = eating disorder. (6) k = kappa value. (7) Sn = sensitivity. (8) Sp = specificity. (9) PPV = positive predictive value. (10) NPV = negative predictive value.

differentiation between the different types of eating disorder, both for DSM-IV and ICD-10 (kappas around 0.8; Table 1).

The DAWBA can be used to generate diagnoses in two ways: preliminary computer diagnoses are based solely on the structured DAWBA interview, whereas the final DAWBA diagnoses are made by an experienced clinician who reviews not only the structured DAWBA interview but also the open-ended answers to semi-structured DAWBA probes. Clinics or research studies who do not have access to an experienced clinician can still use the preliminary computer diagnoses with good psychometric properties, e.g. a sensitivity of 94%, a specificity 91% and kappa of 0.81 for a DSM-IV diagnosis of any ED (Table 2). When an experienced clinician is available to refine the computer diagnosis, the psychometric properties are even better (see properties of the final DAWBA diagnoses, Table 2).

It is not easy to compare our results with previous measures since there are few if any well-validated diagnostic measures of EDs in children and adolescents. Like the DAWBA, several other general measures of child and adolescent psychopathology include a section on EDs, but the sensitivity and specificity of these sections is not generally reported. One exception is the eating disorders section of the Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd Edition (DISC-2.1), which is a highly structured interview. Sensitivities of 78% for the detection of anorexia nervosa and of 88% for bulimia were reported,[26] though this validation study was limited by its small sample size (involving just 21 subjects in the eating disorder group), the absence of a healthy comparison group, and the lack of 'blinding' of the interviewer. The ChEDE[21] is a semi-structured diagnostic measure that seems promising, but only the pilot study has been published, and there are no data available for comparison with our findings.

Table 3 – Test-retest agreement for final DAWBA diagnosis and preliminary computer diagnosis (identical for DSM-IV and ICD-10)

Test	Final DAWBA diagnosis		Preliminary computer diagnosis	
	Retest		Retest	
	Without ED	With ED	Without ED	With ED
Without [1] ED	44	–	44	1
With ED	3	8	3	7
[2] Agreement	95%		93%	
Kappa	0.81		0.74	

NOTE: The cells in gray show the number of subjects that received the test diagnosis concordant with the retest diagnosis (with and without eating disorder).
(1) ED = eating disorder. (2) percentage of agreement

The Eating Disorders Section of the DAWBA successfully combines features of respondent-based and investigator-based measures. It resembles a respondent-based measure such as the DISC[27] in that it uses lay interviewers, fixed questions and computerized diagnostic algorithms. The two main differences are that the lay interviewers transcribe the detailed verbatim responses to open-ended questions, and these responses can be used by experienced clinical to refine the preliminary computer diagnosis.[22]

When The Eating Disorders Section of the DAWBA is compared to other interviewer-based measures, such as the CAPA[18] or the ChEDE,[21] it has a similar role, but presents distinct advantages and disadvantages. In traditional semi-structured interviews, it is the interviewer who addresses the symptoms and goes on asking questions to clarify the details until he or she feels confident enough to make the rating. By contrast, the DAWBA clinical raters have to judge whether symptoms are present or not on the basis of the answers obtained by lay interviewers at some earlier time. Detailed transcripts of answers to open-ended questions generally provide enough information to do this, but when they do not, the clinical raters cannot themselves ask additional questions.[22] This disadvantage is offset by a major economy - expensive and scarce clinical time is not wasted either on routine questioning or on traveling to carry out numerous interviews. An extensive survey in England carried out in 1999, studied 10 438 children

using 200 lay interviewers "in the field" but only required three clinical raters "back at base."[22-23]

The Eating Disorders Section of the DAWBA has some potential advantages over the ChEDE,[21] which collects most of the information from the young people themselves without also asking parents. By obtaining detailed parent reports, the DAWBA makes it much easier to diagnose an ED, particularly in the common situation where the young people deny symptoms and/or lack insight. The denial of symptoms is the reason why some children with EDs obtain low scores in the ChEDE.[21] On the other hand, the ChEDE has the advantage that the child interview is designed for children young as 7 years old;[21] the DAWBA parent interview covers 7-17 year olds, but the DAWBA youth interview only covers 11-17 year olds. The lower limit of 11 years for interviewing children with DAWBA stemmed from previous studies showing that symptoms are not reliably reported by younger children[28-29] and from similar experience during pre-piloting of the other sections of the DAWBA in England with 8-10-year-olds.[22]

The Eating Disorders Section of the DAWBA is designed to assess children and adolescents aged between 7 to 17 years of age. It is a limitation of this study not to have included subjects with EDs who were male or younger than 11 years old, but such cases are rare and it would probably have taken many years to have accumulated a sufficiently large sample of males or younger children with EDs to warrant analysis.

There were statistically significant differences between the ages of the samples studied, with the average age in the ED sample being about 18 months higher than the clinical controls. This relatively small difference in mean age was probably not an important limitation since it is unlikely to be accompanied by cognitive or behavioral differences that would be relevant to the assessment of EDs via parental report as well as self report. Since we did not measure the socio-economical status, education level or the presence of other psychiatric symptoms in the sample, we are not able to comment on the comparability of the groups on these variables.

Conclusion

The Eating Disorders Section of the DAWBA is potentially useful as a clinical tool, facilitating skilled clinical assessment or, where necessary, providing 'second best' computerized diagnoses when no suitable clinician is available. The measure is also likely to be useful in community studies of rates of EDs in children and adolescents that are carried out in order to facilitate service planning. Further research is needed to provide independent replication of our findings, to investigate the validity of the measure for males and young children, and to establish whether the measure would be useful as a screening tool for high risk groups such as adolescent girls.

References

1. American Psychiatric Association. Transtornos Alimentares. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 511-22.
2. Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, Selwyn SE, Ekeblad ER, Flores AT, et al. Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(7):829-37.
3. Agras WS. The consequences and costs of the eating disorders. Psychiatr Clin North Am. 2001;24(2):371-9.
4. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry. 1995;152(7):1073-4.
5. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(11):1025-30.
6. Rojo L, Livianos L, Conesa L, Garcia A, Dominguez A, Rodrigo G, et al. 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(3):281-91.
7. Nakamura K, Yamamoto M, Yamazaki O, Kawashima Y, Muto K, Someya T, et al. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. Int J Eat Disord. 2000;28(2):173-80.
8. Whitaker A, Davies M, Shaffer D, Johnson J, Abrams S, Walsh T, et al. The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. Psychol Med. 1989;19(1):143-63.
9. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. Int J Eat Disord. 2000;28(3):265-71.
10. Nasser M. Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1994;29(1):25-30.
11. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord. 2003;34(4):383-96.
12. Bryant-Waugh R, Lask B. Eating disorders in children. J Child Psychol Psychiatry. 1995;36(2):191-202.
13. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population based study. Am J Psychiatry. 1991;148(7):917-22.
14. Jacobs BW, Isaacs S. Pre-pubertal anorexia nervosa: a retrospective controlled study. J Child Psychol Psychiatry. 1986;27(2):237-50.
15. Fosson A, Knibbs J, Bryant-Waugh R, Lask B. Early onset anorexia nervosa. Arch Dis Child. 1987;62(2):114-8.
16. Bryant-Waugh R. Overview of the eating disorders. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. 2nd ed. East Sussex, UK: Psychology Press; 2000. p. 27-40.
17. Moya T, Fleitlich-Bilyk B. Lista de espera para tratamento de transtornos alimentares na infância e na adolescência. Rev Bras Psiquiatr. 2003;25(4):259-60.
18. Angold A, Prendergast M, Cox A, Harrington R, Simonoff E, Rutter M. The Child and Adolescent Assessment (CAPA). Psychol Med. 1995;25(4):739-53.
19. Reich W. Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(1):59-66. Comment in: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(1):14-5.
20. 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(1):49-58. Comment in: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(10):1208.
21. 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(4):391-7.
22. 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(5):645-55.
23. 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(10):1203-11.
24. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child psychiatric disorders in Southeast Brazil. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(6):727-34.
25. Moya T. Criação e análise da sessão de transtornos alimentares do DAWBA. Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.
26. Fisher PW, Shaffer D, Piacentini JC, Lapkin J, Kafantaris V, Leonard I, et al. 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(3):666-73.

27. Shaffer D, Fisher P, DulCan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35(7):865-77.
28. Fallon T, Schwab-Stone M. Determinants of reliability in psychiatric surveys of children aged 6-12. J Child Psychol Psychiatry.
29. Schwab-Stone M, Fallon T, Briggs M, Crowther 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(7):1048-54.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Brasil HHA. *Desenvolvimento da versão brasileira do K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version)* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2003. 120p.

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.

DAWBA [online]. DAWBA: Development and Well-Being Assessment [updated 2005 Dec 14, cited 2006 Feb 15]. A oportunidade de ver as entrevistas DAWBA on-line em Português no dawba.net [about 2 screens]. Avaiable from: URL: http://www.dawba.com/b4por.html .

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.

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, 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.

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.

Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, Pereira de Miranda D, Fleitlich-Bilyk B, Almeida Filho N. The Ilha de Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005a; 40(1):11-7.

Goodman R, Slobodskaya H, Knyazev G. Russian child mental health--a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005b; 14(1):28-33.

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.

Morgan CM, Claudino AM. Good news for Brazilian eating disorders researchers. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(3):255-6.

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.

Moya T, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Nogueira FC, Focchi PS, Nicoletti M, Pinzon V, Cordás TA, Lotufo Neto F. The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA): development and validation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005a; 27(1):25-31.

Moya T, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Interviewing younger children has costs as well as benefits. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005b; 27(3):256.

Mullick MS, Goodman R. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: an exploratory study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40(8):663-71.

Portney LG, Watkins MP. *Foundations of Clinical Research. Aplications to Practice*. 2nd Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall Health; 2000. Cap.26, p.557-86: Statistical Measures of Reliability.

Ruela Jaimes GE, Diaz Martinez LA, Ortiz Barajaz DP, Pinzón Plata C, Rodriguez Martinez J. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria*. 2005; 35(2):89-94.

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.

Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schawb-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.

Vandereycken W. Validity and Reliability of the Anoretic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatr Scand.* 1992; 85: 163-6.

Watkins B, Frampton I, Lask B, Bryant-Waugh R. Reliability and Validity o the Child Version of the Eating Disorder Examination: A Preliminary Investigation. *Int J Eat Disord.* 2005; 38:183-187.

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.

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).