

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO



Dissertação de Mestrado

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES ADULTOS COM
TRANSTORNOS ALIMENTARES**

CAROLINA MEIRA MOSER

Autora

Porto Alegre, 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA



Dissertação de Mestrado

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES ADULTOS COM
TRANSTORNOS ALIMENTARES**

CAROLINA MEIRA MOSER

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Orientadora Prof^a. Dr^a. MARIA INÊS RODRIGUES LOBATO
Co-orientadora Dr^a. MIRIAM GARCIA BRUNSTEIN

Porto Alegre, Brasil, 2011

M899a Moser, Carolina Meira

Avaliação da funcionalidade em pacientes adultos com transtornos alimentares / Carolina Meira Moser ; orient. Maria Inês Rodrigues Lobato ; co-orient. Miriam Garcia Brunstein. – 2011.

89 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Transtornos da alimentação 2. Anorexia nervosa 3. Bulimia nervosa 4. Questionários 5. Estudos de validação 6. Atividades cotidianas I. Lobato, Maria Inês Rodrigues II. Brunstein, Miriam Garcia III. Título.

NLM: WM 175

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Inês Rodrigues Lobato, pelo acolhimento, apoio e disponibilidade permanente.

À Dr^a. Miriam Garcia Brunstein, por sempre estimular meu crescimento profissional e pessoal, por todos os ensinamentos. Pelo incentivo, confiança e oportunidade de participar na elaboração e desenvolvimento do Programa de Transtornos Alimentares em Adultos (PTA) do HCPA. Pela amizade e convívio generoso ao longo de toda a travessia.

À Ana Carolina Santos e à Emi Thome, que estiveram diretamente envolvidas em diversas etapas deste trabalho, pela dedicação e companheirismo. Aos bolsistas de iniciação científica Julia Ribar e Lucas Primo, por seu comprometimento. Aos residentes e cursistas do HCPA que passaram conosco. A todos da equipe permanente do PTA-HCPA, pelos esforços na assistência dos pacientes e pela motivação em contribuir para a consolidação e crescimento deste programa. Ao suporte das secretárias das zonas 7 e 8, da equipe de enfermagem da internação psiquiátrica e demais funcionários do HCPA.

Aos voluntários que participaram desta pesquisa e, sobretudo, aos pacientes, a razão de ser de todo este trabalho, pela generosidade em contribuir com a sua própria dor.

Ao Professor Flavio Kapczinski, pela disponibilidade e valiosa contribuição desde o delineamento do projeto desta pesquisa. À Adriane Rosa pela participação na elaboração do artigo resultante desta dissertação.

À CAPES, pela concessão da bolsa. Ao FIPE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ao CNPq, pelo apoio financeiro. À APRS, pelo Prêmio Cyro Martins, que também colaborou na viabilização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, aos seus professores e funcionários, pelo aprendizado e estrutura disponibilizada.

Ao meu esposo Christiano, simplesmente por fazer parte de minha vida e por torná-la especial com seu amor. Aos meus pais, Humberto Luiz e Maria Luiza, por serem os meus alicerces para toda esta trajetória. Aos meus irmãos, Mariana, Luiz Gustavo e Humberto Luiz, por nossa união e amizade. À Jussara Dal Zot, por estar sempre comigo de alguma forma, iluminando os trechos mais tortuosos.

SUMÁRIO

1. LISTA DE ABREVIATURAS.....	9
2. RESUMO.....	11
3. ABSTRACT.....	13
4. INTRODUÇÃO.....	15
4.1. Os transtornos alimentares.....	15
4.2. A funcionalidade.....	18
4.3. A funcionalidade nos transtornos alimentares.....	21
5. JUSTIFICATIVA.....	26
6. HIPÓTESE DE PESQUISA.....	27
7. OBJETIVOS.....	28
7.1. Objetivo geral.....	28
7.2. Objetivos específicos.....	28
8. MÉTODOS.....	29
8.1. Delineamento.....	29
8.2. Amostra.....	29
8.3. Instrumentos.....	30
8.3.1. Avaliação clínica e sócio-demográfica.....	30
8.3.2. Avaliação da funcionalidade.....	31
8.4. Análise estatística.....	33
8.5. Considerações éticas.....	34
9. ARTIGO	35

“Assessment of functionality in eating disorders patients with Functioning Assessment Short Test (FAST) revealed similar impairment between restrictive and purgative subtypes”

10.RESULTADOS COMPLEMENTARES.....	58
11.COMENTÁRIOS GERAIS.....	60
12.REFERÊNCIAS.....	67
13.ANEXOS.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS

AN Anorexia Nervosa

ANOVA Análise de Variância

APRS Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

BITE do inglês, *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh*

BN Bulimia Nervosa

BSQ do inglês, *Body Shape Questionnaire*

CAPES Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior

CIA do inglês, *Clinical Impairment Assessment*

CID Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DP Desvio-padrão

DSM do inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EAT do inglês, *Eating Attitudes Test*

EDQLS do inglês, *Eating Disorders Quality of Life Scale*

FAST do inglês, *Functioning Assessment Short Test*

FIPE Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos

GAF do inglês, *Global Assessment of Functioning Scale*

GPPG Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

HCPA Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HDRS-17 do inglês, *17 item Hamilton Depression Rating Scale*

HeRQoLED do inglês, *Health-Related Quality of Life for Eating Disorders*

HRQoL do inglês, *Health Related Quality of Life*

IMC Índice de Massa Corporal

LFQ do inglês, *Life Functioning Questionnaire*

MCS do inglês, *Mental Component Summary scale*

MINI do inglês, *Mini International Neuropsychiatric Interview*

PCS do inglês, *Physical Component Summary scale*

PTA Programa de Transtornos Alimentares em Adultos

SCL-90 do inglês, *Symptom Checklist-90*

SF-36 do inglês, *Short Form-36 Health Survey*

SOE Sem Outra Especificação

SOFAS do inglês, *Social and Occupational Functioning Assessment Scale*

TA Transtorno Alimentar

TANE Transtorno Alimentar Não-Especificado

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WHO-DAS do inglês, *World Health Organization Disablement Assessment Schedule*

WHOQOL-BREF do inglês, *World Health Organization Quality of Life Assessment*

WSAS do inglês, *Work and Social Adjustment Scale*

RESUMO

Introdução: O uso de questionários auto-aplicáveis para avaliar o prejuízo da funcionalidade em indivíduos com Transtornos Alimentares (TAs) apresenta importantes limitações devido à natureza egossintônica dos sintomas, particularmente na anorexia nervosa (AN) do subtipo restritivo. A *Functioning Assessment Short Test* (FAST) pode ser um instrumento útil para a avaliação dessa população, uma vez que é pontuada pelo entrevistador e abrange diversos aspectos da funcionalidade em pacientes psiquiátricos.

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi comparar a funcionalidade de pacientes com TA de subtipos restritivo e purgativo através da escala FAST. Também analisamos as propriedades psicométricas da FAST nesta população específica.

Método: Uma amostra consecutiva de 36 mulheres com diagnóstico de anorexia nervosa, bulimia nervosa ou síndromes parciais, de acordo com critérios do DSM-IV-TR, e 29 controles saudáveis foram incluídas. As pacientes foram agrupadas, de acordo com presença de sintomas purgativos, em grupo restritivo (RP) e grupo purgativo (PP) de TA. A funcionalidade foi avaliada através da FAST e da *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF). Os sintomas específicos de TA foram aferidos com as escalas *Eating Attitudes Test* (EAT), *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (BITE) e *Body Shape Questionnaire* (BSQ). Também foram aplicadas a *Symptom Checklist-90* (SCL-90) e a *Hamilton Depression Rating Scale* (17-HDRS).

Resultados: A média dos escores totais da FAST na população de pacientes em estudo foi significativamente maior (41.62 ± 13.94) que a encontrada em indivíduos do grupo controle (8.14 ± 5.02) em todos os domínios ($p < 0.001$), mesmo após controle para variáveis de confusão com modelo de regressão linear múltipla. Não houve diferença

nos escores totais da FAST, nem em suas subescalas, entre as pacientes de subtipo restritivo (39.70 ± 15.96) e subtipo purgativo de TA (43.54 ± 11.92) ($p= 0.44$). No entanto, na área de finanças, o grupo RP não foi diferente dos controles. O alfa de Cronbach da FAST na amostra foi de 0.865 e a correlação entre a FAST e a GAF foi forte ($r = -0.92, p < 0.01$).

Conclusão: A avaliação da funcionalidade em pacientes com TA requer cautela. A FAST parece ser um instrumento útil para isto, uma vez que avalia domínios específicos do funcionamento, identifica o nível de prejuízo em cada área e não é auto-aplicável. Com esta avaliação objetiva, o grupo de TA de subtipo restritivo apresentou prejuízo no funcionamento global semelhante ao encontrado no subtipo purgativo.

Palavras-chave: funcionalidade, funcionamento, prejuízo, *Functioning Assessment Short Test* (FAST), transtorno alimentar, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

ABSTRACT

Introduction: The use of self-report questionnaires in people with eating disorders (EDs) has limitations derived from egosyntonic nature of symptoms, particularly in restrictive type of anorexia nervosa (AN). In this context, the Functioning Assessment Short Test (FAST) is an interviewer scored scale that covers several aspects of functionality in psychiatric patients, and therefore could be a useful instrument for evaluation of individuals with EDs.

Objective: To examine functionality of restrictive and purgative subtypes of eating disorders' (ED) patients with Functioning Assessment Short Test (FAST) and its psychometric properties in this population.

Method: A consecutive sample of 36 adult female patients with diagnosis of ED, according to DSM-IV-TR, and 29 healthy controls were included. Patients were divided into restrictive (RP) and purgative (PP) groups according to presence of purgative symptoms. Functioning was assessed by the FAST and the Global Assessment of Functioning Scale (GAF) instruments. ED's symptoms were evaluated with Eating Attitudes Test (EAT), Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) and Body Shape Questionnaire (BSQ). We also used Symptom Checklist-90 (SCL-90) and Hamilton Depression Rating Scale (17-HDRS).

Results: The mean scores of FAST show that purgative and restrictive groups of ED patients together scored significantly higher (41.62 ± 13.94) than controls (8.14 ± 5.02) on all domains ($p < 0.001$), even after controlling for possible confounding factors with multiple linear regression model. No differences were found on total and subscales scores of FAST between restrictive (39.70 ± 15.96) and purgative (43.54 ± 11.92) groups ($p = 0.44$). However RP group did not differ from controls in finances domain. The

Cronbach's alpha of FAST for the total sample was 0.865 and correlation between FAST and GAF ($r = -0.92$, $p < 0.01$) was strong.

Conclusion: FAST scale appears to be a useful instrument that assesses specific domains of functioning, identifies level of disability in each area and is not self-reported. With this objective evaluation restrictive and purgative subtypes of ED presented similar global impairment.

Key-Words: functionality, functioning, disability, impairment, Functioning Assessment Short Test (FAST), eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

4. INTRODUÇÃO

4.1. Os Transtornos Alimentares

O comportamento alimentar, originário e essencial desde o nascimento, remete o indivíduo à complexidade de sua relação com o próprio corpo e com aqueles que o cercam[1;2]. De todos os comportamentos humanos e animais, é o mais facilmente objetivado, mensurável, quantificável e passível de transformação por fatores controlados[1]. Historicamente, as perturbações no comportamento alimentar foram entendidas pela psiquiatria como perversões do instinto alimentar que aconteciam tanto pela falta (anorexia), quanto pelo excesso (bulimia)[1]. A primeira descrição da anorexia nervosa (AN) como entidade nosológica definida foi feita quase que simultaneamente por William Gull na Inglaterra e Ernest-Charles Lasègue na França na segunda metade do século XIX[3]. Por sua vez, o reconhecimento da bulimia nervosa (BN) como síndrome é de origem recente, tendo sido descrita como síndrome relacionada à AN na década de 1970 [3].

De acordo com os principais sistemas classificatórios atuais, o DSM-IV-TR (APA, 2000)[4] e a CID-10 (OMS, 1993)[5], a AN caracteriza-se por uma recusa em manter o peso corporal em uma faixa normal mínima. A BN é caracterizada por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados. Em ambas, as práticas alimentares inadequadas resultam de uma preocupação excessiva em relação à forma e ao peso corporal.

O DSM-IV-TR faz distinção entre dois tipos de AN: o restritivo e a compulsão periódica/purgativo, com base na ausência ou presença de sintomas bulímicos. Pacientes com o tipo compulsão alimentar periódica/purgativo apresentam maior

probabilidade de impulsividade comórbida, incluindo transtorno por uso de substâncias, transtorno de personalidade do grupo B, instabilidade de humor e tendência ao suicídio, do que aqueles com o tipo restritivo[4]. A necessidade do critério de amenorréia é polêmica, uma vez que um subgrupo de pacientes com baixo peso continua a menstruar e apresenta curso da doença e resultados terapêuticos semelhantes às aquelas que entram em amenorréia[6].

Para a BN, o DSM-IV-TR também distingue dois tipos: o purgativo e o não-purgativo, com base no comportamento compensatório presente. A maioria dos pacientes apresenta o tipo purgativo, que inclui o uso de vômitos, laxantes e diuréticos para a compensação dos episódios de compulsão alimentar. Embora seja comum a presença de mais de um comportamento compensatório, 80 a 90% praticam vômitos auto-induzidos. O subgrupo de indivíduos com bulimia purgativa tende a ter mais comorbidades psiquiátricas que o tipo não-purgativo[4].

Cabe salientar também que, na década de 1980, passou-se a reconhecer a existência de outros transtornos alimentares ditos atípicos, sem outra especificação (SOE) ou não-especificados (TANE). Embora não correspondam exatamente aos critérios da AN ou da BN, alguns quadros apresentam ao menos parte das características destas e são vistos como síndromes parciais das mesmas[3;7].

A utilidade clínica da diferenciação entre pacientes com síndromes completas e quadros parciais é bastante questionável[7;8]. Estudiosos do assunto sugerem que indivíduos que não apresentem todos os critérios diagnósticos para AN e BN devam receber a mesma abordagem terapêutica preconizada para aqueles com síndromes completas[9]. O atendimento adequado desses pacientes, a maioria mulheres, requer alta complexidade, com o envolvimento de profissionais treinados em diversas áreas da saúde como psiquiatras, clínicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e terapeutas

de família[9;10]. A necessidade de uma equipe interdisciplinar é determinada, em grande parte, pelos fatores biológicos, familiares, socioculturais e psicológicos que interagem no desencadeamento e manutenção destes quadros[9;10].

Nas últimas décadas os TAs têm sido alvo de crescente interesse em nossa sociedade, em parte devido a uma maior divulgação de suas principais síndromes clínicas tanto nos meios científicos como na imprensa leiga[2;8]. No Brasil os TAs também vêm apresentando destaque, em especial após a morte de jovens modelos, derrubando um dos antigos preconceitos acerca da inexistência desses quadros em países em desenvolvimento[11].

A prevalência da AN durante a vida é estimada em 0,5 a 1% e a da BN em 1 a 3%[4;8]. Cerca de 90% dos casos ocorre em mulheres, aparecendo tipicamente na adolescência e início da fase adulta[4;8]. Considerando os quadros de TANE, que são os mais comuns, os TAs podem acometer até 10% de mulheres jovens[10].

O aumento da prevalência de comportamentos alimentares anormais, que elevam o risco de desenvolver um TA, vem sendo observado[12-15]. A perturbação em atitudes e comportamentos alimentares tem sido documentada em até 29% de meninas entre 10 e 18 anos[14;15] e uma crescente preocupação com o próprio corpo também tem sido encontrada entre adolescentes de ambos os sexos[12]. Estudo de base populacional realizado no sul do Brasil encontrou uma prevalência de 11% de comportamentos alimentares anormais em mulheres entre 12 e 29 anos[16]. Essas tendências indicam que os TAs continuarão sendo uma grave ameaça à saúde de crianças, adolescentes e adultos nos próximos anos.

No entanto, a natureza e o impacto psíquico desses transtornos ainda não são completamente entendidos[17] e os resultados de sucesso terapêutico estão muito mais focados em alterações comportamentais e sintomáticas do que em desfechos maiores

como funcionalidade ou qualidade de vida[18-20]. Uma das dificuldades de pesquisa em TA se deve à freqüente coexistência de traços psicopatológicos (depressão, ansiedade, obsessão, impulsividade) que aumentam a gravidade e pioram o prognóstico da doença[21;22]. Mesmo aqueles que conseguem o controle de seus sintomas alimentares, apresentam dificuldades persistentes em vários aspectos de suas vidas. Se não tratados de forma precoce e efetiva, os TAs tendem a cronificar e causar importantes prejuízos na funcionalidade do paciente e sua família[18;23;24].

4.2. A Funcionalidade

O conceito de funcionalidade é complexo e envolve diferentes domínios como as capacidades para trabalhar, estudar, viver independentemente, ter relacionamentos, conseguir se divertir, entre outros[25;26].

A relevância da avaliação da funcionalidade nos transtornos psiquiátricos está vinculada ao fato de ser o prejuízo um dos critérios diagnósticos para a definição de transtorno mental[4] e, em geral, um fator desencadeante da busca por tratamento[24].

Entre os instrumentos disponíveis para aferir o impacto dos sintomas psiquiátricos na funcionalidade, a *Global Assessment of Functioning* (GAF)[4;27] é um dos mais usados, constituindo inclusive o eixo V da avaliação multiaxial do DSM-IV-TR. A GAF é dividida em 10 faixas de funcionamento e cada uma delas apresenta dois componentes: a primeira parte se refere à gravidade dos sintomas e a segunda, aos funcionamentos psicológico, social e ocupacional. A atribuição de uma pontuação envolve a escolha de um único valor que melhor reflita o nível geral de funcionalidade do indivíduo. O escore varia de 0 a 100 e se divide em faixas de 10 pontos. Nas

situações em que a gravidade dos sintomas e o nível de funcionamento do indivíduo são discordantes, a pontuação final sempre refletirá o pior resultado. A GAF, no entanto, não fornece dados específicos sobre quais as áreas da funcionalidade estão deficientes.

Outra escala utilizada na aferição global da funcionalidade, derivada da GAF é a *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS)[4]. No entanto, a SOFAS reflete o nível de funcionamento social e ocupacional do indivíduo, não considerando se o prejuízo se deve a sintomas psicológicos ou físicos[28]. A pontuação também varia de 0 a 100 e é dividida em faixas de funcionamento[4;28].

Com o objetivo de avaliar os domínios sociais, ocupacionais e emocionais da funcionalidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu a *WHO Disability Assessment Schedule* (WHO-DAS)[29]. No entanto, a WHO-DAS é um questionário extenso, constituído de 36 itens, que não considera domínios relevantes para transtornos psiquiátricos, como o funcionamento cognitivo. Outros instrumentos como *Health Related Quality of Life* (HRQoL)[30], *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS)[31], *Life Functioning Questionnaire* (LFQ)[32], *Sheehan Disability Scale*[28] e *Short Form-36 Health Survey* (SF-36)[33] também avaliam a funcionalidade. Todas essas escalas, entretanto, são baseadas no auto-julgamento do paciente, e o caráter psicopatológico de muitos transtornos psiquiátricos, como a presença de sintomas de pensamento e alteração de juízo crítico, parece interferir nesta avaliação[34;35].

Entre os instrumentos auto-aplicáveis acima citados, um dos mais usados nos estudos em TA é o SF-36, que avalia a percepção de dor física e bem-estar emocional na habilidade dos indivíduos na realização das tarefas diárias, desempenho no trabalho e participação em atividades sociais[23]. A escala original contém 36 itens que são combinados em 8 subescalas: funcionamento físico, funcionamento físico global, dor

corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, funcionamento emocional e saúde mental. A avaliação é referente às últimas 4 semanas. Os escores de todas as subescalas variam de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação, melhor o estado de saúde[28].

A SF-12 consiste na versão reduzida da SF-36. Os 12 itens da SF-12 são sumarizados em 2 subescalas - *Physical Component Summary scale* (PCS) e *Mental Component Summary scale* (MCS) – desenvolvidas para avaliar o prejuízo no funcionamento diário associado a problemas de saúde física e mental. A média esperada de cada subescala é de 50 com desvio-padrão (DP) de 10. Escores mais baixos indicam níveis de prejuízo maiores[30]. No entanto, conforme mencionado anteriormente, tanto a SF-36 quanto a SF-12 são auto-aplicáveis, o que torna problemático o seu uso em indivíduos com juízo crítico prejudicado.

Outro instrumento que avalia o funcionamento social e já foi aplicado em indivíduos com TA[36;37] é o *Groningen Social Disability Schedule* (GSDS-II). Trata-se de uma entrevista semi-estruturada que avalia 8 papéis sociais do indivíduo[38]. No entanto, de acordo com estudo multicêntrico, o GSDS-II não apresentou confiabilidade suficiente para a avaliação da gravidade da disfunção desta população nos diferentes papéis sociais[39].

A literatura evidencia uma falta de padronização entre os instrumentos usados para aferir funcionalidade[26;40]. Observa-se que os pesquisadores têm avaliado um ou dois domínios da funcionalidade, mas falham em estudar todos os domínios necessários para uma adequada análise da capacidade funcional do indivíduo[40]. Em parte, isso se deve à falta de instrumentos disponíveis para aferição das deficiências funcionais em psiquiatria, o que gera resultados parciais sobre as reais dificuldades apresentadas por estes pacientes[25].

Neste contexto, a FAST (*Functioning Assessment Short Test*) foi desenvolvida com o objetivo de suprir estas deficiências e ser uma escala de fácil aplicação, rápida e objetiva, capaz de avaliar as reais dificuldades no funcionamento psicossocial de pacientes com transtornos psiquiátricos[25]. A FAST avalia dificuldades objetivas e, por isto, não é uma escala de qualidade de vida. Sua estrutura permite detectar mudanças ocorridas em um mesmo paciente em diferentes estados de humor (depressão, mania ou eutimia), bem como mudanças causadas por diferentes tratamentos, melhora ou piora dos sintomas[25;34;41]. A FAST é composta de 24 itens que se agrupam em seis áreas específicas de funcionamento: **autonomia** (capacidade de responsabilizar-se e exercer atividades sozinho), **trabalho** (capacidade de trabalhar, desempenhar suas funções no trabalho e ser remunerado de acordo com seu nível de escolaridade), **cognição** (capacidade de concentração, atenção, raciocínio, aprendizagem e memória para atividades cotidianas), **finanças** (capacidade de administrar o dinheiro e fazer compras equilibradas), **relações interpessoais** (relacionamentos com amigos, família, atividades sociais, satisfação sexual e desempenho em defender suas idéias e ideais) e **lazer** (capacidade de praticar esportes e atividades de lazer)[25].

4.3. A Funcionalidade nos Transtornos Alimentares

O impacto dos transtornos alimentares (incluindo os quadros parciais) no funcionamento global do indivíduo tem sido documentado[22;24;42-51], assim como a associação de morte prematura e pobre funcionamento psicossocial em pacientes com TAs[45;47;52]. Os resultados dos estudos que avaliam a qualidade de vida dos indivíduos com TA como um todo mostram invariavelmente que estes apresentam

maiores prejuízos em quase todos os escores da qualidade de vida, principalmente no que diz respeito ao aspecto mental ou domínios que o compõe, quando comparados a indivíduos sem TA ou à população normativa[17;18;30;35;53-55].

De fato, esses estudos sugerem que tanto a AN quanto a BN parecem estar associadas a maiores prejuízos emocionais e sociais do que físicos[17;18;30;53;56]. Na avaliação subjetiva do domínio social, os relacionamentos íntimos, familiares, e de amizade mostraram-se fortemente impactados pelo transtorno alimentar[57]. A gravidade do quadro parece estar diretamente relacionada ao prejuízo, de modo que quanto mais grave a sintomatologia alimentar, pior a qualidade de vida[23;56]. Estudos de seguimento sugerem que o prejuízo no funcionamento social associado à BN e à AN pode persistir apesar da remissão dos sintomas de TA[22;58;59]. O impacto de ter história de TA na adolescência foi avaliado por Striegel-Moore et al. (2003)[51] em mulheres da comunidade, mostrando pobre ajuste psicossocial associado a fatores como baixa escolaridade, desemprego recente, baixa auto-estima, sintomas depressivos, insatisfação com a própria vida e baixo suporte social e familiar.

Visando a padronização de estudos de seguimento de TA, foi elaborada a *Morgan-Russel Outcome Assessment Schedule*[60], entrevista estruturada que avalia hábitos alimentares, peso, estado mental e atitudes relacionadas ao TA. As informações são provenientes do paciente e de familiares, mas a escala foi delineada mais especificamente para o acompanhamento de casos de AN. O instrumento mostrou-se útil para a pesquisa de fatores preditores de melhora do quadro, mas sua pontuação parece não discriminar sintomas e funcionalidade.

Em estudo de Bijl e Ravelli (2000)[61] que aplicou a SF-36 em grande amostra populacional holandesa, a funcionalidade de indivíduos com TA foi comparável à de indivíduos com esquizofrenia. Em estudo comunitário australiano de Mond et al.

(2004)[24], com o instrumento SF-12, indivíduos com TA mostraram prejuízos na funcionalidade similares àqueles com transtornos de humor e superiores àqueles com transtornos de ansiedade. Entre os comportamentos alimentares anormais, o uso de métodos extremos para o controle de peso, em particular os vômitos auto-induzidos, foram associados aos maiores níveis de disfunção[24]. Ainda neste estudo, as compulsões alimentares objetivas foram associadas a prejuízos consideráveis, o que não foi observado em relação à prática de exercícios físicos.

De acordo com estudo de Rymaszewska et al. (2007)[37], a gravidade dos sintomas psicopatológicos seria um fator mais determinante do nível de funcionamento social que o diagnóstico psiquiátrico específico do paciente. No entanto, em análise controlada para idade e gravidade do transtorno, o prejuízo no funcionamento social foi maior em indivíduos com transtornos alimentares e transtornos de personalidade quando comparados com indivíduos com outras patologias (esquizofrenia, transtornos de humor e transtornos de ansiedade) no momento da admissão em internação psiquiátrica[37]. No referido estudo, a avaliação do funcionamento social foi feita através da entrevista semi-estruturada *Groningen Social Disability Schedule* (GSDS-II).

Os TAs apresentam efeitos específicos no funcionamento psicossocial[43]. A supervalorização da forma e peso corporais interfere na habilidade dos indivíduos em conviver com os outros e em formar relacionamentos íntimos. Da mesma forma, as preocupações com a alimentação e suas expressões afetam o humor, o funcionamento cognitivo e os relacionamentos familiares.

No que se refere às diferenças na qualidade de vida entre os subgrupos diagnósticos de TA, os resultados dos estudos foram discrepantes. De La Rie et al.(2005)[18] não encontraram diferenças significativas. Doll et al.(2005)[53] relataram que indivíduos com AN do subtipo restritivo apresentavam menor prejuízo na subescala

de saúde mental pelo SF-36 do que aqueles com AN do subtipo purgativo e BN, além de maior satisfação na subescala de relacionamento social do WHOQOL-BREF[62]. Padierna et al.(2000)[17] observaram maior deterioração nos relacionamentos familiares e sociais em pacientes com AN, em comparação a pacientes com BN, embora ambos tenham apresentado dificuldades nas relações emocionais. Nessa mesma linha, González-Pinto et al. (2004)[63], em estudo realizado somente com pacientes com AN, encontraram pontuações mais baixas nos itens saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde com a escala SF-36. Além disso, neste mesmo estudo, a existência de comportamentos purgativos foi fortemente associada ao prejuízo nos componentes mental e físico, bem como ao impacto na qualidade de vida global. Contudo, os autores observaram desvios-padrão muito altos, tanto na subescala de limitações por aspectos físicos, quanto na de limitações por aspectos emocionais.

Aspectos da psicopatologia do transtorno alimentar dificultam a avaliação da qualidade de vida. Características egossintônicas da AN, como o rígido controle da ingestão alimentar e a conseqüente perda de peso, fazem com que a qualidade de vida percebida por estes pacientes possa ser relativamente boa, apesar do fato da AN ser o TA mais grave em termos de necessidades de tratamento e prognóstico[64]. A avaliação da qualidade de vida na AN do subtipo restritivo parece ser especialmente problemática, já que a perda de peso é alcançada na ausência de aspectos mais egodistônicos da psicopatologia do TA, como é o caso dos episódios de compulsão alimentar e purgação que ocorrem na AN do subtipo purgativo e na BN. No entanto, existem evidências objetivas de prejuízo nos indivíduos com quadros restritivos de TA[22;60;64].

As dificuldades encontradas na avaliação da qualidade de vida em alguns subgrupos de TA levantaram o questionamento sobre a adequação de medidas

genéricas na avaliação desses pacientes. Isso levou alguns pesquisadores a desenvolverem instrumentos de qualidade de vida específicos para TAs[50;65-68] como o *Eating Disorders Quality of Life Scale* (EDQLS)[66] e o *Health-Related Quality of Life for Eating Disorders* questionnaire (HeRQoLED)[50]. No entanto, estas escalas são baseadas na avaliação subjetiva do paciente e, assim como os instrumentos genéricos auto-aplicáveis, também apresentam a limitação de refletir a natureza egossintônica da psicopatologia do TA, especialmente da AN do subtipo restritivo.

Outra escala desenvolvida especificamente para indivíduos com TA foi a *Clinical Impairment Assessment* (CIA)[43], com o objetivo de aferir o prejuízo geral e o prejuízo da psicopatologia alimentar nos domínios pessoal, cognitivo e social. O instrumento apresentou boas propriedades psicométricas em estudo numa amostra de 123 pacientes que incluiu predominantemente indivíduos com BN ou quadros parciais, sendo que apenas 8 apresentavam diagnóstico de AN[43]. De fato, a CIA é auto-aplicável e, portanto, também apresenta os mesmos problemas acima descritos para este tipo de escala.

Neste contexto, a funcionalidade parece ser um construto mais adequado e consistente para mensurar o impacto da psicopatologia do TA, e uma avaliação objetiva pode ser a estratégia mais indicada para essa população.

5. JUSTIFICATIVA

O aumento da prevalência de comportamentos alimentares anormais, que elevam o risco de desenvolver um TA, indica que estes transtornos continuarão sendo uma grave ameaça à saúde de crianças, adolescentes e adultos nos próximos anos. As limitações na compreensão da natureza e impacto dos TAs, bem como as dificuldades na sua prevenção e tratamento, justificam a necessidade de mais estudos nesta área.

A relevância da avaliação da funcionalidade nos TAs está vinculada ao fato de ser o prejuízo um dos critérios diagnósticos para a definição do transtorno mental e fator motivador da busca por recursos terapêuticos. Considerando a morbidade e mortalidade destes transtornos, é importante entender melhor o impacto funcional que provocam. Uma estimativa dos prejuízos diretos e indiretos associados é fundamental para a alocação de recursos de saúde para esta população.

Além dos poucos estudos sobre funcionalidade nos indivíduos com TA, há uma falta de padronização entre os instrumentos usados para medir este construto e falhas na avaliação de todos os domínios necessários para uma adequada análise da capacidade funcional do indivíduo. A literatura também evidencia limitações importantes na aferição da funcionalidade com instrumentos auto-aplicáveis nesta população. Ainda, a utilização de escalas que não sejam específicas para TA possibilita a comparação com outros transtornos psiquiátricos.

6. HIPÓTESE DE PESQUISA

- Os transtornos alimentares estariam associados a importantes prejuízos na funcionalidade.

- Os indivíduos com anorexia nervosa do subtipo restritivo, assim como quadros parciais de sintomatologia predominantemente restritiva, também apresentariam prejuízos na funcionalidade semelhantes aos de indivíduos com comportamentos purgativos (AN subtipo purgativo, BN e quadros parciais).

- O uso de um instrumento objetivo para avaliar a funcionalidade e os domínios mais comprometidos, poderia refletir de forma mais confiável o impacto dos TAs, que tende a ser minimizado por indivíduos com psicopatologia egossintônica.

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo geral

- Comparar a funcionalidade de pacientes adultas com sintomatologia predominantemente restritiva (AN do subtipo restritivo e quadros parciais) com a de pacientes com síndromes purgativas (AN do subtipo purgativo, BN e quadros parciais) através da escala *Functioning Assessment Short Test* (FAST).

7.2. Objetivos específicos

- Investigar os domínios da funcionalidade mais comprometidos nos indivíduos com diagnóstico de TA.
- Avaliar as propriedades psicométricas da FAST nesta amostra de pacientes e controles.

8. MÉTODOS

8.1. Delineamento

- Estudo transversal com grupo controle.

8.2. Amostra

Uma amostra consecutiva de mulheres com diagnósticos de AN, BN ou quadros parciais de TA (TANE) que foram encaminhadas a tratamento no Programa de Transtornos Alimentares em Adultos (PTA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e um grupo controle de mulheres saudáveis foram recrutadas de agosto de 2008 a junho de 2010. Os diagnósticos psiquiátricos foram baseados em avaliação clínica e aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0.0), de acordo com critérios do DSM-IV-TR. Os critérios de exclusão foram doenças neurodegenerativas, sintomas psicóticos e retardo mental.

As controles foram funcionárias e estudantes do HCPA e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como critério de inclusão não ter diagnóstico ou história de TA, nem de outros transtornos psiquiátricos.

A diferenciação entre os grupos de TA em subtipos restritivo e purgativo foi feita com base na avaliação clínica e questionários auto-aplicáveis sintomáticos específicos. As pacientes que referiam um ou mais episódios de purgação (vômitos auto-induzidos ou abuso de diuréticos e laxativos) relacionados a preocupações com forma e peso corporal durante as últimas 4 semanas foram classificadas no grupo de TA purgativo (grupo PP). Este grupo incluiu indivíduos com diagnósticos de AN subtipo purgativo, BN

e TANE (quadro parcial de TA com purgações). As pacientes que não apresentavam comportamentos purgativos foram definidas como o grupo de TA restritivo (grupo RP), que incluiu aquelas com diagnósticos de AN subtipo restritivo ou TANE (quadro parcial de TA sem purgações). Além disso, a amenorréia não foi imprescindível para o diagnóstico de AN[6]. Indivíduos que referiam 12 ou mais episódios de compulsão alimentar seguidos de purgação nos últimos 3 meses e que apresentavam IMC[69] maior ou igual a 20 receberam diagnóstico de BN.

8.3. Instrumentos

8.3.1. Avaliação clínica e sócio-demográfica

A avaliação clínica foi realizada de acordo com o protocolo do PTA (Anexo 1) que inclui escalas de psicopatologia de TA (*Eating Attitudes Test* - EAT-26[70-73] ; *Body Shape Questionnaire* - BSQ[74-76] ; *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* - BITE[77;78]), sintomas psiquiátricos gerais (*Symptom Checklist-90* - SCL-90[79;80]), sintomas depressivos (*17 item Hamilton Depression Rating Scale* - HDRS-17[81]), e informações sócio-demográficas. O peso e a altura foram medidos como parte da avaliação inicial, permitindo o cálculo do IMC (kg/m^2)[69].

8.3.2. Avaliação da funcionalidade

O prejuízo na funcionalidade foi aferido com a FAST[25] e a *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF)[27].

A FAST é uma escala hetero-aplicada, desenvolvida para a avaliação global da funcionalidade e seus vários domínios em pacientes psiquiátricos. Trata-se de um instrumento válido e confiável em pacientes com transtorno bipolar[25;41] e indivíduos em primeiro episódio psicótico[82].

A FAST é composta por 24 itens que permitem a avaliação de 6 áreas específicas do funcionamento:

- 1) Autonomia: capacidade do indivíduo em fazer atividades por conta própria e em tomar suas próprias decisões;
- 2) Ocupação: capacidade em manter um trabalho remunerado, desempenhar as tarefas de trabalho, ser remunerado adequadamente e de acordo com seu nível de escolaridade;
- 3) Cognição: capacidade de concentração, atenção, raciocínio, aprendizagem e memória para atividades básicas do dia-a-dia;
- 4) Finanças: capacidade de administrar o dinheiro e fazer compras equilibradas;
- 5) Relacionamentos interpessoais: relações com amigos, família, atividades sociais, satisfação sexual e desempenho em defender suas idéias e ideais;
- 6) Lazer: capacidade de praticar esportes e atividades de lazer.

A valoração de cada item é feita de acordo com escala *likert* de 4 pontos, sendo zero quando não há dificuldade e 3 quando existe grave dificuldade, de forma que o escore total varia de zero a 72. A escala deve ser aplicada por clínico ou pesquisador treinado e o período de tempo padrão a ser avaliado é referente aos últimos 15 dias. As

limitações que o paciente apresenta devem ser avaliadas de acordo com funcionalidade normal esperada para uma pessoa de mesmo sexo, idade e nível sócio-cultural[25].

Além disso, deverão ser consideradas informações adicionais obtidas através do companheiro (a) ou familiar próximo. Dessa forma, como é uma avaliação objetiva, a pontuação deve refletir a avaliação do clínico e não, necessariamente, a descrição do paciente.

Os autores[25] sugerem como ponto de corte para medida de prejuízo funcional clinicamente relevante um escore total de 11 em amostra espanhola de indivíduos com transtorno bipolar, uma vez que este valor melhora as propriedades discriminantes do instrumento, obtendo uma sensibilidade de 72% e uma especificidade de 87%. As propriedades psicométricas da FAST em pacientes com transtorno bipolar do Brasil e Espanha mostrou alta consistência interna (com um alfa de Cronbach acima de 0.9 para todos os itens), forte validação concorrente e validação discriminante. A confiabilidade teste-reteste mostrou resultados muito semelhantes. A validação concorrente baseada no prejuízo funcional de acordo com a GAF mostrou uma forte e significativa correlação negativa[25]. A FAST está traduzida em vários idiomas. No presente estudo usamos a versão da FAST em português[41] e apenas um dos autores avaliou todas as pacientes e controles (C.M.M.).

8.4. Análise estatística

As estatísticas descritivas das variáveis clínicas e sócio-demográficas foram expressas como médias e desvios-padrão (DP) para as variáveis quantitativas, e como frequências e porcentagens para as variáveis nominais.

As médias dos escores das escalas EAT, BSQ, BITE, SCL-90, HDSR-17, GAF, FAST e suas subescalas foram comparadas entre as pacientes do grupo purgativo de TA, pacientes do grupo restritivo de TA e controles saudáveis através da ANOVA. Os dados demográficos e os transtornos psiquiátricos comórbidos foram analisados usando o teste exato de Fisher. As correlações entre os escores dos instrumentos sintomáticos foram calculadas com o teste de Pearson. A consistência interna da FAST foi calculada para a população deste estudo usando alfa de Cronbach.

Com o objetivo de avaliar o impacto de ter um transtorno alimentar nos escores globais da FAST, controlando para possíveis fatores de confusão, aplicou-se um modelo de regressão linear múltipla que incluiu idade, escolaridade, renda, estado marital, índice de massa corporal (IMC) e escores de SCL-90.

Todas as análises foram realizadas usando a versão 18.0 do SPSS, o nível de significância adotado foi de 0,05 e todos os testes utilizados foram bicaudais.

8.5. Considerações éticas

Todas as participantes receberam informações sobre os objetivos do estudo e foram solicitadas a assinar o termo de consentimento informado (Anexo 2) previamente à avaliação. Foi assegurada a ausência de vinculação da concordância em participar do estudo com a continuidade do tratamento no PTA-HCPA. Foi garantido pelos entrevistadores o caráter confidencial da avaliação e a não veiculação da identidade dos indivíduos.

Este estudo abrangeu os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não-maleficência, veracidade e confidencialidade, sendo aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA sob protocolo de número 08-065.

9. ARTIGO

Submetido para publicação na revista: *Psychopathology*

(ISSN: 0254-4962)

“Assessment of functionality in eating disorders patients with Functioning Assessment Short Test (FAST) revealed similar impairment between restrictive and purgative subtypes”

Moser CM^{1,3}, Lobato MI^{2,3}, Rosa AR⁴, Thomé E^{1,3}, Ribar J^{1,3}, Primo L^{1,3}, Santos ACF¹, Brunstein MG^{1,3}

1. Adult's Eating Behavior Disorders Program (PTA), Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre (RS), Brazil

2. Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre (RS), Brazil

3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brazil

4. Bipolar Disorders Program, Institute of Neurosciences, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Spain

Partial results presented at the Rio International Eating Disorders and Obesity Conference, 19-20 November, 2010.

Submitted: January 2011, *Psychopathology*

Assessment of functionality in eating disorders patients with Functioning Assessment Short Test (FAST) revealed similar impairment between restrictive and purgative subtypes*

Authors:

Moser CM^{1,3}, Lobato MI^{2,3}, Rosa AR⁴, Thomé E^{1,3}, Ribar J^{1,3}, Primo L^{1,3}, Santos ACF¹, Brunstein MG^{1,3}**

1. Adult's Eating Behavior Disorders Program (PTA), Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre (RS), Brazil
2. Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre (RS), Brazil
3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brazil
4. Bipolar Disorders Program, Institute of Neurosciences, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Spain

* Partial results presented at the Rio International Eating Disorders and Obesity Conference, 19-20 November, 2010.

Tables 1, 2, 3 and 4 at the end of the manuscript.

* * Corresponding author:

Ramiro Barcelos, 2350/400N.

Postal code 90035-903

Porto Alegre- RS

Brazil

(55) 51-3359-8294/ (55) 51-8114-0007

mbrunstein@hcpa.ufrgs.br

Abstract

Background/Aims: The use of self-report questionnaires to assess impairment of eating disorders (EDs) has limitations derived from egosyntonic nature of symptoms. This study evaluated functionality using the Functioning Assessment Short Test (FAST), an interviewer scored scale that covers several aspects of functioning in psychiatric patients.

Method: A consecutive sample of 36 adult females with diagnosis of ED, according to DSM-IV, and 29 healthy controls were included. Patients were grouped into restrictive (RP) and purgative (PP) according to presence of purgative symptoms. Functioning was assessed by FAST and the Global Assessment of Functioning Scale (GAF).

Results: The mean scores of FAST were higher in patients (41.62 ± 13.94) than controls (8.14 ± 5.02) on all domains ($p < 0.001$). No differences were found on total scores of FAST between restrictive (39.70 ± 15.96) and purgative (43.54 ± 11.92) groups ($p = 0.44$). The Cronbach's alpha of FAST for the total sample was 0.865 and correlation between FAST and GAF was strong ($r = -0.92$, $p < 0.01$).

Conclusions: FAST scale appears to be a useful instrument to assess functioning in ED patients and with this objective evaluation restrictive and purgative subtypes presented similar impairment. Studies with larger samples are needed to replicate these results.

Introduction

Treatment outcome measurement in eating disorders (ED) has traditionally focused on changing behavior and symptoms, e.g. reducing purging or achieving healthy body weight, rather than on broader areas such as role functioning or quality of life (QoL).[1][2-4] The impact of EDs (including partial forms) on broader life functioning is well documented [5-16] and comparable with that of anxiety[9], affective disorders[9] and schizophrenia.[16] Moreover poor psychosocial functioning was related with premature death in ED.[17-19]

Among eating disorder behaviors, the use of extreme weight-control methods, in particular self-induced vomiting was associated with the highest levels of impairment. [9;20] Patients with restricting type of anorexia nervosa reported an inflated QoL (typically early in treatment), similar to healthy controls. [21] These would suggest that non-purging patients have better functioning than the purging ones. However there is objective evidence of adverse effects on health and functioning in restrictive clinical forms of ED.[22] Therefore, this may be an artifact of egosyntonic nature of symptoms which are difficult to depict with self report instruments. [21-26]

Most studies use generic instruments to assess “health-related quality of life” such as the World Health Organization Brief Quality of Life Assessment Scale (WHOQoL-Bref)[27] and Medical Outcomes Short Form-SF health survey 36 (SF-36).[28;29] Although valuable, these measures, developed originally to assess the impact of physical illnesses on everyday functioning, may miss important aspects of psychopathology peculiar to psychiatric diagnosis as ED. In order to avoid these drawbacks Bohn et al[6] developed a specific instrument to assess personal, cognitive and social impact of ED, but this is a self-report questionnaire with the limitations already mentioned.

Functioning could be a more suitable and consistent construct to measure the impact of psychopathology in ED. Assessment of the impact of psychiatric disorders is important for at least two reasons: first, it is often impairment that leads people to seek help and therefore a goal of treatment should be to reduce it [30]; secondly, the presence of clinically significant impairment is required to make a diagnosis of a mental disorder. [31] However, the concept of functioning is complex and involves many different domains including the capacity to work, capacity to live independently, capacity for recreation, capacity for romantic life, and capacity to study. [32;33]

Recently, all these aspects were integrated in a new and easy to apply scale, the Functioning Assessment Short Test (FAST) which fulfils the need of an assessment of multiple domains of psychosocial functioning in mental disorders. The FAST evaluate specific areas of functioning such as autonomy, occupational functioning, cognitive functioning, financial issues, interpersonal relationships and leisure time. Considering that the aforementioned items were identified as the main problems experienced by the mentally ill patients [34;35] and taking into account the performance and psychometric properties of FAST observed in subjects with bipolar disorder [32], the aim of the present study was to examine psychosocial functioning of ED patients with FAST. The psychometric properties of the FAST instrument in this specific population were also analyzed. We expect that the FAST would be a useful instrument to assess ED functional impairment and also that this objective evaluation could reveal impairment in restrictive patients as high as in purging patients'.

Methods

Design and participants

A consecutive sample of female out- and inpatients with a diagnosis of anorexia nervosa, bulimia nervosa or partial syndromes of anorexia nervosa and bulimia nervosa who were referred to the Adult's Eating Behavior Disorders Program (PTA) of Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA) and a group of healthy controls were recruited from August 2008 to June 2010.

Psychiatric diagnoses, based on clinical assessment, were made according to DSM-IV criteria. Exclusion criteria were diagnosis of neurodegenerative disorders, psychotic symptoms or mental retardation. Controls were recruited among HCPA's and Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS)'s workers and students. They were screened to rule out any history of eating disorders and other psychiatric diseases and were balanced by age.

All participants received information about the study goals and provided written informed consent. Procedures described in this study fulfill the requirements of the National Health Council of Brazil (Resolution 196/1996) and the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) and received approval from the local Research Ethics Committee.

Differentiation of restricting and purging subtypes of eating disorders was made on the basis of clinical evaluation and participants' self-report questionnaires responses. Individuals who reported one or more episodes of purging (i.e. self-induced vomiting and/or misuse of laxatives or diuretics) for weight or shape reasons during the preceding 4 weeks were classified as purging eating disorders (purging anorexia, bulimia nervosa or purging partial syndromes), while individuals who did not report any such episodes were classified as restrictive eating disorders (restrictive anorexia nervosa or restrictive

partial syndromes). In addition, cessation of menstruation was not required for the diagnosis of anorexia nervosa.[36] Individuals who reported 12 or more episodes of binge eating over the past 3 months and purging, with BMI [37] equal or above 20 were classified as bulimia nervosa.

Instruments

Clinical and socio-demographic assessment

Clinical assessment included scales of eating disorder psychopathology (*Eating Attitudes Test* - EAT-26 [38-41] ; *Body Shape Questionnaire* - BSQ [42-44]; *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* - BITE [45;46]), general psychological distress (*Symptom Checklist-90* - SCL-90 [47;48]), depressive symptoms (*17 item Hamilton Depression Rating Scale* - HDRS-17) [49], and socio-demographic information. Height and weight were measured as part of the intake assessment, enabling calculation of body-mass index (BMI kg/m²).

Functioning assessment

Impairment in role functioning was assessed by the *Functioning Assessment Short Test* (FAST) [32], and the *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF). [50]

FAST is an interviewer-administered instrument designed to evaluate overall and multiple domains of functioning in psychiatric patients. It was a reliable and valid measure in patients with bipolar disorder [32;51], and subjects with first psychotic episode.[52] The FAST scale consists of 24 items which allow the assessment of six specific areas of functioning: 1) *Autonomy* (capacity of the patient to do things alone and take his/her own decisions); 2) *Occupational functioning* (capacity to maintain a paid job, efficiency of performing tasks at work, working in the field in which the patient was

educated and earning according to the level of the employment position); 3) *Cognitive functioning* (ability to concentrate, perform simple mental calculations, solve problems, learn new information and remember learned information); 4) *Financial issues* (capacity of managing the finances and spending in a balanced way); 5) *Interpersonal relationships* (relations with friends, family, involvement in social activities, sexual relations and the ability to defend ideas and opinions); 6) *Leisure Time* (capacity of performing physical activities and the enjoyment of hobbies).

The items are rated using a 4-point scale from 0= no difficulty to 3= severe difficulty, with a total range between 0 and 72. The authors suggest as a disability measure a cut-off point above 11 in subjects with bipolar disorder, because this value improved the test's discriminant properties, obtaining a sensitivity of 72% and a specificity of 87%. [32] The psychometric properties of the FAST in Brazilian and Spanish patients with bipolar disorder showed high internal consistency (total items had a Cronbach's alpha above 0.9), strong concurrent validity, and discriminant validity. The test-retest reliability showed very similar results. Concurrent validity based on functional impairment according to GAF scale showed a highly significant negative correlation. [32] The instrument is available in several languages. We use the Portuguese version of FAST [51] and only one author tested all patients and controls (C.M.M.).

Statistical Analysis

Descriptive statistics of socio-demographic and clinical variables were evaluated using means and standard deviations (SD) for quantitative variables, and frequencies and percentages for nominal data.

Mean scores of EAT, BSQ, BITE, SCL-90, HDSR-17, GAF, FAST and its subscales were compared between purging patients, restrictive patients and healthy

controls by means of ANOVA. Demographic data and comorbid psychiatric disorders were analyzed using Fischer's exact test. Internal consistency of FAST was analyzed using the Cronbach's alpha. Correlation between FAST and GAF scores was calculated with Pearson's test. Total scores of FAST of three groups (PP, RP and C) were also compared using a one-way ANOVA.

Linear regression model was applied to analyze the influence of having an eating disorder on global scores of FAST adjusting for possible confounders, such as age, education level, income, marital status, body mass index (BMI) and scores of SCL-90. All analyses were conducted using SPSS version 18.0, significance was considered as $p < 0.05$ with a power of 95%.

Results

We recruited 36 eating disorder patients and 29 healthy controls. Ten patients had restrictive ED symptoms: 7 with restrictive anorexia nervosa and 3 with partial restrictive syndrome; and 26 patients had purging ED symptoms: 9 with purgative anorexia nervosa, 15 with bulimia nervosa and 2 with partial purgative syndromes.

As shown in **Table 1**, there were no significant differences in age between the three groups and the sample was composed of 77.8% outpatient and 22.2% inpatient. The majority of subjects completed high school, and patients had lower income. The majority of restrictive patients and healthy subjects were single while 46.2% of purgative patients had a partner. Ninety eight percent of total sample were Caucasian.

Also, BMI was significantly higher in patients with purgative ED when compared to other groups. The scores of EAT and SCL90 was significantly higher for eating disorder patients (purging and restrictive) than control subjects. The two groups of patients did not have significant differences on age of onset, age of diagnoses,

chronicity, months on treatment and scores of EAT, HDRS and SCL-90. The SCL-90 subscales were also similar between both groups of patients (data not shown). The scores of the BITE, BITE severity and BSQ were significantly higher in purgative patients, as we expected, because these patients are more aware of their illness (**Table 1**).

The FAST's internal consistency coefficient obtained was high, with Cronbach's alpha of 0.865, for the total scale, indicating that the items are sufficiently homogeneous and valid for this population. Also there was a strong and significant correlation between FAST and GAF $r = -0.92$, $p < 0.01$ (**Table 2**), indicating concurrent validity between them. Therefore patients with poor functioning obtained high scores on FAST and low scores on GAF.

The mean scores of FAST show that eating disorder patients taken together scored significantly higher than control subjects on all domains (autonomy, work, cognition, finances, relationships and leisure). No differences were found on total scores of FAST between restrictive and purgative groups. However on multiple comparisons restrictive patients' scores on finances domain did not differ from the healthy subjects' scores (**Table 3**).

The multiple linear regression model including age, level of education, income, marital status, BMI, scores of SCL-90 and a diagnosis of restrictive or purgative ED can explain 83% of the variance of FAST's global scores ($R^2 = 0.83$). Both purgative ($B = 18.93$; $\beta = 0.47$; $p < 0.001$) and restrictive ED ($B = 18.06$; $\beta = 0.33$; $p < 0.001$) groups presented higher scores of FAST than controls even after controlling for these possible confounders.

Table 2 shows correlations between FAST and the other rating scales. Besides the correlation between FAST and GAF, FAST also had strong and significant

correlations with EAT-26 ($r=0.74$, $p<0.01$), BITE ($r=0.78$ $p<0.01$), BITE severity ($r=0.68$ $p<0.01$), BSQ ($r=0.60$ $p<0.01$) and SCL-90 ($r=0.84$ $p<0.01$). However we did not find correlations between FAST and IMC or HDRS-17.

The prevalence of comorbidities in ED sample is high as we observe in **Table 4**. Phobias as a group and suicide attempts tended to be higher in purging patients using Fischer's exact test ($p=0.06$ both groups). Substance abuse and dismorphic disorder were not present in the group of restrictive patients.

Discussion

As we expected, the ED patients sample studied showed greater functional impairment across multiple domains compared to healthy control group. Moreover with the FAST scale, the restricting patients presented similar disability as purging patients, emphasizing the importance of using objective instruments to assess functioning in psychiatric illness, particularly eating disorders. Our results confirm previous findings demonstrating that individuals with EDs (including partial forms) present poor psychosocial adjustment [15;53] and impairment across a number of domains, including interpersonal relationships, family functioning, work and finances.[54] In our sample the finances domain had higher scores in the purgative group which may reflect the impulsivity of these patients.[55]

In fact, functioning takes into account the impact of illness, instead of the subjective feelings assessed by quality of life instruments. In mental illnesses characterized by an egosyntonic nature of the symptoms, as restrictive ED and maniac bipolar patients, quality of life or self-report instruments are not reliable and might not reflect the severity of psychopathology. [56] Mond et al (2005)[21] observed that patients with AN restrictive type presented better QOL scores than patients with all other types of ED; even after controlling for levels of general psychological distress their scores were similar to those of general population. Padierna et al (2000)[57] and Doll et al (2005)[25] found similar results, with AN participants reporting less subjective impairment. These findings were predictable considering that these patients may perceive weight loss as an improvement in their QoL[13] and the central purpose of these patients' lives is the maintenance of their emaciated state. [21] Moreover people with AN tend to underestimate the impact of illness on daily activities and often continue to be active and to work at extreme levels of starvation.[13;26]

FAST assesses specific domains of functioning and also identifies the level of impairment in each area; higher scores represent higher disability thus a negative correlation was demonstrated with GAF.[32] Studies using the GAF scale demonstrate functional impairment in this population [14;15] but GAF's score does not show impact on specific areas. Other functioning scales available are not specific for psychiatric patients and some of them required a longer time for administration. [58;59] Questionnaires specifically designed to evaluate ED patient's impairment restricts the possibility to compare with other psychiatric disorders. FAST was designed to be a simple, rapid, interviewer-administered instrument, focusing in the main difficulties experienced by patients suffering from mental disorders [32] and has already been validated for bipolar patients[32] and subjects with first psychotic episode.[52]

Consistent with other ED samples [60;61], most of our subjects had at least one comorbid psychiatric diagnosis, specially anxiety and affective disorders.[14] FAST showed strong correlation with specific eating disorder symptoms scales (EAT-26, BITE, BSQ) and no correlation with HDRS-17. Moreover, purgative and restrictive ED's groups presented higher scores of FAST than controls, even after multiple linear regression. There were no differences on global and subscales scores of SCL-90 between purgative and restrictive ED's groups, which were strongly associated with scores of FAST. Therefore, the poor functioning evidenced by high scores of FAST in ED patients, could possibly reflect the ED's specific psychopathology and general psychiatric symptoms that commonly co-occur.

The main limitation of our study is the small sample size, specially the restrictive ED group which did not allow for further validation analysis. The high FAST scores could reflect the chronic course of this adult sample with a large gap between the onset of symptoms and the beginning of treatment. However this finding is the rule for eating

disorders in adult population and a high degree of impairment is the major motivation for seeking help.[30] Another question is that we assessed patients in different moments of treatment in our program but the mean time of treatment in restrictive and purging groups was similar. The demographic differences between patients and controls could be an issue but these possible confounders were controlled in our analysis.

In the present study, FAST was sensitive to detect differences between subjects with ED and healthy controls, and showed adequate psychometric properties with a high Cronbach's alpha and a strong correlation with GAF. And despite the above limitations, our results suggest that both purgative and restrictive groups of eating disorder patients experienced impairment in multiple domains of functioning. The evaluation of functioning in eating disorder patients requires careful consideration. The use of subjective measures, as quality of life is unlikely to be helpful. FAST is a simple and promising interviewer-administered instrument for ED patients in clinical and research settings.

Acknowledgements:

The authors would like to thank Dr. Flávio Kapczinski to the assistance in the project and for review of this manuscript. This research was supported by FINE-CNPq and CAPES (GPPG/HCPA 08-065) and Psychiatric Association of Rio Grande do Sul (APRS). Adriane R. Rosa is funded by Spanish Ministry of Education through a Juan de la Cierva Contract (JCI-2009-04329).

Reference List

- 1 Adair CE, Marcoux GC, Cram BS, Ewashen CJ, Chafe J, Cassin SE, Pinzon J, Gusella JL, Geller J, Scattolon Y, Fergusson P, Styles L, Brown KE: Development and multi-site validation of a new condition-specific quality of life measure for eating disorders. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:23.
- 2 de la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF: Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res* 2005;14:1511-1522.
- 3 Miller PM: Redefining success in eating disorders. *Addict Behav* 1996;21:745-754.
- 4 Noordenbos G, Seubring A: Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eat Disord* 2006;14:41-54.
- 5 Blanz BJ, Detzner U, Lay B, Rose F, Schmidt MH: The intellectual functioning of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997;6:129-135.
- 6 Bohn K, Doll HA, Cooper Z, O'Connor M, Palmer RL, Fairburn CG: The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behav Res Ther* 2008;46:1105-1110.
- 7 Duchesne M, Mattos P, Fontanelle L, Veiga H, Rizo L, Appolinário J: Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of the literature. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;26:107-117.
- 8 Gureje O, Herrman H, Harvey C, Morgan V, Jablensky A: The Australian National Survey of Psychotic Disorders: profile of psychosocial disability and its risk factors. *Psychol Med* 2002;32:639-647.
- 9 Mond J, Rodgers B, Hay P, Korten A, Owen C, Beumont P: Disability associated with community cases of commonly occurring eating disorders. *Aust N Z J Public Health* 2004;28:246-251.
- 10 Mond JM, Hay PJ: Functional impairment associated with bulimic behaviors in a community sample of men and women. *Int J Eat Disord* 2007;40:391-398.
- 11 Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C: Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *Int J Eat Disord* 2007;40:399-408.
- 12 Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C: Comparing the health burden of eating-disordered behavior and overweight in women. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18:1081-1089.
- 13 Munoz P, Quintana JM, Las HC, Aguirre U, Padierna A, Gonzalez-Torres MA: Assessment of the impact of eating disorders on quality of life using the disease-specific, Health-Related Quality of Life for Eating Disorders (HeRQoLED) questionnaire. *Qual Life Res* 2009;18:1137-1146.

- 14 Striegel-Moore RH, Seeley JR, Lewinsohn PM: Psychosocial adjustment in young adulthood of women who experienced an eating disorder during adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:587-593.
- 15 Wentz E, Gillberg C, Gillberg IC, Rastam M: Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioning scales. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:613-622.
- 16 Bijl RV, Ravelli A: Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med* 2000;30:657-668.
- 17 Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, Mitchell JE: Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009;166:1342-1346.
- 18 Engel K, Wittern M, Hentze M, Meyer AE: Long-term stability of anorexia nervosa treatments: follow-up study of 218 patients. *Psychiatr Dev* 1989;7:395-407.
- 19 Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB: Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:179-183.
- 20 Mond J, Hay P, Rodgers B, Owen C, Crosby R, Mitchell J: Use of extreme weight control behaviors with and without binge eating in a community sample: implications for the classification of bulimic-type eating disorders. *Int J Eat Disord* 2006;39:294-302.
- 21 Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ: Assessing quality of life in eating disorder patients. *Qual Life Res* 2005;14:171-178.
- 22 Vitousek K, Watson S, Wilson GT: Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev* 1998;18:391-420.
- 23 The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-1409.
- 24 Burke L, Stifano T, Dawisha S: Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Health Qual Life Outcomes* 2010;4:79.
- 25 Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL: Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Qual Life Res* 2005;14:705-717.
- 26 Hay PJ, Mond J: How to 'count the cost' and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. *J Ment Health* 2010;14:539-552.
- 27 Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;28:551-558.
- 28 Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L: Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992;305:160-164.

- 29 Ware JE, Kosinski M, Keller SD: A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care* 1996;34:220-233.
- 30 Mond JM, Hay PJ, Darby A, Paxton SJ, Quirk F, Buttner P, Owen C, Rodgers B: Women with bulimic eating disorders: When do they receive treatment for an eating problem? *J Consult Clin Psychol* 2009;77:835-844.
- 31 American Psychiatric Association, Washington DC: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.; 2010.
- 32 Rosa AR, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, Comes M, Colom F, Van RW, Ayuso-Mateos JL, Kapczinski F, Vieta E: Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007;3:5.
- 33 Zarate CA, Jr., Tohen M, Land M, Cavanagh S: Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Q* 2000;71:309-329.
- 34 Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C: Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1635-1640.
- 35 Keller MB, Lavori PW, Friedman B, Nielsen E, Endicott J, McDonald-Scott P, Andreasen NC: The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:540-548.
- 36 Mitchell JE, Cook-Myers T, Wonderlich SA: Diagnostic criteria for anorexia nervosa: looking ahead to DSM-V. *Int J Eat Disord* 2005;37 Suppl:S95-S97.
- 37 WHO Expert Committee on Physical status: the Use and Interpretation of Anthropometry: in World Health Organization, (ed): 1995.
- 38 Garfinkel PE, Newman A: The eating attitudes test: twenty-five years later. *Eat Weight Disord* 2001;6:1-24.
- 39 Garner DM, Garfinkel PE: The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-279.
- 40 Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE: The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-878.
- 41 Nunes MA, Camey S, Olinto MT, Mari JJ: The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res* 2005;38:1655-1662.
- 42 Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG: The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987;6:485-494.
- 43 Rosen JC, Jones A, Ramirez E, Waxman S: Body Shape Questionnaire: studies of validity and reliability. *Int J Eat Disord* 1996;20:315-319.

- 44 Scagliusi FB, Polacow VO, Cordas TA, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, Lancha AH, Jr.: Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. *Percept Mot Skills* 2005;101:25-41.
- 45 Cordás TA, Hochgraf PO: O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. *J Bras Psiquiatr* 1993;42:141-144.
- 46 Henderson M, Freeman CP: A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br J Psychiatry* 1987;150:18-24.
- 47 DeRogatis LR, Lipman RS, Covi L: SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973;9:13-28.
- 48 DeRogatis LR: Symptom Checklist-90-Revised; in American Psychiatric Association, (ed): Handbook of psychiatric measures. 2000, pp 81-84.
- 49 Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- 50 Aas IM: Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry* 2010;9:20.
- 51 Cacilhas AA, Magalhaes PV, Cereser KM, Walz JC, Weyne F, Rosa AR, Vieta E, Kapczinski F: Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value Health* 2009;12:624-627.
- 52 Gonzalez-Ortega I, Rosa AR, Alberich S, Barbeito S, Vega P, Echeburúa E, Vieta E, Gonzalez-Pinto A: Validation and use of the functioning assessment short test (FAST) in first psychotic episodes. *Journal of Nervous and Mental Disease*. In press.
- 53 Herzog DB, Norman DK, Rigotti NA, Pepose M: Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students. *J Psychiatr Res* 1986;20:355-361.
- 54 Mitchell JE, Hatsukami D, Eckert ED, Pyle RL: Characteristics of 275 patients with bulimia. *Am J Psychiatry* 1985;142:482-485.
- 55 American Psychiatric Association, Washington DC: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text review- DSM-IV-TR; 2000.
- 56 Gazalle FK, Frey BN, Hallal PC, Andreatza AC, Cunha AB, Santin A, Kapczinski F: Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: a matter of unawareness of illness? *J Affect Disord* 2007;103:247-252.
- 57 Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ: The health-related quality of life in eating disorders. *Qual Life Res* 2000;9:667-674.
- 58 Ware JE, Jr., Sherbourne CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.
- 59 World Health Organization: WHO-DAS II Disability Assessment Schedule: Training Manual: a guide to administration: Classification, Assessment and Terminology

Team (CAT); in Department for Measurement and Health Information Systems., (ed): 2004.

- 60 Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB: Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995;152:1052-1058.
- 61 Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK: Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:843-859.

TABLE 1. Demographic and Clinical characteristics of subjects

Variable	PP Mean (SD) (n=26)	RP Mean (SD) (n=10)	C Mean (SD) (n=29)	Statistics (values)	Tukey ($p < 0.05$)
Age	32.65 (12.07)	30.9 (10.27)	26.44 (7.70)	2, 2.92, 0.06 ^a	n.s.
Education					
Incomplete elementary school	4 (15.4)	1 (10)	0 (0)	20.36, 0.001 ^f	n.a.
Elementary school	7 (26.9)	0 (0)	0 (0)		
High school graduate	13 (50)	7 (70)	17 (58.6)		
Complete graduate	2 (7.7)	2 (20)	12 (41.4)		
Household income					
< \$320,00	3 (11.5)	1 (10)	0 (0)	52.79, <0.001 ^f	n.a.
\$321,00 – \$1600,00	22 (84.6)	7(70)	2 (6.9)		
> \$1601,00	1 (3.8)	2(20)	27(93.1)		
Marital Status					
Single	14(53.8)	7 (70)	23 (79.3)	4.02, 0.128 ^f	n.a.
With partner	12 (46.2)	3 (30)	6 (20.7)		
BMI (kg/m²)	24.08 (6.11)	18.31 (1.48)	21.46 (2.37)	2, 7.24, < 0.001 ^a	PP > RP, C
Age of onset	18.23 (7.40)	19.50 (11.63)		1, 0.15, 0.79 ^t	n.a.
Age of diagnosis	29.81 (12.32)	28.60 (10.80)		1, 0.7, 0.78 ^t	n.a.
Chronicity	14.42 (10.34)	11.40 (6.26)		1, 0.74, 0.40 ^t	n.a.
Treatment (months)	9.00 (9.32)	6.50 (8.16)		1, 0.55, 0.46 ^t	n.a.
Rating Scales					
EAT-26	30.27 (13.03)	26.40 (24.00)	6.00 (4.39)	2, 27.21, < 0.000 ^a	PP, RP > C
BITE	18.85 (6.44)	11.90 (7.32)	4.28 (3.41)	2, 49.00, < 0.000 ^a	PP > RP > C
BITE-sever	13.81 (9.46)	6.00 (4.44)	0.93 (1.03)	2, 28.94, < 0.000 ^a	PP > RP, C
BSQ	136.42 (50.80)	97.80 (60.00)	63.24 (19.92)	2, 21.06, < 0.000 ^a	PP > RP, C
SCL-90	165.81 (73.42)	128.00 (79.07)	22.83 (88.14)	2, 44.20, < 0.000 ^a	PP, RP > C
HDRS-17	16.00 (7.22)	16.30 (6.48)	< 7	1, 0.01, 0.90 ^a	n.s.

PP= purgative patient, RP= restrictive patient, C= control, BMI= body mass index, SD= standard deviation;
^a = ANOVA ; ^t = Student's t test; ^f = Fisher's exact test;
n.a.= not applied; n.s.= non-significant.

TABLE 2. Correlations between rating scales:

	FAST	GAF	EAT-26	BITE	BITE_{sever}	BSQ	SCL-90	HDRS-17	BMI
FAST	-								
GAF	-.92**								
EAT-26	.74**	-.81**	-						
BITE	.78**	-.79**	.79**	-					
BITE _{sever}	.68**	-.73**	.78**	.79**	-				
BSQ	.60**	-.62**	.79**	.76**	.70**	-			
SCL-90	.84**	-.83**	.83**	.81**	.70**	.70**	-		
HDRS-17	.29	-.35*	.33	.15	.15	.05	.58**	-	
BMI	-.08	.4	.07	.04	.22	.29*	-.07	-.08	-

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

TABLE 3. Scores of FAST domains, results expressed in mean (standard deviation):

Variable	PP	RP	C	ANOVA (DF, F, <i>p</i>)	Tukey (<i>p</i> < 0.05)
FAST autonomy	5.58 (2.73)	6.30 (2.87)	1.14 (1.18)	2, 34.92, < 0.000	PP, RP > C
FAST work	11.85 (4.49)	11.10 (5.13)	1.21 (1.45)	2, 68.14, < 0.000	PP, RP > C
FAST cognition	9.27 (3.49)	7.00 (4.08)	2.54 (1.92)	2, 36.12, < 0.000	PP, RP > C
FAST finances	3.27 (2.33)	2.10 (2.28)	0.96 (0.96)	2, 36.38, < 0.000	PP > C, RP
FAST relationships	10.00 (3.72)	10.70 (4.88)	1.39 (1.89)	2, 59.36, < 0.000	PP, RP > C
FAST leisure	3.58 (2.30)	2.50 (1.43)	0.89 (0.88)	2, 15.72, < 0.000	PP, RP > C
FAST total	43.54 (11.92)	39.70 (15.96)	8.14 (5.02)	2, 90.26, < 0.000	PP, RP > C

PP= purgative patient, RP= restrictive patient, C= control.

TABLE 4. Comorbidities in Restrictive and Purgative ED (Fisher's Exact Test)

	PP % (n=26)	RP % (n=10)	<i>p</i>
Major Depression	50	50	1
Distimia	46,2	70	0,27
Suicide Attempts	69,2	30	0,06
Panic Disorder	61,5	40	0,28
Phobias	69	30	0,06
Agoraphobia	50	30	0,46
Social Phobia	46,2	20	0,26
Specific Phobia	34,6	20	0,69
OCD	26,9	40	0,45
PTSD	11,5	10	1
Generalized Anxiety	38,5	50	0,71
Substance Abuse	19,23	0	0,29
Dismorphic Disorder	11,54	0	0,54

PP= purgative patient, RP= restrictive patient, ED= eating disorders

10. RESULTADOS COMPLEMENTARES

Tendo em vista a observação de que o grupo de Transtorno Alimentar subtipo purgativo (PP) apresentou tendência estatística a diferir do grupo restritivo (RP), com maior prejuízo na área de finanças, mais histórico de tentativas de suicídio e mais comorbidade com fobias (agorafobia, fobias específicas e fobia social), foram realizadas análises complementares agrupando as pacientes de acordo com estas variáveis.

Dividindo a amostra total de pacientes de acordo com o histórico de tentativas de suicídio em grupo com histórico positivo (TS) e grupo sem histórico de tentativas de suicídio (S-TS), e aplicando um teste t para amostras independentes, observou-se que aquelas com histórico de tentativas de suicídio apresentaram maiores escores na FAST total e na área de finanças da FAST (em *itálico*, Tabela 1 abaixo). Não foram encontradas diferenças entre as escalas de Transtornos Alimentares (EAT, BITE, BSQ), IMC, tempo de doença, escores de SCL-90 e HDRS-17 entre os grupos.

Tabela 1: Escores nas escalas FAST, de sintomas alimentares, sintomas psiquiátricos gerais e depressão em pacientes com histórico (TS) e sem histórico de Tentativas de Suicídio (S-TS). Resultados em média(±DP):

	TS (n=21)	S-TS (n=15)	t	p
FAST autonomia	6,14 (2,59)	5,27 (2,96)	0,94	0,35
FAST trabalho	12,67 (3,75)	10,2 (4,4)	1,52	0,14
FAST cognição	9,1(3,63)	8 (3,94)	0,86	0,39
<i>FAST finanças*</i>	<i>3,67(2,28)</i>	<i>1,93(2,08)</i>	2,32	0,03*
FAST relacionamentos	11,05(3,89)	9 (4)	1,53	0,13
FAST lazer	3,67 (2,3)	2,73 (1,79)	1,3	0,2
<i>FAST total*</i>	<i>46,29 (12,16)</i>	<i>37,13 (12,7)</i>	2,18	0,04*
EAT	30,33 (14,9)	27,6 (18,95)	0,48	0,63
BITE	18,19 (7,31)	15,13 (7,14)	1,24	0,22
BSQ	132,62 (51,27)	116 (61,35)	0,88	0,38
IMC	22,75 (4,51)	22,08 (7,47)	0,33	0,74
Tempo TA	15,57 (10,08)	10,80 (7,84)	1,52	0,13
SCL-90	170,48 (75,41)	134,07 (63,69)	1,44	0,15
HDRS-17	17,14 (6,65)	14,6 (7,26)	1,08	0,28

No que se refere a variáveis demográficas, o grupo TS apresentou menor escolaridade (47,61% com menos de 8 anos de estudo) que o grupo S-TS (86,66% com mais de 8 anos de estudo) ($p=0,04$). A maioria das pacientes do grupo TS tinha

companheiro (61,9%), situação observada em apenas 13,33% do grupo S-TS ($p=0,006$). Não houve diferença entre os grupos em relação à renda familiar (maioria ganhava menos de 5 salários mínimos), idade, nem local de atendimento (maioria ambulatorial).

Ao dividirmos as pacientes de acordo com a presença de fobias (agorafobia, fobias específicas e/ou fobia social), observamos mais diferenças entre os grupos. O grupo com fobias apresentou maior IMC, escores mais altos de BSQ, SCL-90, FAST cognição e FAST lazer. Encontrou-se uma tendência do grupo com fobias a apresentar escores totais mais altos da FAST. Outro dado importante foi o maior tempo de transtorno alimentar no grupo com fobias. (em itálico, Tabela 2 abaixo).

Tabela 2: Escores nas escalas FAST, de sintomas alimentares, sintomas psiquiátricos gerais e depressão em pacientes com e sem diagnósticos de Fobias. Resultados em média(\pm DP):

	Fobias (n=21)	Sem Fobias (n=15)	t	p
FAST autonomia	5,95 (2,65)	5,53 (2,49)	0,44	0,65
FAST trabalho	11,67 (4,5)	11,6 (4,91)	0,04	0,96
<i>FAST cognição*</i>	<i>9,76 (3,47)</i>	<i>7,07 (3,65)</i>	<i>2,24</i>	<i>0,03*</i>
FAST finanças	3,33 (2,26)	2,4 (2,41)	1,18	0,24
FAST relacionamentos	10,95 (4,1)	9,13 (3,75)	1,35	0,18
<i>FAST lazer*</i>	<i>4,24 (2,07)*</i>	<i>1,93 (1,38)*</i>	<i>3,99</i>	<i>0,00*</i>
FAST total	45,9 (12,93)	37,67 (11,99)	1,94	0,06
<i>IMC coleta*</i>	<i>24,15 (6,81)</i>	<i>20,12 (2,97)</i>	<i>2,4</i>	<i>0,02*</i>
<i>Tempo TA*</i>	<i>16,67 (10,21)</i>	<i>9,27(6,14)</i>	<i>2,70</i>	<i>0,01*</i>
EAT	33,71(15,26)	22,87 (16,58)	2,02	0,05
BITE	18,76 (6,55)	14,33 (7,72)	1,85	0,07
<i>BSQ*</i>	<i>143 (50,74)</i>	<i>101,47 (54,18)</i>	<i>2,35</i>	<i>0,02*</i>
<i>SCL-90*</i>	<i>186,19 (64,89)</i>	<i>112,07 (70,24)</i>	<i>3,26</i>	<i>0,00*</i>
HDRS-17	17,62 (6,65)	13,93 (6,94)	1,60	0,11

O grupo de TA com fobias apresentou menor escolaridade (52,38% com menos de 8 anos de estudo) em relação ao grupo sem fobias (93,33% com mais de 8 anos de estudo). Não houve diferença em relação à idade, renda familiar (maioria ganhava menos de 5 salários mínimos), presença de companheiro (aproximadamente metade das pacientes tinha companheiro) ou local de atendimento (maioria ambulatorial).

11. COMENTÁRIOS GERAIS

De acordo com nossa hipótese, a escala FAST mostrou que pacientes com síndromes predominantemente restritivas de Transtorno Alimentar (Anorexia Nervosa subtipo Restritivo e quadros parciais restritivos) apresentam prejuízos na funcionalidade semelhantes aos de pacientes com quadros purgativos de Transtorno Alimentar (Anorexia Nervosa subtipo Purgativo, Bulimia Nervosa e quadros parciais purgativos).

Até o momento este parece ser o primeiro estudo a aplicar a FAST em indivíduos com estes transtornos. A amostra avaliada apresentou importante e significativo prejuízo em múltiplas áreas do funcionamento, revelado por altos escores na FAST. Nossos achados vão ao encontro de dados publicados na literatura sobre o tema, que sugere que mesmo os quadros parciais de TA conhecidos pelo diagnóstico de TANE, apresentam pobre ajuste psicossocial [22;83] e prejuízo em vários domínios, incluindo relacionamentos interpessoais, trabalho e finanças[80]. Estudos de seguimento indicam que o prejuízo no funcionamento social associado à BN[58] e à AN[59] pode persistir mesmo após a remissão sintomática, sendo, inclusive, importante fator preditor de mortalidade[45;47].

Recentemente Crow et al (2009)[52] mostraram que indivíduos com BN e quadros de TANE apresentam altos índices de mortalidade e taxas de suicídio, similares àquelas documentadas em indivíduos com AN[47]. De fato, indivíduos com comportamentos purgativos estão suscetíveis a importantes complicações clínicas associadas aos vômitos auto-induzidos e uso abusivo de laxantes, além de apresentarem significativa impulsividade comórbida[4].

A maioria dos indivíduos com Transtornos Alimentares não recebe tratamento específico[51;84]. Aqueles com BN ou TANE do tipo purgativo que buscam alguma ajuda, em geral, recebem tratamento para alguma comorbidade psiquiátrica, principalmente depressão; problemas de peso, ou complicações clínicas associadas ao transtorno como queixas gastrointestinais e sintomas de desidratação[84]. No entanto, tais abordagens inespecíficas não contribuem para a redução da psicopatologia do Transtorno Alimentar. Esses casos estão associados a longos períodos de internação clínica e altos índices de recaída que sobrecarregam os serviços de saúde[30;85]. Realmente, os índices de morbidade e mortalidade dos TAs, bem como seu prejuízo na funcionalidade, representam custos sociais diretos e indiretos[23].

De acordo com estudo prospectivo de base populacional de Mond et al (2009)[86], a percepção dos indivíduos sobre o impacto do TA na funcionalidade foi o melhor preditor para a busca de tratamento específico entre casos de mulheres com quadros parciais de BN. De fato, observa-se que pacientes com subtipos purgativos de TA costumam apresentar mais aspectos egodistônicos em comparação àqueles com sintomatologia predominantemente restritiva. É possível que não se deva ao acaso o fato de a grande maioria dos indivíduos em tratamento em nosso programa (PTA-HCPA) apresentarem quadros purgativos.

Com a aplicação de uma escala objetiva como a FAST, o grupo de TA de subtipo restritivo apresentou níveis de prejuízo no funcionamento global similares aos do subtipo purgativo. O impacto encontrado em domínios específicos da funcionalidade, principalmente nas áreas de autonomia, trabalho, cognição, lazer e relacionamentos também foi bastante semelhante entre os subtipos de TA. Contudo, conforme análise estatística, no domínio de finanças, o grupo restritivo não foi diferente dos controles, o

que sugere maior prejuízo do grupo purgativo nesta área. Esse dado poderia estar associado ao fato destes pacientes apresentarem mais impulsividade[4].

Outro aspecto a ser salientado é que a funcionalidade reflete o impacto da doença, independentemente de aspectos subjetivos do indivíduo. Em transtornos mentais caracterizados pela natureza egossintônica dos sintomas, como pacientes bipolares em episódio maníaco ou pacientes com transtornos alimentares restritivos, instrumentos auto-aplicáveis e escalas de qualidade de vida não são totalmente confiáveis porque podem refletir a gravidade da psicopatologia do indivíduo[34]. Mond et al (2005)[30] observaram que pacientes com AN do tipo restritivo apresentaram escores de qualidade de vida superiores aos de pacientes com outros tipos de TA, e similares aos encontrados em indivíduos da comunidade, mesmo após controle para níveis de sintomas psíquicos gerais. Padierna et al (2000)[17] e Doll et al (2005)[53] mostraram resultados semelhantes, com as pacientes com AN referindo menos prejuízo subjetivo relacionado ao TA. Tais achados parecem previsíveis, uma vez que pacientes com sintomatologia restritiva, especialmente aqueles com diagnóstico de AN, têm como objetivo principal de vida a manutenção de seu estado emaciado[30] e podem perceber a perda de peso como uma melhora sua na qualidade de vida[50]. Além disso, indivíduos com AN tendem a subestimar o impacto do transtorno em suas atividades diárias, e, com frequência, continuam ativos e seguem trabalhando até níveis extremos de desnutrição[23;50].

Estudos que usaram a escala GAF em TA conseguiram demonstrar o impacto funcional nesta população[22;51], mas os escores obtidos através desta não mostram o prejuízo em áreas específicas, diferentemente do que propõe a FAST[25]. A forte correlação negativa que encontramos entre estes dois instrumentos se deve ao fato da FAST fornecer estimativas de disfunção global e em diferentes domínios, sendo que

quanto maiores os escores, pior a funcionalidade. No caso da GAF, quanto maiores os escores, melhor é o nível de funcionamento do indivíduo.

Outras escalas disponíveis para a avaliação da funcionalidade não foram elaboradas para pacientes psiquiátricos, e algumas destas requerem longo tempo de administração [29;33]. Por outro lado, questionários especificamente desenvolvidos para aferir o prejuízo associado ao TA restringem a possibilidade de comparação com o impacto de outros transtornos psiquiátricos. A FAST foi construída com objetivo de ser um instrumento simples, rápido e hetero-aplicado, focado nas principais dificuldades experimentadas por pacientes que apresentam transtornos psiquiátricos[25] e que já está validada para pacientes com transtorno bipolar [25] e indivíduos em primeiro surto psicótico[82].

Consistente com os resultados de outras amostras com Transtornos Alimentares[21;87], a maioria dos nossos casos apresentou comorbidade psiquiátrica, principalmente com transtornos de humor e ansiedade. O grupo de pacientes com TA do subtipo purgativo apresentou mais tentativas de suicídio, transtorno do pânico e fobias (agorafobia, fobia social e fobias específicas) em comparação ao grupo restritivo. Este, por sua vez, apresentou maior prevalência de transtorno distímico, não apresentando abuso de substâncias nem transtorno dismórfico corporal. No entanto, provavelmente, em função do pequeno tamanho da amostra e, portanto, baixo poder do estudo, os testes de significância da comparação das comorbidades entre os subtipos de TA não foram estatisticamente significativos em análise univariada. No que se refere à comorbidade com transtorno depressivo maior, os resultados foram clínica e estatisticamente semelhantes entre os grupos.

Em análises complementares, ao dividirmos a amostra total de pacientes de acordo com a presença de histórico de tentativas de suicídio (TS), observamos

resultados similares aos encontrados com a divisão de pacientes conforme a sintomatologia purgativa em PP e RP. Os grupos mostraram características clínicas e demográficas bastante semelhantes, diferindo apenas na FAST total e no domínio de finanças, havendo maior prejuízo da funcionalidade no grupo com histórico de TS. O impacto maior encontrado na área de finanças pode ser explicado pela presença de mais impulsividade associada ao comportamento suicida. A menor escolaridade do grupo com TS pode ser causa ou consequência da própria psicopatologia.

Contudo, ao agruparmos as pacientes de acordo com a presença de fobias (agorafobia, fobia social e fobias específicas), observamos diferenças maiores. O grupo com fobias apresentou maior IMC e maior insatisfação corporal, indicada pelos maiores escores de BSQ, o que possivelmente está associado à maior prevalência do diagnóstico de Bulimia Nervosa neste grupo. Tal hipótese também encontra sustentação no fato deste grupo apresentar mais cronicidade do transtorno alimentar, o que costuma ser mais comum em indivíduos com BN, que conseguem manter sua perturbação no comportamento alimentar por mais tempo em segredo antes de buscar ajuda [7;8]. É possível inferir que o maior prejuízo na funcionalidade no grupo com fobias tenha relação com o maior tempo de transtorno alimentar e maiores escores de SCL-90. Além disso, poder-se-ia supor que o maior impacto funcional na área de lazer tenha alguma associação com a presença de sintomas evitativos típicos dos transtornos fóbicos. Outra suposição seria de que o uso continuado de benzodiazepínicos para o controle de sintomas ansiosos estivesse envolvido no maior prejuízo cognitivo deste grupo.

A escala FAST mostrou forte correlação com os instrumentos específicos de TA (EAT-26, BITE e BSQ), não tendo sido encontrada correlação significativa com a escala HDRS-17. Os escores global e das subescalas da SCL-90 não foram diferentes entre

os grupos restritivo (RP) e purgativo (PP) de TA, e também apresentaram forte correlação com a FAST. Mesmo após controle para fatores de confusão em modelo de regressão linear múltipla, os grupos RP e PP apresentaram escores na FAST superiores aos do grupo controle. Desse modo, é possível que o pobre funcionamento da amostra total de pacientes deste estudo reflita a psicopatologia específica do TA e a presença de sintomas psiquiátricos gerais que normalmente encontram-se associados a estes quadros.

O pequeno tamanho da amostra, principal limitação do estudo, em especial do grupo restritivo de TA, impossibilitou a realização de outras análises de validação, como a análise fatorial. Os altos escores da FAST encontrados possivelmente estão associados ao curso crônico em indivíduos adultos, que apresentam um importante intervalo entre o início do transtorno e a busca por tratamento, entretanto, este achado parece ser a regra para adultos com Transtornos Alimentares[84]. Outra limitação poderia estar no fato de que as pacientes foram avaliadas em diferentes momentos de tratamento no PTA-HCPA, contudo, a média de tempo de tratamento não foi diferente entre os grupos restritivo e purgativo. As diferenças demográficas entre pacientes e controles poderiam ser outra limitação, mas este possível fator de confusão foi controlado nas análises.

No presente estudo, a FAST mostrou-se sensível para detectar diferenças entre indivíduos com TA e controles saudáveis, apresentando propriedades psicométricas adequadas, com alto alfa de Cronbach e forte correlação com a GAF. Apesar das limitações já mencionadas, nossos resultados sugerem que tanto as pacientes com TA de subtipo purgativo, quanto às de subtipo restritivo, experimentam prejuízos em múltiplos domínios do funcionamento. A avaliação da funcionalidade em indivíduos com

TA requer cautela. O uso de medidas subjetivas como a qualidade de vida não parece ser muito válido para este propósito.

Neste contexto, a escala FAST apresenta-se como um instrumento simples e promissor para pacientes com TA, com aplicação tanto na prática clínica quanto na pesquisa. De fato, o melhor entendimento do impacto dos Transtornos Alimentares na funcionalidade possui implicações terapêuticas e preventivas.

12. REFERÊNCIAS

- 1 Brusset B, Couvreur C, Fine A: A bulimia; in Brusset B, Couvreur C, Fine A, (eds): São Paulo, Escuta, 2003.
- 2 Fernandes MH: Os transtornos alimentares:um desafio; in Fernandes MH, (ed): Transtornos alimentares:anorexia e bulimia. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2006, pp 35-40.
- 3 Galvão AL, Claudino AM, Borges MBF: Aspectos históricos e evolução do diagnóstico; in Nunes MA, (ed): Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre, Artmed, 2006, pp 31-50.
- 4 American Psychiatric Association, Washington DC: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text review- DSM-IV-TR; 2000.
- 5 Organização Mundial de Saúde (OMS): Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10:descrições clínicas e diretrizes diagnósticas; Porto Alegre, Artmed, 1993.
- 6 Mitchell JE, Cook-Myers T, Wonderlich SA: Diagnostic criteria for anorexia nervosa: looking ahead to DSM-V. *Int J Eat Disord* 2005;37 Suppl:S95-S97.
- 7 Claudino AM, Borges MBF: Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24 (supl 3):07-12.
- 8 Herzog DB, Eddy KT: Diagnóstico, epidemiologia e curso clínico dos transtornos da alimentação; in Yager J, Powers P, (eds): Manual Clínico de Transtornos da Alimentação. Porto Alegre, Artmed, 2010, pp 19-40.
- 9 American Psychiatric Association: Treatment of patients with eating disorders, third edition. *Am J Psychiatry*, supplement 2006;163:4-54.
- 10 Garner DM: Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet* 1993;341:1631-1635.
- 11 Hay PJ: Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24 (supl 3):13-17.
- 12 Field AE, Camargo CA, Jr., Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA: Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics* 2001;107:54-60.
- 13 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;61:348-358.

- 14 Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G: Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *CMAJ* 2001;165:547-552.
- 15 McVey G, Tweed S, Blackmore E: Dieting among preadolescent and young adolescent females. *CMAJ* 2004;170:1559-1561.
- 16 Nunes MA, Barros FC, Anselmo Olinto MT, Camey S, Mari JD: Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study. *Eat Weight Disord* 2003;8:100-106.
- 17 Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ: The health-related quality of life in eating disorders. *Qual Life Res* 2000;9:667-674.
- 18 de la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF: Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res* 2005;14:1511-1522.
- 19 Miller PM: Redefining success in eating disorders. *Addict Behav* 1996;21:745-754.
- 20 Noordenbos G, Seubring A: Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eat Disord* 2006;14:41-54.
- 21 Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK: Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:843-859.
- 22 Wentz E: Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioning scales. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:613-622.
- 23 Hay PJ, Mond J: How to 'count the cost' and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. *J Ment Health* 2010;14:539-552.
- 24 Mond J, Rodgers B, Hay P, Korten A, Owen C, Beumont P: Disability associated with community cases of commonly occurring eating disorders. *Aust N Z J Public Health* 2004;28:246-251.
- 25 Rosa AR, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, Comes M, Colom F, Van RW, Ayuso-Mateos JL, Kapczinski F, Vieta E: Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007;3:5.
- 26 Zarate CA, Jr., Tohen M, Land M, Cavanagh S: Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Q* 2000;71:309-329.
- 27 Aas IM: Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry* 2010;9:20.

- 28 Williams JBW: Mental Health Status, Functioning and Disabilities Measures; in American Psychiatric Association, (ed): Handbook of Psychiatric Measures. Washington,D.C., 2000, pp 93-116.
- 29 World Health Organization: WHO-DAS II Disability Assessment Schedule: Training Manual: a guide to administration:Classification, Assessment and Terminology Team (CAT); in Department for Measurement and Health Information Systems., (ed): 2004.
- 30 Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ: Assessing quality of life in eating disorder patients. *Qual Life Res* 2005;14:171-178.
- 31 Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH: The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry* 2002;180:461-464.
- 32 Altshuler L, Mintz J, Leight K: The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Res* 2002;112:161-182.
- 33 Ware JE, Jr., Sherbourne CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.
- 34 Gazalle FK, Frey BN, Hallal PC, Andreazza AC, Cunha AB, Santin A, Kapczinski F: Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: a matter of unawareness of illness? *J Affect Disord* 2007;103:247-252.
- 35 Tirico PP, Stefano SC, Blay SL: Quality of life and eating disorders: a systematic review. *Cad Saude Publica* 2010;26:431-449.
- 36 Flament MF, Godart NT, Fermanian J, Jeammet P: Predictive factors of social disability in patients with eating disorders. *Eat Weight Disord* 2001;6:99-106.
- 37 Rymaszewska J, Jarosz-Nowak J, Kiejna A, Kallert T, Schutzwahl M, Priebe S, Wright D, Nawka P, Raboch J: Social disability in different mental disorders. *Eur Psychiatry* 2007;22:160-166.
- 38 Wiersma D, DeJong A, Ormel J: The Groningen Social Disabilities Schedule: development, relationship with I.C.I.D.H., and psychometric properties. *Int J Rehabil Res* 1988;11:213-224.
- 39 Schutzwahl M, Jarosz-Nowak J, Briscoe J, Szajowski K, Kallert T: Inter-rater reliability of the Brief Psychiatric Rating Scale and the Groningen Social Disabilities Schedule in a European multi-site randomized controlled trial on the effectiveness of acute psychiatric day hospitals. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:197-207.

- 40 Vieta E, Cieza A, Stucki G, Chatterji S, Nieto M, Sanchez-Moreno J, Jaeger J, Grunze H, Ayuso-Mateos JL: Developing core sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disord* 2007;9:16-24.
- 41 Cacilhas AA, Magalhaes PV, Cereser KM, Walz JC, Weyne F, Rosa AR, Vieta E, Kapczinski F: Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value Health* 2009;12:624-627.
- 42 Blanz BJ, Detzner U, Lay B, Rose F, Schmidt MH: The intellectual functioning of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997;6:129-135.
- 43 Bohn K, Doll HA, Cooper Z, O'Connor M, Palmer RL, Fairburn CG: The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behav Res Ther* 2008;46:1105-1110.
- 44 Duchesne M, Mattos P, Fontanelle LF, Veiga H, Rizzo L, Appolinário JC: Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of the literature. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;26:107-117.
- 45 Engel K, Wittern M, Hentze M, Meyer AE: Long-term stability of anorexia nervosa treatments: follow-up study of 218 patients. *Psychiatr Dev* 1989;7:395-407.
- 46 Gureje O, Herrman H, Harvey C, Morgan V, Jablensky A: The Australian National Survey of Psychotic Disorders: profile of psychosocial disability and its risk factors. *Psychol Med* 2002;32:639-647.
- 47 Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB: Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:179-183.
- 48 Mond JM, Hay PJ: Functional impairment associated with bulimic behaviors in a community sample of men and women. *Int J Eat Disord* 2007;40:391-398.
- 49 Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C: Comparing the health burden of eating-disordered behavior and overweight in women. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18:1081-1089.
- 50 Munoz P, Quintana JM, Las HC, Aguirre U, Padierna A, Gonzalez-Torres MA: Assessment of the impact of eating disorders on quality of life using the disease-specific, Health-Related Quality of Life for Eating Disorders (HeRQoLED) questionnaire. *Qual Life Res* 2009;18:1137-1146.
- 51 Striegel-Moore RH, Seeley JR, Lewinsohn PM: Psychosocial adjustment in young adulthood of women who experienced an eating disorder during adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:587-593.

- 52 Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, Mitchell JE: Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009;166:1342-1346.
- 53 Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL: Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Qual Life Res* 2005;14:705-717.
- 54 Latner JD, Vallance JK, Buckett G: Health-related quality of life in women with eating disorders: association with subjective and objective binge eating. *J Clin Psychol Med Settings* 2008;15:148-153.
- 55 Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV, III, Brody D, Davies M: Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995;274:1511-1517.
- 56 Padierna A, Quintana JM, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo MJ: Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. *Qual Life Res* 2002;11:545-552.
- 57 Jones A, Bamford B, Ford H, Schreiber-Kounine C: How important are motivation and initial Body Mass Index for outcome in day therapy services for eating disorders? *Eur Eat Disord Rev* 2007;15:283-289.
- 58 Norman DK, Herzog DB: Persistent social maladjustment in bulimia: a 1-year follow-up. *Am J Psychiatry* 1984;141:444-446.
- 59 Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A: Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1998;155:939-946.
- 60 Morgan HG, Hayward AE: Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *Br J Psychiatry* 1988;152:367-371.
- 61 Bijl RV, Ravelli A: Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med* 2000;30:657-668.
- 62 Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group: 1998.
- 63 Gonzalez-Pinto A, Inmaculada F, Cristina R, de Corres BF, Sonsoles E, Fernando R, Purificacion L: Purging behaviors and comorbidity as predictive factors of quality of life in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004;36:445-450.
- 64 Vitousek K, Watson S, Wilson GT: Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev* 1998;18:391-420.

- 65 Abraham SF, Brown T, Boyd C, Luscombe G, Russell J: Quality of life: eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:150-155.
- 66 Adair CE, Marcoux GC, Cram BS, Ewashen CJ, Chafe J, Cassin SE, Pinzon J, Gusella JL, Geller J, Scattolon Y, Fergusson P, Styles L, Brown KE: Development and multi-site validation of a new condition-specific quality of life measure for eating disorders. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:23.
- 67 Engel SG, Wittrock DA, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Kolotkin RL: Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *Int J Eat Disord* 2006;39:62-71.
- 68 Las Hayas C, Quintana JM, Padierna A, Bilbao A, Munoz P, Madrazo A, Urresti B, Cook EF: The new questionnaire health-related quality of life for eating disorders showed good validity and reliability. *J Clin Epidemiol* 2006;59:192-200.
- 69 WHO Expert Committee on Physical status: the Use and Interpretation of Anthropometry: in World Health Organization, (ed): 1995.
- 70 Garfinkel PE, Newman A: The eating attitudes test: twenty-five years later. *Eat Weight Disord* 2001;6:1-24.
- 71 Garner DM, Garfinkel PE: The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-279.
- 72 Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE: The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-878.
- 73 Nunes MA, Camey S, Olinto MT, Mari JJ: The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res* 2005;38:1655-1662.
- 74 Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG: The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987;6:485-494.
- 75 Rosen JC, Jones A, Ramirez E, Waxman S: Body Shape Questionnaire: studies of validity and reliability. *Int J Eat Disord* 1996;20:315-319.
- 76 Scagliusi FB, Polacow VO, Cordas TA, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, Lancha AH, Jr.: Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. *Percept Mot Skills* 2005;101:25-41.
- 77 Cordás TA, Hochgraf PO: O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. *J Bras Psiquiatr* 1993;42:141-144.
- 78 Henderson M, Freeman CP: A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br J Psychiatry* 1987;150:18-24.
- 79 DeRogatis LR, Lipman RS, Covi L: SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973;9:13-28.

- 80 DeRogatis LR: Symptom Checklist-90-Revised; in American Psychiatric Association, (ed): Handbook of psychiatric measures. 2000, pp 81-84.
- 81 Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- 82 Gonzalez-Ortega I, Rosa AR, Alberich S, Barbeito S, Vega P, Echeburúa E, Vieta E, Gonzalez-Pinto A: Validation and use of the functioning assessment short test (FAST) in first psychotic episodes. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 836-840.
- 83 Herzog DB, Norman DK, Rigotti NA, Pepose M: Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students. *J Psychiatr Res* 1986;20:355-361.
- 84 Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C: Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *Int J Eat Disord* 2007;40:399-408.
- 85 Agras WS: The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:371-379.
- 86 Mond JM, Hay PJ, Darby A, Paxton SJ, Quirk F, Buttner P, Owen C, Rodgers B: Women with bulimic eating disorders: When do they receive treatment for an eating problem? *J Consult Clin Psychol* 2009;77:835-844.
- 87 Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB: Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995;152:1052-1058.

ANEXO 1

PROCOLO PTA-HCPA
Programa de Transtornos Alimentares em Adultos do
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Questionário de dados gerais

Data: ____/____/____

1. Identificação:

1.1. Nome: _____

1.2. Nome do Responsável: _____

1.3. Endereço: _____

1.4. Cidade: _____ CEP: _____ - _____

1.5. Telefone para contato: _____

1.6. E-mail: _____

1.7. Sexo: () 1. masculino () 2. feminino

1.8. Data de nascimento: ____/____/____

1.9. Idade: _____ anos

1.10. Raça: () 1. branco (caucasiano) () 2. negro () 3. outro _____

1.11. Situação conjugal: () 1. solteiro () 2. casado ou companheiro fixo
() 3. separado ou divorciado () 4. viúvo

1.12. Ocupação: () 1. estudante () 2. ocupação/emprego: _____

() 3. sem ocupação (não aposentado) () 4. dona de casa

() 5. em auxílio-doença () 6. aposentado por invalidez

() 7. aposentado por tempo de serviço

1.13. Renda familiar: () 1. menos de 01 salário mínimo () 2. entre 1 e 3 salários mínimos
() 3. de 3 a 5 salários mínimos () 4. de 05 a 10 salários mínimos
() 5. mais de 10 salários mínimos

1.14. Escolaridade: _____ () 1. Completo () 2. Incompleto

1.15. Repetência escolar: _____ anos repetidos

1.16. Se trabalha ou estuda, área que atua: _____

2. Hábitos

2.1.A Você já fumou? () 1. Não () 2. Sim, mas não fumo mais () 3. Sim, fumo atualmente

2.1.B. Se sim: quantos anos fumou ao todo? _____ anos

2.1.C Número médio de cigarros por dia: _____

2.2.A Você faz exercícios físicos? () 1. Não () 2. Sim, irregularmente () 3. Sim, regularmente
Se SIM, por favor descreva:

2.2.B1 tipo de exercício(1): _____ **2.2.B2** vezes por semana:

_____ **2.2.B3** duração: _____

2.2.C1 tipo de exercício(1): _____ **2.2.C2** vezes por semana:

_____ **2.2.C3** duração: _____

2.3. Sobre o seu sono:

2.3 A1 durante a sem – dorme às ___h, **2.3 A2** desperta às ___h **2.3 A3** leva ___min para pegar no sono

2.3 B1 durante o findi – dorme às ___h, **2.3 B2** desperta às ___h **2.3 B3** leva ___min para pegar no sono

2.4. Costuma despertar _____ vez(es) por noite

2.5. Você considera a qualidade do seu sono:

2. 5.A () 1. péssima () 2. ruim () 3. razoável () 4. boa () 5. muito boa () 6. ótima

2. 5.B Toma remédio para dormir?() 1. Não () 2. Sim, às vezes () 3. Sim, sempre.

2. 5.C Qual? _____ dose: _____

2.6. Sobre o seu ritmo:

2. 6.A. de manhã: () 1. bem lento () 2. lento () 3. médio () 4. rápido (aceso) () 5. bem rápido

2. 6.B. de tarde: () 1. bem lento () 2. lento () 3. médio () 4. rápido (aceso) () 5. bem rápido

2. 6.C. de noite: () 1. bem lento () 2. lento () 3. médio () 4. rápido (aceso) () 5. bem rápido

3. Desenvolvimento:

3.1. Qual era a idade da sua mãe quando você nasceu? _____ anos

3.2.A. Existiu alguma complicação durante a gestação (trauma, infecções)? () 1. Não () 2. Sim

3. 2.B Se sim, qual? _____

3.3. Quando sua mãe estava grávida de você, ela usou:

() 1. Medicações. Quais? _____

() 2. cigarro

() 3. álcool

() 4. outras drogas. Quais? _____

() 5. nenhuma das acima

()6. não sei

3.4. Seu parto foi: ()1. normal ()2. cesareana

3.5. Existiu alguma complicação durante o seu nascimento? ()1. Não ()2. Sim

3.5 qual? ()1. prematuridade ()2. circular de cordão ()3. fórceps

()4. outra: _____ ()5. não sei

3.6. Você teve alguma complicação após o nascimento? ()1.Não ()2.Sim

3.6 qual? Se SIM, _____

3.7. Você teve atraso no desenvolvimento (falar, sentar, caminhar)?()1.Não ()2.Sim ()3. Não sei

4. Tratamento Psiquiátrico

4.1. Você já fez algum tratamento psiquiátrico? ()1. Não ()2. Sim

4.2 Quais medicamentos da lista abaixo você já tomou? Marcar com um X.

Nome da medicação	Já usou?		Uso atual?		Dose atual
	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Alprazolam (Frontal, Apraz)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Ácido valpróico/divalproato (Depakene, Depakote, Torval, Epilenil, Valpakine)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Amitriptilina (Tryptanol, Amitryl)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Aripiprazol (Abilify)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Biperideno (Akineton, Cinetol)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Bupropiona (Zyban, Welbutrin, Zetron)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Buspirona (Buspar, Ansitec)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Carbamazepina (Tegretol, Tegretard)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Citalopram (Cipramil, Procimax, Cittá, Alcytam)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Clomipramina (Anafranil, Clo)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Clonazepam (Rivotril, Clonotril)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Clonidina (Atensina)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Clorpromazina (Amplictil, Longactil)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Clozapina (Leponex)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Diazepam (Valium, Calmociteno, Diempax)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Duloxetina (Cymbalta)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	

Escitalopram (Lexapro)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Fluoxetina (Prozac, Verotina, Fluxene, Daforin, Psiquial)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Haloperidol (Haldol)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Imipramina (Tofranil, Imipra)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Lítio (Carbolitium)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Levomepromazina (Neozine, Levozine)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Lamotrigina (Lamitor, Lamictal, Neural,)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Lorazepam (Lorax, Mesmerin)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Metilfenidato (Ritalina, Concerta)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Mianserina (Tolvon)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Mirtazapina (Remeron)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Olanzapina (Zyprexa)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Oxcarbazepina (Trileptal, Auram)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Paroxetina (Aropax, Pondera, Cebrilin)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Pimozida (Orap)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Quetiapina (Seroquel)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Risperidona (Risperdal, Risperidon, Respidon, Zargus)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Sertralina (Zoloft, Tolrest, Assert)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Sulpirida (Equilid, Dogmatil, Sulpan)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Topiramato (Topamax)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Trazodona (Donaren)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Tranilcipromina (Parnate)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Venlafaxina (Efexor, Venlift, Venlaxin)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Ziprazidona (Geodon)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Zuclopentixol (Clopixol)	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
Outras:	()Sim	()Não	()Sim	()Não	
	()Sim	()Não	()Sim	()Não	

6. História de Doenças Clínicas

6.1. Você tem ou já teve alguma dessas doenças? Marcar com um X.

6. 1 Doenças agudas	Sim	Não	Idade
Meningite, encefalite			
Coma			
Ferimentos na cabeça (com perda de consciência)			
Derrame cerebral (AVC)			
Outras:			

6. 2 Doenças crônicas	Sim	Não	Iniciou com a idade:
Enxaqueca			
Lupus			
Artrite reumatóide			
Diabetes			
Hipotireoidismo			
Hipertireoidismo			
Febre reumática			
AIDS/HIV			
Outras:			

7. Perguntas exclusivamente para mulheres:

7.1. Usa anticoncepcional oral (pílula)? ()1. Não ()2. Sim ()3. Já usei, mas não mais.

7.1. Qual? _____

7.1. temp Quanto **tempo?** _____

7.2. Ciclos menstruais regulares? ()1. Não ()2. Sim

7.3. Tem tensão pré-menstrual? ()1. Não ()2. Sim, leve ()3. Sim, moderada ()4. Sim, forte

7.4. Gestações: _____

7.5. Partos normais: _____

7.6. Partos cesáreos: _____

7.7. Abortos: _____espontâneos _____provocados

7.8. Teve depressão ou psicose pós-parto (até 2 meses após o parto)? ()1. Não ()2. Sim

7.9. Menopausa: ()1. Não ()2. Sim

7.9 idade Se SIM, com que **idade** em que começou: _____ anos

7.10. Faz terapia de reposição hormonal? ()1. Não ()2. Sim

Diagnósticos do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

MÓDULOS	SIM	NÃO
A Episódio Depressivo Maior - atual (2 últimas semanas)		
- passado		
B Transtorno Distímico Atual (últimos 2 anos)		
C Risco de Suicídio (atual)		
-passado (tentativas de suicídio)		
D Episódio (Hipo)maníaco - atual		
- vida inteira		
E Transtorno do Pânico - atual (último mês)		
- vida inteira		
F Agorafobia – atual		
G Fobia Social - atual (último mês)		
H Fobia Específica – atual (último mês)		
I Transtorno Obsessivo-Compulsivo – atual (último mês)		
J Transtorno de Estresse Pós-Traumático – atual (último mês)		
K Abuso/Dependência de Alcool – atual (últimos 12 meses)		
L Abuso/Dependência de Substância(s) (outras) – atual (últimos 12 meses)		
M Transtornos Psicóticos - atual		
- vida inteira		
N Anorexia Nervosa - atual (últimos 3 meses)		
- vida inteira		
O Bulimia Nervosa - atual (últimos 3 meses)		
- vida inteira		
P Transtorno de Ansiedade Generalizada - atual		
R Transtorno de Somatização - atual		
- vida inteira		
S Hipocondria - atual		
T Transtorno Dismórfico Corporal – atual		
U Transtorno Doloroso - atual		

Nome:

Data:

Idade:

Sexo:

Diagnóstico:

Estado clínico:

Medicação:

Tempo: min

ESCALA BREVE DE FUNCIONAMENTO (FAST)

Qual é seu grau de dificuldade em relação aos seguintes aspectos?

Por favor, pergunte ao paciente as frases abaixo e responda a que melhor descreve seu grau de dificuldade. Para responder utilize a seguinte escala: **(0): nenhuma, (1): pouca, (2): bastante ou (3): muita**

AUTONOMIA	
1. Ser responsável pelas tarefas de casa	(0) (1) (2) (3)
2. Morar sozinho	(0) (1) (2) (3)
3. Fazer as compras de casa	(0) (1) (2) (3)
4. Cuidar-se de si mesmo (aspecto físico, higiene)	(0) (1) (2) (3)
TRABALHO	
5. Realizar um trabalho remunerado	(0) (1) (2) (3)
6. Terminar as tarefas tão rápido quanto era necessário	(0) (1) (2) (3)
7. Obter o rendimento previsto no trabalho	(0) (1) (2) (3)
8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade	(0) (1) (2) (3)
9. Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa	(0) (1) (2) (3)
COGNIÇÃO	
10. Concentrar-se em uma leitura, um filme	(0) (1) (2) (3)
11. Fazer cálculos mentais	(0) (1) (2) (3)
12. Resolver adequadamente os problemas	(0) (1) (2) (3)
13. Lembrar o nome de pessoas novas	(0) (1) (2) (3)
14. Aprender uma nova informação	(0) (1) (2) (3)
FINANÇAS	
15. Administrar seu próprio dinheiro	(0) (1) (2) (3)
16. Fazer compras equilibradas	(0) (1) (2) (3)
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	
17. Manter uma amizade	(0) (1) (2) (3)
18. Participar de atividades sociais	(0) (1) (2) (3)
19. Dar-se bem com pessoas a sua volta	(0) (1) (2) (3)
20. Convivência familiar	(0) (1) (2) (3)
21. Relações sexuais satisfatórias	(0) (1) (2) (3)
22. Capaz de defender os próprios interesses	(0) (1) (2) (3)
LAZER	
23. Praticar esporte ou exercícios	(0) (1) (2) (3)
24. Ter atividades de lazer	(0) (1) (2) (3)

Global Assessment of Functioning (GAF) Scale

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um *continuum* hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código (Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, p. ex., 45, 68, 72)

100	Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas vitais jamais fora de controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas. Assintomático.
91	
90	Sintomas ausentes ou mínimos (p.ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, socialmente eficiente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (p.ex., uma discussão ocasional com membros da família).
81	
80	Se estão presentes, os sintomas são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (p.ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p.ex., apresenta declínio temporário na escola).
71	
70	Alguns sintomas leves (p.ex., depressão ou insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p.ex., faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.
61	
60	Sintomas moderados (p.ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU moderada dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p.ex., poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
51	
50	Sintomas graves (p.ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo grave no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p.ex., sem amigos, incapaz de manter um emprego).
41	
40	Algun prejuízo no teste de realidade ou na comunicação (p.ex., fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamentos ou humor (p.ex., homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança frequentemente bate em crianças mais jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).
31	
30	Comportamento consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU grave prejuízo na comunicação ou julgamento (p.ex., algumas vezes incoerente, age de forma amplamente imprópria, preocupação suicida) OU incapacidade de funcionar na maioria das áreas (p.ex., permanece na cama o dia inteiro; sem trabalho, casa ou amigos)
21	
20	Algun perigo de ferir a si mesmo ou a outros (p.ex., tentativas de suicídio sem clara intenção de morte, frequentemente violento, excitação maníaca) OU ocasionalmente não consegue manter o mínimo de higiene pessoal (p.ex., suja-se de fezes) OU grave prejuízo na comunicação (p.ex., ampla incoerência ou mutismo).
11	
10	Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (p.ex., violência recorrente) OU inabilidade persistente de manter uma higiene pessoal mínima OU grave ato suicida com claro intento de morte.
1	
0	Informações inadequadas.

Nome: _____ Data: _____

Teste de atitudes alimentares – EAT

	Sempre	Muito Frequente	Frequente- mente	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Costumo fazer dieta.						
2. Como alimentos dietéticos.						
3. Sinto-me mal após comer doces.						
4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes.						
5. Evito alimentos que contenham açúcar.						
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.).						
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).						
8. Gosto de estar com o estômago vazio.						
9. Quando faço exercício penso em queimar calorias.						
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.						
11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso.						
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.						
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.						
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.						
15. Vomito depois de comer.						
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.						
17. Passo muito tempo pensando em comida.						
18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida.						
19. Sinto que a comida controla a minha vida.						
20. Corto minha comida em pedaços pequenos.						
21. Levo mais tempo que os outros para comer.						
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.						
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.						
24. Sinto que os outros me pressionam a comer.						
25. Evito comer quando estou com fome.						
26. Demonstro autocontrole em relação à comida.						

7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso?

x dia	Nunca	De vez em quando	1x/sem.	2 a 3x/sem.	Diariamente	2 a 3x/sem.	5 ou +
tomar comprimidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tomar diuréticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tomar laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida? sim não
9. Você poderia dizer que a comida dominou sua vida? sim não
10. Você come sem parar até ser obrigado (a) a parar por sentir-se mal fisicamente? sim não
11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida? sim não
12. Você come moderadamente com os outros e depois exagera quando sozinho(a)? sim não
13. Você sempre pode parar de comer quando quer? sim não
14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar? sim não
15. Quando você se sente ansioso(a), tende a comer muito? sim não
16. O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora? sim não
17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)? sim não
18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares? sim não
19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come? sim não
20. Você se volta para a comida para avaliar algum tipo de desconforto? sim não
21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição? sim não
22. Você engana os outros sobre quanto come? sim não
23. Quanto você come é determinado pela fome que sente? sim não
24. Você já teve episódios exagerados de alimentação? sim não
25. Se sim, esses episódios deixaram você se sentindo mal? sim não
26. Se você tem episódios, eles ocorrem só quando está sozinho (a)? sim não
- *27. Se você tem esses episódios, qual a frequência? sim não
- quase nunca 1 vez por mês
- uma vez por semana 2 a 3 vezes por semana
- diariamente 2 a 3 vezes por dia
28. Você iria até as últimas conseqüências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado? sim não
29. Se você come demais, você se sente muito culpado (o)? sim não
30. Você já comeu escondido (a)? sim não
31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais? sim não
32. Você se considera alguém que come compulsivamente? sim não
33. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em uma semana? sim não

Questionário sobre a imagem corporal - BSQ

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:

- | | |
|--------------|-------------------------|
| 1. Nunca | 4. Frequentemente |
| 2. Raramente | 5. Muito frequentemente |
| 3. Às vezes | 6. Sempre |

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Sentir-se satisfeita (por exemplo após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

sentir gorda?

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Você se sente excessivamente grande e arredondada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Você já teve vergonha do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo pela manhã)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Você já vomitou para se sentir mais magra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Você toma laxantes para se sentir magra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SINTOMAS LVS-90

INSTRUÇÕES

Esta é uma lista de queixas e problemas que às vezes as pessoas têm. Leia cuidadosamente cada uma delas e marque o quadradinho numerado que melhor descreve QUANTO DESCONFORTO ESTE PROBLEMA LHE CAUSOU NA ÚLTIMA SEMANA, ATÉ HOJE. Marque apenas um quadradinho para cada problema e não salte nenhum. Se mudar de idéia apague bem o quadradinho errado.

O QUANTO VOCÊ TEM SOFRIDO POR:

	N E M U M P O U C O O	U M P O U C O O	M O D E R A D A M E N T E O	M U I T I M O
1. Dores de cabeça				
2. Nervosismo ou conflito interior				
3. Pensamentos desagradáveis, repetidos, que não deixam sua mente.				
4. Fraqueza ou tontura.				
5. Perda de interesse ou prazer sexual				
6. Sentir-se criticado pelos outros				
7. Idéias de que outra pessoa pode controlar seus pensamentos				
8. Sentir que os outros tem culpa pela maioria dos seus problemas				
9. Dificuldade em lembrar das coisas				
10. Preocupações com sujeira ou descuido				
11. Sentir-se facilmente incomodado ou irritado				
12. Dores no coração ou peito				
13. Sentir medo de espaços abertos ou de sair na rua				
14. Sentir-se com pouca energia ou mais lento				
15. Pensamentos de acabar com sua vida				
16. Ouvir vozes que outras pessoas não ouvem				
17. Tremores				
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança				
19. Pouco apetite				
20. Chorar facilmente				
21. Sentir-se tímido ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto				
22. Sentir-se como se estivesse sendo encurralado ou pego				
23. Assustar-se, de repente, sem razão				
24. Explosões de mau humor que você não pode controlar				
25. Sentir medo de sair de casa só.				
26. Culpar-se pelas coisas				
27. Dores na coluna				
28. Sentir-se bloqueado para terminar as coisas				
29. Sentir-se sozinho				
30. Sentir-se na fossa				
31. Preocupar-se demais com as coisas				
32. Não sentir interesse em coisa alguma				
33. Sentir-se amedrontado				
34. Seus sentimentos serem facilmente feridos				
35. Outras pessoas estarem a par de seus pensamentos íntimos				
36. Sentir que os outros não entendem você ou são insensíveis				
37. Sentir que as pessoas não são amigáveis ou não gostam de você				
38. Ter de fazer as coisas bem devagar para assegurar-se que está certo				
39. Coração acelerado				
40. Náusea ou estômago embrulhado				