

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto

Amanda Oliveira Lima

**Avaliação do Questionário SCOFF-BR para Rastreamento de Transtornos
Alimentares em Mulheres Grávidas**

Belo Horizonte - MG
2023

Amanda Oliveira Lima

**Avaliação do Questionário SCOFF-BR para Rastreamento de Transtornos Alimentares
em Mulheres Grávidas**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina da UFMG como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Saúde do Adulto.

Orientador:

Prof. Dr. Frederico Duarte Garcia

Co-orientadora:

Prof. Dra. Maila de Castro Lourenço das Neves

Belo Horizonte - MG

2023

Lima, Amanda Oliveira.

L732a Avaliação do Questionário SCOFF-BR para Rastreamento de Transtornos Alimentares em Mulheres Grávidas [recursos eletrônicos]. / Amanda Oliveira Lima. - - Belo Horizonte: 2023.

81f.: il. Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Frederico Duarte Garcia.

Coorientador (a): Maila de Castro Lourenço das Neves.

Área de concentração: Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Gestantes. 2. Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos. 3. Equipamentos para Diagnóstico. 4. Bulimia Nervosa. 5. Anorexia Nervosa. 6. Dissertação Acadêmica. I. Garcia, Frederico Duarte. II. Neves, Maila de Castro Lourenço das. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WQ 200



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO

FOLHA DE APROVAÇÃO

AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SCOFF-BR PARA RASTREIO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MULHERES GRÁVIDAS

AMANDA OLIVEIRA LIMA

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada, no dia vinte e seis de maio de dois mil e vinte e três, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores doutores:

Frederico Duarte Garcia - Orientador
UFMG

Maila de Castro Lourenço das Neves - Coorientadora
UFMG

Paulo Marcos Brasil Rocha
UFMG

Patrícia Gonçalves Teixeira
UFMG

Sordaini Maria Caligiorne
PCMG

Belo Horizonte, 26 de maio de 2023.



Documento assinado eletronicamente por Patrícia Gonçalves Teixeira, Professora do Magistério Superior, em 30/05/2023, às 11:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Sordaini Maria Caligiorne, Usuária Externa, em 31/05/2023, às 17:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Paulo Marcos Brasil Rocha, Professor do Magistério Superior, em 22/06/2023, às 20:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Frederico Duarte Garcia, Professor do Magistério Superior, em 05/07/2023, às 14:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Maila de Castro Lourenço das Neves, Professora do Magistério Superior, em 05/07/2023, às 14:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 2322641 e o código CRC 15E28773.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família: ao meu pai, José, à minha mãe, Suely, e aos meus irmãos, Otávio e Mariana, pelo suporte emocional indispensável à vida. As falas de meus pais, que no passado pareciam precoces, “só o estudo vai te entregar a vida que você deseja ter, não pare de estudar nunca”. São essas palavras que me atravessam que criam a realidade que há anos era apenas um sonho.

Ao Filipe, minha companhia de vida, amor genuíno que se reflete no carinho e incentivo dessa dissertação. Obrigada pela paciência mesmo quando as ausências foram e são necessárias.

Ao Professor Dr. Frederico, obrigada pelas oportunidades; do ingresso à pesquisa, à prática docente e por ter aberto as portas para que meus maiores sonhos fossem realizados. Deixo minha admiração à maneira leve de conduzir a vida e o trabalho, fazendo tudo parecer simples e possível.

À Professora Dra. Maila, pelo constante aprendizado concedido, pelo acolhimento e cuidado comigo. Pela paciência quando não acertamos. Pelo reconhecimento e estímulo às nossas habilidades. Só tenho a agradecer a estes dois pesquisadores, por terem me aberto tantas portas e me concedido tamanha confiança. Por serem tão bondosos em compartilhar seus conhecimentos e dedicarem seus valiosos tempos a nos ensinar.

Agradeço também a equipe do NAVES, aos acadêmicos de medicina do 5 período, e a Ângela, que tornaram essa pesquisa possível.

À Professora Patrícia Teixeira, pela gentil e significativa colaboração.

Ao Professor Arnaldo Cotrim, pela generosidade em ensinar e ter me auxiliado a me tornar a psiquiatra que sou hoje.

“No fundo, todos temos a necessidade de dizer quem somos e o que é que estamos a fazer e a necessidade de deixar algo feito, porque esta vida não é eterna e deixar coisas feitas pode ser uma forma de eternidade”.

(José Saramago, 1997)

RESUMO

Introdução: Mulheres constituem uma população vulnerável aos TAs (TAs). Na gravidez os TAs podem trazer consequências negativas para as mães e seus bebês. Nenhum estudo avaliou a validade de uma versão em português do Brasil do questionário SCOFF-BR para triagem de TAs (TAs) em mulheres grávidas. A hipótese deste estudo é que a SCOFF-BR é uma ferramenta confiável para triagem de TAs em mulheres grávidas.

Objetivos: O objetivo deste estudo é validar o questionário SCOFF-BR em uma população de mulheres grávidas.. **Métodos:** Este estudo utilizou a versão em português do Brasil do questionário SCOFF (SCOFF-BR), adaptado NAVES, em uma população de 400 mulheres grávidas. Como padrão ouro para TAs o estudo usou o Mini International Neuropsychiatric Interview, baseada nos critérios do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM 55).. **Resultados:** 402 mulheres foram entrevistadas e 29,5% foram diagnosticadas com TAs pelo MINI, sendo 0,49% com anorexia nervosa, 3,7% com bulimia nervosa. Com um ponto de corte de 2 ou mais questões a SCOFF-BR teve uma sensibilidade de 88.2% e uma especificidade de 67.4% para o rastreio de TAs. A área sob a curva foi de 83.4%.

Conclusão: A SCOFF-BR é um questionário fiável para o rastreio de TAs em mulheres grávidas.

Palavras-chave: SCOFF, transtornos alimentares, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar, validação, testes neuropsicológicos, epidemiologia.

ABSTRACT

Objectives: To validate the widely used SCOFF-BR questionnaire in a sample of pregnant women. No previous study assessed the validity of a Brazilian Portuguese version of the SCOFF questionnaire (SCOFF- BR) for screening EDs in pregnant women. We hypothesize that this culturally adapted Brazilian version of the SCOFF questionnaire is reliable for screening EDs in pregnant women. **Methods:** This study used the Brazilian Portuguese version of the SCOFF questionnaire (SCOFF-BR) in 402 pregnant women to screen for eating disorders. Pre-trained researchers interviewed the participants that completed the SCOFF-BR questionnaire. The study used the Mini International Neuropsychiatric Interview as the gold standard for eating disorders. **Results:** At the endpoint, the MINI diagnosed 0.49% with anorexia nervosa and 3.7% with bulimia nervosa. The five-question SCOFF-BR yields a sensitivity of 88.2% and specificity of 67.4% for screening EDs, and the area under the curve was of 83.4%. **Conclusion:** The SCOFF-BR present satisfactory accuracy and reliability for screening eating disorders in pregnant women.

Keywords: SCOFF, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, validation, neuropsychological tests, epidemiology.

LISTA DE FIGURAS

Imagem 1. Adaptado de: The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms, Rodgers e colaboradores., 2020.....	28
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. C Critérios Diagnósticos para anorexia nervosa, conforme proposto pelo DSM 5 (APA, 2013).....	19
Tabela 2. Critérios Diagnósticos para BN segundo o DSM-5.....	20
Tabela 3. Critérios Diagnósticos para TCA segundo o DSM-5..	22-23
Tabela 4. Aspectos relevantes para os estudos de rastreamento em TAs.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN – Anorexia nervosa
APA - American Psychiatric Association
BES - *Binge Eating Scale*
BITE– *Bulimic Inventory Test Edinburgh*
BMI – *Body Mass Index*
BN – Bulimia nervosa
CID – Classificação Internacional das Doenças
DALY - *Disability-Adjusted Life Year*
DM – Diabetes Melito
DSM – *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*
EAT-26 – *Eating Attitudes Test*
ED – *Eating Disorder*
EDE-Q – *Eating Disorder Examination*
EDI – *Eating Disorder Inventory*
EDS-PC – *Eating Disorder Screen for Primary Care*
GBD – *Global Burden of Disease*
GPS – *Global Positioning System*
IMC – Índice de Massa Corporal
MINI – *Mini International Neuropsychiatric Interview*
NAVeS – Laboratório do Núcleo de Vulnerabilidade e Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ROC - Receiver Operating Characteristic
SCOFF – *Sick; Control; One Stone; Fat; Food*
SPSS® - *Statistical Packege for the Social Sciencs*
SUS - Sistema Único de Saúde
TA – Transtorno Alimentar
TCA – Transtorno de compulsão alimentar
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerai

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISAO DA LITERATURA	18
2.1 Diagnóstico dos transtornos alimentares.....	18
2.1.1 Anorexia nervosa.....	18 Erro! Indicador não definido.
2.1.2 Bulimia nervosa.....	20
2.1.3 Transtorno de Compulsão Alimentar.....	22
2.1.4 Outro Transtorno Alimentar Especificado.....	24
2.1.5 Transtorno Alimentar Não Especificado.....	25
2.1.6 Outros padrões de comportamento alimentar alterados.....	25
2.2 Transtornos alimentares em mulheres grávidas.....	25
2.3 Transtornos alimentares, a carga global de doenças e a pandemia pela covid-19.....	28
3 EPIDEMIOLOGIA.....	31
3.1 Epidemiologia na população geral.....	31
3.2 Epidemiologia dos transtornos alimentares em mulheres grávidas.....	32
4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	33
4.1 Instrumentos autoaplicáveis.....	33
4.1.1 Entrevistas clínicas.....	36
4.1.2 Instrumentos de automonitoramento.....	36
4.1.3 Instrumentos para a avaliação de outros aspectos relacionados aos transtornos alimentares	37
4.1.4 O questionário SCOFF.....	38
4.2 Entrevistas clínicas semiestruturadas.....	38
4.2.1 Mini-interview.....	38
4.2.2 Procedimentos de tradução e adaptação transcultural do Questionário Scoff.....	41
5 HIPÓTESE E OBJETIVOS.....	45
5.1 Hipóteses.....	45
5.2 Objetivo geral.....	45
5.3 Objetivo específico.....	45
6 MATERIAIS E MÉTODOS	46
6.1 Local e período do estudo.....	46

6.1.1 Descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística)	46
6. 2 Tipo de amostra.....	47
6.3 Sistema eletrônico de coleta de dados.....	47
6.4 Aplicação dos questionários e realização das entrevistas.....	47
6.5 Instrumentos utilizados no estudo.....	48
6.5.1 Análise dos dados.....	48
6.6 Aspectos éticos.....	49
7 RESULTADOS	50
8 DISCUSSÃO	61
9 CONCLUSÕES.....	62
10 REFERÊNCIAS	63
ANEXO 1.....	80
ANEXO 2.....	82

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos e no contexto de grandes mudanças em nosso meio, os (TAs) evoluíram para uma variedade de formas com características clínicas e etiológicas sobrepostas e distintas, afetando pessoas de todas as idades e classes sociais (TREASURE, 2020). O prognóstico dos TAs cursa com cronicidade em 1 em cada 10 pacientes. (SCHAUMBERG, 2017). Os TAs não apenas podem levar à diminuição da qualidade de vida, problemas no trabalho e isolamento social, mas também estão frequentemente associados a várias comorbidades psiquiátricas (por exemplo, depressão, ansiedade), bem como problemas de saúde física e até morte (DSM-5, 2013).

Os TAs são doenças graves com uma origem multifatorial, compreendendo fatores biológicos, genéticos e ambientais. Seus sintomas típicos incluem a preocupação com alimentação, os comportamentos compensatórios e os distúrbios da imagem corporal (TREASURE, 2020; ZEILER, 2016).

Tanto o Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-5) quanto a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) abrangem seis principais TAs. Estes incluem as categorias diagnósticas familiares de anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica. Além disso, três transtornos - anteriormente vistos principalmente como transtornos da infância - foram incluídos. São eles: transtorno de ingestão alimentar restritiva evitativa, PICA e transtorno de ruminação (CID-11, 2019; DSM-5, 2013).

A idade máxima de início é de 25 anos, ou seja, em um momento sensível ao desenvolvimento. A duração média da doença é de cerca de 6 anos. As mulheres jovens compõem a maioria das pessoas com anorexia e bulimia nervosa, com transtorno de compulsão alimentar quase igualmente comum em ambos os sexos (SCHMIDT, 2016). Na população geral, as mulheres são aproximadamente quatro vezes mais propensas a ter Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) do que os homens, com esse número aumentando para dez vezes mais em ambientes clínicos (MURRAY, 2017).

Comportamentos alimentares na infância e pré-adolescência podem representar fatores de risco precoces para o desenvolvimento posterior de TAs na idade adulta (EVANS, 2017; HERLE, 2020; KOTLER, 2001; MUNKHOLM, 2016; VAN EEDEN, 2020). Estudos sobre trajetórias de sintomas de TAs sugerem que a sintomatologia aumenta durante a adolescência e normalmente afeta mulheres em idade reprodutiva (LINNA, 2014).

A própria gravidez parece aumentar o risco de TA em algumas mulheres, incluindo uma taxa de recaída de 22% (KOUBAA, 2005). Cerca de 1 em cada 20 mulheres grávidas correm o

risco de desenvolver TA. Vários estudos epidemiológicos (EASTER, 2013; WATSON, 2013; WATSON, 2014) mostram que aproximadamente 5,1–7,5% das mulheres grávidas podem apresentar algum TA. Além disso, segundo Lowes e colaboradores. (LOWES, 2012) há um aumento de seis vezes na mortalidade perinatal associada aos TAs.

A gravidez é um momento de mudanças para o organismo materno, pois ele precisa se adaptar a diferentes modificações biopsicossociais, de composição corporal, de hábitos alimentares e físicos, entre outros (PURIZACA, 2010). Todas essas alterações podem contribuir para certas complicações e riscos de TAs em mulheres grávidas (PASKULIN, 2017). Esta situação tem consequências negativas tanto para as mães como para os fetos. (MARTÍNEZ-OLCINA, 2020).

Os TAs (MAGNU, 2007; STICE, 2004; COHEN, 1994) influenciam a formação, crescimento e nascimento do bebê. Dependendo do subtipo de TA, as consequências parecem ser diferentes. As complicações que foram observadas com maior prevalência em mulheres com AN incluem a hipotermia, a hipotensão e o edema, a hipertensão, os abortos espontâneos, (CHAN, 2019; MICALI, 2009), os partos prematuros, a redução do crescimento intrauterino e a necessidade de se fazer o parto por cesariana (MICALI, 2009).

Mulheres com BN apresentam proporções mais altas de abortos induzidos (BAKKER, 2010), um aumento do risco de hiperêmese gravídica, de bebês com microcefalia e pequenos para a idade gestacional (ABRAHAM, 2006). Mulheres com TAs também têm uma proporção maior de gestações indesejadas do que mães saudáveis (NUNES, 2012).

Atualmente, os TAs são um problema de saúde pública, com alto impacto na sociedade (VELA, 2019). Estudos baseados na comunidade são importantes porque apenas uma minoria de indivíduos que sofrem de TAs entra em tratamento. Ademais, a intervenção precoce melhora os resultados; portanto, rápido início de tratamento especializado para TAs e cuidado em vez de espera vigilante é essencial (MCCLELLAND, 2018). Dadas as evidências sugerindo que as intervenções tanto na fase prodrômica quanto na fase de síndrome completa podem melhorar os resultados dos pacientes, e, quanto mais tempo se tem um transtorno alimentar, mais difícil é tratá-lo, a detecção de TAs em estágios iniciais pode diminuir o início e a gravidade da doença (HARRIS, 1998).

Muitas vezes, os primeiros encontros para o reconhecimento dos TAs ocorrem no ambiente de atenção primária. Portanto, um método de triagem rápido e fácil é fundamental para aumentar a identificação e avaliação de tais distúrbios. Uma ferramenta de rastreamento eficaz precisa aumentar o número de casos detectados precocemente, diminuir as complicações

e a mortalidade da doença como resultado. Além de melhorar a qualidade de vida e ajudar a diminuir as recorrências da doença (PARKER, 2005).

A literatura internacional aponta dois instrumentos para rastreio de TAs utilizados na atenção primária, o Eating Disorder Screen for Primary Care (EDS-PC) e questionário SCOFF (cada letra refere-se a uma palavra, Sick; Control; One Stone; Fat; Food). Ambas são medidas de 4-5 itens que foram inicialmente validadas em pacientes de clínicas médicas inglesas e em estudantes universitários (MAGUEN e colaboradores, 2017).

Vários instrumentos de rastreio podem ser utilizados para detecção precoce de TAs, mas SCOFF é uma ferramenta de triagem de transtornos do comportamento alimentar, fiável, simples e rápida, que permite a identificação de indivíduos em risco por profissionais da atenção primária (GARCIA e cols., 2010). A SCOFF é uma ferramenta de triagem usada para identificar o risco de TA, incluindo anorexia nervosa, bulimia nervosa e TA não especificado de outra forma em jovens adultos. Ela tem se mostrado um instrumento de triagem altamente eficaz, com excelente sensibilidade e especificidade para a presença de TA com pelo menos 2 respostas positivas (MORGAN, REID e LACEY, 1999).

A SCOFF já foi adaptada culturalmente e traduzida em várias línguas, como descreveremos melhor abaixo. No Brasil, ela foi adaptada culturalmente e validada em uma população de adultos pelo NAVES (TEIXEIRA, 2021) na dissertação de mestrado da aluna Ananda Teixeira. A versão adaptada e validada foi chamada de SCOFF-BR e nesta população, ela apresenta satisfatória acurácia e confiabilidade (sensibilidade de 80%, especificidade de 71,5% e acurácia 72,5%) (TEIXEIRA, 2021).

Diante de todo este alarmante cenário, há uma urgência na disponibilização de instrumentos auxiliares para o rastreio de pacientes com uma probabilidade aumentada de possuir algum TA, dentre eles mulheres grávidas. Para que realmente possa produzir um impacto significativo, o instrumento precisa, além de apresentar validade clínica e psicométrica, ser de rápida e fácil utilização e memorização, estando adequado à realidade de restrição de tempo e de capacitação, evidente em grande parte do sistema de saúde. Apesar da evidente importância, dentro do nosso conhecimento, o Brasil ainda não possui um instrumento validado para o rastreio de TAs em mulheres grávidas.

Este estudo parte da hipótese de que a SCOFF-BR apresenta boas características metrológicas para o rastreio de TAs em mulheres grávidas. Objetivo principal do estudo foi avaliar as características da SCOFF-BR numa população de mulheres grávidas adultas. A principal relevância deste estudo é, portanto, ao final, disponibilizar aos médicos da atenção primária, aos estudantes da área da saúde e a outros profissionais de saúde não especializados

do Brasil, o questionário SCOFF-BR, como uma ferramenta válida, fácil de memorizar, simples de aplicar, barata e confiável para o rastreio de TAs em mulheres grávidas.

Esta dissertação está dividida em nove capítulos divididos da seguinte forma, após esta apresentação no segundo capítulo faremos uma breve revisão bibliográfica sobre os TAs, para familiarizar o leitor sobre os conceitos que utilizaremos neste trabalho; em seguida sobre os instrumentos de avaliação de TAs. No terceiro capítulo descrevermos nossa hipótese e objetivos, no quarto apresentaremos o método e materiais usados na pesquisa. No quinto apresentaremos os resultados. No sexto capítulo a discussão de nossos resultados, as perspectivas de futuros.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Diagnóstico dos transtornos alimentares

Segundo a quinta edição do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM 5), os TAsTAs são caracterizados como uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.

Na DSM 5, os TAs agrupam oito tipos de patologia: a Pica (pode ser atribuído na presença de qualquer outro transtorno alimentar); o Transtorno de Ruminação, o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo, a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) (esses transtornos resultam em um esquema de classificação que é mutuamente excludente, de maneira que durante um único episódio, apenas um desses diagnósticos pode ser atribuído - a justificativa para tal conduta é que, apesar de uma série de aspectos psicológicos e comportamentais comuns, os transtornos diferem substancialmente em termos de curso clínico, desfecho e necessidade de tratamento); outro Transtorno Alimentar Especificado e os TAs Não Especificados.

2.1.1 Anorexia nervosa

A AN é um transtorno mental grave que pode afetar indivíduos de todas as idades, sexos, orientações sexuais, raças e origens étnicas; no entanto, meninas adolescentes e mulheres adultas jovens estão particularmente em risco (ZIPFEL, 2013; APA, 2013; GÜMMER, 2015).

A AN é caracterizada pela restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Ademais a presença de um medo intenso de ganhar peso ou engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo, e de uma perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal (DSM-5). O medo intenso de ganhar peso motiva severa restrição alimentar ou outros comportamentos de perda de peso, como purgação ou atividade física excessiva na paciente com AN (ZIPFEL, 2013; APA, 2013; GÜMMER, 2015).

Tabela 1. Critérios Diagnósticos para AN, conforme proposto pelo DSM 5 (APA, 2013).

“Emagrecimento”	“Anorexia (sintoma)”	“Alteração da imagem corporal”
<p>C. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física.</p> <p>Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.</p>	<p>B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.</p>	<p>C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.</p> <p>- O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC (Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$).</p>

Fonte: Adaptado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 Edição (DSM-5), APA, 2013.

No DSM-5, a gravidade da AN é classificada em quatro níveis de acordo com o índice de massa corporal (IMC) do indivíduo: extremo ($IMC < 15 \text{ kg/m}^2$), grave ($IMC 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$), moderado ($IMC 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$) e leve ($IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$). Mas é preciso destacar que segundo o DSM-5, não só podemos diagnosticar AN com um IMC superior a $17,5 \text{ kg/m}^2$, mas também, de acordo com o julgamento clínico, em um IMC superior a $18,5 \text{ kg/m}^2$. Neste caso, um adulto com tal peso poderia ser considerado com um peso significativamente baixo se a

história clínica ou as informações fisiológicas corroborarem esse julgamento (ERZEGOVESI; BELODDI, 2016).

Além disso, o funcionamento cognitivo e emocional é marcadamente perturbado em pessoas com esse transtorno. A AN em adultos e adolescentes mais velhos geralmente tem um curso recorrente ou prolongado (HERZOG, 1997) e os níveis de incapacidade e mortalidade são altos, (ARCELUS, 2011; ZIPFEL, 2000) especialmente sem tratamento. Mesmo síndromes parciais (ou seja, anorexia nervosa subsindrômica) estão associadas a resultados adversos à saúde (SMINK, 2012).

2.1.2 Bulimia nervosa

As três características essenciais para o diagnóstico da BN são a presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar (critério A), de comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para evitar ganho de peso (critério B) e da autoavaliação que é indevidamente influenciada pela forma do corpo e peso (critério D) (DSM-5; APA, 2013). Os episódios ocorrem em média uma vez por semana pelo período mínimo de três meses. A gravidade do transtorno é medida pelo número de comportamentos compensatórios por semana (APA, 2013; HAY e colaboradores, 2014).

Tabela 2. Critérios Diagnósticos para BN segundo o DSM-5.

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar	B. Comportamentos Compensatórios Inapropriados	Demais critérios necessários:
1. Ingestão, em um período determinado (Ex: duas horas), de quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo tempo, e em situações semelhantes.	1. Os comportamentos são recorrentes a fim de impedir o ganho de peso. Tais como: vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.	C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.

2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (Ex: Sentimento de não conseguir parar de comer).	- A gravidade do quadro pode ser baseada na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados.	D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais. E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de AN.
--	---	---

Fonte: Adaptado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 Edição (DSM-5), APA, 2013.

Por compulsão alimentar a DSM 5 compreende a ingestão, em um período discreto, geralmente inferior a 2h, de uma quantidade de alimento maior do que a maioria dos indivíduos consumiria em um período semelhante. Esses episódios podem ocorrer em mais de um ambiente, o que significa que um indivíduo pode começar comer em um restaurante e continuar a comer ao voltar para casa. Durante os episódios de compulsão alimentar ocorre ainda uma sensação de falta de controle que perdura durante os episódios. A presença da falta de controle e a duração da compulsão são qualidades importantes a serem observadas, pois ajudam a diferenciar entre aqueles que comeram uma porção maior do que pretendiam (compulsão subjetiva) e aqueles que perderam o controle e comeram muita comida em pouco tempo (compulsão objetiva). O tipo de alimento que os indivíduos comem durante uma compulsão varia, mas geralmente são alimentos fáceis de ingerir e que foram evitados por causa do medo de ganho de peso (CASTILLO, 2017).

Os gatilhos podem ser sentimentos negativos relacionados ao peso e à forma do corpo, estressores da vida, comer um alimento específico que foi propositadamente evitado ou tédio. Pode haver um alívio inicial, mas é temporário e a disforia e a culpa normalmente se seguem (ENGE, 2022). Devido à culpa emocional e ao estresse causados pela compulsão, e em um esforço para livrar uma das calorias e prevenir o ganho de peso, segue-se um mecanismo compensatório. Isso pode incluir vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejum ou exercício excessivo (CASTILLO, 2017). Os mecanismos de compulsão alimentar e compensatórios devem ocorrer cada um, em média, pelo menos uma vez por semana durante pelo menos 3 meses (critério C). Os indivíduos também devem ser indevidamente influenciados por sua forma e peso corporal, mas em contraste com

aqueles com AN, estão frequentemente com peso corporal normal ou acima do normal (DSM-5; APA, 2013).

A gravidade dos sintomas compensatórios também pode ser determinada pela frequência em que ocorrem. São classificados como Leve: um a três episódios por semana; Moderado: quatro a sete; Grave: oito a treze; e, Extremo: quatorze ou mais episódios de comportamentos compensatórios por semana (DSM-5; APA, 2013). Indivíduos muitas vezes se rotulam erroneamente como “bulímicos” se autoinduzirem vômitos na ausência de compulsão alimentar, mas deve-se tomar cuidado para não confundir BN com compulsão alimentar/purgação subtipo AN, transtorno purgativo ou transtorno de compulsão alimentar periódica. (CASTILLO, 2017).

A compulsão se constitui, justamente, como a característica comum à BN e ao TCA. Este último é também caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, sem que estejam presentes, contudo, os comportamentos compensatórios inapropriados. A BN apresenta, ainda, importantes correlações genéticas com a AN – assim como há, também, uma correlação genética entre os comportamentos bulímicos e o uso indevido do álcool (BULIK, 2019), como identificado por grandes estudos de associação genômica na AN. Ademais, é fundamental observar que um diagnóstico de BN não deve ser dado quando a perturbação ocorrer durante episódios de AN (DSM-5).

É importante nos atentarmos que houve, também, uma mudança nos critérios da BN no DSM 5 que merece destaque. Trata-se da redução da frequência mínima exigida para comportamentos alimentares e comportamentos compensatórios de duas para uma vez por semana durante um período de três meses (ERZEGOVESI; BELLODI, 2016). Trata-se de uma redução importante na medida em que, como vimos no caso da AN, favorece o diagnóstico precoce, ampliando assim as chances de um melhor prognóstico.

É preciso considerar, também, no processo de determinação do transtorno em questão, como apontam Kaplan e Sadock (2017), a possibilidade de que o paciente tenha passado por um episódio anterior de anorexia nervosa – presente em aproximadamente metade daqueles com BN. Além disso, não se pode perder de vista que a compulsão alimentar precede, muitas vezes, o comportamento de vomitar em cerca de um ano (KAPLAN, 2017).

2.1.3 Transtorno de Compulsão Alimentar

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCA) é o transtorno alimentar mais comum, afeta aproximadamente 3% dos adultos norte-americanos ao longo da vida (HUDSON,

2007; ALEGRIA, 2007; NICDAO, 2007). É caracterizada por episódios de compulsão alimentar recorrentes (≥ 1 por semana durante 3 meses), breves (≤ 2 horas), psicologicamente angustiantes, durante os quais os pacientes sentem falta de controle e consomem maiores quantidades de alimentos do que a maioria das pessoas em circunstâncias semelhantes (APA, 2013; DSM-5, 2013).

Tabela 3. Critérios Diagnósticos para TCA segundo o DSM-5.

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar	B. Episódios associam-se a três ou mais dos seguintes aspectos	Demais critérios necessários:
<p>1. Ingestão, em um período determinado de tempo (Ex: duas horas), de quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo tempo, e em situações semelhantes.</p> <p>2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (Ex: Sentimento de não conseguir parar de comer).</p>	<p>1. Comer mais rapidamente que o normal.</p> <p>2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.</p> <p>3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência de sensação física de fome.</p> <p>4. Comer sozinho por vergonha do quanto está comendo.</p> <p>5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.</p>	<p>C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.</p> <p>D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, ao menos, uma vez por semana durante três meses.</p> <p>E. Não está associado ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado (Ex: Purgação), e não ocorre exclusivamente durante o curso da BN ou da AN.</p> <p>- A gravidade do quadro pode ser baseada na frequência das compulsões.</p>

Fonte: Adaptado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (DSM-5), APA, 2013.

O TCA é mais comum em mulheres (3,5%) do que em homens (2,0%) e em indivíduos obesos (5% a 30%) (BRUCE, 1996; SPITZER, 1993), especialmente aqueles que são obesos graves e aqueles que procuram tratamento para obesidade (NICDAO, 2007; BRUCE, 1996; SPITZER, 1993; GRUCZA, 2007). Normalmente surge no início da idade adulta (HUDSON,

2007; STICE, 2013), mas pode surgir na adolescência (SWANSON, 2011) e persistir bem além da meia-idade (GUERDJIKOVA, 2012).

Em maio de 2013, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) reconheceu oficialmente o TCA como um transtorno alimentar distinto com um limiar diagnóstico mais baixo (em termos de frequência e duração dos sintomas) do que anteriormente aceito (APA, 2013; DSM-5, 2013). O número de pessoas que se apresentam para avaliação, recebe um diagnóstico de TCAP e necessitam de tratamento deverá aumentar (MAREK, 2014; TRACE, 2012).

O TCA está associado a um pior bem-estar psicológico e físico, incluindo transtornos depressivos maiores e outros transtornos psiquiátricos (JAVARAS, 2008; KESSLER, 2012), sofrimento no relacionamento e comprometimento do papel social (KESSLER, 2012; KESSLER, 2014; WHISMAN, 2012), dor crônica (JAVARAS, 2008; KESSLER, 2012), obesidade (JAVARAS, 2008; KESSLER, 2012, HUDSON, 2010) e diabetes (HERPERTZ, 1998; MENEGHINI, 2006; KENARDY, 2001; DE JONGE, 2014).

A compulsão alimentar e o TCA predisõem os indivíduos à síndrome metabólica independente do ganho de peso (HUDSON, 2010), diabetes tipo 2 (RAEVUORI, 2015), diabetes de início precoce (KENARDY, 2001) e piores complicações e resultados relacionados ao diabetes devido à não adesão às modificações dietéticas recomendadas (DAVIDSON, 2003; GAGNON, 2012; ROTELLA, 2012). Da mesma forma, a compulsão alimentar está implicada como fator limitante do tratamento em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, dos quais cerca de 25% apresentam uma alimentação com “perda de controle” (COLLES, 2008) que interfere na adesão às recomendações nutricionais pós-cirúrgicas e pode impedir a perda de peso e reduzir qualidade de vida (DE ZWAAN, 2010; WHITE, 2010).

As pessoas acometidas pelo TCA apresentam, na dimensão da personalidade, um componente maior de impulsividade e tal comportamento parece ter bases neurobiológicas diferentes da BN, embora, a mudança diagnóstica de BN para TCA, e de TCA para BN, parece ocorrer em cerca de 20% dos indivíduos, em algum momento da vida (KORNSTEIN, 2016; CUESTO, 2017). O TCA diferencia-se, também, da AN, já que os pacientes não apresentam um ímpeto excessivo pela magreza e apresentam peso normal ou são obesos. A transição diagnóstica aqui, de AN para TCA ou de TCA para AN, embora possa ocorrer, é mais rara (KORNSTEIN, 2016; KAPLAN, 2017). Estima-se, assim, que 50% dos pacientes que realizam cirurgia bariátrica apresentem o TCA, embora 30% dos pacientes apresentem peso normal. É válido observar que, em períodos de estresse, os episódios de compulsão alimentar podem aumentar, para reduzir a ansiedade ou mesmo para aliviar o humor deprimido (KAPLAN, 2017).

2.1.4 Outro Transtorno Alimentar Especificado

A categoria refere-se aos TAs atípicos, que apesar de causarem prejuízos similares aos transtornos “típicos”, não preenchem todos os critérios necessários ao diagnóstico dos mesmos. Presentes tanto no DSM-5, quanto na CID-10, este subtipo engloba: AN atípica, em que o peso é mantido dentro ou acima da faixa normal, BN (de baixa frequência e ou duração limitada) – os comportamentos ocorrem em frequência inferior aos critérios para BN –, TCA (de baixa frequência e ou duração limitada), transtornos de purgação – não há presença de compulsão alimentar – e síndrome do comer noturno, ingestão ao despertar noturno ou após a última refeição, que não são melhor explicadas pelo TCA (APA, 2013).

2.1.5 Transtorno Alimentar Não Especificado

Esta categoria é aplicada às situações em que o clínico opta por não especificar a razão pela qual não foram satisfeitos outros critérios para um transtorno específico, e, também, às situações em que não é possível recolher informações suficientes, como nas salas de emergência (APA, 2013).

2.1.6 Outros padrões de comportamento alimentar alterados

É razoável citar outros possíveis subtipos de TAs, uma vez que suas formas de apresentação têm chamado a atenção nos tempos atuais. Também causam perturbações na saúde física e psicológica, mas ainda não foram reconhecidos como entidades nosológicas únicas. Como exemplo citamos, a ortorexia, que apresenta como característica principal uma obsessão por regras alimentares que visam inicialmente alcançar a saúde ideal; e pregorexia, caracterizada pela preocupação extrema da gestante com o ganho de peso, levando a comportamentos inadequados durante a gestação que podem colocar em risco a saúde materna e fetal (MICHALSKA, 2016)

2.2 TAs em mulheres grávidas

As adaptações fisiológicas e hormonais marcam o período perinatal. Essas adaptações influenciam comportamentos e modificam os hábitos alimentares das mulheres, assim como a aparência de seus corpos. Apresentar hábitos alimentares adequados com refeições balanceadas

e manter um ganho de peso adequado é essencial para a saúde da mãe e do bebê (SANTOS, 2017; WATSON, 2017). Embora essas necessidades sejam vitais em uma gravidez apropriada, os TAs são prevalentes entre mulheres em idade fértil (SANTOS, 2017). Pelo menos 5% das mulheres apresentam comportamento alimentar inadequado durante a gravidez e 7,5% apresentam TAs (WATSON, 2017). Muito pouco se sabe sobre os efeitos dos TAs na gravidez; no entanto, os dados disponíveis sugerem que há consequências potencialmente desastrosas tanto para a mãe quanto para o bebê quando um transtorno alimentar está presente. (FRANKO, 1993)

Os TAs gestacionais podem estar associados a gestações de alto risco. As razões para associações entre TAs ao longo da vida e complicações perinatais não são claras. Podem envolver a desnutrição ou a supernutrição, o aumento da reatividade ao estresse (LINNA, 2014), os sintomas residuais de TAs, as comorbidades, a recaída em mulheres em diferentes estágios de recuperação e outras variáveis qualitativas (SANTOS, 2017; WATSON, 2017).

Apesar da prevalência de TAs durante a gravidez, mulheres com TAs tendem a omitir para seus obstetras sintomas, comorbidades, recaídas em mulheres recuperadas ou em recuperação e outras características clínicas (MORGAN, 1997; MICALI, 2009). Essa omissão faz com que os TAs sejam diagnosticados erroneamente e não sejam tratados durante a gravidez. Franko e Spurrell sugerem que os cuidados pré-natais devem incluir rotineiramente perguntas sobre peso corporal, comportamento alimentar, comportamento de controle de peso no início da gravidez (FRANKO, 2000). Além disso, as mulheres apresentam um risco considerável de ter insatisfação corporal durante o período perinatal, conforme relatado por Watson e colaboradores, 2015, em uma revisão sistemática avaliando os achados de 10 estudos qualitativos avaliando as experiências da imagem corporal ao longo do período perinatal (WATSON, 2015).

O curso dos TAs durante a gravidez parece ser variável. Mulheres mais jovens com distúrbios mais graves tendem a ter pior prognóstico na gravidez (KENT, 2011). O estudo *Norwegian Mother and Child Cohort Study* (MoBa) encontrou uma faixa de remissão de 78% a 29% de acordo com o tipo de TA (BULIK, 2009). Ulman e colaboradores. relataram mulheres com TCA antes da gravidez que remitiram durante a gravidez (ULMAN, 2012). Paralelamente, Zerwas e colaboradores. relataram que mães com TA apresentaram ganho de peso mais significativo durante a gravidez e maior perda de peso nos primeiros seis meses após o parto (ZERWAS, 2014). Outros autores sugerem que a mudança observada no índice de massa corporal (IMC) das mulheres se deve à maior incidência de sintomas depressivos e ansiosos no pós-parto em mães com TA (KENT, 2011). Além disso, Easter e colaboradores. observaram

que as mulheres com TA ao longo da vida que engravidam tiveram mais psicopatologia ao longo do período pré-natal e pós-natal (EASTER, 2015).

Os filhos de mães com TAsTAs podem apresentar desfechos desfavoráveis. A soma de estresse, desnutrição, maior risco de transtornos depressivos pós-natais comórbidos ou outros transtornos mentais é um caldeirão para um início de vida conturbado. Uma metanálise avaliou os estudos sobre os efeitos da AN materna na prole (SOLMI, 2014). Esta revisão concluiu que a AN materna é um forte preditor de baixo peso ao nascer. Os autores da revisão sugerem que esse pior desfecho esteja relacionado à desnutrição e ao autocuidado materno deficiente devido a comorbidades psiquiátricas (SOLMI, 2014). Kimmel e colaboradores realizaram uma revisão de literatura sobre problemas obstétricos e ginecológicos associados a TAs. Eles descobriram que a AN está associada a um risco aumentado de parto prematuro, bebês de baixo nascimento e bebês pequenos para a idade gestacional e microcefalia (KIMMEL, 2014).

Um considerável corpo de evidências avaliou os resultados obstétricos e perinatais associados aos TAs. O diagnóstico de TA agudo e ao longo da vida está relacionado a resultados perinatais, obstétricos e neonatais desfavoráveis. Os resultados parecem diferir de acordo com o subtipo TA. O prognóstico para as mulheres e seus bebês tende a ser mais grave em mulheres grávidas que desenvolvem TA. Obstetras e clínicos gerais devem estar atentos e rastrear o TA durante a gravidez, especialmente em mulheres com baixo índice de massa corporal, histórico de diagnóstico prévio de TA, com sinais de hiperêmese que não melhoram após doze semanas, sofrimento intenso associado ao ganho de peso e sintomas depressivos (NEVES, 2020).

E uma revisão sistemática, conduzida Neves e colaboradores (2020), avaliou se a história atual ou anterior de TAs influencia o prognóstico obstétrico ou perinatal. A análise dos dados indicou fortemente que os TA influenciam o peso e o tamanho dos recém-nascidos, sendo mais pronunciada em mulheres com TA ativa durante a gravidez. Os achados do estudo sugerem que resultados perinatais desfavoráveis estão associados a uma maior prevalência de comorbidades maternas (ou seja, desnutrição, transtornos psiquiátricos e transtorno por abuso de tabaco) (NEVES, 2020). Constatou-se também, na presente revisão, que a AN e BN estão associados com baixo peso ao nascimento e crescimento fetal lento e pequeno para a idade gestacional. Por outro lado, o peso ao nascer foi maior entre os bebês nascidos de mulheres com TCA, e o IMC materno pré-gestacional pode mediar algumas associações (WATSON, 2017).

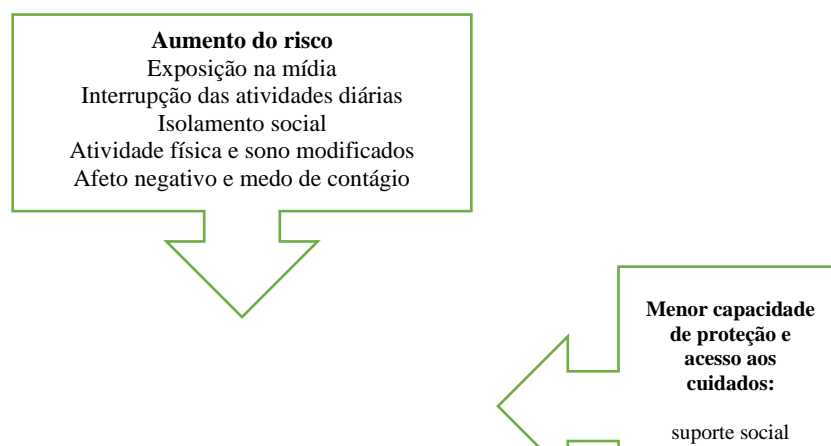
Pelo menos dois fatores podem explicar por que os TAs podem influenciar os resultados obstétricos e perinatais: a desnutrição e o estresse produzido por comorbidades psiquiátricas. A nutrição materna durante a gravidez tem um papel fundamental na regulação do desenvolvimento placentário-fetal (BELKACEMI, 2010). A nutrição materna subótima pode

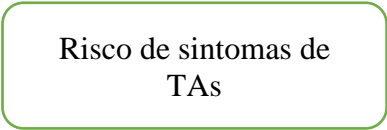
produzir baixo peso ao nascer e um efeito substancial na morbidade a curto prazo do recém-nascido. O comportamento alimentar restritivo ou monótono observado em indivíduos com TAs pode resultar em nutrição materna abaixo do ideal, explicando o aumento da prevalência de restrição de crescimento e baixo peso ao nascer observado no feto de mulheres com TAs. A constatação de que ambos os desfechos adversos são mais frequentemente relatados em mulheres com AN em sintomas durante a gestação, com internações prévias, ou seja, casos mais graves, reforça esse argumento. O comportamento purgativo e principalmente os hábitos alimentares monótonos observados na BN também podem explicar a desnutrição nas mães com BN (NEVES, 2020).

A revisão de NEVES e colaboradores, 2020, faz algumas recomendações clínicas para grávidas com TAs. As equipes de saúde devem estar especialmente atentas ao rastreamento de TAs em pacientes grávidas. O uso rotineiro de ferramentas de triagem de TAs de pequeno porte, como o questionário SCOFF (BECKER, 2009; GARCIA 2010), deve fazer parte da avaliação inicial das gestantes. A presença de dismorfofobia, ou ganho de peso incompatível durante a gravidez, ou comorbidades psiquiátricas e hiperêmese que persistem após doze semanas devem chamar a atenção do clínico, que deve realizar uma avaliação aprofundada dos comportamentos alimentares e dos sintomas de TAs em gestantes. Diminuir o tempo até o diagnóstico e fornecer cuidados especializados intensivos às gestantes com TA pode melhorar os resultados obstétricos e perinatais (NEVES, 2020).

2.3 Transtornos alimentares, a carga global de doenças e a pandemia pela covid-19

A pandemia da doença da COVID-19 interrompeu profundamente a vida cotidiana em todo o mundo, com efeitos profundos na saúde mental e na saúde física (HOLMES e colaboradores, 2020). Como resultado, a pesquisa sobre os efeitos da pandemia da COVID-19 na saúde foi identificada como uma prioridade importante (HOLMES e colaboradores., 2020). A pandemia pode precipitar o desenvolvimento de comportamentos alimentares patológicos entre alguns e exacerbar a patologia existente entre outros (RODGERS, 2020).





Risco de sintomas de
TAs

Imagem 1: Adaptado de: *The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms*, Rodgers et al.s, 2020.

A pandemia da COVID-19 resultou em certas ansiedades alimentares (DAVIS e colaboradores, 2020). Assim, o medo do contágio pode levar os indivíduos a aumentarem as preocupações em relação à qualidade dos alimentos ou à sua capacidade de ser um veículo de contaminação. Isso pode, por sua vez, aumentar os padrões alimentares restritivos, seja pelo medo de sair de casa para comprar alimentos ou pela eliminação de determinados alimentos ou grupos alimentares por medo de contaminação. Além disso, o isolamento social favoreceu um aumento do contato com a mídia (seja através da televisão ou computadores), o que pode representar outro fator de risco para o desenvolvimento de TAs. Embora a direcionalidade dessas relações não seja clara, a ansiedade relacionada ao medo de contaminação e o contato com a mídia, podem aumentar o risco de TAs ou levar ao agravamento de transtornos preexistentes (RODGERS, 2020).

Santomauro e colaboradores (SANTOMAURO, 2021) relataram a carga oculta dos TAsTAs e mostraram que a inclusão do transtorno da compulsão alimentar periódica na análise do Estudo Global de Carga de Doenças, Lesões e Fatores de Risco (GBD) 2019, resultou em 41,9 milhões de casos adicionais não representados de TAs em 2019, com uma estimativa revisada da prevalência global de TAs quatro vezes maior do que se pensava. Assim, os TAs têm prevalência comparável aos transtornos por uso de substâncias e são mais comuns que os transtornos bipolares, transtornos do espectro do autismo e transtornos de conduta.

Wu e colaboradores. (WU, 2021) analisaram tendências na prevalência e anos de vida ajustados por incapacidade de TAs TAs de 1990 a 2017, com base nos dados do GBD 2017. Como esperado, os autores descobriram que a carga de TAs TAs foi maior em países de alta renda, mas uma tendência de aumento da carga de TAs TAs foi observada globalmente, especialmente no leste e sul da Ásia.

Usando registros eletrônicos de saúde de 5,2 milhões de jovens, Taquet e colaboradores. (TAQUET, 2021) demonstraram que a incidência geral de TAs TAs aumentou durante a pandemia de COVID-19 em 15,3% em 2020, em comparação com anos anteriores. O risco relativo de TAsTAs aumentou de forma constante a partir de março de 2020, ultrapassando 1,5

até o final do ano. O aumento ocorreu apenas em mulheres e meninas e foi observado principalmente em adolescentes e na anorexia nervosa (TAQUET, 2021).

Linn e colaboradores. (LINN, 2021) observaram em seu hospital infantil de cuidados terciários nos EUA, um aumento de adolescentes e adultos jovens apresentando TAsTAs que necessitaram de internação ou atendimento ambulatorial durante a pandemia. Estudos na Austrália e do Reino Unido também destacaram a necessidade de uma agenda de pesquisa conjunta sobre TAs, para atender à crescente demanda de serviços entre os jovens durante a pandemia, com pesquisas clínicas inovadoras adequadamente financiadas (ALLISON, 2021). Mesmo antes da pandemia da COVID-19, uma meta-análise (SOLMI, 2021) indicou a necessidade de revisar criticamente e desenvolver consistentemente programas de tratamento, especialmente para adultos com anorexia nervosa.

A pandemia da COVID-19 exacerbou o fardo dos TAs e, simultaneamente, destacou a necessidade urgente de aumentar a conscientização sobre esses transtornos. Embora a pandemia tenha prejudicado a saúde mental da população globalmente, parece ter tido efeitos particularmente prejudiciais em pessoas com ou em risco de TAs. Vários relatórios de diferentes países, na Europa, Austrália e América do Norte, mostraram um aumento na incidência de comportamentos ou diagnósticos de TAsTAs na comunidade, ou piora de TAs em populações de pacientes, muitas vezes com sintomas e comorbidades mais graves desde o início da pandemia da COVID-19 (ZIPFEL, 2022).

Avaliar efeitos da pandemia nos TAs, inclusive em diferentes contextos culturais, é fundamental para entender melhor o impacto no risco e na recuperação destes transtornos. A identificação de grupos de alto risco, como aqueles com distúrbios preexistentes ou história de TAs, durante esse período, será fundamental (RODGERS, 2020). Incorporar questões relacionadas à COVID em estudos longitudinais ou de coorte de TAsTAs existentes (EIK-NES, 2018; MICALI, 2017; PEARSON, 2017; WEISSMAN; ROSSELLI, 2017) e novos estudos com amostras representativas da população para comparação com as normas existentes podem fornecer as melhores evidências para os impactos relacionados à alimentação desordenada no contexto da COVID-19 (RODGERS, 2020).

Para caminhos de cuidados ideais, cinco etapas são necessárias: primeiro, uma melhoria na conscientização e reconhecimento na atenção primária para facilitar o envolvimento precoce no tratamento; segundo, uma redução no tempo de acesso ao tratamento especializado; terceiro, um aumento na eficácia do tratamento de rotina com planejamento preciso e monitoramento contínuo com o fornecimento de estratégias de aumento; quarto, otimização do atendimento ao paciente internado por meio de intervenções que façam a transição dos serviços de internação

para o atendimento domiciliar e aumentem o apoio da comunidade; e quinto, novas abordagens de reabilitação e estratégias de tratamento para indivíduos que não respondem ao tratamento padrão (TREASURE, 2021).

3 EPIDEMIOLOGIA

3.1 Epidemiologia na população geral

Uma meta-análise (KOLAR, 2016) de estudos epidemiológicos sobre TAs na América Latina encontrou uma prevalência combinada de 0,1% para anorexia nervosa (AN), 1,16% para bulimia nervosa (BN) e 3,53% para transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) na população geral acima de 10 anos (KOLAR, 2016).

A prevalência de TAs está aumentando em países de alta renda, especialmente em combinação com a obesidade (DARBY, 2009). Esse aumento se reflete no aumento do número dessas apresentações aos serviços de saúde.

Além disso, a doença está afetando as pessoas em uma idade cada vez mais jovem (SMINK, 2013). Uma em cada seis ou sete mulheres jovens tem um transtorno alimentar (HAY, 2013) e a anorexia nervosa é um dos transtornos crônicos mais comuns na adolescência – pelo menos tão comum quanto o diabetes tipo 1. As taxas de mortalidade são quase duas vezes maiores para pessoas com TAs do que na população em geral, e quase seis vezes maiores para pessoas com anorexia nervosa. Em pessoas com idade entre 15 e 24 anos, o risco de mortalidade por anorexia nervosa é maior do que para outras doenças graves na adolescência, como asma ou diabetes tipo 1 (ZIPFEL, 2015).

Uma em cada duas a três pessoas com bulimia nervosa ou transtorno de compulsão alimentar periódica são obesas ou se tornarão obesas, tornando-as suscetíveis a complicações relacionadas à obesidade (HAY, 2015; KESSLER, 2013).

Os TAs estão presentes em 1-3% dos adolescentes, enquanto cerca de 30% das adolescentes e 15% dos adolescentes do sexo masculino apresentam TAs em nível subclínico (TREASURE, 2020; ZEILER, 2016; SWANSON, 2011). No nível de atenção primária, as taxas de incidência têm se mantido estáveis nas últimas décadas para anorexia nervosa, estáveis ou em declínio para bulimia nervosa e aumentando para transtorno de compulsão alimentar e TAs não especificados (SMINK, 2016; MICALI, 2013).

Globalmente, a prevalência de TAs aumentou em 25%, mas apenas cerca de 20% dos indivíduos afetados apresentam-se para tratamento (MITCHISON, 2019; SOLMI, 2016). Estudos de acompanhamento de longo prazo (>20 anos) de pacientes com anorexia nervosa ou bulimia nervosa mostram que cerca de um terço desses pacientes têm um transtorno alimentar persistente, com uma duração média da doença de cerca de 10 anos para anorexia nervosa (DOBRESCU, 2019).

3.2 Epidemiologia dos TAs em mulheres grávidas

Descobriu-se que a própria gravidez aumenta o risco de TAs em algumas mulheres, incluindo uma taxa de recaída de 22% (KOUBAA, 2005). Cerca de 1 em cada 20 mulheres grávidas correm o risco de desenvolver TA. Vários estudos epidemiológicos (EASTER, 2013; WATSON, 2013; WATSON, 2014) mostram que aproximadamente 5,1–7,5% das mulheres grávidas podem apresentar algum TA. Além disso, segundo Lowes e colaboradores. (LOWES, 2012) há um aumento de seis vezes na mortalidade perinatal associada aos TAs..

Dados de um estudo transversal realizado no Sul do Brasil (SOARES, 2009) - Estudo do Consumo e Comportamento Alimentar de Gestantes (ECCAGE; O Estudo da Ingestão Alimentar e Comportamento Alimentar na Gravidez) detectou que: prevalência de compulsão alimentar durante a gravidez foi de 17,3% [intervalo de confiança de 95% (IC) 14,5-20,0], seguido de forma excessiva (5,6%; IC 95% 4-8) e preocupações com peso (5,5%; IC 95% 4-8). A compulsão alimentar durante a gravidez foi significativamente associada à compulsão alimentar antes da gravidez [razão de prevalência (RP) = 3,1; IC 95% 2,2-4,3], sintomas atuais de ansiedade (RP = 1,8; IC 95% 1,3-2,4) e IMC pré-gestacional < 19,8 kg/m² (RP = 1,6; IC 95% 1,1-2,5). A prevalência de TAs foi de 0,6% (IC 95% 0,01-1,11) em 712 mulheres grávidas.

4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os instrumentos para a avaliação dos TAs surgiram com a necessidade de sistematizar os estudos destes transtornos a partir do estabelecimento e aprimoramento de seus critérios diagnósticos nas várias edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) (APA, 1994; DSM 5, 1994) e da Classificação Internacional de Doenças (CID) (OMS, 1993). Alguns destes instrumentos abrangem todo o espectro dos TA, outros são mais específicos para um ou outro transtorno isoladamente.

Há ainda muita controvérsia sobre os métodos mais adequados para a avaliação dos TAs. De um modo geral, podemos agrupar os instrumentos de avaliação em, pelo menos, três categorias: questionários autoaplicáveis; entrevistas clínicas; automonitoração (FREITAS, 2002).

Tabela 4. Aspectos relevantes para os estudos de rastreamento em TAs.

TAs são doenças graves
AN corresponde a maior taxa de mortalidade entre os transtornos mentais
Casos com sintomatologia subclínica são preditores de TAs
Os TAs cursam com comorbidades clínicas, psiquiátricas e baixa qualidade de vida
Recuperação maior com intervenção precoce
Maior utilização dos serviços de saúde comparados a seus pares
Falta de profissionais qualificados para o diagnóstico
Apenas um terço recebe diagnóstico e tratamento
Ausência de políticas públicas de saúde para esta população
Necessidade de dados de prevalência para mudar esta realidade

Fonte: Adaptado de: “Transtornos alimentares, Diagnóstico e Manejo”. Appolinário *et al.*, 2021.

4.1 Instrumentos autoaplicáveis

Os questionários autoaplicáveis são fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de grande número de indivíduos. Vários deles apresentam propriedades psicométricas adequadas e permitem aos respondentes revelar um comportamento que, por considerarem vergonhoso, poderia deixá-los relutantes numa entrevista face-a-face. Alguns fornecem uma medida da gravidade do transtorno alimentar, podendo ser utilizados na avaliação de mudanças

ao longo de um tratamento. Contudo, muitos conceitos, incluindo o de compulsão alimentar periódica (TCA), são difíceis de avaliar com exatidão, quando se utiliza um questionário autoaplicável. Os instrumentos autoaplicáveis mais utilizados são:

Eating Attitudes Test - EAT. (GARNER, 1979) Apresenta-se em duas versões: uma com 40 itens, e outra menor, com 26 itens; esta última traduzida para o português e em processo de validação - Teste de Atitudes Alimentares (NUNES, 1994). É utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de AN ou BN. O teste indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela a possível psicopatologia subjacente (EISLER, 1995).

Eating Disorder Inventory - EDI. (GARNER, 1993) O EDI é um instrumento amplamente utilizado, com propriedades psicométricas bem estabelecidas em estudos de confiabilidade e validade. É composto por 64 itens que avaliam as características psicológicas e comportamentais comuns à AN e à BN. Consiste em oito subescalas, três das quais avaliam os aspectos psicopatológicos específicos dos TA (ímpeto para a magreza, insatisfação corporal e bulimia). As outras cinco avaliam os aspectos psicopatológicos gerais observados em pacientes com TA. Apresenta uma versão revisada EDI-2 (GARNER, 1991) que, além dos itens da escala original, contém mais três subescalas (asceticismo, regulação do impulso e insegurança social), totalizando 91 itens. Há uma versão do EDI para crianças (KEDS). Pode ser utilizado para o rastreamento de indivíduos em alto risco para o desenvolvimento de um TA. Em pesquisa clínica, pode ser útil como medida de desfecho e como indicador prognóstico em estudos de tratamento.

Eating Disorder Examination versão questionário - EDE-Q. (FAIRBURN, 1994). Foi desenvolvido como uma versão auto-aplicável do *Eating Disorder Examination* em formato de entrevista. É constituído por 41 itens e o seu resultado é apresentado em quatro subescalas: restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso. As subescalas dos dois instrumentos (EDE-Q e EDE) estão altamente correlacionadas, e sua validade e confiabilidade bem documentadas (FAIRBURN, 1994). É um instrumento útil para o rastreamento dos TA.

Binge Eating Scale - BES. (GORMALLY, 1992) A BES é um instrumento amplamente utilizado, que foi desenvolvido para avaliar a gravidade da CAP em indivíduos obesos. É uma escala Likert, composta por 16 itens que avaliam as manifestações comportamentais e os sentimentos e cognições envolvidos num episódio de CAP. Fornece o resultado em três categorias: CAP grave (escore ≥ 27), moderada (escore entre 18 e 26) e ausência de CAP (escore ≤ 17). Apresenta uma versão em português - Escala de Compulsão Alimentar Periódica - ECAP, (FREITAS, 2001) já validada, com adequadas propriedades psicométricas que indicam sua

utilização, no ponto de corte 17, para o rastreamento do TCAP em indivíduos obesos que procuram tratamento para emagrecer (FREITAS, 2002). Não sendo um instrumento diagnóstico, este deverá ser confirmado por uma entrevista clínica. Sua aplicação possibilita a elaboração de estratégias terapêuticas mais adequadas e a avaliação sequencial do tratamento nesse subgrupo de pacientes obesos.

Binge Scale - BS. (HAWKINS, 1980) Foi o primeiro questionário desenvolvido para avaliar episódios de CAP segundo os critérios diagnósticos de bulimia do DSM-III. Foi proposto como instrumento de rastreamento para BN em populações de alto risco.

Bulimia Test - BULIT. (SMITH, 1984) Contém 36 itens desenhados numa escala múltipla-escolha de cinco pontos para detectar, na população geral, indivíduos com BN (escore ≥ 102) e em risco para bulimia (escore ≥ 88 e ≤ 101). Uma segunda versão foi formulada - BULIT-R (THELEN, 1991) - para atender aos critérios do DSM-III-R e foi validada com os critérios diagnósticos do DSM-IV para BN, apresentando adequadas propriedades psicométricas. Popkess-Vawter & Owens (POPKESS-VAWTER, 1999) demonstraram a validade do instrumento para mensurar risco aumentado para a CAP e sentimentos de falta de controle em mulheres com sobrepeso e flutuação do peso e também para avaliar a resposta a estratégias terapêuticas para redução da CAP.

Bulimic Investigatory Test, Edinburgh - BITE. (HENDERSON, 1997) Este questionário foi desenvolvido para o rastreamento e a avaliação da gravidade da BN e apresentou propriedades psicométricas adequadas no estudo original ¹⁹Fornece os resultados em duas escalas: uma de gravidade e outra de sintomas. Escore ≥ 20 indica comportamento de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia; escore entre 10 e 19 sugere padrão alimentar não usual, necessitando avaliação por uma entrevista clínica Ricca e colaboradores. (RICCA, 2000) demonstraram que, utilizado no ponto de corte 10, pode ser uma alternativa para o rastreamento do TCAP em pacientes obesos.

Questionnaire on Eating and Weight Patterns - QEWP. (SPITZER, 1992) Foi especificamente desenvolvido para fornecer o diagnóstico do TCAP de acordo com os critérios do DSM-IV, tendo sido posteriormente revisado para atender integralmente às propostas estabelecidas no manual, passando a ser denominado QEWP-R. É composto de 28 questões sobre episódios de TCAP, indicadores de perda de controle no comer, métodos compensatórios de controle do peso, história de peso e dieta, grau de preocupação com o peso e o corpo e dados demográficos básicos. Pode ser administrado em formato de entrevista, quando então é lido para o respondente. Está indicado para o rastreamento do TCAP na população geral e para distinguir BN purgativa e BN não purgativa. Pode também ser aplicado em amostras de

pacientes, porém, o diagnóstico do TCAP deverá ser confirmado por uma entrevista clínica. Há uma versão em português - Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (MORGAN, 1998).

4.1.1 Entrevistas clínicas

Eating Disorder Examination – EDE (FAIRBURN, 1993) O EDE é uma entrevista clínica semiestruturada que fornece avaliações descritivas da gravidade da psicopatologia específica dos TAs e gera diagnósticos de acordo com os critérios do DSM. Deve ser aplicada por um entrevistador treinado e pode ser utilizada tanto em estudos populacionais quanto em pesquisa clínica. A avaliação abrange o período de quatro semanas que precede a entrevista. Quando utilizada para fins diagnósticos, o período é estendido para três meses. O resultado é apresentado em quatro subescalas: restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso. Na entrevista, diferentes formas de excesso alimentar são identificadas: compulsão alimentar periódica objetiva ou subjetiva, com ou sem perda do controle. Porém, em muitas situações, seu uso não é viável, uma vez que sua aplicação é demorada e requer entrevistadores treinados que tenham uma compreensão ampla dos conceitos que estão sendo avaliados e que sejam treinados não apenas na técnica de aplicação da entrevista, mas também nos conceitos e regras de pontuação que norteiam o instrumento (FREITAS, 2002).

4.1.2 Instrumentos de automonitoramento

Diários Alimentares: O automonitoramento consiste em diários alimentares nos quais os pacientes anotam a ingestão alimentar diária (hora do dia e local, quantidade e qualidade dos alimentos sólidos e líquidos), geralmente no período de uma semana. É também solicitado ao paciente que registre seus afetos, cognições e mecanismos compensatórios relacionados à alimentação. É uma técnica bastante utilizada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para identificar situações que serão o foco das intervenções, objetivando mudanças no comportamento alimentar (FREITAS, 2002). Pode ser utilizada também em pesquisas sobre desfechos de tratamento e avaliações clínicas, (WILSON, 2003) tendo a vantagem de evitar um possível viés de memória. Entretanto, o próprio automonitoramento pode resultar em efeito terapêutico, influenciando a frequência e a natureza dos episódios de CAP, merecendo interpretação cuidadosa nos estudos em que for utilizado. As dificuldades com os diários

incluem a falta de aceitação por parte dos pacientes e a incerteza quanto à fidedignidade das anotações - ou porque não anotariam imediatamente após o episódio, ou porque o próprio impacto emocional do episódio dificultaria as anotações (FREITAS, 2002).

4.1.3 Instrumentos para a avaliação de outros aspectos relacionados TAs

Imagem corporal

Body Shape Questionnaire - BSQ. (COOPER, 1987). O BSQ é uma escala Likert com 34 itens autopreenchíveis construída para mensurar, nas últimas quatro semanas, a preocupação com a forma corporal e com o peso, especialmente a frequência com que indivíduos com e sem TA experimentam a sensação de se "sentirem gordos". O BSQ fornece uma avaliação contínua e descritiva dos distúrbios da imagem corporal em população clínica e não clínica e pode ser utilizado para avaliar o papel deste distúrbio no desenvolvimento, na manutenção e na resposta ao tratamento da AN e da BN. (FREITAS, 2002).

Body Dissatisfaction Scale - BDS of the Eating Disorders Inventory. (GARNER, 1983). Esta subescala do EDI avalia crenças relacionadas a partes específicas do corpo, como a crença de que as coxas, o quadril ou as nádegas são muito grandes. Tem mostrado correlação estatisticamente significativa com outras medidas de distúrbio da imagem corporal. (GARNER, 1983).

Controle sobre o comportamento alimentar

*Three-factor eating questionnaire - TFEQ.*³⁵ É um instrumento autopreenchível, com propriedades psicométricas estabelecidas, também chamado *Eating Inventory*. Contém três subescalas que avaliam três dimensões do comportamento alimentar: restrição cognitiva, desinibição e fome percebida. Esses aspectos são importantes para um melhor entendimento do distúrbio do comportamento alimentar associado aos TA e à obesidade. Sua utilização, na prática clínica, auxilia a definição da intervenção terapêutica mais adequada a cada paciente (STUNKARD, 1995).

4.1.4 O questionário SCOFF

O Questionário *Sick, Control, One Stone, Fat, Food* (SCOFF) é um breve instrumento de triagem utilizado para detectar TAs na atenção primária (MORGAN, REID, LACEY, 2009). Ele foi adaptado culturalmente para pelo menos 15 diferentes culturas em todo o mundo, mantendo propriedades metrológicas adequadas, conforme revisado em uma meta-análise publicada recentemente (KUTZ, 2020). Cada item admite a resposta “sim” e “não”, sendo conferido 1 ponto para cada resposta sim. Um score maior ou igual a 2 indica provável diagnóstico de BN ou AN (CORDAS, 2021).

No estudo original, com 116 pacientes com TAs e 96 controles, o instrumento apresentou excelentes propriedades psicométricas (sensibilidade de 100%, especificidade de 87,5% e VPP de 90,6%) (MORGAN, 1999). A maioria dos estudos que avaliaram o instrumento foi conduzida em amostras de indivíduos em risco para TAs, contexto em que seu desempenho é altamente robusto, havendo, entretanto, questionamentos sobre seu desempenho na população geral (CORDAS, 2021).

Em um nível prático, a SCOFF é breve e fácil de administrar em qualquer formato. Os médicos da atenção primária podem encontrar na versão escrita do SCOFF uma ferramenta valiosa para triagem de novos pacientes ou na prática clínica de rotina. Assim como na abordagem verbal, espera-se que o questionário eleve o índice de suspeição nos clínicos, levando ao encaminhamento precoce e melhor prognóstico (HILL, 2010).

4.2 Entrevistas clínicas semiestruturadas

4.2.1 Mini-interview

Os instrumentos diagnósticos padronizados mais amplamente utilizados em psiquiatria - PSE (*Present State Examination*), SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*), SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*), DIS (*Diagnostic Interview Schedule*), CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) e SCID (*Structured Clinical Interview for DSM*)- foram elaborados para permitir a coleta precisa e exaustiva de dados clínicos e de diagnósticos no contexto da pesquisa. Entretanto, sua utilização na prática clínica é limitada pela necessidade de um treinamento extensivo dos utilizadores e pela longa duração das entrevistas (de 1h30 a 3h). Mais recentemente, alguns questionários breves também foram desenvolvidos para a triagem dos transtornos mentais em atenção primária: o PRIME-MD (*The Primary Care Evaluation on Mental Disorders*) e o SDDS-PC⁸ (*The Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care*). O interesse pela

utilização desses instrumentos em psiquiatria é, todavia, pequeno, já que os diagnósticos explorados se restringem aos transtornos depressivos e ansiosos, os mais frequentes em cuidados primários (AMORIM, 2000).

Um questionário diagnóstico mais simples e breve que aqueles tipicamente destinados à pesquisa e mais abrangente que os instrumentos de triagem constituiriam uma alternativa mais econômica para a seleção de pacientes em ensaios clínicos e poderia ser utilizado na prática clínica em psiquiatria. A MINI⁹ foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital *Pitié-Salpêtrière* de Paris e da Universidade da Flórida para responder a esses objetivos. A MINI é um questionário breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM¹¹ e da CID-10¹² (versões distintas), que pode ser utilizado por clínicos após um treinamento rápido (de 1h a 3h). A MINI é destinada à utilização na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido (de 1 a 3 horas). A versão Plus do MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM (AMORIM, 2000).

A MINI apresenta como vantagem a outras entrevistas semiestruturadas: curta e de baixo custo; simples, clara e fácil de administrar; altamente sensível, uma alta proporção de pacientes com distúrbio deve ser detectada pelo instrumento; específica, têm a capacidade de triagem de pacientes sem distúrbios; compatível com critérios diagnósticos internacionais, incluindo DSM-5 e CID 10; capaz de capturar importantes variantes subsindrômicas úteis em psiquiatria clínica, bem como em ambientes de pesquisa (SHEEHAN, 1998).

Como melhor alternativa, o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), uma entrevista de diagnóstico estruturada, foi projetado pela OMS para atender à necessidade de uma entrevista psiquiátrica estruturada curta, porém precisa, para ensaios clínicos multicêntricos e estudos epidemiológicos. Pode ser usado para coleta sistemática de dados, e para estabelecer ou confirmar diagnósticos. Devido à sua brevidade (15 a 30 minutos), e à objetividade que direciona sua aplicação, é realizado em menos tempo do que outras entrevistas de diagnóstico, como a SCID ou a EDE. Segue os critérios diagnósticos de transtornos mentais de acordo com o DSM (*American Psychiatric Association*) e a CID (*International Classification of Diseases, World Health Organisation, 1992*). O MINI é composto por várias sessões, incluindo os TAs específicos, de acordo com o DSM. As boas características psicométricas da MINI fazem dela uma boa escolha para fins de pesquisa, sendo utilizada amplamente no campo científico (SHEEHAN, 1998). Um estudo multicêntrico que comparou os diagnósticos por médicos de clínica geral obtidos com o MINI com os diagnósticos obtidos por psiquiatras através da SCID, apresentou concordância elevada para as seções de TAs

avaliadas, AN e BN, sendo o coeficiente de Kappa 0,90 e 0,78, respectivamente (AMORIM, 2000).

Considerando os dados da literatura, os resultados referentes à confiabilidade e à validade do MINI são globalmente satisfatórios. O MINI apresenta qualidades psicométricas comparáveis às de outros questionários diagnósticos padronizados mais longos e complexos, permitindo a avaliação rápida (15-30 minutos) dos principais transtornos do eixo I do DSM-III/IV. Comparado ao CIDI e ao SCID-P, o MINI mostrou-se globalmente hiperinclusivo para gerar diagnósticos. Entretanto, a análise das razões de discordância mostrou que parte dos resultados falso-positivos (sobretudo para os transtornos psicóticos) decorria, de fato, da reduzida sensibilidade do instrumento de referência (sobretudo o CIDI) ou ainda de diferenças entre os questionários no que se refere às regras diagnósticas de inclusão (p.ex., divergências quanto à duração total das perturbações exigida para o diagnóstico do transtorno de ansiedade generalizada e da dependência de substâncias) ou de exclusão (ao contrário do MINI, o CIDI e o SCID-P excluem o diagnóstico de fobia social e fobia específica para pacientes apresentando transtorno psicótico). Para uma redução de 50% ou mais no tempo de avaliação, com relação aos questionários longos, a sensibilidade e a especificidade do MINI foram bastante satisfatórias (AMORIM, 2000).

Aplicações potenciais do MINI

Pesquisa: o MINI pode ser utilizado para a seleção rápida de populações homogêneas em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos ou ainda para a avaliação breve de critérios diagnósticos em estudos longitudinais.

Prática clínica: o MINI foi concebido como um "exame complementar" para permitir a coleta sistemática de informações necessárias ao estabelecimento ou à confirmação de hipóteses diagnósticas, segundo critérios precisos. O instrumento pode ser utilizado para melhorar a precisão do diagnóstico e a adequação da escolha terapêutica em atenção primária e em psiquiatria.

Gestão de programas de saúde: o MINI pode ser utilizado para gerar uma base de dados clínicos e diagnósticos útil para o planejamento e a otimização de programas de atenção em saúde mental.

Ensino: no contexto da formação, o MINI pode ser utilizado para capacitar estudantes e profissionais de saúde na utilização das novas classificações internacionais e técnicas de avaliação diagnóstica dos transtornos mentais (AMORIM, 2000).

4.2.2 Procedimentos de tradução e adaptação transcultural do Questionário SCOFF

TAs e outros TAs não especificados (segundo o DSM-5) têm uma prevalência ao longo da vida de até 9% e estão associados a comorbidades clínicas e psiquiátricas consideráveis. Contudo, os TAs são pouco detectados na população geral, o que resulta em uma proporção pequena de indivíduos que recebe tratamento. A introdução da SCOFF, como uma ferramenta de triagem para TA em contextos clínicos abriu uma janela de oportunidade de extensão à sua utilização na população em geral.

Em 1999, Morgan *et al.* desenvolveram, na Inglaterra, uma escala composta de 5 questões chamada SCOFF (*sick, control, one, fat e food*), que foi testada e validada em população composta por pacientes acometidos por TCA e um grupo controle. Este estudo mostrou sensibilidade de 100% e especificidade de 87,5%. Tais resultados foram confirmados por estudos seguintes, em ambientes de assistência e pesquisa. Esta escala foi validada, então, na língua espanhola, mostrando eficácia e validade comparáveis aos estudos anglo-saxões.

A SCOFF foi validada em vários estudos baseados na atenção primária. No Reino Unido e internacionalmente, tanto na forma escrita como oral e em comparação com outros instrumentos. Estudos iniciais empregaram casos e controles clínicos de TAs, mas utilizaram principalmente populações femininas e poucos incluíram indivíduos com mais de 40 anos de idade. A maioria dos estudos de validação na comunidade baseou-se em populações jovens e homogêneas (ou seja, mulheres jovens), limitando o alcance para a generalização desses resultados. Dessa forma nosso objetivo é validar este instrumento de rastreio em mulheres grávidas.

A tabela a seguir cita alguns dos principais estudos de validação do questionário SCOFF já realizados. VPP: valor preditivo positivo; VPN: valor preditivo negativo; α : alfa de Cronbach; K: Kappa Cohen. Os resultados são apresentados como uma percentagem e o intervalo de confiança a 95% em parênteses.

Estudo	Objetivo	População avaliada	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	α	K
(Morgan et al., 1999)	Validar a primeira versão	Pacientes atendidos em um ambulatório de TA	100% (96,9-100)	87,5% (79,2-93,4)				

(Perry et al., 2002)	Compara a versão escrita com a versão oral	Estudantes do sexo feminino							0,82
(Luck et al., 2002)	Validação em uma população de risco	Pacientes de um consultório médico geral	84,6% (54,6-8,1)	89,6% (86,3-2,9)	24,4% (12,9-39,5%)	99,3% (97,6-999)			
(Cotton et al., 2003)	Comparação da SCOFF com EPS	Estudantes universitárias	78% (62-93)	88% (84-93)					
(Parker et al., 2005)	Comparação da SCOFF com EDQ	Estudantes universitárias	53,3%	93,2%	66,7%	88,7%			
(Rueda Jaimes et al., 2005)	Adaptação cultural e validação da versão colombiana	Estudantes adolescentes	81,9% (70,7-9,7)	78,7% (71,7-4,6).			0,43	0,55	
(Garcia-Campayo et al., 2005)	Adaptação cultural e validação de uma versão espanhola	Pacientes de consultório médico geral	100% (93,5-100)	94,4% (86,4-8,5)			0,97		
(Mond et al., 2008)	Adaptação cultural e validação de uma versão Australiana	Pacientes de consultório médico geral	72%	73%	0,35		0,44		
(Muro-Sans et al., 2008)	Adaptação cultural e validação de uma versão Catalã	Adolescentes de ambos os sexos, entre 10-17 anos	73,08%	77,74%					
(Leung et al., 2009)	Adaptação cultural e validação	Ambos os sexos							0,53

	de uma versão chinesa							
(Lahteenmaki et al., 2009)	Adaptação cultural e validação de uma versão finlandesa	Adultos jovens	77,8%	87,6%	9,7%	99,6%		
Teixeira et al. 2021	Adaptação cultural e validação de uma versão brasileira	Adultos jovens	80%	71,5%	23,1%	97,1%		

(S: Sensibilidade; E: especificidade; VPP: valor preditivo positivo; VPN: valor preditivo negativo; F: feminino; M: masculino, TA: transtorno alimentar; AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa; EUA: Estados Unidos da América; MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview; EAT, Eating Attitudes Test; Q-EDD, Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis; SCAN, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; SCID, Structured Clinical Interview for DSM-IV; EDE-Q, Eating Disorder Examination- Questionnaire; EDE, Eating Disorder Examination; EDI, Eating Disorder Inventory; ICD; International Classification of Diseases; CIDI, Composite International Diagnostic Interview; TFEQ, Three-Factor Eating Questionnaire)

Adaptado de: TEIXEIRA, 2020 – dissertação

Um estudo realizado na França em 2010 (GARCIA, 2010), com metodologia em parte semelhante à proposta neste projeto, avaliou um total de 400 estudantes universitárias. Os TAs foram diagnosticados em 37 (9,3%) das alunas: oito (2%) casos de anorexia nervosa (AN) e 29 (7,3%) de bulimia nervosa (BN). O limiar de diagnóstico foi fixado em duas respostas positivas com sensibilidade de 94,6%, especificidade de 94,8% e área sob curva de 96,2%. Os valores preditivos positivos e negativos para ED foram 65 e 99%. Este estudo demonstrou que a versão francesa do questionário SCOFF foi precisa e confiável para a detecção de mulheres com TAs nesta população estudantil de alto risco.

Um segundo estudo realizado na França em 2010 (GARCIA, 2010) objetivou avaliar a validade da versão francesa (SCOFF-F) do questionário SCOFF para a detecção de distúrbios alimentares em uma população de pacientes do sexo feminino referida a uma unidade de nutrição clínica.

Após responder às 5 questões dicotômicas do SCOFF-F, os pacientes foram avaliados por um especialista em TAs, cego aos resultados dos questionários, utilizando os critérios MINI e Diagnóstico e Manual Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV) como padrão-ouro. Avaliaram-se pacientes com anorexia nervosa (n = 67) e com bulimia nervosa (n = 45). Estudaram-se mulheres saudáveis (n=114) como grupo de controle. Em um corte de duas

respostas positivas, a sensibilidade, especificidade e a área sob a curva de SCOFF-F foram 94,6%, 94,7% e 97,9%, respectivamente. Os resultados deste estudo confirmam a confiabilidade do SCOFF-F como teste de triagem e diagnóstico de distúrbios alimentares em uma população de pacientes do sexo feminino, que deve ajudar os profissionais ativos em nutrição clínica a obter diagnóstico e tratamento precoces de pacientes com TAs.

TEIXEIRA e colaboradores (TEIXEIRA, 2021) adaptaram culturalmente e validaram a SCOFF numa população de adultos jovens no Brasil, dando origem a SCOFF-BR. Neste estudo foram avaliados 361 indivíduos, 9,7% tinham transtorno alimentar (2,2% anorexia nervosa, 5% bulimia nervosa e 2,5% transtorno da compulsão alimentar periódica). Utilizando um ponto de corte de duas respostas positivas, obtivemos sensibilidade de 80% e especificidade de 71,5%, com acurácia de 72,3%. Os valores preditivos positivo e negativo foram 23,1% e 97,1%, respectivamente. Este estudo demonstrou que a versão brasileira do questionário SCOFF apresenta acurácia e confiabilidade satisfatórias para rastreamento de TAs em adultos jovens da comunidade universitária brasileira.

5 HIPÓTESE E OBJETIVOS

5.1 Hipótese

Partimos da hipótese de que a SCOFF é uma escala válida e confiável para o rastreio de TAs em mulheres grávidas.

5.2 Objetivo geral

A pesquisa tem como objetivo avaliar a sensibilidade e especificidade do questionário SCOFF-BR para rastreio de TAs em mulheres grávidas.

5.3 Objetivos específicos

1. Determinar a validade de critério da SCOFF-BR através do estudo da sensibilidade e especificidade e acurácia;
2. Determinar da validade de critério concorrente da SCOFF-BR, usando como padrão-ouro a entrevista estruturada MINI para o diagnóstico dos TAs de acordo com o DSM-5;
3. Determinar o ponto de corte ideal, com recurso à curva ROC, para uso adaptado a mulheres grávidas.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde - NAVES - UFMG, durante o período de maio de 2021 a julho de 2022. Os dados foram coletados no Ambulatório de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da UFMG, durante um período de 2 meses contínuos, entre maio de 2022 e julho de 2022.

6.1.1 Descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística)

Para o estudo de fiabilidade e de validação do questionário SCOFF-BR em mulheres grávidas, as entrevistadas foram recrutadas no Ambulatório de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da UFMG. As participantes foram convidadas a participar do estudo após a leitura e assinatura do termo de consentimento esclarecido. Foram realizadas entrevistas com questionários validados e/ou padronizadas em estudos nacionais realizados anteriormente e escolhidos para o rastreamento, contemplando características epidemiológicas (sexo biológico, raça, data de nascimento, estado civil, renda mensal, escolaridade).

Fatores de inclusão e exclusão:

- **Crítérios de inclusão:**

A população estudada foi composta de indivíduos com as seguintes características:

- Adultos do sexo feminino
- Idade entre 18 e 47 anos
- Voluntárias
- Não participantes de outros estudos clínicos.
- Todas assinaram um termo de consentimento E/OU assentimento esclarecidos

- **Crítérios de exclusão:**

- Recusa em participar do estudo.
- Deficiência visual ou auditiva
- Pessoas sob tutela ou com idade superior a 47 anos ou inferior a 18 anos.

- Analfabetos.
- Presença de doença somática crônica que leve a perda ponderal importante.

Para sensibilidade e especificidade esperadas de respectivamente 90 e 85%, e levando em conta um risco de primeira amostra de $\alpha=0.05$, o número de indivíduos necessário é de 400.

6.2 Tipo de amostra

Trata-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, formada por indivíduos facilmente acessíveis, presentes no local e período do estudo. A composição da amostra total estimada foi entre 400 e 500 indivíduos que preenchessem os critérios de inclusão e exclusão propostos.

6.3 Sistema eletrônico de coleta de dados

O instrumento de pesquisa foi transposto na plataforma digital Isurvey® (*HarvestYourData*, CA), e instalado em tabletes do nosso centro de pesquisa, para coleta eletrônica. Os dados coletados através dos tabletes, rastreados por GPS, eram enviados para uma central de monitoramento que acompanha o total de dados coletados por cada entrevistador, o tempo de resposta para cada questão, o tempo de preenchimento do questionário e as interrupções nas entrevistas. Ao final, todos os dados eram transmitidos pela internet para um banco de dados seguro, e posteriormente exportados para o formato SPSS 11®.

6.4 Aplicação dos questionários e realização das entrevistas

Antes de iniciar a entrevista, os participantes eram pesados em balanças digitais calibradas e medidos pela equipe de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas. A parte inicial do instrumento de pesquisa, foi composta pelas perguntas sociodemográficas (sexo biológico, raça, data de nascimento, estado civil, renda mensal, escolaridade), seguidas pelo questionário SCOFF-BR, em formato de autopreenchimento, e por último, as sessões da MINI (AN, BN e TCA) foram aplicadas em formato de entrevista. Após responder a parte inicial, o entrevistador entregava o tablete para a participante (por orientação escrita no tablete), e esse

prosseguiu através da realização de uma entrevista SCOFF-BR, em autopreenchimento, logo em seguida o entrevistador seguia com a aplicação das sessões da MINI.

Doze entrevistadores regularmente matriculados no curso de Medicina, com treinamento prévio de psicopatologia e nosologia psiquiátrica foram selecionados, dentre os alunos de iniciação científica pertencentes ao grupo de pesquisa NAVES UFMG. A maioria dos selecionados já possuía experiência na aplicação das entrevistas devido à participação prévia em outros estudos de coleta de dados similares. Eles foram treinados durante um mês, com reuniões semanais, para a realização das entrevistas estruturadas. Além disso, eles foram treinados para realizar entrevistas por tabletes e para a seleção da amostra a ser entrevistada.

6.5 Instrumentos utilizados no estudo

Conforme detalhado anteriormente, menciono abaixo os instrumentos utilizados (em anexo). SCOFF-BR: o instrumento foi construído a partir da SCOFF-BR, mantido seu formato dicotômico, e aplicado no formato de autopreenchimento. O questionário SCOFF foi desenvolvido e validado na Inglaterra e também no Brasil, o questionário é composto por cinco perguntas binárias, para o rastreamento de TAs.

MINI-International Neuropsychiatric Interview (MINI): é uma entrevista diagnóstica estruturada, desenvolvida para avaliar transtornos mentais, de acordo com os critérios do DSM (American Psychiatric Association) e da CID-10 (*International Classification of Diseases, World Health Organisation*, 1992). Devido à sua brevidade (15 a 30 minutos), às boas características psicométricas, foi escolhida como padrão-ouro para o diagnóstico dos TAs neste estudo. Ela foi aplicada no formato oral de entrevista. A versão da MINI 5.0.0 foi validada no Brasil, e segue os critérios diagnósticos do DSM-IV. Dessa forma, contém apenas as seções diagnósticas para NA e BN (AMORIM, 2000). Já a MINI 7.0.2 segue os novos critérios do DSM-5, e contém as seções diagnósticas para AN, BN e TCA. Para otimizar e adequar este estudo aos parâmetros mais atuais de diagnóstico de TAs, optamos por adotar como padrão-ouro a versão mais atualizada, já traduzida para a língua portuguesa brasileira, e amplamente utilizada em ensaios clínicos no país (APA, 2013; SHEEHAN, 2016). Aplicamos então a versão MINI do DSM 5.

6.5.1 Análise dos dados

As análises compreenderam a avaliação de consistência do banco de dados, as análises de normalidade, e as análises específicas, conforme descrito abaixo.

Inicialmente, foram verificados os pressupostos de normalidade através do teste Kolmogorov-Smirnov. Na sequência os dados foram descritos na forma de médias, desvios padrão e frequência absoluta e relativa.

Para comparar a SCOFF-BR com os critérios diagnósticos da MINI foram utilizadas a sensibilidade {[Verdadeiro Positivo (VP)/[(Verdadeiro Positivo (VP) + Falso Negativo (FN)]}, a especificidade {[Verdadeiro Negativo (VN)/[(Verdadeiro Negativo (VN) + Falso Positivo (FP)]} e os valores preditivos positivo {[Verdadeiro Positivo (VP)/[(Verdadeiro Positivo (VP) + Falso Positivo (FP)]} e negativo {[Verdadeiro Negativo (VN)/[(Verdadeiro Negativo (VN) + Falso Negativo (FN)]}. Para obter o melhor ponto de corte para a SCOFF-BR, em relação aos critérios da MINI, foram utilizadas análises da curva Curva ROC (Receiver Operating Characteristic).

Para este estudo fixou-se $p < 0,05$ como nível de significância estatística. Todas as análises foram realizadas no programa R Studio versão 3.5.2® e no SPSS 11®.

6.6 Aspectos éticos

Todos os participantes foram informados sobre a natureza voluntária do estudo e suas implicações. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I). O presente estudo respeitou todas as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/2012) envolvendo pesquisas com seres humanos, sendo o mesmo submetido e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, CAAE nº 53326121.9.0000.5149.

7 RESULTADOS

Artigo 1: A four-question-based SCOFF-BR questionnaire yields high sensitivity and specificity for screening eating disorders in pregnant women.

Preparado para submissão como short-communication no Brazilian Journal of Psychiatry.

Title:

A four-question-based SCOFF-BR questionnaire yields high sensitivity and specificity for screening eating disorders in pregnant women.

Running title: SCOFF-BR questionnaire

Authors:

Amanda Oliveira Lima^{1,2,3}; Ianny Dumont Ávila^{2,5}; Patrícia Gonçalves Teixeira⁴; João Gabriel Malheiros Andrade de Carvalho^{1,2}, Nicole Font dos Santos^{1,2,6}; Maila de Castro Lourenço das Neves^{1,2}; Frederico Duarte Garcia^{1,2}.

Affiliation:

1. Department of Mental Health – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG, Brazil.
2. Núcleo de Pesquisa em Saúde e Vulnerabilidade – Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG, Brazil.
3. Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas a Saúde do Adulto, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG, Brazil.
4. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG, Brazil
5. Department of Gynecology and Obstetrics – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG, Brazil.
6. Programa de Pós-graduação em Medicina Molecular, School of Medicine, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG, Brazil.

Corresponding Author:

Frederico Garcia

Department of Mental Health

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Avenida Alfredo Balena, 190 – Sala 240

CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG – Brazil

E-mail: fredgarcia@ufmg.br / Phone : + 55 31 3409-9786

Abstract

Objectives: To validate the widely used SCOFF-BR questionnaire in a sample of pregnant women. No previous study assessed the validity of a Brazilian Portuguese version of the SCOFF questionnaire (SCOFF- BR) for screening EDs in pregnant women. We hypothesize that this culturally adapted Brazilian version of the SCOFF questionnaire is reliable for screening EDs in pregnant women. **Methods:** This study used the Brazilian Portuguese version of the SCOFF questionnaire (SCOFF-BR) in 402 pregnant women to screen for eating disorders. Pre-trained researchers interviewed the participants that completed the SCOFF-BR questionnaire. The study used the Mini International Neuropsychiatric Interview as the gold standard for eating disorders. **Results:** At the endpoint, the MINI diagnosed 0.49% with anorexia nervosa and 3.7% with bulimia nervosa. The five-question SCOFF-BR yields a sensitivity of 88.2% and specificity of 67.4% for screening EDs, and the area under the curve was of 83.4%. **Conclusion:** The SCOFF-BR present satisfactory accuracy and reliability for screening eating disorders in pregnant women.

Keywords: SCOFF, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, validation, neuropsychological tests, epidemiology.

INTRODUCTION

Eating disorders (EDs) correlate with potential prognostic consequences during pregnancy, including higher rates of miscarriage, low birth weight, obstetric complications, and postpartum depression¹. In addition, women with previous history of ED presented higher levels of psychopathology during the antenatal and postnatal periods².

Few studies investigated the prevalence of EDs during pregnancy. However, in a study, 4.9% of women attending follow-up antenatal clinic appointments scored above the clinical threshold on the Eating Attitudes Test³. Moreover, a recent study reported that 27% of women displayed psychological and behavioral features associated with an eating disorder during the perinatal period⁴. The discrepancy in these proportions is likely due to the thresholds used to define eating disorders and related behaviors and instrument use.

Extensive literature suggests that due to adverse obstetric outcomes, identification of women with eating disorders and appropriate perinatal treatment are highly important⁵.

Several screening instruments can be used for the early detection of EDs. However, the SCOFF is a reliable, easily memorable, simple, and quick screening tool for eating disorders, which allows primary care professionals to identify individuals at risk⁶. The SCOFF is a screening tool used to identify risks for ED, including anorexia nervosa and bulimia nervosa in young adults⁷. It has proven to be a highly effective screening tool, with excellent sensitivity and specificity for the presence of ED with at least two positive responses. In addition, SCOFF's cultural adaptations and validations yield good results in more than 15 studies in different cultures.

This study assessed the validity of the previously culturally adapted and validated Brazilian version of the SCOFF (SCOFF-BR) in pregnant women. The study hypothesizes that the SCOFF-BR is a reliable tool to screen for ED in pregnant women.

METHODS

Study design

This observational cross-sectional study evaluated the sensitivity and specificity of the SCOFF-BR questionnaire in a sample of pregnant women from a university hospital.

Participants

The study included all pregnant women aged 18-47 years recruited in the outpatient Obstetric Department of the Universidade Federal of Minas Gerais university hospital. The study excluded women unable to provide informed consent or to read and write and those

presenting weight loss related to chronic or acute active diseases or using anorexigenic medications.

Procedures

This study used the previously culturally adapted and validated Brazilian Version of the SCOFF questionnaire (SCOFF-BR)⁶ and the culturally adapted and validated Brazilian version Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

The assessment session consisted of an interview with pre-trained interviewers that collected all data in a tablet computer. The interview comprised the assessment of demographics (i.e., biological sex, race, date of birth, marital status, and family income), a brief medical history, and current medications, followed by the response to the SCOFF-BR questionnaire by the participant on the tablet, and the interview with the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) AN, and BN sections.

The present study used the validated and updated full Brazilian version of the MINI. In addition, all interviewers underwent brief training on administering and interpreting of the MINI.

Statistical analysis

The Shapiro-Wilk test assessed if the age, weight, height, and years of study data were normally distributed. The distribution was non-parametric, so we used median, range, and first and third quartiles to report these data. Moreover, we also used frequency to describe race and the total family income.

We calculated the prevalence of EDs by dividing the prevalence of AN and BN and by the sample size. The chi-square test assessed the association between the diagnosis of ED, accordingly to the MINI, and the result of each question of the SCOFF-BR questionnaire. As the first SCOFF-BR question did not associate with ED diagnosis, we calculated sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value for each endpoint considering two SCOFF-BR versions. The first, excluding the first question here named, SCOFF-BR four questions. The second, the original SCOFF-BR, here named, SCOFF-BR five questions. The receiver operating characteristic (ROC) curve and the calculated area under the curve were also determined for both SCOFF-BR versions. The SPSS version 11 for Windows® (IBM, New York, USA) performed the statistical calculations.

Ethics statement

The local research ethics committee approved the study (CAAE n° 53326121.9.0000.5149), and all participants provided their written informed consent before participating in any study procedures.

RESULTS

Participant's flow

Of the 468 participants approached to participate in study procedures, 402 (85.5%) accepted to participate. The main refusal reason to participate was lack of time to perform the interview.

Sample's characteristics

At the endpoint, the study assessed 402 pregnant women in the first to third pregnancy semester. The sample's median age was 29.7 years old, ranging from 18 to 47 years old, and the median weight and height were 74.3kg and 1.61m, respectively.

The participants self-reported being non-white 301 (75,4%), Caucasian 79 (19.8%) and 18 (4,5%) Asian, and 1 (0,3%) indigenous (Table 1).

The BMI data should be related to the gestational age of the woman and, therefore, are not presented in this table.

Table 1: Sociodemographic characteristics of the sample.

Characteristic	Median	Q1 - Q3
Weight (<i>n</i> = 400)	74,3	65 - 86
Height(<i>n</i> = 399)	1,61	1,57 - 1,66
Years of study (<i>n</i> = 402)	12	11-12
Marital status (<i>n</i> =400)	n	%
Living together	376	94
Living alone	24	6
Race (<i>n</i> =400)		
White	79	19,8
Non-white	301	75,4
Asian	18	4,5
Total family income (<i>n</i> = 388)		
Up to R\$ 1100,00	122	31,4
From R\$ 1100,00 to R\$ 3300,00	194	50,0
From R\$ 3300,00 to R\$ 6600,00	54	13,9

From R\$ 6600,00 to R\$ 9900,00	7	1,8
From R\$ 9900,00 to R\$ 13200,00		
	1	0,3
From R\$ 13200,00 to R\$ 16500,00	2	0,5
No income	8	2,1

Diagnosis of EDs

According to MINI, the sample comprised 2 (0.49%) cases of anorexia nervosa and 15 (3.7%) of bulimia nervosa. The prevalence of EDs considering AN and BN was 4.23%.

SCOFF-BR results

Table 2 shows the correlation between the SCOFF-BR's questions and the diagnosis of ED according to the MINI. Only the first SCOFF-Br question did not associate with ED diagnosis in the sample of pregnant women, with a p-value of 0.221.

Table 2 – Association between SCOFF questions and diagnosis of anorexia/bulimia.

SCOFF-BR Question		Eating Disorder (MINI)		
		No	Yes	p-value*
Q1. Você provoca vômito quando está se sentindo desconfortavelmente cheio?	No	316 (82.3%)	12 (70.6%)	0.221
	Yes	68 (17.7%)	5 (29.4%)	
Q2. Você se preocupa de ter perdido o controle do quanto você come?	No	244 (63.5%)	2 (11.8%)	0.000
	Yes	140 (36.5%)	15 (88.2%)	
Q3. Você perdeu recentemente mais de 5 quilos num período de 3 meses?	No	323 (84.3%)	11 (64.7%)	0.033
	Yes	60 (15.7%)	6 (35.3%)	
Q4. Você acredita estar gordo apesar das outras pessoas dizerem que você está muito magro?	No	261 (68%)	4 (23.5%)	0.000
	Yes	123 (32%)	13 (76.5%)	
Q5. Você diria que a comida domina sua vida?	No	353 (91.9%)	12 (70.6%)	0.003
	Yes	31 (8.1%)	5 (29.4%)	

*Chi-squared test

There was a strong correlation between the SCOFF-BR score and ED diagnosis ($p > 0.0001$) for both SCOFF-BR versions (Table 3).

Table 3: Correlation of the ED diagnosis with the SCOFF-BR score using the 4 and 5 questions questionnaire.

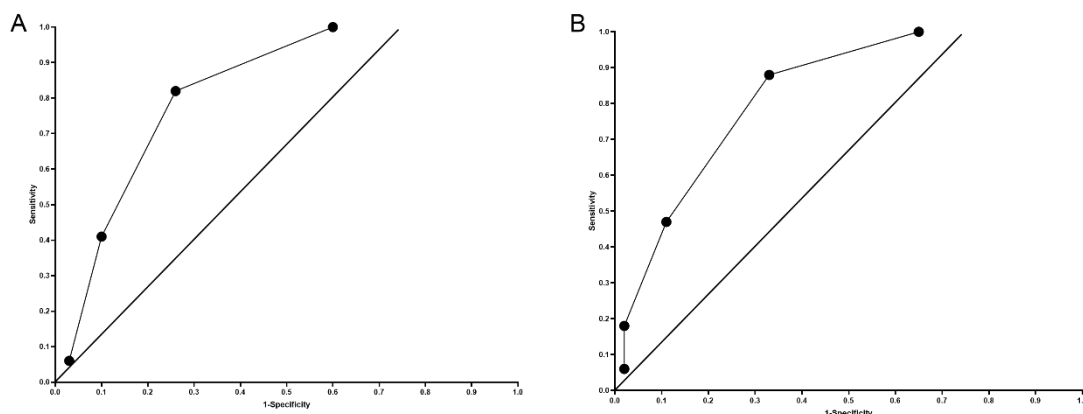
SCOFF-BR score	ED diagnosis (SCOFF-BR 4 questions)		ED diagnosis (SCOFF-BR 5 questions)	
	No	Yes	No	Yes
0	154 (40.1%)	0 (0%)	134 (35%)	0 (0%)
1	131 (34.1%)	3 (17.6%)	124 (32.4%)	2 (11.8%)
2	77 (20.1%)	7 (41.2%)	84 (21.9%)	7 (41.2%)
3	19 (4.9%)	6 (35.3%)	35 (9.1%)	5 (29.4%)
4	3 (0.8%)	1 (5.9%)	5 (1.3%)	2 (11.8%)
5			1 (0.3%)	1 (5.9%)

Table 4 shows the sensitivity and specificity calculated for all possible cut-offs of the five questions of the original and the four-questions version of the SCOFF-BR. The ROC curve (Figure 1) sets the optimal threshold for the questionnaire at two or more positive answers for both versions of the questionnaire. At this cut-off point, sensitivity and specificity levels were 82.35% and 74.2%, and 88.24% and 67.36% for the four question and original version, respectively (Table 4). The area under the curve was 84.8%, and 83.4%, and the was accuracy 72,3% and 68.3% for the four questions and the original SCOFF-BR versions.

Table 4: Calculated sensitivity and specificity for each endpoint of the SCOFF-BR using 4 or 5 questions.

SCOFF-BR score	SCOFF-BR 4 questions				ED diagnosis SCOFF-BR 5 questions			
	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV
≥ 1	100%	40.4%	6.9%	100%	100%	35%	6.4%	100%
≥ 2	82.35%	74.2%	12.1%	98.96%	88.24%	67.36%	10.7%	99.23%
≥ 3	41.2%	90.3%	23.43%	97.3%	47.06%	89.3%	13.3%	97.44%
≥ 4	5.9%	96.7%	7.33%	95.9%	17.65%	98.41%	33%	96.42%
5					5.9%	97.74%	50%	95.98%

Figure 1: Receiver operating characteristic (ROC) curves of the four (A) and five (B) questions SCOFF-BR's versions.



DISCUSSION

Our results show that the original Brazilian version of the SCOFF questionnaire is also accurate for screening EDs in pregnant women. As in the previous versions of the SCOFF¹³, the cut-off point of two or more questions demonstrated the best sensitivity and specificity ratio. Finally, albeit we found no association between the first question of the SCOFF-BR questionnaire, the original version with five questions presented a higher sensitivity/specificity ratio when compared the version excluding the first question. As the original study of the SCOFF-BR¹³ we used the DSM 5 criteria for diagnosing ED in the gold standard, and the sample size was sufficient to represent the population assessed.

The sensitivity but not the specificity of the SCOFF-BR in pregnant women was higher than in the original validation study, 88,24% versus 80%, and 67,36% versus 71,5%, respectively¹³. This difference probably resulted because we screened only women, and the original validation study screened both males and females. Our results were also superior to a modified SCOFF version study in pregnant English women. The authors found a sensitivity of 52% and a specificity of 47%, with a cut-off point of 2 or more questions. This difference is probably due to the ED's low prevalence in the English study and the fact that the study was not designed to validate the SCOFF questionnaire¹⁶.

Vomiting is quite frequent in pregnant women, mainly in the first trimester of gestation. Our results initially showed a lack of association between the vomit-related question and ED diagnosis, accordingly to the MINI. After excluding the vomit-associated question and comparing SCOFF-BR's metrological parameters, although the questionnaire's accuracy and specificity were higher for the four-question SCOFF-BR, the sensitivity was higher in the original version. Hence, as a screening questionnaire, the original version of the SCOFF-BR seems more prone to identifying ED cases. The SCOFF-BR's user in pregnant women must be

aware that he/her may over-identify pregnant women with EDs. If a positive SCOFF-BR is obtained, the clinician should comprehensively assess eating behaviors, dysmorphophobia, and other ED symptoms before diagnosing an ED or referring the patient to a specialist.

The results of this study should be considered considering some drawbacks. First, data were collected among pregnant women in a university hospital. This may increase the prevalence of eating disorders in the sample, and further studies are needed to assess the SCOFF-BR in primary care populations. Unlike the original validation study, the present study did not include the binge eating assessment in the ED classification. Finally, this study included a convenience sample despite all our efforts to have a generalizable sample and a low refusal rate.

Three previous studies^{10,11, 16} assessed the sensitivity and specificity of the SCOFF questionnaire in a population of pregnant women. However, none of those studies were initially designed to validate the SCOFF questionnaire, and none used the MINI as the gold standard.

EDs during pregnancy can yield severe prenatal, perinatal, and postnatal consequences¹²⁻¹³⁻¹⁴. Early identification of EDs during pregnancy can help to avoid expected perinatal outcomes. The SCOFF-BR assessment is a simple and reliable tool to screen pregnant women, a population at risk for EDs.

Further studies are warranted to assess the SCOFF-BR in other settings and to assess its economic impact in decreasing the costs of care.

Finally, the SCOFF-BR is a reliable, simple, and quick screening tool for eating behavior disorders in pregnant women. Our results encourage routine SCOFF-BR screening in pregnant women.

References

1. Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: A review—PubMed. ([s.d.]). Recuperado 20 de maio de 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19851992/>
2. Broussard, B. (2012). Psychological and behavioral traits associated with eating disorders and pregnancy: A pilot study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(1), 61–66. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00089.x>
3. Buss, C., Nunes, M. A., Camey, S., Manzolli, P., Soares, R. M., Drehmer, M., Giacomello, A., Duncan, B. B., & Schmidt, M. I. (2009). Dietary fibre intake of pregnant women attending general practices in southern Brazil—The ECCAGE Study. *Public Health Nutrition*, 12(9), 1392–1398. <https://doi.org/10.1017/S1368980008004096>

4. Easter, A., Solmi, F., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2015). Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: Longitudinal patterns. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 23(1), 19–27. <https://doi.org/10.1002/erv.2328>
5. Farrow, C. V., & Blissett, J. M. (2005). Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at 1 year? *Obesity Research*, 13(11), 1999–2005. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.245>
6. Franko, D. L., & Spurrell, E. B. (2000). Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 95(6 Pt 1), 942–946. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)00792-4](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(00)00792-4)
7. Hubin-Gayte, M., & Squires, C. (2012). Étude de l'impact de la grossesse sur les comportements alimentaires à travers l'utilisation du questionnaire SCOFF. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(2), 201–212. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.01.002>
8. Micali, N. (2008). Eating disorders and pregnancy. *Psychiatry*, 7(4), 191–193. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.02.003>
9. Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (2000). The SCOFF questionnaire: A new screening tool for eating disorders. *The Western Journal of Medicine*, 172(3), 164–165. <https://doi.org/10.1136/ewjm.172.3.164>
10. Mustelin, L., Lehtokari, V.-L., & Keski-Rahkonen, A. (2016). Other specified and unspecified feeding or eating disorders among women in the community. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(11), 1010–1017. <https://doi.org/10.1002/eat.22586>
11. Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy? - Easter—2013—European Eating Disorders Review—Wiley Online Library. ([s.d.]). Recuperado 20 de maio de 2023, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.2229>
12. Taquet, M., Geddes, J. R., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 220(5), 1–3. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.105>
13. Teixeira, A. A., Roque, M. A., de Freitas, A. A., Dos Santos, N. F., Garcia, F. M., Khoury, J. M., Albuquerque, M. R., das Neves, M. de C., & Garcia, F. D. (2021). The Brazilian version of the SCOFF questionnaire to screen eating disorders in young adults: Cultural adaptation and validation study in a university population. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 43(6), 613–616. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1667>
14. Turton, P., Hughes, P., Bolton, H., & Sedgwick, P. (1999). Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. *The International*

Journal of Eating Disorders, 26(4), 448–452. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199912\)26:4<448::aid-eat10>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199912)26:4<448::aid-eat10>3.0.co;2-3)

15. Ward, V. B. (2008). Eating disorders in pregnancy. *BMJ: British Medical Journal*, 336(7635), 93–96. <https://doi.org/10.1136/bmj.39393.689595.BE>
16. Bye, A., Nath, S., Ryan, E. G., Bick, D., Easter, A., Howard, L. M., & Micali, N. (2020). Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(2), 141–155.

8 DISCUSSÃO

A triagem eficaz dos TAs é crítica. Estes transtornos são comumente subdiagnosticados, subtratados e estão relacionados a alta morbimortalidade (HUDSON, 2007; STROTHER, 2012). Fornecer ferramentas confiáveis para triagem e diagnóstico de pacientes com TAs é essencial para a prática clínica (GARCIA, 2010).

O *Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire* (SCOFF) é o instrumento de triagem mais amplamente utilizado para TAs e foi adaptado culturalmente para pelo menos 15 diferentes culturas em todo o mundo, mantendo propriedades metrológicas adequadas, conforme revisado em meta-análise publicada em 2020 (KUTZ, 2020).

Até o presente momento, poucos estudos avaliaram instrumentos de rastreio para detectar TAs em mulheres grávidas. Essa omissão faz com que os TAs não sejam diagnosticados e não sejam tratados durante a gravidez. (NEVES, 2020). Franko e Spurrell sugeriram que os cuidados pré-natais deveriam incluir rotineiramente perguntas sobre peso corporal, comportamento alimentar, comportamento de controle de peso no início da gravidez (FRANKO, SPURRELL, 2000).

Distúrbios alimentares, como anorexia nervosa e bulimia nervosas estão associados a potenciais consequências negativas durante a gravidez, incluindo taxas mais altas de aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, complicações obstétricas e depressão pós-parto (FRANKO, SPURRELL, 2000).

O objetivo deste estudo foi avaliar a sensibilidade e especificidade do questionário SCOFF-BR para rastreio de TAs em mulheres grávidas. A SCOFF-BR é uma ferramenta de triagem de transtornos do comportamento alimentar, fiável, simples e rápida, que permite a identificação de indivíduos em risco (TEIXEIRA, 2021).

Além disso, o tamanho da amostra é suficiente para representar a população avaliada e, diferentemente de estudos anteriores que utilizaram a SCOFF em uma população de mulheres grávidas, incluiu os resultados da MINI bulimia e MINI anorexia como padrão-ouro, permitindo avaliar a acurácia do teste de rastreio.

9 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo confirmam que, a versão traduzida para o português brasileiro do questionário SCOFF-BR adaptada com cinco itens, possui sensibilidade e especificidade que permite seu uso para a triagem de TAs em mulheres grávidas. Esta versão pode ser usada rotineiramente como uma ferramenta para iniciar a discussão entre profissionais de saúde e pacientes sobre o comportamento alimentar. A SCOFF-BR pode favorecer o reconhecimento e o início precoce do atendimento e assistência nesta população.

10 REFERÊNCIAS

Abraham, S.; Abraham, S.F.; Hart, S.; Luscombe, G.; Russell, J. Fluid Intake, Personality and Behaviour in Patients with Eating Disorders. *Eat Weight Disord.* 2006, 11, 30–34. [CrossRef] [PubMed]

Alegria M, Woo M, Cao Z, Torres M, Meng XL, Striegel-Moore R. Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States. *Int J Eat Disord.* 2007;40 Suppl:S15-21. [PMID: 17584870]

Allison S, Wade T, Schmidt U, Treasure J, Bastiampillai T, Looi JC. Setting a youth-focused research agenda for eating disorders during the COVID-19 pandemic.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. [Google Scholar]

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Pub; 2013.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [revised].* 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1987.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.

Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 724–31.

Assessment of Caffeine Consumption, Altered Caffeine Metabolism and Pregnancy Outcome|Food Standards Agency. Available online: <https://www.food.gov.uk/research/national-diet-and-nutrition-survey/assessmentof-caffeine-consumption-altered-caffeine-metabolism-and-pregnancy-outcome> (accessed on 13 May 2019)

Astrachan-Fletcher, E.; Veldhuis, C.B.; Lively, N.; Fowler, C.; Marcks, B. The Reciprocal Effects of Eating Disorders and the Postpartum Period: A Review of the Literature and Recommendations for Clinical Care. *J. Women's Health* 2008, 17, 227–239. [CrossRef] [PubMed]

Bakker, R.; Steegers, E.A.; Obradov, A.; Raat, H.; Hofman, A.; Jaddoe, V.W. Maternal caffeine intake from coffee and tea, fetal growth, and the risks of adverse birth outcomes: The Generation R Study. *Am. J. Clin. Nutr.* 2010, 91, 1691–1698. [CrossRef] [PubMed]

Baskin, R.; Hill, B.; Jacka, F.N.; O'Neil, A.; Skouteris, H. The association between diet quality and mental health during the perinatal period. A systematic review. *Appetite* 2015, 91, 41–47. [CrossRef] [PubMed]

Baughcum, A.E.; Powers, S.W.; Johnson, S.B.; Chamberlin, L.A.; Deeks, C.M.; Jain, A.; Whitaker, R.C. Maternal Feeding Practices and Beliefs and Their Relationships to Overweight in Early Childhood. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2001, 22, 391–408. [CrossRef]

Belkacemi L, Nelson DM, Desai M, et al. Maternal undernutrition influences placental-fetal development. *Biol Reprod* 2010;83(3):325-31. doi: 10.1095/biolreprod.110.084517 [published Online First: 2010/05/07]

Bruce B, Wilfley D. Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *J Am Diet Assoc.* 1996;96:58- 61. [PMID: 8537571]

Bulik C, Blake L, Austin J Genetics of Eating Disorders What the Clinician Needs to Know, *Psychiatr Clin N Am*, 2019, v. 42, pp. 59–73.

Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord* 2009;42(1):9-18. doi:10.1002/eat.20578 [published Online First: 2008/08/23]

Bulimia Nervosa/Purging Disorder Marigold Castillo, MD, and Eric Weiselberg, MD.

Chan, C.Y.; Lee, A.M.; Koh, Y.W.; Lam, S.K.; Lee, C.P.; Leung, K.Y.; Tang, C.S.K. Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *Int. J. Eat. Disord.* 2019, 52, 652–658. [CrossRef]

Cohen, S. *Perceived Stress Scale*; Mind Garden, Inc.: Menlo Park, CA, USA, 1994.

Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16:608-14. [PMID: 18239550] doi:10.1038/oby.2007.99

Cooper PJ, Taylor Mj, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Dis* 1987;6:485-94.

Cuesto G., Everaerts C., León L., Acebes A. Molecular bases of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: shedding light on the darkness, *Journal of Neurogenetics*, 2017, 31:4, 266-287,

Darby A, Hay P, Mond J, Quirk F, Buttner P, Kennedy L. The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995 to 2005. *Int J Eat Disord.* 2009; 42: 104-108

Davidson KM. Eating disorders and diabetes: current perspectives. *Can J Diabetes*. 2003;27:62-73.

Dobrescu SR, Dinkler L, Gillberg C, Råstam M, Gillberg C, Wentz E. Anorexia nervosa: 30-year outcome. *Br J Psychiatry* 2019; 22: 1–8.

Dr. Debra L. Franko; Barbara E. Walton (1993). *Pregnancy and eating disorders: A review and clinical implications*. , 13(1), 41–47. doi:10.1002/1098-108x(199301)13:1<41::aid-eat2260130106>3.0.co;2-1)

Drehmer, M.; Camey, S.; Schmidt, M.I.; Olinto, M.T.A.; Giacomello, A.; Buss, C.; Melere, C.; Hoffmann, J.; Manzolli, P.; Soares, R.M.; et al. Socioeconomic, demographic and nutritional factors associated with maternal weight gain in general practices in Southern Brazil. *Cadernos Saúde Pública* 2010, 26, 1024–1034. [CrossRef]

Dunker, K.L.; Alvarenga, M.D.; Alves, V.P. Eating disorders and pregnancy—A review [Transtornos alimentares e gestação - Uma revisão]. *J. Brasileiro Psiquiatria* 2009, 58, 60–68. [CrossRef]

Easter A, Solmi F, Bye A, et al. Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns. *Eur Eat Disord Rev* 2015;23(1):19-27.

Easter, A.; Bye, A.; Taborelli, E.; Corfield, F.; Schmidt, U.; Treasure, J.; Micali, N. Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy? *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2013, 21, 340–344. [CrossRef] [PubMed]

Easter, A.; Naumann, U.; Northstone, K.; Schmidt, U.; Treasure, J.; Micali, N. A Longitudinal Investigation of Nutrition and Dietary Patterns in Children of Mothers with Eating Disorders. *J. Pediatr.* 2013, 163, 173–178.e1. [CrossRef] [PubMed]

Easter, A.; Treasure, J.; Micali, N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: Results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2011, 118, 1491–1498. [CrossRef] [PubMed]

Eik-Nes, T.; Horn, J.; Strohmaier, S.; Holmen, T.L.; Micali, N.; Bjørnelv, S. Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study. *Int. J. Eat. Disord.* 2018, 51, 1134–1143. [CrossRef] [PubMed]

Eisler I, Szukler GI. Social class as a confounding variable in the eating attitudes test. *J Psychiatr Res* 1985;19:171-6.

Enge S, Steffen K and Mitchell J. Bulimia nervosa in adults: clinical features, course of illness, assessment and diagnosis. In: UpToDate, Post D.S. (Ed), UpToDate, Waltham, MA

Erzegovesi S., Bellodi L. Eating disorders. *CNS Spectrums*, 2016, 21(4), 304-309.

Evans EH, Adamson AJ, Basterfield L, Le Couteur A, Reilly JK, Reilly JJ, et al. Risk factors for eating disorder symptoms at 12 years of age: a 6-year longitudinal cohort study. *Appetite*. 2017;108:12–20. doi: 10.1016/j.appet.2016.09.005. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorder: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Dis* 1994;16(4):363-70.

Fairburn CG, Cooper Z. The eating disorder examination. In: Fairburn CG, Wilson GT, eds. *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press; 1993.

Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2000 Jun;95(6 Pt 1):942-6. doi: 10.1016/s0029-7844(00)00792-4. PMID: 10831998.

Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;95(6 Pt 1):942-6. doi: 10.1016/s0029-7844(00)00792-4 [published Online First: 2000/06/01]

Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(4):215-20.

Freitas S. Tradução, Adaptação para o Português e validação da binge eating scale: escala de compulsão alimentar periódica [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; 2002.

Gagnon C, Aime´ A, Be´ langer C, Markowitz JT. Comorbid diabetes and eating disorders in adult patients: assessment and considerations for treatment. *Diabetes Educ*. 2012;38:537-42. [PMID: 22585871] doi:10.1177/0145721712446203

Garcia FD, Grigioni S, Allais E, et al. Detection of eating disorders in patients: validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr* 2011;30(2):178-81. doi: 10.1016/j.clnu.2010.09.007 [published Online First: 2010/10/26]

Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11:888–93. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)] [[Ref list](#)].

Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-9.

Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Dis* 1983;2:14-34.

Garner DM. *Eating disorders inventory-2*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources; 1991.

Golding, J.; Pembrey, M.; Jones, R.; Study, A. Study methodology ALSPAC±The Avon Longitudinal Study of Parents and Children I. Study methodology The study structure Historical background. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 2001, 15, 74–87. [CrossRef]

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982;7:47-55.

Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry*. 2007;48:124-31. [PMID: 17292702]

Guerdjikova AI, O'Melia AM, Mori N, McCoy J, McElroy SL. Binge eating disorder in elderly individuals. *Int J Eat Disord*. 2012;45: 905-8. [PMID: 22576715] doi:10.1002/eat.22028

Gümmer R, Giel KE, Schag K, Resmark G, Junne FP, Becker S, Zipfel S, Teufel M. High Levels of Physical Activity in Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Eur Eat Disord Rev*. 2015 Sep;23(5):333-44. doi: 10.1002/erv.2377. Epub 2015 Jun 18. PMID: 26087044.

Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychol*. 1998;173:11–53.

Hawkins RC, Clement PF. Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies. *Addict Behav* 1980;5:219-26.

Hay P, Chinn D, Forbes D, Sloane M, Richard N, Lois S, Stephen T, Warren. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 2014, 48: 977.

Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord*. 2015; 3: 19

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

Herle M, Stavola BD, Hübel C, Abdulkadir M, Ferreira DS, Loos RJF, et al. A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *Br J Psychiatry*. 2020;216(2):113–119. doi: 10.1192/bjp.2019.174. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Herpertz S, Albus C, Wagener R, Kocnar M, Wagner R, Henning A, et al. Comorbidity of diabetes and eating disorders. Does diabetes control reflect disturbed eating behavior? *Diabetes Care*. 1998; 21:1110-6. [PMID: 9653604]

Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord*. 2010 May;43(4):344-51. doi: 10.1002/eat.20679. PMID: 19343793.

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

Hudson JI, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348–358. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)] [[Ref list](#)]

Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61:348-58. [PMID: 16815322]

Hudson JI, Lalonde JK, Coit CE, Tsuang MT, McElroy SL, Crow SJ, et al. Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *Am J Clin Nutr*. 2010;91:1568-73. [PMID:20427731]doi:10.3945/ajcn.2010.29203

Huizink, A.C.; Delforterie, M.J.; Scheinin, N.M.; Tolvanen, M.; Karlsson, L.; Karlsson, H. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R. *Arch. Women's Ment. Health* 2015, 19, 125–132. [[CrossRef](#)]

Javaras KN, Pope HG, Lalonde JK, Roberts JL, Nillni YI, Laird NM, et al. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:266-73. [PMID: 18348600]

Javaras KN, Runfola CD, Thornton LM, et al. Sex- and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete Swedish 1979-2001 birth cohort. *Int J Eat Disord* 2015; 48: 1070–81.

Jonge P de, Alonso J, Stein DJ, Kiejna A, Aguilar-Gaxiola S, Viana MC, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and diabetes mellitus: a role for impulse control disorders and depression. *Diabetologia*. 2014;57:699-709. [PMID: 24488082] doi:10.1007/s00125-013-3157-9

Katzman DK. The COVID-19 pandemic and eating disorders: a wake-up call for the future of eating disorders among adolescents and young adults. *J Adolesc Health*. 2021; 69: 535-537

Kenardy J, Mensch M, Bowen K, Green B, Walton J, Dalton M. Disordered eating behaviours in women with type 2 diabetes mellitus. *Eat Behav*. 2001;2:183-92. [PMID: 15001045]

Kent A. Psychiatric disorders in pregnancy. *Obstet gynecol reprod med* 2011;21(11):317-22. doi: 10.1016/j.ogrm.2011.09.002

Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013; 73: 904-914

Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013;73:904-14. [PMID:23290497]doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.020

Kessler RC, Shahly V, Hudson JI, Supina D, Berglund PA, Chiu WT, et al. A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorder and bulimia nervosa: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014;23:27- 41. [PMID: 24054053] doi:10.1017/S2045796013000516

Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, et al. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2016;49(3):260-75. doi: 10.1002/eat.22483 [published Online First: 2015/12/30]

Klipstein-Grobusch, K.; Breeijen, J.H.D.; A Goldbohm, R.; Geleijnse, J.M.; Hofman, A.; Grobbee, D.E.; Witteman, J. Dietary assessment in the elderly: Validation of a semiquantitative food frequency questionnaire. *Eur. J. Clin. Nutr*. 1998, 52, 588–596. [CrossRef]

Knoph, C.; Von Holle, A.; Zerwas, S.; Torgersen, L.; Tambs, K.; Stoltenberg, C.; Bulik, C.M.; Reichborn-Kjennerud, T. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int. J. Eat. Disord*. 2013, 46, 355–368. [CrossRef]

Kolar DR, Rodriguez DL, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and metaanalysis. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29:363-71.

Kornstein, S.G., Kunovac, J.L., Herman, B.K., & Culpepper, L. (2016). Recognizing binge-

Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(12):1434–1440. doi: 10.1097/00004583-200112000-00014. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Koubaa S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL: Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol* 2005; 105:255-60

Kudielka, B.M.; Kirschbaum, C. Sex differences in HPA axis responses to stress: A review. *Boil. Psychol*. 2005, 69, 113–132. [CrossRef] [PubMed]

Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating disorder screening: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test characteristics of the SCOFF. *J Gen Intern Med*. 2020;35:885–93. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] [Ref list].

Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *J Gen Intern Med*. 2020 Mar;35(3):885-893. doi: 10.1007/s11606-019-05478-6. Epub 2019 Nov 8. PMID: 31705473; PMCID: PMC7080881.

Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating disorder screening: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test characteristics of the SCOFF. *J Gen Intern Med.* 2020;35:885-93.

Larsson, G.; Andersson-Ellström, A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breastfeeding in women with a history of eating disorders. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2003, 11, 116–124. [CrossRef]

Lin JA, Hartman-Munick SM, Kells MR et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the number of adolescents/young adults seeking eating disorder-related

Linna MS, Raevuori A, Haukka J, et al. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211(4):392 e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.067 [published Online First: 2014/04/08]

Linna, M.S.; Raevuori, A.; Haukka, J.; Suvisaari, J.; Suokas, J.T.; Gissler, M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2014, 211, 392.e1–392.e8. [CrossRef]

Litmanen J, Fröjd S, Marttunen M, Isomaa R, Kaltiala-Heino R. Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? *Nord J Psychiatry* 2017; 71: 61–66.

Lowes H, Kopeika J, Micali N, Ash A: Anorexia nervosa in pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2012; 14:179–187

Magnus, P. The Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)—New research possibilities. *Norsk Epidemiol.* 2007, 17, 107–110. [CrossRef]

Maila de Castro Lourenço das Neves^{1,2,4,5}; Ananda Araújo Teixeira⁴; Flávia Megda Garcia⁴; Joel Rennó^{1,8}; Antônio Geraldo da Silva^{1,7}; Amaury Cantilino^{1,11}; Carlos Eduardo Rosa^{1,10}; Jeronimo de Almeida Mendes Ribeiro^{1,9}; Renan Rocha¹; Hewdy Lobo¹; Igor Emanuel Vasconcelos^{1,6} e Martins Gomes¹; Christiane Carvalho Ribeiro¹, Frederico Duarte Garcia^{2,3,4,5} Eating disorders are associated with adverse obstetric and perinatal outcomes. A systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*

Marek RJ, Ben-Porath YS, Ashton K, Heinberg LJ. Impact of using DSM-5 criteria for diagnosing binge eating disorder in bariatric surgery candidates: change in prevalence rate, demographic characteristics, and scores on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory—2 restructured form (MMPI-2-RF). *Int J Eat Disord.* 2014;47:553-7. [PMID: 24599797] doi:10.1002/eat.22268

Martínez-González, L.; Fernández Villa, T.; Molina de la Torre, A.J.; Ayán Pérez, C.; Bueno Cavanillas, A.; Capelo Álvarez, R.; Mateos Campos, R.; Martín Sánchez, V. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto uniHcos. *Nutr. Hosp.* 2014, 30, 927–934.

Martini, M.G.; Taborelli, E.; Schmidt, U.; Treasure, J.; Micali, N. Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A longitudinal study. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2018, 27, 137–146. [CrossRef]

McClelland J, Hodsoll J, Brown A, et al. A pilot evaluation of a novel First episode and Rapid Early intervention service for Eating Disorders (FREED). *Eur Eat Disord Rev* 2018; 26: 129–40.

Meneghini LF, Spadola J, Florez H. Prevalence and associations of binge eating disorder in a multiethnic population with type 2 diabetes [Letter]. *Diabetes Care.* 2006;29:2760. [PMID: 17130226]

Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 2013; 3: e002646.

Micali N, Treasure J. Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17(6):448-54. doi: 10.1002/erv.963 [published Online First: 2009/10/24]

Micali, N.; De Stavola, B.; Dos-Santos-Silva, I.; Graaff, J.S.-D.; Jansen, P.; Jaddoe, V.; Hofman, A.; Verhulst, F.; Steegers, E.; Tiemeier, H. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: A population-based cohort study. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2012, 119, 1493–1502. [CrossRef] [PubMed]

Micali, N.; Simonoff, E.; Treasure, J. Infant Feeding and Weight in the First Year of Life in Babies of Women with Eating Disorders. *J. Pediatr.* 2009, 154, 55–60.e1. [CrossRef]

Mitchison D, Mond J, Bussey K, et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychol Med* 2019; published online May 2. DOI:10.1017/S0033291719000898.

Mitchison D, Mond J, Bussey K, et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychol Med* 2019; published online May 2. DOI:10.1017/S0033291719000898.

Mitchison D, Mond J, Bussey K, et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychol Med* 2019; published online May 2. DOI:10.1017/S0033291719000898.

Morgan CM, Borges MBF, Jorge M. Questionário sobre padrões de alimentação e peso revisado: um instrumento para a avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev ABP-APAL* 1998;20(4):130-9.

Morgan JF. Polycystic ovary syndrome. *Br J Hosp Med* 1997;57(4):172. [published Online First: 1997/02/04]

Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999 Dec 4;319(7223):1467-8. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1467. PMID: 10582927; PMCID: PMC28290.

Munkholm A, Olsen EM, Rask CU, Clemmensen L, Rimvall MK, Jeppesen P, et al. Eating behaviours in preadolescence are associated with body dissatisfaction and mental disorders—results of the CCC2000 study. *Appetite*. 2016;101:46–54. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.020. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Murray SB, Nagata JM, Griffiths S, Calzo JP, Brown TA, Mitchison D, et al. The enigma of male eating disorders: a critical review and synthesis. *Clin Psychol Rev*. 2017;57:1–11. doi: 10.1016/j.cpr.2017.08.001. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(8):903–918. doi: 10.1007/s00787-015-0808-z. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(8):903–918. doi: 10.1007/s00787-015-0808-z. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Nguyen, A.N.; De Barse, L.M.; Tiemeier, H.; Jaddoe, V.W.; Franco, O.H.; Jansen, P.W.; Voortman, T. Maternal history of eating disorders: Diet quality during pregnancy and infant feeding. *Appetite* 2017, 109, 108–114. [[CrossRef](#)]

Nicdao EG, Hong S, Takeuchi DT. Prevalence and correlates of eating disorders among Asian Americans: results from the National Latino and Asian American Study. *Int J Eat Disord*. 2007;40 Suppl: S22-6. [PMID: 17879986]

Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL* 1994;16(1):7-10.

Nunes, M.A.A.; Pinheiro, A.P.; Camey, S.A.; Schmidt, M.I.; Antunes Nunes, M.A.; Pinheiro, A.P.; Camey, S.A.; Schmidt, M.I. Binge eating during pregnancy and birth outcomes: A cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *Int. J. Eat. Disord*. 2012, 45, 827–831. [[CrossRef](#)]

O’Dea J, Abraham S. Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence*. 1999;34:671–679. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Onyango, A.W.; Nommsen-Rivers, L.; Siyam, A.; Borghi, E.; De Onis, M.; Garza, C.; Lartey, A.; Baerug, A.; Bhandari, N.; Dewey, K.G.; et al. Post-partum weight change patterns in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Matern. Child Nutr*. 2011, 7, 228–240. [[CrossRef](#)]

Organização Mundial da Saúde (WHO). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Parker SC, Lyons J, Bonner J. Eating disorders in graduate students: exploring the SCOFF questionnaire as a simple screening tool. *J Am Coll Health*. 2005 Sep-Oct;54(2):103-7. doi: 10.3200/JACH.54.2.103-107. PMID: 16255322.

Paskulin, J.T.A.; Drehmer, M.; Olinto, M.T.; Hoffmann, J.F.; Pinheiro, A.P.; Schmidt, M.I.; Nunes, M.A. Association between dietary patterns and mental disorders in pregnant women in Southern Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2017, 39, 208–215. [CrossRef] [PubMed]

Pasternak, Y.; Weintraub, A.Y.; Shoham-Vardi, I.; Sergienko, R.; Guez, J.; Wiznitzer, A.; Shalev, H.; Sheiner, E. Obstetric and Perinatal Outcomes in Women with Eating Disorders. *J. Women's Health* 2012, 21, 61–65. [CrossRef] [PubMed]

perinatal period: A systematic review of the qualitative literature. *Body Image* 2015;14:102-13. doi:

Popkess-Vawter S, Owens V. Use of the bulit bulimia screening questionnaire to assess risk and progress in weight management for overweight women who weight cycle. *Addict Behav* 1999;24(4):497-507.

Purizaca, M. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet*. 2010, 56, 57–69.

Raevuori A, Suokas J, Haukka J, Gissler M, Linna M, Grainger M, et al. Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2015;48:555- 62. [PMID: 25060427] doi:10.1002/eat.22334

Raevuori, A.; Linna, M.S.; Keski-Rahkonen, A. Prenatal and perinatal factors in eating disorders: A descriptive review. *Int. J. Eat. Disord*. 2014, 47, 676–685. [CrossRef]

Reba-Harrelson, L.; Von Holle, A.; Hamer, R.M.; Torgersen, L.; Reichborn-Kjennerud, T.; Bulik, C.M.; Reba-Harrelson, L. Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eat. Behav*. 2010, 11, 54–61. [CrossRef]

Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zuchi T, Cabras PL, Rotella CM. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatry* 2000;41:111-5.

Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller-Tyszkiewicz M, Linardon J, Courtet P, Guillaume S. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *Int J Eat Disord*. 2020 Jul;53(7):1166-1170. doi: 10.1002/eat.23318. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32476175; PMCID: PMC7300468.

Rogers, S.L.; Blissett, J.; Blissett, J. Breastfeeding duration and its relation to weight gain, eating behaviours and positive maternal feeding practices in infancy. *Appetite* 2017, 108, 399–406. [CrossRef] [PubMed]

Rotella F, Cresci B, Monami M, Aletti V, Andreoli V, Ambrosio ML, et al. Are psychopathological features relevant predictors of glucose control in patients with type 2 diabetes? A prospective study. *Acta Diabetol.* 2012;49 Suppl 1:S179-84. [PMID: 22644473] doi:10.1007/s00592-012-0403-4

Santos AMD, Benute GRG, Santos NOD, et al. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery* 2017;51:12-15. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.005 [published Online First: 2017/05/14]

Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, et al. The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2017;25(6):432-450. doi:10.1002/erv.255).

Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, et al. The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2017;25(6):432-450. doi:10.1002/erv.255).

Schmidt U, Adan R, Bohm I, Campbell IC, Dingemans A, Ehrlich S et al. Eating disorders: the big issue. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3: 313-315

Schmidt U, Adan R, Böhm I, Campbell IC, Dingemans A, Ehrlich S, Elzakkers I, Favaro A, Giel K, Harrison A, Himmerich H, Hoek HW, Herpertz-Dahlmann B, Kas MJ, Seitz J, Smeets P, Sternheim L, Tenconi E, van Elburg A, van Furth E, Zipfel S. Eating disorders: the big issue. *Lancet Psychiatry.* 2016 Apr;3(4):313-5. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00081-X. PMID: 27063378)

Schmidt, U.; Adan, R.; Böhm, I.; Campbell, I.C.; Dingemans, A.; Ehrlich, S.; Elzakkers, I.; Favaro, A.; Giel, K.; Harrison, A.; et al. Eating disorders: The big issue. *Lancet Psychiatry* 2016, 3, 313–315. [CrossRef]

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. PMID: 9881538.

Siega-Riz, A.M.; Von Holle, A.; Haugen, M.; Meltzer, H.M.; Hamer, R.; Torgersen, L.; Berg, C.K.; Reichborn-Kjennerud, T.; Bulik, C.M. Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. *Int. J. Eat. Disord.* 2010, 44, 428–434. [CrossRef]

Singh, S.; Sethi, N. Neuroanesthesia and pregnancy: Uncharted waters. *Med. J. Armed Forces India* 2019, 75, 125–129. [CrossRef] [PubMed]

Slane JD, Klump KL, McGue M, Iacono WG. Developmental trajectories of disordered eating from early adolescence to young adulthood: a longitudinal study. *Int J Eat Disord*. 2014;47(7):793–801. doi: 10.1002/eat.22329. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Smink FR, van Hoeken D, Donker GA, Susser ES, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychol Med* 2016; 46: 1189–96.

Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406–14

Smith MC, Thelen MH. Development and validation of a test for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:863-72.

Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacomello A, Manzolli P, Camey S, Buss C, Drehmer M, Melere C, Hoffman J, Ozcariz S, Manenti CN, Pinheiro AP, Duncan BB. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. *Int J Eat Disord*. 2009 Jul;42(5):387-93. doi: 10.1002/eat.20643. PMID: 19115363.

Soares, R.M.; Nunes, M.A.; Schmidt, M.I.; Giacomello, A.; Manzolli, P.; Camey, S.; Buss, C.; Drehmer, M.; Melere, C.; Hoffman, J.; et al. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. *Int. J. Eat. Disord*. 2009, 42, 387–393. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Solmi F, Hotopf M, Hatch SL, Treasure J, Micali N. Eating disorders in a multi-ethnic inner-city UK sample: prevalence, comorbidity and service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51: 369–81.

Solmi F, Sallis H, Stahl D, et al. Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiol Rev* 2014;36:49-56. doi: 10.1093/epirev/mxt004 [published Online First: 2013/09/13]

Solmi M, Wade TD, Byrne S et al. Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta- analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8: 215-224

Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Dis* 1992;11(3):191-203.

Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*. 1993;13:137-53. [PMID: 8477283]

Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol.* 2013;122:445-57. [PMID: 23148784] doi:10.1037/a0030679

Stice, E.; Fisher, M.; Martinez, E. Eating Disorder Diagnostic Scale: Additional Evidence of Reliability and Validity. *Psychol. Assess.* 2004, 16, 60–71. [CrossRef] [PubMed]

Strother E, et al. Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eat Disord.* 2012;20(5):346–355. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]

Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res* 1985;29(1):71-83.

Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(7):714–723. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity.

Taquet M, Geddes JR, Sierra L, Harrison PJ. Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *British J Psych.* 2021; (published online July 27.) <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.105>

Taquet M, Geddes JR, Sierra L, Harrison PJ. Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *British J Psych.* 2021; (published online July 27.) <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.105>

Teixeira AA, Roque MA, de Freitas AA, Dos Santos NF, Garcia FM, Khoury JM, Albuquerque MR, das Neves MC, Garcia FD. The Brazilian version of the SCOFF questionnaire to screen eating disorders in young adults: cultural adaptation and validation study in a university population. *Braz J Psychiatry.* 2021 Nov-Dec;43(6):613-616. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1667. PMID: 33656140; PMCID: PMC8639009. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. *Lancet Psychiatry.* 2021; 8: 320-328

Thelen MH, Farmer J, Wonderlich J, Smith MC. A revision of the bulimia test: BULIT-R. *Psychol Assess* 1991;3:119-24.

Torgersen, L.; von Holle, A.; Reichborn-Kjennerud, T.; Ma, C.K.B.; Hamer, R.; Sullivan, P.; Bulik, C.M. Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *Int. J. Eat. Disord.* 2008, 41, 722–727. [CrossRef]

Trace SE, Thornton LM, Root TL, Mazzeo SE, Lichtenstein P, Pedersen NL, et al. Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia

nervosa and binge eating disorder: implications for DSM-5. *Int J Eat Disord.* 2012; 45:531-6. [PMID: 21882218] doi:10.1002/eat.20955

Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet.* 2020 Mar 14;395(10227):899-911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3. PMID: 32171414.

Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet.* 2020;395(10227):899–911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Treasure J, Oyeleye O, Bonin EM, Zipfel S, Fernandez-Aranda F; Optimising care pathways for adult anorexia nervosa. What is the evidence to guide the provision of high-quality, cost-effective services?. *Eur Eat Disord Rev.* 2021; 29: 306-315

Treasure J, Oyeleye O, Bonin EM, Zipfel S, Fernandez-Aranda F; Optimising care pathways for adult anorexia nervosa. What is the evidence to guide the provision of high-quality, cost-effective services?.

Treasure J, Zipfel S, Micali N et al. Anorexia nervosa. *Nat Rev Dis Primers.* 2015; 1: 15074

Triunfo, S.; Lanzone, A. Impact of maternal under nutrition on obstetric outcomes. *J. Endocrinol. Investig.* 2014, 38, 31–38. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Udo T, Grilo CM. Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biol Psychiatry.* 2018;84(5):345–354. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Ulman TF, Von Holle A, Torgersen L, et al. Sleep disturbances and binge eating disorder symptoms during and after pregnancy. *Sleep* 2012;35(10):1403-11. doi: 10.5665/sleep.2124 [published Online First: 2012/10/02]

Valente S, Di Girolamo G, Forlani M, Biondini A, Scudellari P, De Ronchi D, et al. Sex-specific issues in eating disorders: a clinical and psychopathological investigation. *Eat Weight Disord Stud Anorex Bulim Obes.* 2017;22(4):707–715. doi: 10.1007/s40519-017-0432-7. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Van Eeden AE, Oldehinkel AJ, van Hoeken D, Hoek HW. Risk factors in preadolescent boys and girls for the development of eating pathology in young adulthood. *Int J Eat Disord.* 2021;54(7):1147–1159. doi: 10.1002/eat.23496. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Vela, B.L.; Alarcón, S.H.; Rodríguez, A.M. Revisión de las herramientas en español para la detección de los trastornos del comportamiento alimentario en adultos. *Rev. Esp. Nutr. Comunitaria* 2014, 20, 109–117.

Verschuere M, Claes L, Palmeroni N, Bogaerts A, Gandhi A, Moons P, et al. Eating disorder symptomatology in adolescent boys and girls: identifying distinct developmental trajectory classes. *J Youth Adolesc.* 2020;49(2):410–426. doi: 10.1007/s10964-019-01174-0. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Watson B, Fuller-Tyszkiewicz M, Broadbent J, et al. The meaning of body image experiences during the perinatal period: A systematic review of the qualitative literature. *Body Image* 2015;14:102-13. doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.005 [published Online First: 2015/05/08]

Watson HJ, Zerwas S, Torgersen L, et al. Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Abnorm Psychol* 2017;126(5):552-64. doi: 10.1037/abn0000241 [published Online First: 2017/07/12]

Watson, H.J.; von Holle, A.; Hamer, R.M.; Knoph Berg, C.; Torgersen, L.; Magnus, P.; Stoltenberg, C.; Sullivan, P.; Reichborn-Kjennerud, T.; Bulik, C.M. Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: A validation study in a population-based birth cohort. *Psychol. Med.* 2013, 43, 1723–1734. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Whisman MA, Dementyeva A, Baucom DH, Bulik CM. Marital functioning and binge eating disorder in married women. *Int J Eat Disord.* 2012;45:385-9. [PMID: 21560137] doi:10.1002/eat.20935

White MA, Kalarchian MA, Masheb RM, Marcus MD, Grilo CM. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery patients: a prospective, 24-month follow-up study. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:175-84. [PMID: 19852902] doi:10.4088/JCP.08m04328blu

Whitehouse AM, Cooper BJ, Vize CV, Hill C, Vogel L. Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract.* 1992;42:57–60

WHO. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). 2019. <https://icd.who.int/en> (accessed Oct 10, 2019). 4 Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 1099–111.

Wilson GT. Assessment of binge eating. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. *Binge eating: nature, assessment and treatment.* New York: Guilford Press; 1993.

Wu J, Liu J, Li S, Ma H, Wang Y. Trends in the prevalence and disability-adjusted life years of eating disorders from 1990 to 2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020; 29: e191

Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Nitsch M, Dür W, Karwautz A, et al. Prevalence of eating disorder risk and associations with health-related quality of life: results from a large school-

based population screening. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* 2016;24(1):9–18. doi: 10.1002/erv.2368. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Zerwas SC, Von Holle A, Perrin EM, et al. Gestational and postpartum weight change patterns in mothers with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2014;22(6):397-404. doi: 10.1002/erv.2314 [published Online First: 2014/09/10]

Zerwas, S.C.; Claydon, E.A. Eating Disorders Across the Life-Span: From Menstruation to Menopause. In *Women's Reproductive Mental Health across the Lifespan*; Springer International Publishing AG: Cham, Switzerland, 2014; pp. 237–261.

Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment and treatment. *Lancet Psychiatry.* 2015; 2: 1099-1111

Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 2000; 355: 721–22.

Zipfel S, Mack I, Baur LA, et al. Impact of exercise on energy metabolism in anorexia nervosa. *J Eat Disord* 2013; 1: 37.

Zwaan M, Hilbert A de, Swan-Kremeier L, Simonich H, Lancaster K, Howell LM, et al. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18-35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis.* 2010;6:79-85. [PMID: 19837012] doi:10.1016/j.soard.2009.08.011

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Prezada senhora,

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SCOFF-BR PARA O RASTREIO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MULHERES GRÁVIDAS –

ASSESSMENT OF THE SCOFF-BR QUESTIONNAIRE FOR THE SCREENING OF EATING DISORDERS IN PREGNANT WOMEN.”.

Esta pesquisa é realizada por pesquisadores dos Departamentos de Saúde Mental e de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Ela busca validar um questionário para a identificação de transtornos alimentares em mulheres grávidas. A identificação precoce dos transtornos alimentares permite a realização do diagnóstico e tratamento precoces, reduzindo o número de casos graves e crônicos destas doenças.

Sua participação consistirá em responder uma entrevista que contém questionários avaliando seus dados

personais, a presença de alguns sintomas psiquiátricos, traumas, alimentação e a sua relação com o seu corpo. Você

poderá ser recontatada para repetir uma parte desta entrevista, duas a três semanas após responder a primeira

entrevista. Somente alguns participantes serão recontactados. Todos os seus dados serão guardados de forma não

permitir a sua identificação e nos comprometemos a não revelar nem divulgar seu nome ou qualquer forma de

identificação pessoal. Os dados coletados e anonimizados serão armazenados em uma plataforma eletrônica

utilizada para coleta de dados que atende às normas ISO/IE para a garantia de sigilo. Ao final da coleta de dados,

estes serão armazenados pelo pesquisador principal em arquivo protegido com senha, e registro de acesso em

computador lotado nesta universidade por até 5 anos. Os riscos associados aos dados são mínimos, visto que eles

não serão registrados na plataforma com sua identificação. Após a conclusão da pesquisa, a análise dos dados será

publicada em revistas científicas e poderá ser apresentada em congressos médicos, sem a identificação de nenhum

de seus participantes.

A sua participação é voluntária. A senhora poderá recusar a responder qualquer uma das perguntas da

entrevista ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. A sua participação na

pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual, exceto ser encaminhada para um serviço de tratamento especializado, caso seja identificada com risco para um transtorno alimentar. A sua participação na pesquisa não será remunerada e a sua recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde ou com os pesquisadores. Eventuais despesas com transporte e alimentação necessários para a participação na pesquisa serão cobertos pela equipe de pesquisa. Esta pesquisa pode causar algum desconforto devido ao tempo necessário para responder a entrevista ou com algum possível constrangimento causado pelas perguntas que lhe serão feitas. Apesar de todas as medidas possíveis terem sido tomadas por nós para evitar esses riscos, eventuais danos decorrentes da pesquisa serão cobertos pela equipe da pesquisa. Você tem o direito de ser indenizada em caso de danos decorrentes da participação no estudo. A sua participação é importante porque as informações fornecidas servirão para melhor diagnosticar e posteriormente tratar as pessoas que possuem transtornos alimentares. Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com os coordenadores da equipe de

pesquisadores da UFMG, Professor Frederico Duarte Garcia e Amanda Lima, ou ainda pelo email crr-drogas@gmail.com ou pelo telefone (31)3409-9785 ou no endereço Avenida Alfredo Balena, 190 sala 235- Belo

Horizonte – MG – CEP 30130-100.

Eu,

declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. Este documento será emitido em duas fias, uma ficará com a senhora e outra com o pesquisador.

Assinatura do Participante Assinatura do Pesquisador Assinatura do Coordenador

ANEXO 2**QUESTIONÁRIO - ASSESSMENT OF THE SCOFF-BR QUESTIONNAIRE FOR THE SCREENING OF EATING DISORDERS IN PREGNANT WOMEN**

1. Nome:
2. Idade:
3. Como você se classifica em relação a sua cor?
4. Quanto você acha que é o seu peso?
5. Altura:
6. Qual o seu nível de escolaridade?
7. Faz uso regular de alguma medicação?
8. Possui alguma (s) das doenças abaixo
 - Hipertireoidismo
 - Hipotireoidismo
 - Doença Gastrointestinal Crônica
 - Câncer/ Tumor
 - AIDS
 - Nenhuma das acima.
9. Faz uso de alguma das substâncias abaixo
 - Álcool
 - Cigarro
 - Maconha
 - Cocaína / Crack
 - Heroína ou Opióides
 - Ecstasy ou outros estimulantes
 - Alucinógenos/LSD
 - Benzodiazepínicos
 - Ansiolíticos
 - Puran T4/Levotiroxina
 - Sibutramina
 - Xenical (Orlistate)
 - Femproporex
 - Laxantes, Diuréticos, Fórmulas para perder peso
 - Anabolizantes
 - Nenhuma das acima.

- 1) Você provoca vômito quando você está se sentindo desconfortavelmente cheio?
() Sim
() Não
- 2) Você se preocupa de ter perdido o controle do quanto você come?
() Sim
() Não
- 3) Você perdeu recentemente mais de 5 quilos num período de 3 meses?
() Sim
() Não
- 4) Você acredita em estar gordo(a) apesar das outras pessoas dizerem que você está muito magro(a)?
() Sim
() Não
- 5) Você diria que a comida domina a sua vida?
() Sim
() Não

QUESTIONÁRIO MINI DEPRESSÃO

A1 Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?

- () SIM
() NÃO

A2 Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?

- () SIM
() NÃO

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

a) O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de + 5% ao longo do mês, isto é, + 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)

- () SIM
() NÃO

b) Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?

- () SIM
() NÃO

c) Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?

- () SIM
() NÃO

d) Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?

- SIM
 NÃO

e) Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?

- SIM
 NÃO

F) Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?

- SIM
 NÃO

g) Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?

- SIM
 NÃO

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

A5 a) Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?

- SIM
 NÃO

b) Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?

- SIM
 NÃO

MINI TCA

MB6a - NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, DURANTE O EPISÓDIO DE COMPULSÃO VOCÊ: Comeu mais rapidamente que o normal?

- SIM
 NÃO

MB6b - NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, DURANTE O EPISÓDIO DE COMPULSÃO VOCÊ: Comeu até se sentir desconfortavelmente cheio?

- SIM
 NÃO

MB6c - NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, DURANTE O EPISÓDIO DE COMPULSÃO VOCÊ: Comeu grande quantidade de comida mesmo quando não tinha fome?

- SIM
 NÃO

MB6e - NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, DURANTE O EPISÓDIO DE COMPULSÃO VOCÊ: Sentiu-se culpado(a), deprimido(a) ou com nojo de si mesmo depois da compulsão?

- SIM
 NÃO

MB7 -A sua compulsão por comida lhe angustia muito?

- SIM
 NÃO

MB8.1 -Número de episódios de compulsão alimentar por semana:

MB8.2 -Número de DIAS com episódios de compulsão alimentar por semana:

QUESTIONÁRIO MINI TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1 a) Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo?

- SIM
 NÃO

b) Teve essas preocupações quase todos os dias?

- SIM
 NÃO

O2 Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?

DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS

TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE

- SIM
 NÃO

O3 Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), frequentemente:

a) Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?

- SIM
 NÃO

b) Tinha os músculos tensos?

- SIM
 NÃO

c) Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?

- SIM
 NÃO

d) Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?

- SIM

NÃO

e) Ficava particularmente irritável ?

SIM

NÃO

f) Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?

SIM

NÃO

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?

NÃO

SIM → TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL

QUESTIONÁRIO MINI ANOREXIA

M1a) Qual é a sua altura? |_|_|_| cm

b) Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo? |_|_|_| kg

c) O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)

Durante os últimos 3 meses:

M2 Recusou-se a engordar, embora pesasse pouco?

SIM

NÃO

M3 Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais?

SIM

NÃO

M4a) Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda?

SIM

NÃO

b) A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais?

SIM

NÃO

c) Achou que o seu peso era normal ou até excessivo?

SIM

NÃO

M5 HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4?

SIM

NÃO

M6 PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez)?

- SIM
 NÃO

QUESTIONÁRIO MINI PARA BULIMIA

N1 Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?

- SIM
 NÃO

N2 Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana?

- SIM
 NÃO

N3 Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come?

- SIM
 NÃO

N4 Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome?

- SIM
 NÃO

N5 A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?

- SIM
 NÃO

N6 O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8

- SIM
 NÃO

N7 Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem **sempre** que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?

NÃO

SIM → BULIMIA NERVOSA ATUAL

N7 É COTADA "SIM"?

NÃO

SIM → ANOREXIA NERVOSA tipo *Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL*

QUESTIONÁRIO GERAL

- 1) A aparência do seu corpo na gravidez tem te incomodado?
 SIM
 NÃO
- 2) Você apresenta alguma preocupação em manter o peso durante a gravidez?
 SIM
 NÃO
- 3) Você instituiu maneiras de evitar ganho de peso na gravidez?
 SIM
 NÃO
- 4) Você tem instituído medidas para restringir a ingestão de calorias?
 SIM
 NÃO
- 5) Você acha que seu padrão alimentar atual pode interferir na saúde do seu bebê?
 SIM
 NÃO

Para avaliar o Medo da COVID-19: *Escala de Medo da COVID-19*

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e selecione o número (1, 2, 3, 4, ou 5) que melhor representa o quanto você concorda ou discorda com a afirmativa, indicando como você se sentiu durante a última semana, incluindo hoje, em decorrência da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), conforme escala a seguir:

Discordo totalmente = [1] [2] [3] [4] [5] = Concordo totalmente

1. Atualmente, o que eu mais tenho medo é do coronavírus (COVID-19):

[1] [2] [3] [4] [5]

2. Pensar no coronavírus (COVID-19) me deixa desconfortável.

[1] [2] [3] [4] [5]

3. Minhas mãos ficam úmidas quando penso no coronavírus (COVID-19):

[1] [2] [3] [4] [5]

4. Tenho medo de perder a vida por causa do coronavírus (COVID-19):

[1] [2] [3] [4] [5]

5. Ao ver notícias e histórias sobre o coronavírus (COVID-19) nas redes sociais e televisão, fico nervoso ou ansioso.

[1] [2] [3] [4] [5]

6. Estou com problemas no sono porque estou preocupado em ser contaminado com o coronavírus (COVID-19).

[1] [2] [3] [4] [5]

7. Meu coração dispara ou palpita quando penso que posso ser contaminado com o coronavírus (COVID-19).

[1] [2] [3] [4] [5]