

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO
QUESTIONÁRIO SCOFF PARA DETEÇÃO DE CASOS DE PERTURBAÇÃO DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

Cátia Sofia Mota Lima

Junho 2012

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Sandra Torres** (F.P.C.E.U.P.).

Agradecimentos

À Professora Sandra Torres pelo apoio e
orientação ao longo deste projeto.

À minha mãe e restante família e amigos , que
sempre me motivaram e acreditaram em mim.

À Dra Isabel Brandão e à Dra Sofia Duarte pela
disponibilidade e auxílio na recolha dos dados.

Resumo

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são uma importante causa de morbilidade física e psicológica em adolescentes e jovens mulheres adultas. Face à possibilidade dos quadros parciais de PCA se virem a tornar mais expressivos e perante a hipótese de que muitos casos de PCA se encontram na comunidade e não procuram tratamento, torna-se pertinente a existência de instrumentos de rastreio que possam ser facilmente aplicados em contexto comunitário. Tanto quanto é do nosso conhecimento, não existem em Portugal instrumentos de avaliação com estas características, pelo que a adaptação do SCOFF se assume de elevada pertinência.

Este estudo visou avaliar as qualidades psicométricas do SCOFF, em específico a fidelidade, a sensibilidade (Se), especificidade (Sp) e área sob a curva ROC. O diagnóstico clínico foi usado como *gold standard* para avaliar a validade de critério com recurso a uma tabela de contingência 2x2. Calculou-se a correlação r de Pearson entre o SCOFF e três sub-escalas do Eating Disorders Inventory, como indicador da validade de critério concorrente e a validade diferencial entre o grupo PCA e grupo de controlo relativamente aos valores obtidos nas três subescalas do EDI e no SCOFF.

Neste estudo participaram dois grupos (Grupo PCA e Grupo de Controlo), apenas com participantes do sexo feminino. O grupo PCA foi composto por 31 sujeitos com diagnóstico de PCA (critérios DSM-IV), com idades compreendidas entre os 16 e os 41 anos. O grupo de controlo foi igualmente composto por 31 sujeitos saudáveis, na mesma etária que o grupo PCA, mas saudáveis, com características semelhantes ao grupo clínico em termos de idade. Ambos os grupos responderam ao SCOFF e ao Eating Disorders Inventory (EDI).

A validade do SCOFF foi avaliada pelo cálculo da sensibilidade e especificidade para os pontos de corte >1 , >2 , >3 , >4 e >5 . Estabelecendo um ponto de corte de 2 ou mais respostas positivas obteve-se uma sensibilidade de 74% e uma especificidade de 81%. Os coeficientes de correlação de r de Pearson entre o total do SCOFF e as três subescalas do

EDI indicam que foram todos positivos, moderados a elevados, e estatisticamente significativos.

Relativamente à validade diferencial verificou-se que existem diferenças significativas entre os grupos relativamente ao SCOFF e às três subescalas do EDI, sendo que o grupo PCA obteve pontuações mais elevadas em todos os instrumentos. Esta investigação sugere que a versão portuguesa do SCOFF é um instrumento válido para o rastreio de PCA.

Abstract

Eating disorders (ED) present an important cause of physical and psychological morbidity in young females. Face to the possibility of the partial syndromes of ED coming to return more expressive and the hypothesis of what many cases of ED are in community and don't look for treatment, becomes relevant the existence of screening instruments that can be easily administered in community context. As much as is of our knowledge, there aren't in Portugal instruments of evaluation with these characteristics, so the adaptation of SCOFF is assumed of elevated relevance.

This study aimed to value the psychometrics qualities of SCOFF, specifically the validity, the sensibility, the specificity and the area under the Receiver Operating Curve (ROC). Clinical diagnosis was used as *gold standard* to assess the criterion validity calculated using a contingency table 2x2. It was calculated the Pearson Correlation between SCOFF and the three subscales of Eating Disorders Inventory as an indicator of concurrent criterion validity and the differential validity between PCA group and control relatively to scores in SCOFF and in the three subscales of EDI.

In this study there participated two groups (PCA group and control), only with participants of the feminine sex. The PCA group was composed by 31 subjects with diagnosis of ED (DSM-IV criteria), with ages between 16 and 41 years. The control group was equally composed by 31 healthy subjects, with the same age of subjects in PCA group. Both groups answered to the SCOFF and Eating Disorders Inventory.

The validity of SCOFF was assessed by calculating the sensitivity and specificity for screening cut-off points >1, >2, >3, >4 e >5. Setting the threshold at two positive answers provided a sensibility of 74% and a specificity of 81%. The Pearson Correlation between SCOFF and the 3 sub-scales of EDI indicate that all the correlations were all positive, moderate to high, and statistically significant. On the differential validity was found that there were significant differences between groups with respect to Scoff and the three subscales of EDI, and the PCA group received the highest scores for all instruments. This investigation suggests that the Portuguese version of SCOFF is a valid instrument in screening eating disorders.

Résumé

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) représentent une cause fréquente de morbidité physique et psychologique chez les adolescentes et les jeunes femmes adultes. Face à une possibilité conséquente que les cadres partiels augmentent et que la plupart des cas estimés dans la société ne recourent à aucun traitement. Ce fait explique le besoin du développement d'instruments de dépistage qui puissent être facilement appliqués dans le contexte communautaire. Il n'existe, à notre connaissance, aucun instrument évaluatif, l'adaptation du SCOFF est d'utilisation pertinente.

Cette étude visant démontrer les qualités psychométriques du SCOFF, spécifiquement la fidélité, la spécificité, la sensibilité et la courbe ROC. Le diagnostic Clinique a été utilisé comme *Gold Standard* afin d'évaluer la validité du critère utilisé en recourant à une table de contingence 2x2. A été calculée la corrélation r de *Pearson* entre SCOFF et les échelles Eating Disorders Inventory un indicateur de validité de critère concurrente et la validité différentielle entre PCA groupe et contrôler relativement à l scores dans le SCOFF et les trois sous-échelles de l'EDI.

Cette étude est composée par deux groupes de sexe féminin (PCA e contrôler). Le groupe clinique est composé de 31 sujets diagnostiqués comme ayant des TCA (critère DSM-IV), âgées entre 16 et 41 ans. Le groupe PCA, caractérisé par le même nombre d'éléments, avec la même variation d'âges et considéré salubre. Les deux groupes ont répondu au SCOFF et au Eating Disorders Inventory (EDI).

La validité du SCOFF a été évaluée par le calcul de la sensibilité et spécificité par les points de conte >1 , >2 , >3 , >4 et >5 . Établissant un point de coupe de deux ou plus réponses positives, nous avons obtenu une sensibilité de 74% et une spécificité de 81%. Les coefficients de corrélation de r de *Pearson* entre le total du SCOFF et les trois échelles de EDI étaient toutes positives, modérées, élevées et statistiquement importantes. Sur la validité différentielle a été trouvé qui étaient il des différences significatives entre les groupes en ce qui concerne SCOFF et les trois sous-échelles de l'EDI, et le groupe PCA a reçu les scores les plus élevés pour tous les instruments. Cette investigation suggère que la version portugaise du SCOFF est un instrument valide pour le dépistage des TCA.

ÍNDICE

PARTE I – Enquadramento Teórico

Perturbações do Comportamento Alimentar

1. Introdução.....	pág. 10
1.2.Epidemiologia.....	pág. 11
2. Anorexia Nervosa.....	pág. 14
3. Bulimia Nervosa.....	pág. 17
4. Perturbação do Comportamento Alimentar Sem outra Especificação....	pág. 20
5. Importância do despiste comunitário das PCA.....	pág. 23
6. Instrumentos de despiste comunitário.....	pág. 25
6.1. Tabela 1: Estudos de Validação do SCOFF.....	pág. 30
7. Pertinência do estudo.....	pág. 32

PARTE II – Estudo Empírico

1. Objetivo geral da investigação.....	pág. 34
2. Método.....	pág. 34
2.1. Participantes.....	pág. 34
2.1.1. Critérios de inclusão e exclusão.....	pág. 35
2.2. Material.....	pág. 35
2.2.1. Eating Disorders Inventory (EDI).....	pág. 35
2.2.2. SCOFF.....	pág. 37
3. Procedimento.....	pág. 38

a) Análise de dados.....	pág. 38
4. Resultados.....	pág. 39
4.1. Características das amostras.....	pág. 39
4.2. Consistência Interna.....	pág. 41
4.3 Validade de Critério Concorrente SCOFF.....	pág. 43
4.3.1. Sensibilidade e Especificidade.....	pág. 43
4.4. Definição do Ponto de Corte.....	pág. 45
4.5. Validade de Critério Concorrente SCOFF	pág. 46
4.6. Validade Diferencial.....	pág. 46
5. Discussão.....	pág. 47
6. Conclusão.....	pág. 51

III. Referências Bibliográficas

Índice de Abreviaturas

AN- Anorexia Nervosa

BE- Ingestão Compulsiva

BED- Perturbação da Ingestão Compulsiva

BITE- Teste de Investigação da Bulimia

BN- Bulimia Nervosa

DSM-IV- TR- Manual de diagnóstico e estatística das doenças mentais

EAT- Teste de Atitudes perante a Alimentação

ED- Perturbações do Comportamento Alimentar

EDE-Q- Versão auto-relato da Entrevista de Examinação das Perturbações do Comportamento Alimentar

EDI- Inventário das Perturbações do Comportamento Alimentar

EDNOS- Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

IDED-IV- Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar

NPV- Valor Preditivo Negativo

PCA- Perturbações do Comportamento Alimentar

PPV: Valor Preditivo Positivo

SCOFF- Questionário para Detecção das Perturbações do Comportamento Alimentar

Perturbações do Comportamento Alimentar

1. Introdução

As atitudes perante a alimentação são de cariz biológico, contudo as mudanças sociais conduziram a uma associação destas às emoções e a comportamentos desadaptativos. Assim desenvolveram-se padrões psicológicos que são, usualmente, denominados de Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) (Lacey & Birtchnell, 1986 cit in Leal & Dias, 2000).

As PCA caracterizam-se por um padrão anormal da alimentação e regulação do peso (Crow, Agras, Halmi, Mitchell, & Kraemer, 2002; Fairburn & Harrison, 2003; Kaye, Klump, Frank & Strober, 2000). As PCA são uma importante causa da morbilidade física e psicológica em adolescentes e jovens mulheres adultas. Estas perturbações encontram-se divididas em três categorias: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e PCA sem outra especificação, tradução do termo *Eating Disorder Not Otherwise Specified* (EDNOS). Nesta última categoria inserem-se as Síndromes Parciais e a Perturbação da Ingestão Compulsiva (BED) (tradução do termo *binge eating disorder*) que tem sido, recentemente, alvo de maior investigação (Crow et al, 2002; Fairburn & Harrison, 2003) e que é descrita no DSM-IV-TR (APA, 2002) como uma proposta a necessitar mais estudo. As diferentes PCA têm muitas características em comum e os pacientes, muitas vezes, movem-se entre elas (Fairburn & Harrison, 2003).

Usualmente, os indivíduos com PCA têm uma fixação sobre a ingestão alimentar e o peso (Abraham, 2010), verificando-se uma preocupação mórbida com a imagem corporal como principal fonte de auto-estima (Bouça & Sampaio, 2002). A AN caracteriza-se pela perda de peso e conseqüente baixo peso corporal (Salbach-Andrae, Lenz, Simmendinger, Klinkowski, Lehmkuhl & Pfeiffer, 2007), obtida pela restrição alimentar progressiva (Bouça & Sampaio, 2002). Enquanto que a BN se caracteriza pela ingestão compulsiva de comida e pelo recurso a medidas extremas para prevenir o aumento de peso. (Bouça & Sampaio, 2002; Carmo, 1997). Como características comuns, ambas as PCA apresentam distorção da imagem corporal e do peso que resulta num medo mórbido de engordar (Lucas & Monteiro, 2012; Soares, 2011). Por outro lado, na BED ocorrem episódios recorrentes de ingestão maciça de comida que se associam à falta de controlo sobre a

alimentação e de mal estar clinicamente significativo, não sendo estes acompanhados por estratégias compensatórias típicas da BN (Abraham, 2010; Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2008).

Estas doenças tornam-se frequentemente crônicas sendo caracterizadas por padrões de comportamento alimentar totalmente perturbados que provocam problemas sérios a nível corporal, psicológico e social (Machado & Machado, 2009).

1.2.Epidemiologia

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* a prevalência da Anorexia Nervosa ao longo da vida é, nas mulheres, de aproximadamente 0,5%, sendo que o síndrome parcial de AN é mais comum (APA, 2002). Nos síndromes parciais são incluídos os sujeitos que não cumprem todos os critérios propostos para o diagnóstico dos síndromes totais, mas que experienciam mal estar significativo relativamente à preocupação com o corpo, alimentação ou ambos (Soares, 2011). Nos casos parciais da AN incluem-se por exemplo, os indivíduos com peso normal ou baixo que fazem dieta e perdem peso, porque se sentem “gordos”, verificando-se uma verdadeira deformação da sua imagem, não tendo no entanto ausência de menstruação. Considera-se que 5-10% das adolescentes raparigas estão nesta situação (Carmo, 1994).

A AN tem início, tipicamente, entre o meio e o fim da adolescência, entre os 14 e os 18 anos e a sua evolução e consequências são muito variáveis (APA, 2002). A idade em que a doença ocorre varia entre os 10 e os 25 anos, mas há casos excepcionais que ocorrem antes ou depois dessa idade. Ao nível do género a AN ocorre predominantemente no sexo feminino, embora se verifiquem casos em indivíduos do sexo masculino (Carmo, 1997).

A prevalência da BN entre adolescentes e jovens mulheres é, aproximadamente, de 1-3% e a taxa de ocorrência da perturbação nos homens é de aproximadamente um décimo da das mulheres. Ocorre predominantemente em mulheres pós-púberes sendo o seu pico de incidência entre os 18 e os 25 anos de idade. O início dá-se geralmente no final da adolescência e no início da vida adulta (APA, 2002). Desenvolve-se usualmente entre os 16 e os 25 anos, mas também pode surgir mais cedo ou em mulheres com 30, 40 ou 50 anos (Carmo, 1997).

Acerca da BED os dados de prevalência são ainda escassos, contudo em amostras de indivíduos que frequentam programas de emagrecimento, a prevalência global oscila entre 15% e 50%, sendo 1,5 vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens. Esta perturbação geralmente tem início no fim da adolescência ou início da segunda década de vida e tipicamente surge após uma perda de peso significativa obtida através de dieta (APA, 2002).

Não existem muitos estudos epidemiológicos sobre as PCA em Portugal, sendo que os existentes foram todos realizados com amostras de estudantes (Torres, 2005).

Relativamente à AN, em 1992 Azevedo e Ferreira conduziram um estudo nos Açores com 580 homens e 654 mulheres estudantes entre os 12 e os 20 anos. Os resultados obtidos indicam uma baixa prevalência, não tendo sido encontrado nenhum caso de AN, contudo foram diagnosticados síndromes parciais de anorexia nervosa em 0,48% dos participantes (Azevedo & Ferreira, 1992). Posteriormente Carmo et al. (1996) avaliaram 2422 mulheres residentes em Lisboa e Setúbal com idades entre os 10 e os 21 anos, tendo estimado uma prevalência de 0,4% para a esta perturbação, 12,6% para síndromes parciais e 7% para perturbações da imagem corporal. Gonçalves (1998) realizou um estudo no norte do país, não encontrou nenhum caso de AN mas por outro lado auferiu um valor de 2,52% de casos parciais da doença. Machado et al. (2004) realizaram um estudo no Minho e na Galiza, auferindo uma prevalência de 0% para AN e de 0,2% para casos parciais desta PCA. Em 2007 um estudo que abrangiu as diferentes áreas de Portugal (Machado et al., 2007) encontrou uma prevalência de 0,39% para AN. No mesmo ano, Dixe conduziu um estudo na zona centro de Portugal usando uma amostra de 1388 estudantes do ensino secundário e superior, auferiu uma prevalência de 0% para a AN e de 1,4% para síndromes parciais. De acordo com os estudos realizados em Portugal a percentagem varia entre 0% (Azevedo & Ferreira, 1992; Dixe, 2007; Gonçalves, 1998) e 0,4% (Carmo et al., 1996; Machado et al., 2007).

No que concerne à BN, Azevedo e Ferreira (1992) na sua investigação nos Açores concluíram que a prevalência para a BN era de 0,16%. Em 1996, Baptista et al. realizaram um estudo epidemiológico da BN utilizando como amostra uma população universitária. Os resultados deste estudo demonstraram que cerca de 3% da amostra cumpria os critérios de diagnóstico para a perturbação. Gonçalves (1998) verificou uma prevalência de 5,88% para casos prováveis de BN e 31% para episódios de ingestão compulsiva. Um ano depois

Pocinho (1999, cit in Machado et al, 2004) avaliando estudantes do ensino secundário e superior estimou uma prevalência de 1,2% para esta perturbação. Machado et al., (2004) encontraram uma prevalência de 6% para esta perturbação, um estudo mais alargado em termos geográficos auferiu uma prevalência de 0,3% (Machado et al., 2007). Posteriormente, uma investigação na zona centro de Portugal (Dixe, 2007) encontrou uma prevalência de 3,4% para casos prováveis de BN. Em Portugal a prevalência para a BN varia entre 0,16% (Azevedo & Ferreira, 1992) e 6% (Machado et al., 2004).

Relativamente às EDNOS, Pocinho (1999) encontrou uma prevalência de 19%, posteriormente, em 2007 Machado et al. estimaram uma prevalência de 2,37%. No que diz respeito, mais especificamente à BED classificada no DSM-IV (APA, 2002) como uma perturbação que carece de maior estudo, os poucos trabalhos existentes apontam para uma prevalência de pelo menos 1% na população em geral (Machado et al., 2007). Em Portugal foram realizados dois estudos com amostra estudantil que indicam uma prevalência que varia de 0,10% (Machado et al, 2007) e 10,3% (Machado et al., 2004) para esta perturbação.

Actualmente crê-se que as PCA se desenvolvem na interação de fatores biopsicossociais e que se mantêm devido às suas características centrais, como a sobrevalorização da forma e do controlo do peso (Bruce, Mansour & Stieger, 2009; Kaye, Klumo, Frank & Strober, 2000; Machado & Machado, 2009). Assim, o aparecimento da PCA parece depender da ocorrência de circunstâncias que ativam determinadas vulnerabilidades individuais e que resultam muitas vezes de um balanceamento entre os fatores de risco e os fatores protetores do indivíduo (Lucas & Monteiro, 2012). Contudo, a etiologia destas perturbações é complexa e a natureza da interação desses factores permanece incompreendida na sua totalidade (Kaye et al, 2000; Tyrka, Waldron, Graber & Brooks-Gunn, 2002).

Para além disso, é de salientar que os estudos epidemiológicos têm inerentes inúmeras limitações metodológicas que podem ser a causa da disparidade de resultados auferidos. Entre essas limitações são apontadas a seleção da amostra, a definição e a deteção do caso, isto porque se verifica uma grande variabilidade no tipo de amostra utilizada nos diferentes estudos, assim como diferenças no rigor da aplicação de critérios de diagnóstico (Torres et al., 2012). Refere-se ainda que muitos casos de PCA passam despercebidos, o que causa consequentemente um enviesamento nas taxas de prevalência auferidas.

2. Anorexia Nervosa

O ideal de magreza que surgiu por volta do séc. XX e que se tem acentuado justifica a crescente preocupação com a imagem corporal e perda de peso através da dieta (Carmo, 1997). Na maioria das pessoas a dieta cessa quando se alcança o peso desejado, contudo nas anoréticas¹ há uma redefinição constante de um peso ideal. Assim, quando o anterior é atingido, frequentemente, é definido um novo, mais baixo. A palavra anorexia significa falta de apetite, contudo, na realidade, algumas anoréticas sentem fome, apenas ocultam esse facto (Martins & Bernardo, 2000). Com a cronicidade da doença, a capacidade de perceber se têm ou não fome pode perder-se (Bruch, 1962; Carmo, 1994).

A AN é definida como uma doença onde se verifica a recusa em manter o peso normal para a idade e altura, passando, para isso, a comer muito pouco. Uma característica essencial é o medo intenso de ganhar peso ou de ficar obeso, mesmo quando já se atingiu um nível significativo de emaciação, uma vez que a jovem continua a ter uma percepção distorcida do seu corpo identificando como gordas determinadas partes do corpo, geralmente, ancas, coxas e nádegas (Carmo, 1997). A procura de ajuda médica ocorre quando a doença já tem vários meses de evolução. Geralmente instala-se de forma gradual e passa despercebida numa fase inicial (Carmo, 1994). O atraso na procura de ajuda pode dever-se, em parte, ao objetivo de perda de peso que é visto como um compromisso e não com uma aflição, verificando-se ausência de motivação para mudar (Fairburn & Harrison, 2003).

Habitualmente a perda de peso consegue-se primariamente através de redução da quantidade de alimentos ingeridos. Apesar de algumas pessoas começarem por excluir do seu regime alimentar aqueles que consideram ser alimentos de grande valor calórico, muitas evoluem para uma dieta muito restritiva. Ao nível do padrão alimentar, as refeições começam a ser ritualizadas, verificando-se pouca variedade de alimentos (Carmo, 1997; Torres, 2005). Os comportamentos bizarros não se limitam à comida, verificando-se um padrão incomum no que concerne à ingestão de líquidos, podendo verificar-se uma restrição ou um aumento do consumo (Abraham, 2010). As motivações para a restrição prendem-se com a crença de que os fluidos contêm calorias e contribuem para a sensação

¹ Por razões práticas será usado o pronome feminino, uma vez que a Anorexia ocorre maioritariamente em indivíduos do sexo feminino.

de enfartamento, por outro lado o que motiva à ingestão de quantidades abundantes de líquidos é a convicção que isso diminui a sensação de fome e evita que comam (Torres, 2005). Para além disso tendem a contar calorias, a esconder a comida nos bolsos e a usar métodos compensatórios. Os métodos adicionais de perda de peso incluem a intensificação do exercício físico e métodos purgativos, como vômitos e o uso de laxantes e diuréticos (Carmo, 1994, 1997).

Os critérios de diagnóstico e sub-tipos para esta perturbação propostos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) estão apresentados no Anexo 1.

Na AN podem ser identificados determinados traços psicológicos e de personalidade mais comuns.

A fome e a emaciação das pacientes leva-as a ter alterações ao nível da personalidade. Verifica-se que tendem a ficar apáticas, deprimidas, irritáveis, irracionais e emocionalmente instáveis, com fraca capacidade de concentração, confusão, insónia, mantendo um comportamento obsessivo, em particular, em relação à comida. Todos estes comportamentos e o desejo de esconder a perturbação conduzem ao isolamento (Abraham, 2010). Alguns traços de personalidade são comuns a estas doentes, elas tendem a ser introvertidas, socialmente inseguras, obsessivas, com baixa auto-estima e a terem dificuldades de autonomia (Carmo, 1997; Garfinkel & Garner, 1982).

No que concerne às características experienciais identificadas, estas resultam, em grande parte, dos trabalhos de Hilde Bruch (1962). Esta autora (1962) identificou disfuncionalidades de três áreas psicológicas associadas à AN: a imagem corporal, a perceção dos estímulos corporais e o sentido de eficácia (Bruch, 1962; Torres & Guerra, 2007).

A distorção da imagem corporal, ou seja, a perceção de que estão mais gordas do que de facto estão contribui para a severidade da doença. Esta distorção não significa uma alteração real da perceção, mas “uma interpretação do valor da imagem, reavaliada emocionalmente e projetada num Eu ideal que ultrapassa muito a forma e o peso corporais” (Bouça, 2000 Cit In Torres & Guerra, 2007). Esta distorção contribui ainda para uma negação da patologia. Verifica-se ainda uma ausência de preocupação com a emaciação e uma teimosia na defesa da magreza extrema como normal e certa. As mulheres com anorexia podem ganhar peso ou parecer que estão a reagir bem ao tratamento sem uma mudança correctiva na imagem corporal, sendo esta melhoria apenas uma remissão temporária (Bruch, 1962).

A segunda característica apontada é uma perturbação da percepção dos estímulos corporais. Traduz-se em falhas no reconhecimento da sensação de fome, o que não significa não ter apetite mas sim não reconhecer os sinais que são seus indicadores. Assim, do mesmo modo, a ingestão alimentar não é acompanhada pela saciedade. Por outro lado, verifica-se a presença de queixas de desconforto após terem ingerido pequenas quantidades de comida (Sampaio, Bouça, Carmo & Jorge, 1999). A restrição da quantidade de comida é o sintoma clínico por excelência, contudo verificam-se outras alterações ao nível dos gostos e hábitos alimentares. Outra manifestação da falsa consciência do estado do corpo é a hiperatividade que se traduz em interesse por desportos ou prática de atividades que parecem sem objectivo como caminhar ou simplesmente recusar sentar-se. Ressalta-se a falta de consciência do cansaço e da fraqueza correspondente ao estágio avançado de desnutrição (Bruch, 1962).

O sentido de ineficácia está associado ao medo de perder o controlo e a desconfiança em relação aos outros que se verifica nas anoréticas. Estas tendem a ver-se a si mesmas como agindo sempre em função dos outros. As outras duas características são mais rapidamente reconhecidas, o sentido de ineficácia aparece camuflado pelo negativismo e teimosia destas pacientes (Bruch, 1962).

Em termos físicos o baixo peso é o aspeto central e sendo a característica mais evidente é também a causa de outros sinais e sintomas físicos (Bruch, 1973; Crisp, 1995; Garfinkel & Garner, 1982; Sampaio et al., 1999). Ao nível corporal, a anorética apresenta-se com um ar esquelético, com atrofia muscular e pele fria. Tende a apresentar uma penugem do tipo fetal (lanugo), as unhas tornam-se quebradiças e ocorre queda de cabelo (Abraham, 2010; Carmo, 1994, 1997; Crisp, 1995; Garfinkel & Garner, 1982).

Um outro critério, a par da emaciação, que se apresenta como condição-chave para o diagnóstico da perturbação é a amenorreia, ou seja a ausência de período menstrual.

A hipertrofia das parótidas, perda do esmalte dentário e calosidades nos dedos da mão são comuns perante a presença de comportamentos purgativos (Carmo, 1997; Sampaio et al, 1999). Em casos mais severos e prolongados de AN é frequente a osteoporose (Fairburn & Harrison, 2003). Usualmente verificam-se também problemas digestivos, gastrointestinais e cardíacos (Carmo, 1997; Lucas & Monteiro, 2012).

3. Bulimia Nervosa

Em 1957, é descrito pela primeira vez por um autor americano aquilo que hoje identificamos como BN. Inicialmente a palavra Bulimia aparece associada apenas às crises de voracidade alimentar, sem se atribuir relevância ao vômito. A BN é uma doença silenciosa, escondida na intimidade e provoca um grande sofrimento. Em 1979 a BN é consagrada uma doença com descrição científica às mãos de um psiquiatra inglês: Russel (Carmo, 1997). Nessa data passou a ser considerada uma perturbação alimentar distinta, classificada com critérios específicos, sendo que até então era considerada uma variante da AN (Lucas & Monteiro, 2012). Uma das maiores distinções entre estas duas perturbações parece residir nos esforços evidenciados para a perda de peso, dado que se, por um lado, na AN se verifica uma perda de pelo menos 15% do peso inicial, na BN evidenciam-se oscilações de peso e este tende a manter-se dentro dos parâmetros ditos normais para a faixa etária e altura (Matos & Costa, 1990). Entre 20% a 25% de sujeitos com BN têm uma história prévia de AN (Kaye et al, 2000), sendo que antes do surgimento desta perturbação quase todas as pacientes passaram por períodos de restrição alimentar, experimentaram dieta ou induziram o vômito (Abraham, 2010). A BN normalmente surge após um período de dieta, mas pode, contudo, ocorrer na ausência desta. A maioria das pessoas com esta perturbação tem padrões alimentares irregulares e a saciedade pode estar comprometida (Kaye et al, 2000).

Esta patologia pode surgir lentamente, servir como calmante, mas usualmente culmina num ciclo infernal em que a paciente é dominada por pensamentos sobre comida, planeamento de estratégias de purga e por métodos para esconder a perturbação. Este ciclo gera enorme sofrimento e é, por norma, vivido em segredo por muitos anos (Carmo, 1997).

Verifica-se normalmente um atraso de vários anos na procura de ajuda médica (Fairburn & Harrison, 2003). Enquanto que o estado emaciado do paciente na AN sugere imediatamente um diagnóstico, os pacientes com BN podem aparentar estar saudáveis e assim, mais facilmente, esconder a sua perturbação (Mehler, 2011). A BN usualmente tem início mais tarde do que AN (Fairburn & Harrison, 2003). Apesar de viverem com o

objetivo de trabalhar o corpo, as bulímicas² nunca consideram estar com o peso ideal, porque têm menor tendência a perder peso.

Os critérios de diagnóstico e sub-tipos de Bulimia Nervosa apresentados no DSM-IV-TR (APA, 2002) estão descritos no Anexo 2.

Todos os sujeitos com BN demonstram uma preocupação patológica com o peso e a forma. O mecanismo que mantém esta doença pressupõe que uma excessiva preocupação com o peso e a forma conduzem a restrições na ingestão calórica, o que leva, eventualmente, a ingestão compulsiva de uma grande quantidade de alimentos (Fairburn & Harrison, 2003) seguida de purgação para compensar esses episódios (Wilson, 1993; Wilson, Fairburn, Agras, Walsh, & Kraemer, 2002 cit in Shah, Passi, Bryson & Agras, 2005).

A crise de compulsão alimentar caracteriza-se pela ingestão de uma grande quantidade de alimentos, superior aquilo que a maioria das pessoas consegue comer em iguais circunstâncias, sendo essa comida geralmente muito concentrada em calorias e de fácil deglutição. Usualmente predomina a ingestão de doces, gelados e bolos mas também se verifica o consumo de iogurtes, pão, bolachas e salgados (Carmo, 1997; Lucas & Monteiro, 2012).

A ingestão compulsiva pode ser despoletada por estados emocionais que são atenuados durante o episódio mas que depois voltam. Entre os factores precipitantes dos episódios salientam-se: a tensão, a solidão, a infelicidade, o tédio, a ansiedade, o desejo de relaxar, a necessidade de fugir, os desejos de comida e pensar nela ou vê-la. O episódio pode começar a qualquer hora do dia e acabar tão subitamente como começou (Abraham, 2010; Carmo, 1997). Os episódios tendem a ser vivenciados com vergonha e ocorrem, geralmente, em segredo. Depois dos ataques de voracidade alimentar a bulímica sente-se mal, física e psiquicamente, com a presença de taquicardia, sensação de enfiamento do estômago e sente-se culpada e envergonhada (Carmo, 1997, Sampaio et al, 1999). Esses episódios são seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados que têm como objetivo manter o peso ou emagrecer (Carmo, 1997). A técnica mais comum é a indução de vômito, ocorrendo entre 80% a 90% dos casos (Abraham, 2010). O vômito para além de estratégia compensatória, surge por vezes como fonte de prazer, provocando bem-estar pela sensação de estômago vazio. Nestes casos, ingerem pequenas quantidades de comida

² Por razões práticas será usado o pronome feminino, uma vez que a Bulimia Nervosa ocorre, na maior parte dos casos, em indivíduos do sexo feminino.

para depois poderem provocar o vômito (Abraham, 2010; Carmo, 1997). A combinação de episódios de restrição com episódios de ingestão compulsiva resulta na manutenção de um peso normal, sendo que este ciclo tende a perpetuar-se (Fairburn & Harrison, 2003).

Em termos psicológicos, segundo Guidano e Liotti (1983) a organização cognitiva das bulímicas reflete uma percepção vaga, difusa, pouco definida acerca de si próprio que oscila entre a necessidade absoluta de aprovação dos outros significativos e o medo de ser desiludido pelos mesmos (Matos & Costa, 1990).

Ao nível afetivo denotam-se características como labilidade de humor, ideação suicida, tendência para a depressão e ansiedade, associadas às oscilações de peso e às oportunidades de purgação. Verificam-se ainda sentimentos de culpa, vergonha e desilusão pessoal (Matos & Costa, 1990); estas pacientes são descritas como pessoas dependentes afetivamente, pouco autônomas, perfeccionistas e obsessivas relativamente ao seu corpo (Carmo, 1997).

Em termos de personalidade os indivíduos com BN são descritos como tímidos, pouco assertivos, com níveis baixos de auto-estima e dificuldades ao nível das relações interpessoais e do processo de socialização. Ao nível comportamental manifestam bastante impulsividade, tendência para roubos e abuso de drogas, auto-mutilação e tentativas de suicídio (Matos & Costa, 1990).

Ao nível físico, verificam-se inúmeras complicações médicas associadas, sobretudo, aos comportamentos purgativos e à frequência dos mesmos. O vômito auto-induzido pode resultar numa série de complicações gastrointestinais. Muitos pacientes com BN induzem o vômito com os dedos e à medida que a doença progride muitos conseguem vomitar reflexivamente sem qualquer mecanismo de estimulação (Mehler, 2011). O mau estado dos dentes é das principais consequências. Verificam-se cáries nos dentes, erosão do esmalte e descalcificação. A desidratação pelos vômitos, laxantes, diuréticos e a baixa de potássio pode originar doença renal (Carmo, 1997).

Para além das complicações mencionadas, são frequentes as dores de cabeça, hipocalcemia, arritmias cardíacas, irregularidades menstruais, dilatação ou rutura gástrica e alargamento da glândula da parótida (Carmo, 1997; Matos & Costa, 1990; Williamson, Martin & Stewart, 2004).

As queixas das bulímicas assentam sobretudo na obstipação, inchaço abdominal e cólicas. Por vezes sentem-se fracas e tendem a apresentar calos sobre as articulações dos dedos da mão direita, pelo provocar do vômito, sendo ainda comum terem boqueiras, deficiência em vitamina B12 e derrames dos vasos sanguíneos ou pontinhos vermelhos à volta dos olhos, devido à força que exercem para provocar o vômito (Carmo, 1997).

4. Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação (EDNOS)

Nesta categoria de diagnóstico inserem-se os síndromes parciais, ou seja, as perturbações que não preenchem os critérios completos para uma PCA específica, e ainda o BED que tem sido, recentemente, alvo de maior investigação (Crow et al., 2002; Fariburn & Harrison, 2003).

Os síndromes parciais são muito mais comuns do que a AN e BN e os sintomas são qualitativamente os mesmos dos encontrados no síndrome total, com distinção na severidade e frequência (Pike & Striegel-Moore, 1997).

Assim, muitas mulheres mesmo não cumprindo todos os critérios para os síndromes totais apresentam problemas significativos relativamente à alimentação (Shisslak, Crago & Estes, in press; cit in Pike & Striegel-Moore, 1997).

Os resultados de diversos estudos de prevalência demonstram a predominância e importância dos síndromes parciais, que podem corresponder a uma fase inicial da doença na qual ainda não foi atingido o síndrome em todos os critérios (Carmo, 1994; Gonçalves, 1998).

Fazer dieta e a preocupação com o peso e forma corporal são questões comuns entre os jovens, especialmente mulheres. Os limites entre a patologia alimentar e as práticas alimentares normais são muitas vezes pouco claras e mal definidas (Whitehouse & Butto, 1988; cit in Bunnell, Shenker, Nussbaum, Jacobson & Cooper, 1989).

É de salientar que tanto os casos subclínicos de AN como de BN parecem associados com iguais níveis de distúrbios psiquiátricos e dificuldades sociais aos

reportados nos síndromes totais dessas perturbações (Bunnell et al., 1990; Pike & Striegel-Moore, 1997).

A ingestão compulsiva foi descrita pela primeira vez por Stunkard (1959) entre os obesos, nos quais grande quantidade de comida era ingerida num curto período de tempo, seguido de severo desconforto. Posteriormente, Spitzer et al. (1992) sugeriram um síndrome para esta sintomatologia- a BED.

O aumento do interesse por esta perturbação surgiu em 1980 com a definição da BN (Schmidt, 2000). Comparado com as outras perturbações pouco se sabe sobre o desenvolvimento e curso do BED (Reas & Grilo, 2007). Conhece-se que partilha com a BN o sintoma de ingestão compulsiva e que tende a afetar uma faixa etária mais velha em comparação com os sujeitos com outras PCA (Fairburn & Harrison, 2003).

A ingestão compulsiva refere-se a uma forma particular de comer em excesso. Uma análise de relatos de jovens mulheres permitiu perceber que os episódios identificados como ingestão compulsiva estavam mais associados à experiência de perda de controlo na alimentação do que à quantidade de comida consumida (Beglin & Fairburn, 1992 cit in Fairburn & Wilson, 1993).

A BED diz respeito à ingestão compulsiva regular na ausência dos comportamentos compensatórios extremos, como vômito e laxantes que ocorrem na BN (Spitzer et al, 1992). Esta perturbação foi colocada em apêndice no DSM-IV-TR (2002) como categoria que necessita de maior investigação e não como um síndrome total (Machado et al, 2007; Schmidt,2000).

A BED assemelha-se à AN e BN relativamente à preocupação com a forma e o peso e ao grau pelo qual a auto-avaliação é influenciada por essas preocupações (Crow, et al., 2002; Striegel-Moore et al, 2001; Wilfley, Schwartz, Spurrel & Fairburn, 2000).

A literatura sugere que esta perturbação está presente numa proporção considerável de obesos, sendo que um estudo encontrou uma prevalência de quase o dobro da prevalência entre os participantes com excesso de peso (Bruce & Agras, 1992; Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000; Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon & Schreiner, 1998; Spitzer et al., 1992, 1993) , contudo a obesidade existe na ausência de episódios de ingestão compulsiva e o BED existe na ausência da obesidade (Bulik, Sullivan & Kendler, 2002) .

Os critérios de investigação propostos para a BED propostos no DSM-IV-TR (2000/2002) estão apresentados no Anexo 3.

Para cumprir os critérios de diagnóstico desta perturbação, os episódios de ingestão compulsiva têm que ocorrer pelo menos dois dias por semana durante seis meses. Os episódios geralmente ocorrem em segredo (Wolfe, Baker, Smith & Weeder, 2009). Em comparação com sujeitos com BN, pessoas com BED tendem a ter episódios mais pequenos em termos de quantidade ingerida e a comer mais lentamente durante os episódios.

As pessoas com BED têm hábitos alimentares mais caóticos, apresentam níveis mais elevados de desinibição alimentar e tendem a comer em resposta a estados emocionais (Wilfley et al, 2003) .

Os resultados de um estudo recente com 80 mulheres com BED indicaram que 93% destas participantes cumpriam critérios de adicção, este critério foi definido de acordo com o modelo de adicção de Goodman (1990) que inclui a falha recorrente em controlar o comportamento e em manter comportamentos, apesar das consequências negativas do mesmo (Cassin & Von Ranson, 2007).

A BED caracteriza-se pela falta de controlo percebida durante os episódios recorrentes de ingestão compulsiva e sentimentos auto-depreciativos e de depressão acerca de comer demais. Aparece ainda associada a uma preocupação com o peso (Cash, 1991; Spitzer et al, 1993).

A BED caracteriza-se pela falta de controlo percebida durante os episódios recorrentes de ingestão compulsiva e sentimentos auto-depreciativos e de depressão acerca de comer demais. Aparece ainda associada a uma preocupação com o peso (Cash, 1991; Spitzer et al, 1993 cit in Goodrick, Pendleton, Kimball, Poston, Reeves & Foreyt, 1998).

Um dos critérios para a BED é o sentimento de angústia, culpa e depressão associado às crises de voracidade (Latner & Clyne, 2008); estes sentimentos parecem ser menores nos sujeitos com BED em comparação com os vivenciados pelas bulímicas após os episódios (Latner & Clyne, 2008) . Nos sujeitos com BED não se verificam apenas sentimentos de angústia, estes relatam que os episódios os fazem sentir relaxados e que aproveitam o gosto, o cheiro e a textura da comida (Davis et al., 2008; Schmidt, 2000;).

Estudos comparativos entre obesos com estas perturbação e obesos sem a mesma, demonstram que os participantes com BED têm níveis mais elevados de depressão, personalidade borderline e evitante (Spitzer et al, 1993; Goodrick et al, 1998). Investigações recentes com estudantes do sexo feminino que relatavam episódios frequentes de ingestão compulsiva mostraram que os sentimentos negativos são aliviados durante os episódios, mas que esse efeito positivo é a curto prazo (Latner & Clyne, 2008). Os obesos com BED apresentam uma prevalência mais elevada de psicopatologia do que os obesos sem esta compulsão (Marcus, 1993).

Estas pessoas tendem a ter baixa auto-estima, pobre ajustamento social, perturbações de humor e de ansiedade (Fairburn et al, 1998; Fowler & Bulik, 1997; Lilenfeld, Marcus, Ringham & Kalarchian, 1999; Striegel-Moore, 1999 cit in Wilfley et al, 2003).

O BED está associado a pobre saúde física (Wilfley et al, 2003). Contudo, estudos que investigaram as diferenças fisiológicas entre sujeitos obesos com e sem BED indicaram que não existem evidências de que os pacientes com esta perturbação fossem mais propícios a consequências médicas da obesidade do que os obesos sem a perturbação (Alger, Seagle & Ravussin, 1995; Zwaan, 1997). Ao nível da procura de ajuda médica, esta geralmente ocorre para obter aconselhamento nutricional para perda de peso e não devido à perturbação alimentar em si (Pomeroy, 2001).

5. Importância do Despiste Comunitário das PCA

Muito poucos estudos se têm focado nos síndromes parciais e é necessário aumentar a compreensão dos mecanismos pelos quais elas se desenvolvem, dado que, tal como já se referiu anteriormente, os síndromes parciais na juventude podem ser indicadores de risco aumentado de desenvolvimento de uma PCA. Investigações longitudinais são necessárias para investigar se adolescentes com problemas alimentares na comunidade estão em risco elevado de desenvolver síndromes totais de PCA ou outros problemas psicológicos (Aimé, Craig, Pepler, Jiang & Connolly, 2008).

Atualmente, acredita-se que o síndrome parcial persiste na adultez entre 10-33% dos casos e que adolescentes a fazerem dieta muito restritiva têm 18 vezes maior

probabilidade de desenvolver um quadro completo de PCA três anos depois. Se se considerar a dieta moderada este risco diminui para 5 no mesmo período de tempo (Aimé et al, 2008). Contudo, mais estudos são necessários para confirmar estas probabilidades.

A sintomatologia alimentar perturbada tem normalmente um curso crónico (Herzog et al, 1993 cit in Pike & Strigel-Moore, 1997) e está associada a sérias complicações médicas, comorbilidade psiquiátrica e problemas sociais e interpessoais (Pike & Striegel-Moore, 1997). Neste sentido, quando se faz o rastreio de indivíduos para a presença de PCA não se pretende determinar o diagnóstico exacto, mas sim preventivamente identificar indivíduos que têm a probabilidade de ter níveis significativos de patologia alimentar e que necessitam de uma avaliação mais aprofundada (Anderson, Lundgren, Shapiro & Paulosky, 2004).

As perturbações do spectrum bulimico, incluindo síndromes subclínicas e BED tendem a passar despercebidas, uma vez que estas pacientes apresentam, geralmente, peso normal ou até excesso de peso, o que reforça a necessidade da identificação precoce através do rastreio (Striegel-Moore et al., 2010). O despiste comunitário pode favorecer uma melhor detecção de casos, mas também a identificação dos mesmos numa fase precoce da doença, aspecto este que é relevante quando se equaciona o tratamento, dado que a intervenção precoce está associada a um melhor prognóstico, podendo reduzir drasticamente a mortalidade e morbilidade (Haines et al., 2001; Hill, Reid, Morgan & Lacey., 2010; Johnston, Fornai, Cabrini & Kendrick, 2007; Torres et al., 2008). Contudo, embora seja aceite e valorizada a identificação precoce das PCA, a apresentação destas doenças pode ser difícil de interpretar (Morgan, 1999) e a sua avaliação acarreta algumas dificuldades como a relutância das pacientes em cooperar, a negação da doença e comportamento manipulador no sentido de omitir sintomas e sinais (Túry, Guleç & Kohls, 2009).

Uma vez que apenas alguns casos de PCA estão em tratamento (Santonastaso et al., 1996), a identificação de sujeitos com problemas alimentares em amostras comunitárias pode aumentar a compreensão da sua etiologia, da heterogeneidade de sintomas e potenciais resultados da eficácia do tratamento nestes casos. Neste sentido há necessidade de investir na construção de instrumentos com validade clínica e psicométrica com poucos itens que possam ser facilmente usados no rastreio de amostras comunitárias e que contemplem a sintomatologia para além das PCA formalmente estabelecidas. Devido a constrangimentos de tempo e de preparação a viabilidade deste rastreio requer que o

instrumento seja breve e fácil de administrar e interpretar (Haines et al., 2001; Rosenvinge et al., 2001).

6. Instrumentos de despiste comunitário

Estes instrumentos de rastreio têm como objetivo identificar a possibilidade da doença estar presente, sendo a sua aplicação a primeira fase no processo de diagnóstico e avaliação. Estes testes devem ser breves e de fácil aplicação e as suas questões têm que ser direcionadas às características chave das PCA mas sem serem demasiado específicas para não falharem na identificação de casos menos óbvios ou severos (Hill et al., 2010).

Luck et al. (2002) salientaram que os profissionais dos centros de saúde estão numa posição privilegiada para o rastreio destas perturbações, dado que estes pacientes tendem a recorrer com mais frequência aos serviços de saúde. (Striegel-Moore et al., 2010). Para além dos centros de saúde, as escolas também são um importante palco para o rastreio de adolescentes em risco de desenvolver uma PCA (Rees & Clark-Stone, 2006).

Para este rastreio têm sido usados diferentes testes, nomeadamente o Teste de Atitudes perante a Alimentação (EAT, Garner & Garfinkel, 1979), o Inventário de Perturbações Alimentares (EDI, Garner, Olmstead & Polivy, 1983), o Questionário de Examinação da Perturbação Alimentar (EDE-Q, Cooper & Fairburn, 1987; Fairburn & Cooper, 1993) e a Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar (IDED-IV, Kutlesic, Gleaves, Murphy-Eberenz, Williamson & Barbin, 1998). Recentemente o SCOFF foi proposto como teste de despistagem para as PCA em meio comunitário (Garcia-Campayo, Sanz-Carrillo, Ibañez, Solano & Alda, 2005), sendo as suas questões desenvolvidas com o intuito de despistar uma possível PCA antes da avaliação clínica rigorosa (Morgan, 1999).

Seguidamente, apresentam-se de forma sumária as características destes instrumentos:

O EAT é um questionário de auto-relato de 40 itens originalmente desenvolvido para medir os sintomas da AN (Garner & Garfinkel, 1979). Esta escala apresenta os seus itens numa escala de lickert de 6 pontos, destacando-se como pontos fortes da mesma a

facilidade da sua aplicação e cotação (Garner & Garfinkel, 1979). A fidelidade teste-reteste (Carter & Moss, 1984) e a consistência interna (Garner & Garfinkel, 1979) do EAT são boas, e tem sido comprovada a validade concorrente com outras medidas de avaliação das PCA (Williamson, Anderson, Jackman, & Jackson, 1995). Embora o EAT tenha sido desenvolvido para identificar sujeitos com sintomas de AN, tem sido conceptualizado como uma medida das patologias alimentares no geral. Apesar de não fornecer um diagnóstico específico de PCA (Garner, 1997), o EAT tem mostrado ter boa validade discriminante entre os diferentes diagnósticos (Williamson, Prather, McKenzie & Blouin, 1990, cit in Anderson et al., 2004). Em comum com o SCOFF tem a característica de ser um instrumento válido para a identificação de casos reais ou potenciais em populações em risco de desenvolver esta perturbação (Garner & Garfinkel, 1979), mas tem a limitação de estar mais orientado para a sintomatologia da AN, e ter um maior número de itens.

O EDI é uma escala de auto-relato de 64 itens desenvolvida para acessar traços físicos e psicológicos comuns na AN e na BN. Este instrumento contém 8 sub-escalas: 1) Impulso para emagrecer; 2) Bulimia; 3) Insatisfação corporal; 4) Sentido de ineficácia, 5) Perfeccionismo, 6) Desconfiança interpessoal, 7) Consciência interoceptiva e 8) Medos da maturidade (Garner, Olmstead & Polivy, 1983). Esta escala pode ser usada como instrumento de rastreio e diagnóstico, e os estudos sugerem ser uma escala com boas propriedades psicométricas, mostrando-se capaz de discriminar entre indivíduos com AN e controlos e sujeitos com BN e controlos (Anderson et al, 2004; Túry et al., 2010). Como ponto fraco comum entre o EDI, o EAT e o SCOFF salienta-se a sua vulnerabilidade à distorção por parte do sujeito que pode responder de acordo com a desejabilidade social (Garner et al., 1983).

O EDE-Q é a versão auto-relato da Entrevista de Examinação das Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE, Cooper & Fairburn, 1987; Fairburn & Cooper, 1993). O EDE-Q tem ganho crescente popularidade para avaliar os sintomas de PCA e foi desenvolvido para avaliar e descrever a psicopatologia específica das PCA, incluindo a severidade da patologia e os problemas comportamentais chave. Consiste em 33 itens e contém 4 sub-escalas: Restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso.(Túry et al, 2010). Embora os valores relatados para a especificidade, sensibilidade e valor preditivo positivo tenham sido favoráveis nas investigações realizadas, o tamanho do instrumento e durabilidade da aplicação torna-se muito extenso para ser usado no rastreio (Striegel-Moore et al., 2010).

Diferentemente dos instrumentos até aqui referidos, a IDEED-IV (Kutlesic et al., 1998) não é um questionário de auto-relato mas sim uma entrevista semi-estruturada que foi desenvolvida com o propósito de realizar o diagnóstico diferencial de PCA, ou seja, AN, BN, BED e EDNOS, de acordo como os critérios do DSM-IV-TR. A cotação consiste na avaliação de 20 sintomas numa escala de 5 pontos, que avalia a frequência e severidade dos mesmos (Kutlesic et al., 1998). Os testes de validade e fidelidade demonstram que esta entrevista apresenta validade e fidelidade adequada para ser usada no diagnóstico de PCA, tendo apresentado uma boa capacidade diagnóstica (Torres et al., 2008). Estudos de comparação entre a avaliação de PCA com entrevistas clínicas e com questionários sugerem que os questionários produzem taxas mais elevadas de falsos positivos provavelmente devido à falta de perguntas complementares para esclarecer critérios de diagnóstico e também às diferenças entre as definições clínica e leiga dos sintomas (Anderson, et al, 2004; Túry et al, 2010; Decaluwé & Braet, 2004). Contudo, a avaliação por entrevista também não se mostra livre de limitações, nomeadamente a variabilidade inter-avaliador, respostas mal interpretadas, diminuição do anonimato percebido (Keel, Crow, Davis & Mitchell, 2002) e o tempo necessário para a sua aplicação (Torres et al., 2008).

Em 1999 Morgan et al. desenvolveram um teste de rastreio comunitário denominado SCOOF que tem como objetivo levantar a hipótese de que possa existir uma PCA antes de uma avaliação clínica rigorosa. O SCOOF é um teste de cinco questões, desenvolvidas tendo em conta as características centrais das PCA, o que deu origem ao acrónimo SCOOF. As questões são:

S Do you make yourself Sick (vomit) because you feel uncomfortable full?

C Do you worry that you have lost Control over how much you eat?

O Have you recently lost more than One stone (15 pounds) in a 3-month period?

F Do you believe yourself to be Fat when others say you are thin?

F Would you say that Food dominates your life?

Pode ser hetero ou auto-administrado e demora cerca de três minutos a ser respondido. As respostas deste teste são dicotómicas (sim ou não) e é um teste simples, curto, de fácil administração e cotação (Garcia-Campayo et al., 2005; Morgan, 1999; Túry

et al., 2010). O seu propósito é obter a suspeita de um caso de PCA e não um diagnóstico específico (Túry et al, 2010).

No estudo de validação original, os autores usaram uma amostra de indivíduos com AN e BN, com idades entre os 18 e os 40 anos e utilizaram um grupo de controlo na mesma faixa etária sem qualquer PCA. Os pacientes e controlos responderam ao SCOFF , ao EDI e ao BITE (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh, Henderson & Freeman, 1987), sendo o último um questionário desenvolvido para avaliar a gravidade da BN. Com um ponto de corte de 2 ou mais respostas positivas encontraram uma Se de 100% para AN e BN, separadamente e combinadas (todas as pacientes: intervalo de confiança 95% , com AN: 96,9%-100%; com BN: 94,7%-100%) e com uma Sp de 87,5% (79,2%-93,4%) para os controlos (Morgan et al., 1999). O próximo passo foi determinar a sua utilidade como instrumento de rastreio nos centros de saúde. Usando uma amostra de mulheres com idades entre os 18-50 anos de Londres, a Se e Sp foram calculadas para todos os pontos de corte possíveis das cinco questões do SCOFF. O SCOFF detetou todos os casos de AN e BN dando uma Se de 100% para estas PCA. Sete dos nove casos de EDNOS foram identificados, o que reduz a Se total para 84,6%. Nas 328 mulheres sem PCA, o SCOFF resultou em 34 falsos positivos , dando uma Sp de 89,6%. O valor preditivo positivo foi de 24,4% e o valor preditivo negativo de 99,3% (Hil et al., 2010; Parker, Lyons & Bonner, 2005). Com a validade da versão oral do SCOFF já estabelecida, a comparação de resultados do SCOFF como instrumento oral e como questionário escrito a um grupo de enfermeiras e de estudantes revelou boa concordância entre ambos para o resultado total e das questões individuais. A relevância clínica da aplicação mais ampla deste instrumento no formato escrito foi suportado (Perry et al, 2002). O SCOFF revelou, então, ser uma ferramenta de rastreio eficaz na prática geral. A Se e Sp foram extremamente altas para a deteção de AN e BN, falhando em níveis aceitáveis na deteção de EDNOS (Hill et al., 2010) .

Este instrumento já foi testado na Inglaterra (Cotton, 2003; Luck et al., 2002; Morgan et al, 1999; Perry et al., 2002), Itália (Pannocchia, Fiorino, Giannini & Vanderlinden, 2011), Espanha (Garcia-Campayo et al., 2005; Muro-Sans et al, 2007), Colômbia (Rueda et al.,2005; Jaimes et al, 2005), EUA (Mond et al, 2008; Parker et al, 2005), Finlândia (Lahteenmaki et al, 2009), França (Garcia et al., 2011), Japão (Noma et al., 2006) e China (Leung et al, 2009) e tem sido adotado como instrumento de rastreio

standard na Inglaterra (Hautala et al., 2009). Os principais resultados destes estudos são apresentados sumariamente numa tabela no fim da página (TABELA 1).

Os estudos de validade deste teste demonstraram que o SCOFF apresenta boas qualidades psicométricas na deteção de PCA nos cuidados primários, demonstrando boa performance no rastreio das três PCA. Assim, tendo em conta os resultados dos vários estudos, pode-se concluir que a taxa de falsos positivos foi de 12,5% o que é aceitável para a sensibilidade, o SCOFF identificou correctamente 100% dos participantes com PCA e excluiu correctamente 87,5% dos controlos sem perturbação (Morgan, 1999; Garcia-Campayo et al, 2005; Jaimes et al., 2005). Contudo, há um resultado menos evidente na deteção da anorexia, uma vez que algumas destas doentes distorcem de modo intencional as respostas ao questionário.

Em suma, desde que o SCOFF foi testado e validado nos estudos acima mencionados tem-se tornado uma ferramenta bastante utilizada entre os profissionais de saúde, tendo já sido traduzida em seis línguas diferentes (Hill et al., 2010). O SCOFF parece ser eficiente na deteção de casos de PCA ao nível comunitário, bem como nos cuidados de saúde primários, sendo recomendado o seu uso por profissionais destes contextos (Luck et al., 2002).

Tabela 1

Estudos de Validação do SCOFF

Referência	País	Amostra	Instrumentos	Principais resultados
Morgan et al., (1999)	Inglaterra	Grupo clínico: 116 Grupo Controlo: 96 N= 214	SCOFF vs Diagnóstico clínico com DSM-IV	Se :100% Sp: 87,5%
Luck et al. (2002)	Inglaterra	341 mulheres	SCOFF vs Diagnóstico clínico com DSM-IV	Se: 84,6% Sp: 89,6 PPV: 24,4% NPV: 99,3%
Cotton et al., (2003)	Inglaterra	223	SCOFF, ESP vs Q-EDD	Se: 78% Sp: 88%
Jaimes et al. (2005)	Colômbia	241 Estudantes adolescentes (10-19 anos)	SCOFF vs Diagnóstico clínico com DSM-IV	Se: 81,9% Sp: 78,7% PPV: 62,1% NPV: 91,1%
Rueda et al. (2005)	Colômbia	385 estudantes	SCOFF vs CIDI	Se: 78,4% Sp: 75,8%
Garcia-Campayo et al., (2005)	Espanha	103 pacientes de centros de saúde com diagnóstico provável de PCA (15-53 anos)	SCOFF vs SCAN	Se BN : 97,8% Sp BN: 94,4% Se AN: 93,1% Sp: AN: 94,4% Se EDNOS: 100% Sp EDNOS: 94,4%
Parker et al. (2005)	Chicago (EUA)	305 estudantes (20-51 anos)	SCOFF vs EDE-Q	Se: 53,3% Sp: 93,2% PPV: 66,7% NPV: 88,7%
Noma et al. (2006)	Japão	80 participantes com PCA em tratamento	SCOFF vs EAT	Se BN e AN: 96,2% Sp EDNOS: 48,1%
Muro-Sans et al. (2007)	Espanha (versão Catalã)	Grupo de controlo: 954 participantes (475 raparigas ; 479 rapazes), (10,9-17,3 anos) Grupo de risco: 78 participantes (35 homens e 43 mulheres)	SCOFF vs EDI	Se: 73,08% Sp: 77,74% 30
Mond et al. (2008)	EUA	25 participantes com EDNOS	SCOFF vs EDE-Q	Se: 72% Sp: 73% PPV: 35%

Lahteenmaki et al. (2009)	Finlândia	1316 participantes (20- 35 anos)	SCOFF vs SCID	Se: 77,8% Sp: 87,6%
Leung et al. (2009)	China	936 estudantes	SCOFF vs EDE-Q	Se: 76,1% Sp: 97,1%
Garcia et al. (2011)	França	112 participantes com PCA (18-35 anos) 114 sujeitos saudáveis	SCOFF vs DSM-IV	Se: 94,6% Sp: 94,7% Se AN: 95% Sp AN: 94% Se BN: 93% SP BN: 94%
Pannocchia, et al. (2011)	Itália	30 sujeitos com PCA 32 sujeitos psiquiátricos sem PCA 31 sujeitos saudáveis	SCOFF vs EDI	Se: 97% Sp: 87,3%

AN: Anorexia Nervosa

BN: Bulimia Nervosa

CIDI: Entrevista de Diagnóstico Internacional

DSM-IV: Manual estatístico e de diagnóstico de doenças mentais

EAT: Teste das atitudes alimentares

EDI: Inventário das Perturbações Alimentares

EDNOS: Perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação

EDE-Q: Questionário de examinação das perturbações do comportamento alimentar

ESP: Questionário de rastreio de PCA nos cuidados de saúde primários

PCA: Perturbações do Comportamento Alimentar

NPV: Valor preditivo negativo (% de casos sem a perturbação identificados corretamente pelo teste como não tendo a doença)

PPV: Valor preditivo positivo (% de casos com a perturbação corretamente detetados pelo teste como tendo a doença)

Se: Sensibilidade

Sp: Especificidade

SCAN: A entrevista psiquiátrica para a avaliação clínica

SCID: Entrevista clinica estruturada para as perturbações do DSM

7. Pertinência do Estudo

As PCA são uma importante causa da morbilidade física e psicológica em adolescentes e jovens mulheres adultas.

Em Portugal, apesar da taxa de prevalência de AN e BN ser ligeiramente inferior em relação à média europeia, existem sinais de que os síndromes parciais de PCA e a insatisfação com a imagem corporal sejam aspetos prevalentes nos jovens. A título de exemplo, detetou-se que entre os estudantes portugueses, 51,5% das raparigas de peso normal ou baixo apresentam horror de aumentar de peso, 20% têm alterações da imagem corporal e tentam perder peso (Carmo, 1994), 49% assinalam como “gorda” alguma parte do corpo (Carmo, 1998), 25% das participantes apresentava peso abaixo do normal, 70% tinham desejo de perder peso e destas apenas 7% tinha peso acima do normal, 19% tinham peso inferior ao normal (Machado et al, 2004). Outros estudos de prevalência em Portugal apontam neste sentido, segundo Gonçalves (1998), a elevada prevalência de síndromes parciais, a par com a insatisfação corporal revelada pelos jovens na generalidade dos estudos poderá indiciar um aumento de casos de PCA no futuro, dado que quando se verifica uma permanente insatisfação com o corpo, tornando-se numa obsessão e para além disso se começa a perder peso, aí pode já estar presente a perturbação (Carmo, 1997).

Face à possibilidade dos quadros parciais de PCA se virem a tornar mais expressivos e, também, perante a hipótese defendida por vários autores de que muitos casos de PCA se encontram na comunidade e não procuram tratamento (Santonastaso et al., 1996), torna-se pertinente a existência de instrumentos de avaliação da sintomatologia alimentar que possam ser facilmente aplicados em contexto comunitário. O uso destes instrumentos pode favorecer uma melhor deteção de casos, mas também a identificação dos mesmos numa fase precoce da doença, aspecto este que é relevante quando se equaciona o tratamento.

Tanto quanto é do nosso conhecimento, não existem em Portugal instrumentos de avaliação com estas características, pelo que a adaptação do SCOFF (Morgan, 1999) se assume de elevada pertinência.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

Parte II- Estudo Empírico

1. Objetivo Geral da investigação

O presente estudo visou avaliar as qualidades psicométricas do questionário intitulado SCOFF, desenvolvido para detetar possíveis casos de perturbações do comportamento alimentar ao nível comunitário. Neste trabalho será analisada a fidelidade, através da avaliação da consistência interna dos itens; a validade de critério, através do estudo da sensibilidade (Se) e da especificidade (Sp) do questionário, através do ponto de corte definido com recurso à curva ROC. A validade de critério concorrente (Leung et al., 2009, Muro-Sans et al., 2008, Pannocchia et al., 2011, Rueda et al., 2005) , foi realizada usando como *gold standard* o diagnóstico clínico feito por um psiquiatra e três sub-escalas do EDI. Calculou-se ainda a validade diferencial entre o grupo PCA e o grupo de controlo relativamente aos resultados obtidos no SCOFF e nas três subescalas do EDI utilizando um teste t.

2. Método

2.1 Participantes

Participaram neste estudo um total de 62 sujeitos divididos em dois grupos: grupo PCA e grupo de controlo. O grupo PCA foi composto por 31 participantes com diagnóstico de PCA, que se encontravam em tratamento no Hospital de São João, todos os participantes eram sexo feminino, com idades entre os 16 e os 41 anos ($M=23,86$; $SD=7,81$). O grupo de controlo foi constituído por 31 sujeitos saudáveis, sem história atual ou prévia de PCA, com idades entre os 16 e os 47 anos ($M=25,65$; $SD=8,27$). A formação dos grupos seguiu um método de amostragem não probabilístico. Especificamente, o grupo de controlo caracteriza-se como uma amostra de conveniência.

2.1.1. Critérios de Inclusão e Exclusão

Para o grupo PCA o único critério de inclusão adotado foi o diagnóstico de PCA realizado por um Psiquiatra do Hospital de São João no Porto de acordo com os critérios propostos nos DSM-IV-TR (APA, 2002). Como critérios de exclusão foram definidos: não ser de língua materna portuguesa; ter co-morbilidade de perturbação psicótica e/ou consumo de substâncias.

Relativamente ao grupo de controlo, definiu-se como critérios de exclusão a existência atual ou prévia de PCA, ser do sexo masculino e não ser de língua materna portuguesa. Como critérios de inclusão definiu-se ausência de doença física ou mental, uma faixa etária entre os 16 e os 47 anos e ser do sexo feminino, os últimos critérios foram definidos no sentido de haver uma aproximação ao grupo de PCA em termos sócio-demográficos.

2.2. Material

No estudo foram utilizados dois questionários de auto-relato, o Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI) (em anexo 4) e o SCOFF (em anexo 5). Para além do SCOFF e do EDI foi construído um breve questionário inicial (ver anexo 6) através do qual procurámos controlar: a) variáveis sócio-demográficas, tais como, sexo, idade, profissão e escolaridade; b) ausência de problemas alimentares atuais ou anteriores, c) Peso e Altura; d) ausência de perturbações psiquiátricas e e) existência de medicação.

2.2.1. Inventário das Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI)

O EDI (Garner, Olmsted & Polivy, 1983) tem 64 itens, de auto-relato, com várias subescalas desenvolvida para avaliar os traços psicológicos e comportamentais comuns a AN e BN. O EDI consiste em 8 sub-escalas: 3 avaliam os sintomas centrais nas PCA (Impulso para emagrecer, Bulimia e Insatisfação corporal) e 5 sub-escalas que avaliam as características psicológicas associadas: Ineficácia, Perfeccionismo, Desconfiança interpessoal, Consciência interoceptiva e Medos da maturidade (Garner, Olmstead & Polivy, 1983).

A resposta é até 6 pontos, em itens de escolha forçada cotando se cada item se aplica, sempre, normalmente, frequentemente, às vezes, raramente ou nunca. A cotação é similar ao EAT com a resposta anorética mais extrema (sempre ou nunca dependendo da direção) a receber cotação de 3, a resposta imediatamente a seguir a cotação de 2 e a seguinte 1, as 3 respostas opostas recebem a cotação 0. Além do resultado total, o EDI permite calcular o resultado de cada uma das oito sub-escalas, que são apresentados de seguida:

- 1) Impulso para emagrecer (Itens 1*,7,11,16,25,32,49³): Indica a excessiva preocupação com a dieta e o peso, refletem ainda o desejo intenso de perder peso, assim como o medo de ganhar peso.
- 2) Bulimia (Itens 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61): avalia a tendência para episódios de ingestão alimentar compulsiva, que podem ser seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados.
- 3) Insatisfação corporal (Itens 2, 9, 12*, 19*, 31*, 45, 55*, 59, 62*): expressa a crença de que determinadas partes do corpo são demasiado largas ou gordas, geralmente apontam as coxas, ancas e nádegas.
- 4) Ineficácia (Itens 10,18, 20*, 24, 27, 37*, 41, 42*, 50*,56): avalia os sentimentos de insegurança e falta de controlo na vida pessoal.
- 5) Perfeccionismo (Itens 13,29, 36, 43, 52, 63): indica expectativas pessoais excessivamente elevadas, com ênfase na realização.
- 6) Desconfiança interpessoal (Itens 15*, 17*, 23*, 30*, 34, 54, 57*): expressa um sentido de alienação e relutância em formar relações próximas ou expressar emoções.
- 7) Consciência interoceptiva (Itens 8, 21, 26*, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64):reflete a dificuldade de reconhecimento e identificação de emoções e das sensações de fome e saciedade.
- 8) Medos da maturidade (Itens 3, 6, 14, 22*, 35, 39*, 48, 58*): avalia o desejo de regressar à infância, como fuga das responsabilidades da vida adulta.

Os resultados indicam que o EDI tem fidelidade (consistência interna) e validade entre os limites impostos. As oito subescalas foram dedutivelmente derivadas e depois empiricamente validadas com o objetivo de diferenciar, com pouca sobreposição, entre

³ * Itens cotados em sentido inverso

pacientes com AN e Grupo de Controlo. Evidências para a validade das subescalas vem de muitas fontes para além da sua habilidade para diferenciar entre AN e comparar grupos.

Para esta investigação foi usada a tradução para português do instrumento levada a cabo pelo grupo de investigação Machado, Gonçalves, Martins & Soares (2001) do Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar (NDCA) do Hospital de Santa Maria, de Lisboa, que provou a validade e fidelidade da escala. O objetivo deste estudo foi usar o EDI para comparar o seu desempenho como potencial ferramenta de rastreio de PCA numa amostra não clínica (Schoemaker, Strien, & Staak, 1994) com o desempenho da nova ferramenta SCOFF, no sentido de avaliar a validade de critério do último. Para essa análise utilizamos não o total da escala completa do EDI, mas três subescalas do EDI (Impulso para emagrecer, Bulimia e Insatisfação corporal) também utilizadas no estudo de validação do SCOFF em Itália (Pannocchia et al., 2011).

2.2.2. SCOFF

Tal como já foi mencionado anteriormente o SCOFF é um questionário de auto-relato com cinco questões de escolha dicotómica: sim/ não que foi desenvolvido por Morgan et al. (1999) com o objetivo de fazer o rastreio de PCA em contexto comunitário.

Os estudos de validação da SCOFF, anteriormente descritos, nos diferentes países demonstram que é um instrumento de rastreio efetivo. É curto, simples e fácil de administrar. É recomendado para ser usado pelo profissionais de saúde para um rastreio eficiente de comportamentos alimentares anormais o que pode ser depois avaliado por outros instrumentos de diagnóstico ou entrevistas estruturadas (Siervo et al., 2005).

O processo de tradução e validação com uma amostra portuguesa constituiu um objetivo alvo do presente estudo.

O processo de adaptação do SCOFF o primeiro passo consistiu na tradução do questionário de Inglês para Português pelo grupo de investigação da CIAFEL da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, seguida da retroversão do mesmo.

Para a validação do SCOFF utilizamos o diagnóstico feito pelo psiquiatra como *gold standard*, procedendo ainda a uma correlação r de Pearson com três subescalas do EDI (Impulso para emagrecer, Bulimia e Insatisfação corporal).

Procedimento

Esta investigação obteve a aprovação da Comissão de Ética, do Diretor do Serviço de Psiquiatria e do Psiquiatra responsável pelos doentes participantes do Hospital de São João, tendo a recolha de dados ocorrido nesta instituição durante o ano letivo de 2011/2012. No anexo é apresentado o modelo de consentimento informado para menores e adultos, assim como a declaração de consentimento da comissão de ética (Anexos 7, 8 e 9).

Ao grupo de controlo foram dadas todas as informações relativas à investigação. Devido ao carácter voluntário e informal da participação, não foi requerido o preenchimento do consentimento informado apesar de ter sido explicitado o carácter confidencial da participação, assim como os objetivos do estudo. A aplicação dos questionários decorreu em diferentes locais.

Previamente à aplicação dos instrumentos, foi realizado o processo de tradução do SCOFF. A tradução e retroversão do SCOFF foi realizado pelo grupo de investigação de CIAFEL da faculdade de Desporto da Universidade do Porto. No grupo de PCA utilizou-se o diagnóstico feito pelo psiquiatra como *gold standard* para a confirmação da presença da doença.

a) Análise de dados

Procedeu-se ao estudo da fidelidade do SCOFF, através da análise da consistência interna. A consistência interna relaciona-se com a homogeneidade dos itens do teste e ajuda a avaliar se os itens do questionário medem o mesmo traço. O coeficiente de *Alpha de Cronbach* foi usado para avaliar a fidelidade do teste.

A validade de critério do SCOFF foi analisada mediante o cálculo da sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) e a definição da Curva ROC. A sensibilidade é a proporção de pessoas com doença que são detetadas positivamente pelo teste de diagnóstico, nesta investigação este coeficiente traduz-se na análise da proporção de participantes com PCA que foram corretamente diagnosticados pelo SCOFF. A especificidade define-se como a proporção de pessoas sem diagnóstico que são detetadas negativamente pelo teste. Os valores preditivos positivos referem-se à proporção de resultados positivos do teste que são

verdadeiros positivos, e os valores preditivos negativos dizem respeito à proporção de resultados do teste que são verdadeiros negativos. A Curva ROC é uma representação da relação entre a Se e Sp para um teste de diagnóstico, avaliando a capacidade discriminativa do teste. Quanto mais próxima a curva estiver do canto superior esquerdo do diagrama mais preciso é o teste, uma vez que o índice de verdadeiros positivos é um e o de falsos positivos é zero. A área sob a curva é uma medida da precisão do teste (Lahteenmaki et al, 2009; Smits, Smit, Cujipers & Graaf, 2007).

Desta forma, e para se avaliar a Se e Sp do SCOFF procedeu-se ao cálculo da sensibilidade ajustada aos testes de diagnóstico derivada da comparação dos resultados do questionário com o diagnóstico feito por um psiquiatra de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), a partir da qual se elaborou uma tabela de contingência 2x2 para as PCA em geral e para cada diagnóstico. Assim, se calculou a Se, a Sp e os valores preditivos da prova para todos os pontos de corte >1, >2, >3, >4 e >5 com um intervalo de confiança de 95%.

A validade de critério concorrente também foi determinada com recurso a três subescalas do EDI (Impulso para emagrecer, Bulimia e Insatisfação corporal), usando a correlação r de Pearson. A validade diferencial entre o grupo PCA e o grupo de controlo relativamente aos resultados obtidos no SCOFF e nas três subescalas do EDI foi calculada através de um teste t .

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS: versão 18.0).

4. Resultados

4.1. Características das amostras

Seguidamente apresentamos as características do grupo clínico relativamente à idade, escolaridade e IMC. Como o grupo de controlo foi selecionado com base nas características do grupo de PCA, os dados de ambos figuram em paralelo nesta descrição,

para facilitar a sua comparação. No grupo PCA as idades variam entre os 16 e os 41 anos, e tem valor mínimo de IMC de 13,06 e máximo de 23,86. No grupo de controlo as idades variam entre os 16 e os 47 anos, apresentando um IMC mínimo de 18,29 e máximo de 34.

Ainda nesta secção incluiremos a descrição de outras características que só se aplicam ao grupo clínico, como sejam o sub-tipo de PCA.

A tabela descreve as principais características dos grupos relativamente à idade e IMC.

	Grupo PCA (n=31)	Grupo Controlo (n=31)
	M (DP)	M (DP)
Idade	23,86 (7,81)	25,65 (8,27)
IMC	17,77 (2,72)	22,36 (3,34)

Aplicamos o teste t para comparar as médias de idades nos dois grupos e verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre elas: $t(60)=.095$; $p=.925$. Por outro lado a mesma análise permitiu verificar que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável IMC: $t(58)=-5,825$; $p.000$, onde se constata, como seria de esperar, que o grupo PCA apresenta IMC mais baixos.

Tabela das frequências relativas à escolaridade

	Grupo PCA N (%)	Grupo Controlo N (%)
Ensino Superior	(22,2%)	(45,2%)
12ºano	(26,4%)	(19,4%)
11ºano	(1,4%)	(6,4%)
9ºano	(4,2%)	(16,1%)
7ºano	0	(3,2%)
6ºano	(5,6%)	(9,7%)

Tabela das frequências do diagnóstico específico no Grupo PCA

	N	%
AN restritiva	18	58,1%
AN purgativa	6	19,4%
BN purgativa	7	22,6%

Na obtenção de diagnóstico das anorécticas foi discriminado o subtipo de anorexia nervosa em que cada uma das participantes se enquadrava. Na nossa amostra encontram-se 18 (58,1%) doentes com AN restritiva, 6 (19,4%) com AN purgativa e 7(22,6%) com BN purgativa, na amostra não se encontraram sujeitos com diagnóstico de BN não-purgativa ou EDNOS.

4.2. Consistência Interna

O coeficiente de *Alpha de Cronbach* do SCOFF foi de .64. Na análise da correlação item-total, aplicada para determinar quais os sintomas com maior contribuição para o cálculo do total do questionário, os resultados indicam que os itens 1 (*Tem tendência a provocar o vômito sempre que se sente cheio?*) e 2 (*Sente que perdeu controlo sobre aquilo que comeu?*) são os que apresentam uma contribuição mais significativa, sendo de salientar que o item 3 (*Perdeu recentemente mais de 14 kg num período de 3 meses?*) apresenta uma correlação muito baixa, subindo o valor de alpha para .68 se retirado (tabela 2). A tabela 3 mostra o número de sujeitos que respondeu “sim” a cada uma das questões do SCOFF, verificando-se uma diferença significativa na comparação entre as restantes questões e a questão 3, a que apenas um participante respondeu sim.

Tabela 2: Correlação Item-total no SCOFF

	Correlação item-total corrigido	Alpha de Cronbach sem este item
SCOFF 1	.56	.509
SCOFF 2	.61	.457
SCOFF 3	.05	.682
SCOFF 4	.38	.597
SCOFF 5	.35	.617

Tabela 3: Participantes que responderam “sim” a cada questão do SCOFF

Itens	Total (n)	An restritiva	An purgativa	BN	Controlos
1	12	0	6	6	0
2	25	7	6	7	5
3	1	1	0	0	0
4	19	7	3	5	3
5	36	12	5	7	12

4.3 Validade de Critério SCOFF

4.3.1. Sensibilidade e Especificidade

A tabela 4 apresenta os indicadores da validade critério através de uma tabela 2x2, demonstrando o número de casos identificados corretamente pelo SCOFF. A tabela 5 apresenta os mesmos resultados mas distinguindo as categorias de diagnóstico.

Tabela 4: Indicadores da validade de Critério do questionário SCOFF

SCOFF	Diagnóstico de PCA	
	Sim	Não
Positivo	23	6
Negativo	8	25

Tabela 5: Número de Casos (verdadeiros positivos) e controlos (verdadeiros negativos) por diagnóstico

Diagnóstico	Casos	Nr de participantes identificados pelo SCOFF como prováveis casos de PCA
Bulimia Nervosa	7	7
Anorexia Nervosa	24	15
Controlos	31	6

A tabela 6 sumariza a Se, Sp, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo para o SCOFF na detecção das PCA em geral para diferentes pontos de corte. Definindo um ponto de corte de duas ou mais respostas positivas às cinco questões obtivemos uma sensibilidade de 74% com uma especificidade de 81%. Um valor preditivo positivo de 79% e um valor preditivo negativo de 74%. A curva ROC (ver figura1) definiu um limiar ótimo de duas ou mais respostas positivas. Com este ponto de corte, a área da curva ROC foi de .853. Com este ponto de corte o SCOFF detetou corretamente 23 casos de PCA, tendo sido capaz de identificar todos os casos de AN purgativa e BN, ao nível da AN restritiva identificou corretamente dez dos dezoito casos. Nos 31 casos de participantes sem PCA, o SCOFF indicou seis falsos positivos. A tabela 7 descreve a Se e Sp para o SCOFF com um ponto de corte de dois, para a detecção de AN e BN. Assim, para cada diagnóstico em específico encontramos uma especificidade de 81% para todos os diagnósticos e uma sensibilidade de 67% para a AN e de 100% para a BN.

Tabela 6: Validade do questionário SCOFF para o rastreio de PCA

Pontos de corte	Sensibilidade	Especificidade	VPP *	VPN**
(respostas positivas)				
1	90%	55%	67%	85%
2	74%	81%	79%	75%
3	48%	0	0	35%
4	19%	0	0	55%
5	0	0	0	0

Os valores são apresentados em percentagem (IC 95%)

Nota: VPP- *Valor preditivo positivo; VPN-**Valor preditivo negativo

Tabela 7: Validade do questionário SCOFF para o rastreio de PCA segundo o diagnóstico

Diagnóstico	Se	Sp
AN	67%*	81%*
BN	100% *	81% *

Os valores são apresentados em percentagem (IC 95%)

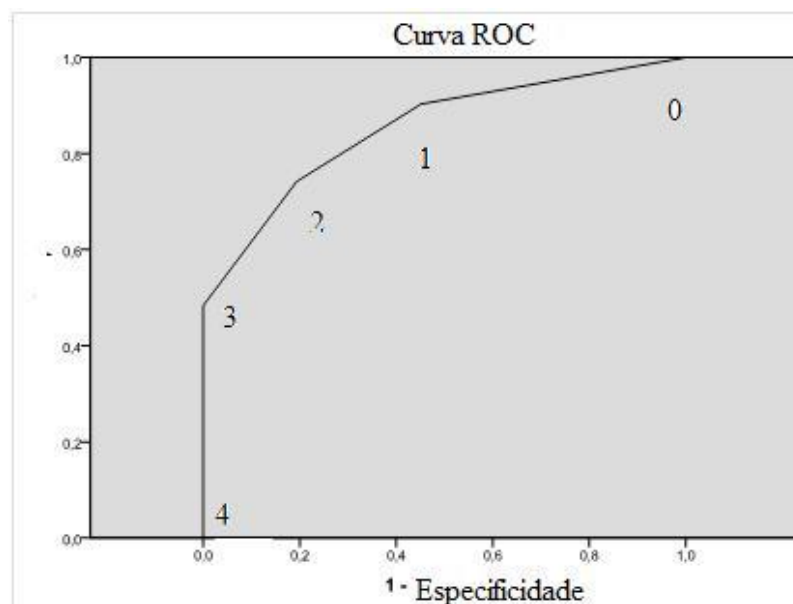
*Com um ponto de corte de duas ou mais respostas positivas

4.4. Definição do Ponto de Corte

A análise da curva ROC (figura 1) sugere que o ponto de corte de duas ou mais respostas positivas é o mais adequado. A tabela 4 sugere também que o ponto de corte 2 é o que indica uma melhor relação entre a Se e a Sp. A área da Curva ROC é de .853, áreas da curva ROC superiores a 0,75 indicam que a capacidade diagnóstica de uma prova é apropriada. (Rueda et al., 2005)

Figura 1

sensibilidade



Curva ROC (área debaixo da curva .853)

4.5. Validade de Critério concorrente SCOFF

A tabela 8 aponta os coeficientes de correlação de r de Pearson entre o total do SCOFF e as três subescalas do EDI escolhidas. Os valores indicam que todas as correlações são positivas, moderadas a elevadas, e estatisticamente significativas.

Tabela 8: Correlações entre o SCOFF e as subescalas do EDI

Subescalas do EDI	SCOFF
Impulso para Emagrecer	.697**
Bulimia	.680**
Insatisfação Corporal	.497**

** $p < .01$.

4.6. Validade Diferencial

Procedeu-se ainda a uma comparação entre os grupos PCA e controlo no que concerne aos valores médios do SCOFF e das três subescalas do EDI através de um teste t . Verificou-se que existiam diferenças significativas entre os grupos relativamente ao SCOFF $t(50) = 6,303$; $p < .001$, sub-escala Bulimia $t(37) = 4,439$; $p < .001$; sub-escala Insatisfação corporal $t(59) = 2,703$, $p = .009$ e Impulso para Emagrecer $t(44) = 5,419$; $p < .001$, sendo que o grupo clínico obteve pontuações mais elevadas em todos os instrumentos.

5. Discussão

Esta investigação apresenta a consistência interna do SCOFF, a validade de critério concorrente e a validade diferencial.

O ponto de corte do SCOFF que melhor combina os valores de Se e Sp é de duas ou mais respostas positivas, sendo similar aos encontrados na maioria dos estudos existentes, nomeadamente ao proposto pelos autores do questionário (Cotton et al., 2003; Garcia-Campayo et al., 2004; Garcia et al., 2011; Hill et al., 2010; Lahteenmaki et al., 2009; Morgan et al., 2000; Muro-Sans et al., 2007; Parker et al., 2005; Rueda Jaimes et al., 2005).

Na amostra estudada, os índices de Se e Sp são genericamente mais baixos do que os encontrados noutros estudos. A concordância entre o diagnóstico realizado pelo psiquiatra e a suspeita de PCA levantada pela aplicação do SCOFF, com um ponto de corte de 2, verificou-se em 71% dos participantes com PCA (sensibilidade do teste), sugerindo a validade do instrumento. Todos os casos identificados como falsos positivos foram de participantes com AN, mais especificamente, com AN restritiva. Este dado pode refletir uma maior tendência para enviesar as respostas por parte dos participantes com este diagnóstico, tendência esta que poderá estar associada à persistente negação das dificuldades e da intenção activa de ser magra (Crisp, 1995 cit in Torres, 2005). Sabe-se que na AN existe frequentemente, a negação da doença e a relutância em cooperar no tratamento, surgindo por vezes comportamento manipulador no sentido de omitir sintomas e sinais (Túry et al., 2009). Tal pode ser ainda mais evidente na AN restritiva, na medida em que a inexistência de ingestão compulsiva e /ou comportamento purgativos torna mais provável o “encantamento” pela doença. É ainda de realçar que a possibilidade de enviesar as respostas constitui uma das limitações dos questionários de auto-relato (Pannocchia et al., 2011), à qual obviamente o SCOFF não é também alheio.

Em comparação com a validação original e com outros estudos de validação realizados em diferentes países, obteve-se no presente estudo valores de Se e Sp ligeiramente mais baixos, ou seja, uma Se de 74% e uma Sp de 81%, mas dentro do intervalo de valores encontrado na revisão dos trabalhos existentes. As outras investigações

de validação do SCOFF encontraram valores de Se e Sp que variaram entre 53,3%- 100% e 73%-97,1%, respetivamente.

Na comparação dos resultados entre os estudos há que ter em conta as diferenças no tamanho das amostras e a idade e o sexo dos participantes. Este pode ser um obstáculo à generalização dos resultados dado que o risco de PCA é diferente nas diferentes faixas etárias e no sexo masculino, assim como a variabilidade do *Gold Standard* utilizado (Rueda et al., 2005).

A maioria dos estudos revistos recorreu a amostras significativamente maiores do que a nossa, sendo que o seu tamanho variou entre os 80-1316 participantes. Para além do tamanho da amostra há também que referir outras diferenças relativamente às amostras, nomeadamente, o recurso ou não a amostra de controlo, os limites de idades e o facto de serem amostras comunitárias, estudantis ou clínicas. Por fim, como *Gold Standard* usado também se verifica alguma variabilidade, sendo que alguns recorreram a entrevistas e diagnóstico clínico como no presente estudo (Morgan et al., 1999; Luck et al., 2002; Jaimes et al., 2005; Garcia-Campayo et al., 2005; Lahteenmaki et al., 2009; Garcia et al., 2011), enquanto que outros usaram outros questionários de auto-relato já validados como o EDE-Q, o EAT e o EDI, este último também utilizado por nós (Cotton et al., 2003; Parker et al., 2005; Noma et al., 2006; Muro-Sans et al., 2007; Mond et al., 2008; Leung et al., 2009; Pannocchia et al., 2011). Dos estudos revistos, apenas cinco usaram amostras clínicas e controlos (Cotton et al., 2003; Garcia et al., 2011; Morgan et al., 1999 & Pannocchia et al., 2011), contudo os três primeiros, realizados em Inglaterra e França recorreram a amostras maiores do que a nossa, sendo que o número de participantes varia entre 214 e 446. Relativamente ao estudo realizado em Itália (Pannocchia et al., 2011), os autores utilizaram três grupos, um com sujeitos com PCA, um com doentes psiquiátricos mas sem PCA e um grupo de controlo, tendo cada um deles, 30, 32 e 31 participantes respetivamente. Assim, tendo em conta apenas o grupo de PCA e o grupo de controlo, o tamanho deste estudo assemelha-se ao utilizado na presente investigação o que possibilita uma comparação entre os resultados encontrados. O estudo de validação em Itália encontrou valores de Se de 97% e de Sp de 87,3%, o que se verifica serem ligeiramente superiores aos nossos, especialmente em relação à Se. Em semelhança ao nosso estudo os autores também calcularam a validade de critério concorrente através da Correlação *r* de Pearson entre as três subescalas do EDI (Impulso para Emagrecer, Bulimia e Insatisfação Corporal). A comparação de resultados permite constatar que os valores encontrados são

similares, sendo que em ambos os estudos todas as correlações mostraram ser positivas, altas a moderadas e estatisticamente significativas. Para além disso, na análise da consistência interna avaliada através do *Alpha de Cronbach* obteve-se o mesmo valor em ambas as investigações, ou seja, um valor de alpha de .64.

Para além do cálculo da Se e Sp do SCOFF para as PCA em geral, alguns estudos procederam ao cálculo e comparação destes valores por diagnóstico específico de PCA (Garcia-Campayo et al., 2005; Noma et al., 2006; Garcia et al., 2011), sendo que os valores de Se para a AN variaram entre 93,1%- 96,2% e a Sp foi de 94% em todos eles; enquanto que os valores para BN encontrados foram de 93- 97,8% para a Se e de cerca de 94% para a Sp. No nosso estudo comparativamente com os valores anteriores, auferimos resultados mais baixos para a AN (Se= 67%; Sp= 81%) e para a BN foram encontrados valores mais altos de Se (100%) e valores mais baixos de Sp (81%).

De salientar, ainda, que o estudo que apresenta valores mais baixos de Se e Sp foi realizado apenas com doentes com EDNOS, obtendo uma Se de 72% e uma Sp de 73% (Mond et al., 2008). Relativamente a estes resultados já outras investigações sugeriam que o SCOFF seria menos eficaz na deteção de PCA sem critérios suficientes para um quadro completo (Keski- Rahkonen et al., 2006; Noma et al., 2006). Estes resultados são relevantes e requerem alguma atenção, na medida em que instrumentos de rastreio deverão permitir identificar este tipo de casos que apresentam uma sintomatologia mais ténue, mas que poderão no futuro agravar-se caso não exista uma intervenção precoce. No nosso estudo não foram incluídos participantes com EDNOS, pelo que não nos é permitido explorar este ponto. Contudo, salientamos que esta será, sem dúvida, uma questão importante a contemplar em futuros estudos.

A correlação entre o SCOFF e as três sub-escalas do EDI (Impulso para emagrecer, Bulimia e Insatisfação corporal) demonstrou ser positiva e estatisticamente significativa, verificando-se valores de correlação mais elevados com a subescala Impulso para emagrecer. É importante referir que entre as subescalas do EDI, esta é a que melhor avalia a sintomatologia relacionada com as PCA e as pessoas em risco de a desenvolverem (Muro-Sans et al., 2008). Tal indica que existe validade de critério do SCOFF em comparação com o EDI, instrumento já validado para o rastreio de PCA. Assim, pode concluir-se que o SCOFF avalia as características inerentes a estas perturbações. Relativamente aos estudos que também utilizaram o EDI para o cálculo da validade de

critério concorrente (Muro-sans et al., 2008; Pannocchia et al., 2011), verifica-se que os resultados obtidos foram similares aos por nós apresentados.

Relativamente à fidelidade, o SCOFF revelou um *alpha de cronbach* de .64 que apesar de ser inferior a .80, valor de referência para se considerar uma boa consistência interna (Nunnally, 1978), se apresenta, como aceitável dado ao reduzido número de itens (5) (Cronbach, 1951). O mesmo valor de *alpha de cronbach* foi obtido no estudo de validação do SCOFF em Itália (Pannocchia et al., 2011). Embora o valor de *alpha de cronbach* encontrado seja baixo, os estudos de validação noutros países (Jaimes et al., 2005; Leung et al., 2009; Mond et al., 2008; Muro-Sans et al., 2008; Rueda et al., 2005) encontraram valores de consistência interna mais baixos, que variaram entre .43 e .57. De acordo com Muro-Sans et al. (2008) o valor de consistência interna indica que o SCOFF avalia diferentes aspetos das PCA e que cada questão faz uma contribuição específica e significativa no processo de identificação dos sintomas.

Analisando a correlação item-total conclui-se que os itens 1 (*Tem tendência a provocar o vômito sempre que se sente cheio?*) e 2 (*Sente que perdeu controlo sobre aquilo que comeu?*) são os mais significativos para o cálculo do score total do questionário; por sua vez, o item 3 (*Perdeu recentemente mais de 14 kg num período de 3 meses?*) apresenta uma contribuição muito baixa. Estes resultados vão de encontro aos descritos por Noma et al (2006) que salientaram que a taxa de sujeitos que responderam “sim” à questão 3, foi baixa porque os participantes no estudo de validação, sendo recrutados em meio hospitalar, já estavam a receber tratamento há algum tempo. Contudo, deve ter-se em atenção que o SCOFF foi desenvolvido como instrumento de rastreio para detetar pacientes com PCA numa fase inicial e na população em geral, pelo que a realização de estudos com amostras comunitárias de PCA se assume como relevante para analisar a relevância deste item. Não obstante, tem sido argumentado que o item 3 deveria ser modificado no sentido de detetar com maior precisão indivíduos com EDNOS (Noma et al., 2006). A alternativa apontada na literatura (“o seu índice de massa corporal é inferior a 17,5?”) não parece, contudo, reunir muito consenso entre os investigadores. Dois aspetos limitam a eficácia desta pergunta: 1) é uma questão complexa, pois envolve o conhecimento do conceito de IMC por parte da população em geral; 2) os indivíduos que apenas tivessem começado a perder peso recentemente seriam excluídos. No nosso ponto de vista, partilhamos da opinião que o item 3 deve ser modificado, mas no sentido de se reduzir a quantidade de peso perdido (14kg) colocada como sintoma.

Ainda ao nível dos itens, a análise das frequências das respostas positivas a cada item permite constatar que muitos participantes do grupo de controlo responderam afirmativamente à questão 5, sendo que alguns deles pediram esclarecimento acerca da mesma durante o preenchimento do questionário. O item 5 questiona: “*Pode dizer que a comida tem um papel dominante na sua vida?*”, esta formulação pode ser entendida de outra forma, dado que a alimentação tem um papel essencial na vida do ser humano em geral e não apenas para os indivíduos com PCA. Desta forma, defendemos também a alteração desta questão, considerando que esta mudança poderá aumentar a sensibilidade e especificidade do SCOFF e reduzir o número de falsos positivos. Uma formulação alternativa poderia ser “*Considera que atribui mais importância à comida do que a maioria das pessoas?*” ou “*Considera que pensa em comida mais vezes do que a maioria das pessoas?*”. Esta alteração seria mais clarificadora da importância exacerbada que estes pacientes atribuem à alimentação, contudo teria a limitação de estabelecer uma comparação com a restante população que é, por si só, subjetiva. No seguimento desta dificuldade, Leung et al. (2008) propõem que cada questão seja acompanhada por exemplos que clarifiquem o seu significado.

6. Conclusão

O presente estudo sugere que o SCOFF constitui uma ferramenta válida no rastreio de PCA, apresentando propriedades psicométricas aceitáveis na amostra portuguesa estudada. A sua utilização parece especialmente válida para o rastreio da AN purgativa e da BN. Relativamente à AN restritiva demonstrou ser menos eficaz, podendo este aspeto estar associado a uma das limitações dos questionários de auto-relato, ou seja, a vulnerabilidade à distorção por parte do sujeito que pode responder de acordo com a desejabilidade social (Garner et al., 1983). Há que ter ainda em conta as limitações do estudo, nomeadamente o 1) reduzido tamanho da amostra, sobretudo se considerarmos separadamente os diferentes diagnósticos de PCA; 2) o desequilíbrio entre o número de participantes com os diferentes diagnósticos; 3) a inexistência de participantes com EDNOS, que limita a avaliação das capacidades de diagnóstico do SCOFF nessa PCA; e 4) o facto da amostra ser composta exclusivamente por participantes do sexo feminino. Estas

limitações levam a que consideremos estes dados como preliminares. O estudo das qualidades psicométricas do SCOFF deverá ter continuidade em Portugal, devendo ser analisada uma amostra comunitária, com participantes de ambos os sexos. Ao nível do *Gold standard* utilizado, para além da entrevista clínica e do EDI, a maioria dos estudos revistos utilizaram o EDE-Q (Leung et al., 2009; Mond et al., 2008; Parker et al., 2005;), contudo também se verificou o uso do ESP (Cotton et al., 2003), do EAT (Noma et al., 2006) e do BITE (Morgan et al., 1999). Em termos de análise estatística, quase todos os estudos realizaram os mesmos por nós utilizados para o cálculo da Se e Sp, assim como a análise da consistência interna pelo *alpha de cronbach* e a definição do ponto de corte pela Curva ROC. Contudo, é de referir que alguns estudos procederam à análise de diferentes validades, nomeadamente da validade de construto com recurso a painéis de especialistas (Leung et al., 2009;), à análise da fidelidade através do teste-reteste (Garcia et al., 2011; Leung et al., 2009) e à análise factorial (Hautala et al., 2009; Muro-Sans et al., 2008). Numa futura investigação da versão portuguesa do SCOFF consideramos que seria pertinente utilizar como *gold standard* o EDE-Q que tem sido apontado como uma ferramenta de rastreio com muita robustez, assim como fazer um teste-reteste e a análise da validade de constructo que não foram avaliadas na nossa investigação. Para além disso, Muro-Sans et al. (2008) no seu estudo usaram uma amostra comunitária, à qual aplicaram as três subescalas do EDI utilizadas no nosso estudo. A partir dos resultados obtidos nessas subescalas selecionaram entre essa amostra um grupo de risco tendo como critério que o participante excedesse o percentil 95 em pelo duas dessas escalas, definindo assim dois grupos, um de controlo e um de risco. Num futuro estudo de validação do SCOFF em Portugal sugerimos que se recorra a este tipo de amostra e não a uma amostra clínica, uma vez que esta ferramenta de rastreio foi desenvolvida com o objetivo de identificar casos em contexto comunitário que ainda não estão em tratamento. Como tal, será pertinente avaliar em que medida este teste será sensível a quadros que possam ainda não cumprir todos os critérios de diagnóstico de PCA, o que não é possível quando selecionamos para a amostra doentes já diagnosticados e em tratamento.

Este trabalho foi efetuado com a noção de que existem outras medidas com melhor desempenho e maior robustez na deteção de casos de PCA na comunidade, como é o caso do EDE-Q, contudo esses dados precisam de ser pesados contra as vantagens de brevidade da SCOFF (Túry et al., 2010). Assim, apesar das limitações, o uso de testes de rastreio pequenos e fáceis de administrar que não requerem uma interpretação especializada e

permitem um menor desgaste de recursos, bem como a possibilidade de ter mais tempo para uma subsequente avaliação especializada dos casos identificados como estando em risco.

Os dados deste estudo sugerem que o SCOFF pode ser usado como meio de detecção de possíveis casos de BN ou AN. A sua utilização pode pois ter impacto tanto na detecção precoce da doença como na monitorização do curso de tratamento. (Muro-Sans et al., 2008). Como ferramenta simples e rápida, o uso do SCOFF é também recomendado nas unidades de cuidados de saúde primários e em campanhas de promoção de saúde em escolas. (Leung et al., 2008). Neste sentido seria interessante desenvolver uma programa de promoção de saúde, de prevenção do desenvolvimento de PCA em escolas recorrendo ao SCOFF para avaliar as necessidades da população e levantar a suspeita de potenciais casos para, para além da intervenção de promoção para a população em geral, também se intervir de modo mais específico nestes casos para que não evoluam para casos mais graves.

Referências Bibliográfias

- Abraham, S. (2010). *Distúrbios alimentares* - 1ª Edição (Fevereiro, S., Trad.). Oxford University Press. (Obra original publicada em 2008)
- Aimé, A., Craig, W., Pepler, D., Jiang, D. & Connolly, J. (2008). Developmental pathways of eating problems in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 686-696.
- Alger, S., Seagle, H. and Ravussin, E. (1995). Food intake and energy expenditure in obese female bingers and non-bingers. *International Journal of Obesity*, 19, 11-16.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais - 4ª Edição (J. C. Fernandes, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Trabalho original publicado em 1994).
- Anderson, D., Lundgren, J., Shapiro, J. & Pauloski, C. (2004). Assessment of eating disorders. Review and recommendations for clinical use. *Behaviour Modification*, 28, (6), 763-782.
- Azevedo, M.H. & Ferreira, C.P. (1992). Anorexia nervosa and bulimia: a prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 86, 432-436.
- Baptista, F., Sampaio, D., Carmo, I., Reis, D. & Galvão-Teles. (1996). The prevalence of disturbances of eating behaviour in a portuguese female university population. *European Eating Disorders Review*, 4, 260-270.
- Bouça, D. & Sampaio, D. (2002). Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4.
- Bruce, K., Mansour, S. & Steiger, H. (2009). Expectancies related to thinness, dietary restriction, eating, and alcohol consumption in women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 253-258.

- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bulik, C., Sullivan, P. & Kendler, K. (2002). *Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating*. Wiley Periodicals, Inc.
- Bunnell, D., Shenker, I., Nussbaum, M. Jacobson, M. & Cooper, P. (1989). Subclinical versus formal eating disorders: Differentiating psychological features. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 357-362.
- Carmo, I. (1994). *A vida por um fio: A anorexia nervosa*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Carmo, I. (1997). *Magros, gordinhos e assim-assim. Perturbações alimentares dos Jovens*. Porto: Edinter.
- Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Padre Santo, D., Neves, A., André, I., Sampaio, D. & Galvão-Teles, A. (1996). Prevalence of Anorexia Nervosa: A portuguese population study. *European Eating Disorders Review*, 4, 157-170.
- Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Padre Santo, D., Neves, A., André, I., Sampaio, D., & Galvão-Teles, A. (2001). Epidemiologia da anorexia nervosa: Prevalência da anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 301-316.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2007). Is binge eating experienced as an addiction? *Appetite*, 49(3), 687-690.
- Cotton, M-A., Ball, C. & Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 53-56.
- Cronbach, L.J.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Crow, S., Agras, W., Halmi, K., Mitchell, J. & Kraemer, H. (2002). *Full syndromal Versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study*. Wiley Inter-Science.

- Davis, C., Levitan, R., Carter, J., Kaplan, A., Reid, C., Curtis, C. Patte, K. & Kennedy, J. (2008). Personality and eating behaviors: A case-control study of binge eating disorder. *International Journal Eating Disorders*, 41, 243-250.
- Decaluwé, V. & Braet, C. (2004). Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: interview versus self-report questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 799-811.
- Dixe, M. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 559-569.
- Fairburn C. & Wilson, G. (1993). *Binge eating. Nature, assessment, and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C., & Harrison, P. (2003). Eating Disorder. *The Lancet*, 361. 407-416.
- Ferriter, C. & Ray, L. (2011). *Binge eating and binge drinking: An integrative review*. Elsevier, Ltd.
- Fichter, M., Quadflieg, N. & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 577-586.
- Garb, J. L. (1996). *Understanding medical research: A practioner's guide*. Boston: Little, Brown and Company, 15-22.
- Garcia- Campayo, J., Sanz-Carrillo,C., Ibañez, J., Lou,S., Solano, V. & Alda, M. (2005). Validation of the spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 51-55.
- Garcia, F., Grigioni, S., Allais, E., Houy-Durand, E., Thibaut,F. & Déchelotte, P. (2011). Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clinical Nutrition*, 30, 178-181.
- Garfinkel, P. & Garner, D. (1982). *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*. New-York: Brunner/Mazel.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* (9), 273-279

- Garner, D., Olmstead, M. & Polivy, J.(1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa e bulimia. *International of Eating Disorders*, 2, 15- 34.
- Goodrick, G., Pendleton, V., Kimball, K., Poston, W., Reeves, R. & Foreyt, J. (1998). *Binge eating severity, self-concept, dieting self-efficacy and social support during treatment of binge eating disorder*. John Wiley & Sons, Inc.
- Gonçalves, S. (1998). *Perturbações do Comportamento Alimentar: Estudo da prevalência junto de uma população universitária feminina*. Tese de mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Guidano, F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New-York: The Guilford Press.
- Haines, J., Ziyadeh, N., Franko, D., McDonald, J., Mond, J. & Austin, B. (2011). Screening high school students for eating disorders: Validity of brief behavioral and attitudinal measures. *Journal of School Health*, 81, 530-535.
- Halmi, K. (1992). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. London: American Psychiatric Press, Inc.
- Hautala, L., Junnila, J., Alin, J., Gronroos, M., Maunula, A., Karukivi, M., Liuksila, P., Raiha, H., Valimaki, M. & Saarijarvi, S. (2009). Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: Cross-sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1439-1447.
- Henderson, M. & Freeman, CPL.(1987). A self-rating scale for bulimia: the “BITE”. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Hill, L., Reid, F., Morgan, J. & Lacey, H. (2010). SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 344-351.
- Jacobi, C., Abascal, L. & Taylor, C. (2003). Screening for eating disorders and high-risk behavior: Caution. *Wiley Periodicals, Inc*, 280-295.
- Jaimes, R., Martínez, D., Barajas, O., Plata, P., Martínez, R. & Afanador, C.(2005). Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizada. *Aten Primaria*, 35, 89-94.

- Johnston, O., Fornai, G., Cabrini, S. & Kendrick, T. (2007). *Feasibility and acceptability of screening for eating disorders in primary care*. Oxford University Press
- Kaye, W., Klump, K. Frank, G. & Stroebe, M. (2000). Anorexia and bulimia nervosa. *Annual Reviews Medicine*, 51. 229-331.
- Keel, P., Crow, S., Davis, T. & Mitchell, J. (2002). Assessment of eating disorders. Comparison of interview and questionnaire data from a long-term follow-up study of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1043-1047.
- Keski-Rahkonen, A., Sihvola, E., Raevuori, A., Kaukoranta, J., Bulik, C., Hoek, H., Rissanen, A. & Kaprio, J. (2006). Reliability of self-reported eating disorders: Optimizing population screening. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 754-762.
- Kutlesic, V., Gleaves, D., Murphy-Eberenz, K., Williamson, D. & Barbin, J. (1998). The interview for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10. 41-48.
- Lahteenmaki, S., Aalto-Setälä, Suolas, J., Saarni, S., Perala, J., Saarni, S., Aro, H., Lonnqvist, J. & Suvisaari, J. (2009). Validation of the finish version of the SCOFF questionnaire among young adults aged 20 to 35 years. *BioMed Central Psychiatry*, 9, 1-8.
- Latner, J. & Clyne, C. (2008). The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41. 1-14.
- Leung, S., Lee, K., Lee, S., Leung, S., Hung, W., Lee, W., Leung, Y., Li, M., Tse, T., Wong, H. & Wong, Y. (2009). Psychometric properties of the SCOFF questionnaire (Chinese version) for screening eating disorders in Hong Kong secondary school students: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 239-247.
- Lucas, C. & Monteiro, M. (2012). *Perturbações do Comportamento Alimentar*. Porto: Livpsic
- Luck, A., Morgan, J., Reid, F., O'Brien, A., Brunton, J., Price, C., Perry, L. & Lacey, J. (2002). The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *British Medical Journal*, 325, 755-756.
- McBride, D. (2011). New screening guidelines for eating disorders. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 377-378.

- Machado, P., Gonçalves, S., Martins, C. & Soares, I. (2001). The portuguese version of the eating disorders inventory: evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9, 43-52.
- Machado, P., Fernández, M., Gonçalves, S., Martins, C., Otero, M., Machado, B., Castro, Y. & Prieto. (2004). Eating related problems amongst Iberian female college students. *International Journal of Clinical and health Psychology*, 3, 495-504.
- Machado, P., Soares, I., Sampaio, D., Roma Torres, A., Gouveia, J. & Oliveira, C. (2004). Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de utilização dos Serviços. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*, 1.
- Machado, P & Machado, B. (2009). O tratamento cognitivo comportamental das perturbações do comportamento alimentar. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento. Criatividade*, 1,1, (8). 121- 133.
- Machado, P., Machado, B. Gonçalves, S. & Hoek, H.(2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40. 212-217.
- Martins, C. & Bernardo, P. Anorexia - Um longo caminho a percorrer. In Ribeiro,J. Leal,I. & Dias,M. (2000). *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Matos, P. & Costa, E. (1990). Intervenção psicológica na bulimia. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6. 67-75.
- Mehler, P. (2011). Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *International Journal of Eating Disorders*, 44. 95-104.
- Mond, J., Myers, T., Crosby, R. Hay, P., Rodgers, B., Morgan, J., Lacey. H. & Mitchell, J. (2008). Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 612-622.
- Morgan, J. (2000). The SCOFF questionnaire: A new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 172. 164-165.
- Morgan, J., Reid, F. & Lacey, J. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467- 1468.

- Muro-Sans, P., Amador-Campos, J. & Morgan, J. (2008). The SCOFF-c: Psychometric properties of the Catalan version in a spanish adolescent sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 81-86.
- Noma, S., Nakai, Y., Hamagaki, S., Uehara, M., Hayashi, A & Hayashi, T. (2006). Comparison between the SCOFF Questionnaire and the Eating Attitudes Tes in patients with eating disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10 (1), 27-32.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. CLIMEPSI Editores.
- Pannocchia, L., Fiorino, M., Giannini, M. & Vanderlinden, J. (2011). A psychometric exploration of an Italian Translation of the SCOFF questionnaire. *European Eating Disorders Review*, 19, 371-373.
- Parker, S., Lyons, J. & Bonner, J. (2005). Eating disorders in graduate students: Exploring the SCOFF questionnaire as a simple screening tool. *Journal of American College Health*, 54, 103- 107.
- Perry, L., Morgan, J., Reid, F., Brunton, J. O'Brien, A., Luck, A. & Lacey, H. (2002). Screening for symptoms of eating disorders: Reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *International Journal of Eating Disorders*, 466-472.
- Pike, K. & Striegel-Moore, R. (1997). Disordered eating and eating disorders. In Gallant, S., Puryear, K. & Royak-Schaler, R., *Health care for women: Psychological, social, and behavioral influences* (pp.97-114). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pomeroy, C. (2001). Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating disorder: Assessment of physical status. In Thompson, K., *Body Image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 177-203). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reas, D. & Grilo, C. (2007). Timing and sequence of the onset of overweight, dieting, and binge eating in overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40. 165-170.

Rees, L. & Clark-Stone, S. (2006). Can collaboration between education and health professionals improve the identification and referral of young people with eating disorders in schools? A pilot study. *Journal of Adolescence*, 29, 137-151.

Rosenvinge, J., Perry, J., Bjorgum, L., Bergersen, T., Silvera, D. & Holte, A. (2001). A New instrument measuring disturbed eating patterns in community populations: Developmental and initial validation of a five-item scale (EDS-5). *European Eating Disorders review*, 9, 123-132.

Rueda, G., Diaz, L., Campo, A., Barros, J., Àvila, G., Oróstegui, L., Osorio, B. & Acdena L. (2005). Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*, 25, 196-202.

Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U. & Pfeiffer, E. (2007). Psychiatric comorbidities among females adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry Human Development*, 39, 261-272.

Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I., & Jorge, Z. (1999). *Doenças do comportamento alimentar: Manual para o clínico geral*. Portugal: Laboratórios Bial.

Santonastaso, P., Zanetti, T., Sala, A., Favaretto, G., Vidotto, G., & Favaro, A. (1996). Prevalence of Eating Disorders in Italy: A Survey on a Sample of 16-year-old Female Students. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 158-162.

Schmidt, U. (2000). Binge eating and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 340-343.

Shah, N., Passi, V., Bryson, S. & Agras, W. (2005). Patterns of eating and abstinence in women treated for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 330-334.

Soares, M.(2011). Perfeccionismo e comportamentos alimentares. Porto: NORCÓPIA

Spitzer, R., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Devlin, M. , Mitchell, J., Hasin, D. & Horne, R. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137–153.

- Striegel-Moore, R., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G., Rosselli, F. & Kraemer, H. (2010). Screening for binge eating disorders using the patient health questionnaire in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 337-343.
- Stunkard, A. (1959). Eating disorder and the night-eating syndrome. In Wadden T. & Stunkard, A. *Handbook of obesity treatment (107-124)*. New York: The Guilford Press
- Torres, S. (2005). O corpo e o silêncio das emoções. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Torres, S. & Guerra, M. (2007). Psicologia da saúde e anorexia nervosa. In Teixeira, J. *Psicologia da saúde: Contextos e áreas de intervenção (187-233)*. Climepsi Editores.
- Torres, S., Guerra, M., Lencastre, L., Williamson, D., Roma-Torres, A. & Vieira, F. (2008). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa da entrevista de diagnóstico das perturbações do comportamento alimentar-IV (IDED-IV) específica para a anorexia nervosa. *Arquivos de Medicina*, 22, 113-119.
- Torres, S., Guerra, M., Vieira, F., Miller, K., Roma-Torres, A. & Brandão, I. (2012). The epidemic of Anorexia Nervosa: Myth or reality? In Jáuregui-Lobera, I. *Relevant topics in eating disorders(1-29)*. InTech.
- Túry, F., Guleç, H. & Kohls, E. (2010). Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 601-611.
- Tyrka, A., Waldron, I., Graber, J. & Brooks-Gunn, J. (2002). *Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes*. Wiley Periodicals, Inc.
- Wilfley, D., Schwartz, M., Spurrell, E. & Fairburn, C. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, (3), 259-269.
- Wilfley, D., Wilson, G. & Agras, W. (2003). *The clinical significance of binge eating disorder*. Wiley Periodicals, Inc.
- Williamson, D., Martin, C. & Stewart, T. (2004). Psychological aspects of eating disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18, (6), 1073-1088.

Wolfe, B., Baker, C., Smith, A. & Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 674-686.

Zwaan, M. (1997). Status and utility of a new diagnostic category: Binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 5, 226-240.

Anexos

Anexo 1

Os critérios de diagnóstico definidos para Anorexia Nervosa são:

A. Recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura (por exemplo, perda de peso que leva a manter um peso inferior a 85% do esperado; ou incapacidade em ganhar o peso esperado para o crescimento, ficando aquém de 85% do previsto).

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando o peso é insuficiente.

C. Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação, ou negação da gravidade do grande emagrecimento actual.

D. Nas jovens após menarca, amenorreia, ou seja, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Uma mulher é considerada amenorreica se a menstruação ocorrer somente após a administração de hormonas, por exemplo, estrogénios).

Texto integral retirado de APA, DSM-IV, 2002, pp.589

Para além dos critérios mencionados há que ter em conta a ocorrência de dois subtipos:

- Restritivo: Perda de peso consegue-se primariamente através de dieta, jejum ou exercício físico. Estas pessoa não têm regularmente episódios bulímicos ou purgativos.
- Ingestão Compulsiva/ Tipo purgativo: Têm crises bulímicas regulares ou purgativas (ou ambas) durante o episódio actual. A maioria das doentes com AN que têm ingestão maciça também usam métodos purgativos como o vômito, laxantes, diuréticos ou enemas. Algumas não ingerem maciçamente mas utilizam métodos purgativos após a ingestão de pequenas quantidades de comida.

Texto integral retirado de APA, DSM-IV, 2002, pp.589

Anexo 2

Os critérios de diagnóstico para a Bulimia Nervosa, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) são:

- A. Episódios recorrentes de ingestão compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes:
 - 1) Comer, num período curto de tempo (por exemplo, num período até 2h), uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias;
 - 2) Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos).
- B. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar; usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; ou exercício físico excessivo.
- C. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana em três meses consecutivos.
- D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa.

Texto integral retirado de APA , DSM-IV, 2002, pp.594

Tal como na Anorexia Nervosa, na Bulimia Nervosa também se verificam dois subtipos:

- Purgativo: Vomita regularmente, ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas;
- Não purgativo: Usa outros comportamentos compensatórios inapropriados , como o jejum ou o exercício físico excessivo, mas não o vómito, nem laxantes, diuréticos ou enemas.

Texto integral retirado de APA , DSM-IV, 2002, pp.594

Anexo 3

Os critérios de investigação propostos para a BED propostos no DSM-IV-TR (2000/2002) são:

- A. Episódios recorrentes de ingestão compulsiva. Um episódio de ingestão compulsiva é caracterizado pelas seguintes condições:
 - 1) Ingestão, num período de tempo isolado (por exemplo, qualquer período de 2h), de uma quantidade de comida francamente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo espaço de tempo sob circunstâncias similares;
 - 2) Sensação de perda do controlo sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sensação de que não pode parar de comer ou controlar o quê ou quanto se está a comer)
- B. Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a três (ou mais) dos seguintes sintomas:
 - 1) Ingestão muito mais rápida do que o habitual;
 - 2) Comer até se sentir desagradavelmente cheio;
 - 3) Ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome;
 - 4) Comer sozinho para esconder o embaraço pela sua voracidade;
 - 5) Sentir-se desgostoso consigo próprio, depressão ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva.
- C. Profundo mal-estar ao recordar as ingestões compulsivas.
- D. As ingestões compulsivas têm lugar, em média, pelo menos dois dias por semana durante seis meses.
- E. A ingestão compulsiva não se associa ao uso regular de estratégias compensatórias inadequadas (por exemplo, purgantes, jejum, exercício físico excessivo) e não aparecem exclusivamente no decurso de uma Anorexia Nervosa ou uma Bulimia Nervosa.

Texto integral retirado de APA , DSM-IV, 2002,p.594

Anexo 4

Inventário de Perturbações Alimentares- EDI

Isto é uma escala que quantifica as várias atitudes, reacções e comportamentos. Alguns dos pontos estão relacionados com a comida e a alimentação. Outros interrogam-no/a sobre a sua atitude em relação si próprio/a. Leia cada pergunta e coloque um (x) por baixo da coluna que melhor se lhe aplica. Por favor responda cuidadosamente a cada uma das perguntas.

	<i>Sempre</i>	<i>Normalmente</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
1.Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervoso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.Acho que o meu estômago é grande demais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.Desejava poder voltar à segurança da infância.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.Como quando estou preocupado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Empanturro-me de comida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.Gostava de ser mais novo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.Penso em fazer dieta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Sempre	Normalmente	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
8.Sinto-me assustado quando os meus sentimentos são muito intensos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.Acho as minhas coxas muito gordas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10.Sinto-me inútil como pessoa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11.Sinto-me extremamente culpado depois de comer demais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12.Acho que o meu estômago tem o tamanho certo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13.Apenas realizações brilhantes são aceites na minha família.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14.A época mais feliz da vida é a infância.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15.Falo abertamente dos meus sentimentos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16.Fico aterrorizado com a ideia de ganhar peso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17.Confio nos outros.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18.Sinto-me sozinho no mundo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>Sempre</i>	<i>Normalmente</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
19.Gosto da forma do meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20.Geralmente sinto que controlo a minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21.Fico confuso acerca da emoção que estou a sentir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22.Preferia ser adulto a ser criança.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23.Comunico facilmente com os outros.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24.Desejava ser outra pessoa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Exagero a importância do peso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Facilmente identifico o que sinto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27.Sinto-me inadequado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28.Já me aconteceu comer demais e sentir que não conseguia parar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29.Quando criança esforçava-me por não desiludir os meus pais e professores.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30.Tenho relações próximas(amizades).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>Sempre</i>	<i>Normalmente</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
31.Gosto da forma das minhas nádegas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Estou preocupado com o desejo de ser mais magro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33.Não sei o que se passa dentro de mim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34.Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35.As exigências da vida adulta são demasiadas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36.Detesto não ser o melhor.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37.Tenho confiança em mim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38.Penso em emparrutar-me com comida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39.Sinto-me contente por já não ser uma criança.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Fico confuso em saber se tenho ou não fome.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41.Tenho fraca opinião a meu respeito.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>Sempre</i>	<i>Normalmente</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
42.Sinto-me capaz de atingir os objectivos que tracei por mim próprio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43.Os meus pais têm esperado o máximo de mim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44.Preocupa-me que os meus sentimentos fiquem fora do meu controlo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45.Penso que as minhas ancas são muito largas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46.Como moderadamente em frente aos outros e empanturro-me quando vão embora.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47.Sinto-me enfartado depois de comer uma refeição normal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48.Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49.Se aumento 1kg preocupa-me continuar a aumentar de peso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50.Sinto que sou uma pessoa capaz.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>Sempre</i>	<i>Normalmente</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
51.Quando estou aborrecido não sei se estou						
triste, assustado ou zangado .	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52.Se não faço as coisas na perfeição						
prefiro não as fazer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53.Já pensei em tentar vomitar para						
perder peso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54.Preciso de manter as pessoas a uma						
certa distância (sinto-me mal quando se						
tentam aproximar demasiado).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55.Acho que as minhas coxas têm o						
tamanho certo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
56.Sinto-me vazio por dentro						
(emocionalmente).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
57.Consigo falar dos meus sentimentos						
ou pensamentos pessoais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
58.Os melhores anos da nossa vida são						
quando nos tornamos adultos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

59. Acho as minhas nádegas grandes demais.

Sempre
☐ **Normalmente**
☐ **Frequentemente**
☐ **Às vezes**
☐ **Raramente**
☐ **Nunca**

60. Tenho sentimentos que não consigo identificar.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

61. Como ou bebo às escondidas.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

62. Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

63. Tenho objectivos muito elevados.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

64. Quando ando aborrecido receio começar a comer.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Anexo 5

QUESTIONÁRIO SCOFF: Detecção de Perturbações do Comportamento

Alimentar

O Questionário SCOFF elaborado por investigadores da St George's Hospital Medical School, é um teste eficiente e eficaz na deteção de Perturbações do Comportamento Alimentar. As questões debruçam-se sobre as principais características da Anorexia e Bulimia.

Questionário SCOFF

1. Tem tendência a provocar o vómito sempre que se sente cheio?
 - a. Sim
 - b. Não
2. Sente que perdeu controlo sobre aquilo que comeu?
 - a. Sim
 - b. Não
3. Perdeu recentemente mais de 14 kg num período de 3 meses?
 - a. Sim
 - b. Não
4. Acredita que é gordo quando os demais o acham muito magro?
 - a. Sim
 - b. Não
5. Pode dizer que a comida tem um papel dominante na sua vida?
 - a. Sim
 - b. Não

Anexo 6

Data: ____/____/____

Idade: ____ anos

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: F ☐ M ☐

Peso: _____ Altura: _____

Profissão: _____ Instituição: _____

Escolaridade (último ano escolar completo): _____

Alguma vez lhe foi diagnosticada uma perturbação do comportamento alimentar?

Sim ☐ Não ☐

Tem algum tipo de doença (física ou mental)?

Sim ☐ Qual?

Não ☐

Toma algum tipo de medicação?

Sim ☐ Qual?

Não ☐

Anexo 7

Anexo 8

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO para participantes privados do exercício de autonomia

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Contributo para a validação da versão portuguesa do questionário SCOFF para deteção de casos de perturbação do comportamento alimentar

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

responsável pelo doente (nome completo) -----,
compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a sua participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a sua participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar que participe neste projecto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: ____ / ____ / 20____

Assinatura do responsável pelo doente:

Assinatura do doente (se maior de 14 anos e caso exista capacidade de entendimento ajustado a este processo de consentimento):

A Investigadora responsável:

Nome: Cátia Sofia Mota Lima

Assinatura:

Anexo 9

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Contributo para a validação da versão portuguesa do questionário SCOFF para deteção de casos de perturbação do comportamento alimentar

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) _____, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projecto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: ____ / ____ / 20____

Assinatura do(a) participante:

A Investigadora responsável:

Nome: Cátia Sofia Mota Lima

Assinatura: