

Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa da Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar-IV (IDED-IV) Específica para a Anorexia Nervosa

Sandra Torres*, Marina Prista Guerra*, Leonor Lencastre*, Donald A. Williamson†, António Roma-Torres‡, Filipa Vieira*

*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal; †Pennington Biomedical Research Center and Department of Psychology, Louisiana State University, USA; ‡Serviço de Psiquiatria, Hospital de São João, Porto, Portugal

Introdução: A entrevista é considerada um método de eleição na definição do diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar. Considerando a não existência de uma entrevista de diagnóstico para as Perturbações do Comportamento Alimentar de referência internacional que esteja adaptada para Portugal o presente estudo assume-se como um contributo para o processo de adaptação da *Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV* (IDED-IV; Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin, & Murphy-Eberenz, 1998) no que concerne ao diagnóstico específico da Anorexia Nervosa. **Métodos:** A versão portuguesa da IDED-IV foi aplicada a 98 participantes do sexo feminino com diagnóstico de Anorexia Nervosa definido previamente pela equipa médica responsável. **Resultados:** A aplicação da IDED-IV na amostra demonstrou uma consistência interna aceitável e uma elevada sensibilidade. **Conclusões:** Os resultados preliminares do estudo psicométrico da IDED-IV reforçam a utilização desta entrevista tanto em contexto clínico como na investigação.

Palavras-chave: anorexia nervosa; diagnóstico; entrevista semi-estruturada; estudo de adaptação.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 22(4/5):113-9

INTRODUÇÃO

A anorexia nervosa (AN) tem-se revelado um problema de saúde relevante, atraindo a atenção de muitos investigadores e da comunidade em geral. A morbilidade severa que se manifesta a longo-prazo e a substancial mortalidade associada estão na base deste visível interesse (1,2).

Em Portugal, os estudos de prevalência da AN apontam valores entre 0% (3,4) e aproximadamente 0,3% (5,6). Apesar destas prevalências espelharem uma dimensão inferior à verificada noutros países da Europa levanta-se a hipótese do nosso país se encontrar numa fase de transição, a avaliar pela forte preocupação com a imagem corporal detectada em estudos nacionais realizados com estudantes (4-7).

A acompanhar esta crescente preocupação com as perturbações do comportamento alimentar (PCA) denota-se um grande investimento no desenvolvimento de métodos de avaliação da sintomatologia (8). É comumente aceite que o diagnóstico precoce e o sequente tratamento têm uma influência marcante no curso da perturbação alimentar (9). Para que o processo de avaliação possa ser o mais completo possível e facilite uma melhor estruturação do tratamento e a avaliação

da sua eficácia recorre-se, com frequência, à aplicação de instrumentos de avaliação específicos, tais como a entrevista clínica.

A entrevista clínica é o método mais antigo usado na avaliação das PCA, à semelhança do que se verifica noutras patologias (10). O seu maior potencial centra-se na possibilidade do entrevistador poder colocar questões adicionais para aprofundar sintomas e para confirmar o significado das respostas dadas pelo sujeito. No caso das PCA tal torna-se pertinente, por exemplo, na avaliação dos episódios de ingestão alimentar compulsiva em que o conceito altamente subjectivo de “ingestão de grande quantidade de comida” é central na definição da presença do critério.

Apesar da entrevista exigir disponibilidade de tempo, uma relação colaborativa entre o entrevistador e o doente, bem como a presença de um entrevistador treinado para o efeito (11,12), efectivamente ela permite uma aproximação à pessoa e, como tal, tem sido implementada no contexto de intervenção clínica, sendo considerada um meio de eleição na avaliação dos sintomas e na definição do diagnóstico (8,13). Bouça e Sampaio (14) reforçam esta opção salientando que nas PCA “... a abordagem clínica deve integrar informação de várias entrevistas em diferentes contextos, isto é, em entrevista individual

e com a família”.

Ao nível individual, a *Interview for the Diagnosis of Eating Disorders* (IDED) tem sido uma entrevista vastamente utilizada para fins diagnósticos. A IDED original foi desenvolvida por Williamson (15) para realizar o diagnóstico diferencial das PCA, tendo como base os critérios definidos pelo DSM-III-R (16). Esta entrevista foi submetida a três revisões das quais resultaram a IDED-R, a IDED-III e a versão mais actual - a IDED-IV (17). Esta última sofreu várias alterações relativamente às versões anteriores. Para além das modificações inerentes aos critérios de diagnóstico do DSM-IV (18), registaram-se ainda outras mudanças relacionadas com os dados sócio-demográficos, as instruções e a estrutura da entrevista. Em concreto, a IDED-IV levanta um maior número de questões relacionadas com a sócio-demografia e a história da perturbação alimentar; as instruções para a administração da entrevista estão mais desenvolvidas; e estruturalmente, as perguntas estão sub-divididas por sintomas, facilitando a classificação dos mesmos.

O estudo psicométrico realizado com a nova versão da entrevista demonstrou que esta fornece dados suficientemente fidedignos e válidos para a realização do diagnóstico diferencial da sintomatologia alimentar, quer para efeitos de investigação, quer para a utilização em contexto clínico (17).

A par das características psicométricas, a IDED tem revelado algumas especificidades que a distinguem de outras entrevistas de diagnóstico e que constituem mais-valias, entre elas a) o facto da classificação dos sintomas estar directamente relacionada com os critérios do DSM-IV; b) as questões serem elaboradas com vista a facilitar a avaliação da presença ou ausência de sintomas específicos; c) a abordagem ao diagnóstico de outros quadros sub-limiares (EDNOS - *Eating Disorders Not Otherwise Specified*) e não apenas da AN e da bulimia nervosa; e d) ser um instrumento prático e de fácil utilização (13,17).

Os próprios autores salientam que a IDED-IV permite aprofundar o processo avaliativo, apresentando vantagens relativamente a outras entrevistas psiquiátricas mais genéricas: “*We believe that the IDED-IV could be useful for research that requires a very rigorous diagnosis of eating disorders and for clinical practices and hospitals that specialize in the treatment of eating disorders*” (17).

Que seja do nosso conhecimento nenhuma entrevista de diagnóstico das PCA de referência internacional está adaptada para Portugal. Com base nos aspectos supracitados seleccionámos a IDED-IV para a adaptarmos à língua portuguesa. Este estudo assume-se como um contributo para este processo na medida em que não contempla a totalidade da entrevista, nem a totalidade dos procedimentos necessários para um processo de validação. Mediante a concordância dos autores, decidimos numa primeira fase não administrar a entrevista na sua totalidade, cingindo-nos apenas às questões direccionadas para o diagnóstico da AN. Desta forma, este artigo visa apresentar os resultados exploratórios da adaptação portuguesa da IDED-IV no que concerne

ao diagnóstico específico da AN.

MÉTODOS

Participantes

No estudo participaram 98 sujeitos do sexo feminino, com idades compreendidas entre 12 e 38 anos (média=18,83; desvio-padrão=5,10), em tratamento da PCA. A amostra foi recolhida em vários hospitais do Norte ao Sul do país¹ e em consultórios privados. Na selecção da amostra contou-se com a colaboração dos médicos psiquiatras que acompanhavam os doentes com este tipo de patologia, que nos forneceram informações relativamente ao diagnóstico, evolução da doença e à psicopatologia associada em cada caso em particular.

Todas as participantes do estudo tinham um diagnóstico actual de AN efectuado pelo médico psiquiatra que as acompanhava. Foram considerados como critérios de exclusão; a) não domínio da língua portuguesa; b) idade inferior a 12 anos; e c) presença de outras perturbações psiquiátricas. Não foi controlado o período de duração da doença, isto é, o tempo decorrido entre o conhecimento do diagnóstico e o momento da entrevista.

A amostra do estudo foi recolhida ao longo de dois anos. Todos os sujeitos aos quais foi solicitada a sua colaboração no estudo assentiram participar.

Material

A IDED-IV é composta por duas partes distintas. A primeira parte, semi-estruturada, permite uma visão geral da doença através da análise de diferentes áreas, tais como, a história dos sintomas da perturbação alimentar, o padrão alimentar actual e história psiquiátrica e familiar.

A segunda parte da entrevista está organizada por sub-escalas: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Perturbação por Ingestão Compulsiva de Alimentos (*Binge Eating Disorder*) e Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação. Estas sub-escalas contêm secções altamente estruturadas nas quais são avaliados os sintomas específicos de cada patologia alimentar. A pontuação de cada secção é definida numa escala de cinco pontos de acordo com as respostas dadas pelo sujeito e traduz a presença ou a ausência do sintoma, bem como a severidade com que este se manifesta. O indivíduo é diagnosticado com AN se todas as secções

¹ Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. Marcos, Braga; Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar do Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia, Porto; Serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António; Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Coimbra; Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

da sub-escala obtiverem a classificação de pelo menos três pontos. O mesmo procedimento aplica-se para as restantes patologias (17).

No presente estudo foi incluída apenas a primeira parte da entrevista, referente aos dados demográficos e à análise genérica da doença (Secção 1, 2 e 3) e, ainda, a secção 4, respeitante ao diagnóstico da AN. A utilização não integral do instrumento não implicou nenhuma alteração ao nível dos itens nem das sub-escalas.

Uma vez terminado o processo de tradução da entrevista e, mediante a concordância dos autores, decidimos acrescentar uma pergunta na secção 1 (dados demográficos) - a profissão do sujeito - dado considerarmos ser uma questão pertinente na caracterização sócio-demográfica dos doentes.

Procedimento

O processo de adaptação da IDED-IV foi implementado com a autorização dos autores e o estudo obteve a aprovação da Comissão de Ética nas diferentes instituições nas quais a investigação foi desenvolvida².

O primeiro passo consistiu na tradução da entrevista de Inglês para Português, por dois psicólogos independentes que dominavam os dois idiomas, tendo presente os conceitos envolvidos e as intenções subjacentes à formulação de cada pergunta (20). As diferenças entre ambas as versões foram solucionadas por comum acordo.

O processo de retroversão foi independente e levado a cabo por um tradutor com formação superior em inglês, cuja língua materna era o português, e que desconhecia a entrevista inicial. O passo seguinte consistiu na análise, por parte de um perito na área do comportamento alimentar, das três versões (original, traduzida e retrovertida) com o objectivo de identificar possíveis discrepâncias.

Após confirmação do diagnóstico com o médico psiquiatra e a obtenção do consentimento informado por escrito, foi aplicada a IDED-IV a todas as participantes, individualmente, por um entrevistador treinado. A IDED-IV foi aplicada sempre pelo mesmo entrevistador.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado com o apoio do "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS; versão 15.0). Na análise da validade da entrevista considerámos o cálculo da sensibilidade ajustada aos testes diagnósticos (21) que deriva de uma tabela de contingência 2X2 (Doença: positiva ou negativa; Teste: positivo ou negativo). No presente estudo este coeficiente traduz-se na análise da proporção de participantes com AN que foram diagnosticadas com esta perturbação pela IDED-IV. Procedeu-se, também ao cálculo da fidelidade (coeficiente alpha de Cronbach) a partir das classificações obtidas em cada um dos sintomas (A, B, C1, C2, C3, D). Por último, analisou-se a correlação item-total para avaliar a força das relações entre cada sintoma e o total do instrumento. Nesta análise aplicou-se o coeficiente de

correlação item-total corrigido; opção igualmente adoptada por Kutlesic et al (17) no estudo das propriedades psicométricas da IDED-IV com base no reduzido número de itens (sintomas) em análise. Ao não se entrar com o item em análise no cálculo evita-se que ele "... contribua, de forma espúria, para a sua própria correlação com o total da escala" (22).

RESULTADOS

Características da amostra

Apresentam-se, seguidamente, algumas características da amostra em estudo obtidas a partir da análise das secções 1 e 2 da IDED-IV.

Em termos sócio-demográficos é possível concluir que 66,3% das participantes apresentam idade inferior a 20 anos e que apenas 7,1% apresentam idade superior a 28 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por classes etárias.

	n	%	% Acumulada
12-15 anos	30	30,6	30,6
16-19 anos	35	35,7	66,3
20-23 anos	16	16,3	82,7
24-27 anos	10	10,2	92,9
≥ 28 anos	7	7,1	100,0
Total	98	100,0	

Ao nível clínico, o Índice de Massa Corporal (IMC) das participantes varia entre 12,4 Kg/m² e 19,2 Kg/m² (média=15,78; desvio-padrão=1,76).

Quando analisada a idade de início da PCA³, a tabela 2 mostra-nos que a idade mais comum de desenvolvimento da doença foi aos 14 anos (moda). Analisando conjuntamente os valores da média e da mediana podemos concluir que a PCA se desenvolveu tendencialmente na adolescência.

Outra variável avaliada foi o tempo decorrido entre o início da PCA e o momento em que foi efectuada a avaliação. Esta variável dá-nos uma indicação da proporção de casos com diagnóstico recente e de casos crónicos.

² A IDED-IV foi traduzida e utilizada no âmbito da dissertação de Doutoramento (19).

³ Referimo-nos à idade aproximada na medida em que neste tipo de doença é difícil definir, com precisão, o início do seu desenvolvimento. Os sintomas nem sempre se manifestam na sua globalidade, sendo muito variável o período de evolução.

Tabela 2 - Medidas de localização, de tendência central e de dispersão quanto à idade de início da Perturbação do Comportamento Alimentar.

Média	15,88
Mediana	15
Moda	14
Mínimo	9
Máximo	28
Total	98

A distribuição de frequências (Tabela 3) mostra-nos que mais de metade do grupo tem PCA há dois ou menos anos. O número de casos crónicos com mais de cinco anos é claramente inferior.

Tabela 3 - Caracterização do tempo decorrido entre o início da Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA) e o momento da avaliação.

Duração da PCA	n	%	% Acumulada
Menos de 1 ano	18	18,4	18,4
1 ano	28	28,6	46,9
2 anos	21	21,4	68,4
3-5 anos	14	14,3	82,7
6-10 anos	14	14,3	97,0
> 10	3	3,0	100,0
Total	98	100,0	

Propriedades Psicométricas

O cálculo da sensibilidade ajustada aos testes diagnósticos (tabela de contingência 2X2) indica que das 98 participantes do estudo, 80 foram diagnosticadas com AN na IDED-IV (81,6%): 52 com o diagnóstico de AN Tipo Restritivo e 28 com AN Tipo Ingestão Compulsiva/Purgativo.

Na tabela 4 encontram-se descritos os critérios específicos que contribuíram para a não confirmação do diagnóstico de AN na entrevista. A leitura destes dados permite-nos concluir que entre as 18 participantes que não foram classificadas com AN na IDED-IV, em 11 destas o motivo prendeu-se com a ausência de um critério de diag-

nóstico (avaliação de um sintoma com pontuação inferior a 3) e em sete participantes a não confirmação do mesmo deveu-se à ausência de dois critérios simultaneamente (i.e. dois sintomas com pontuações inferiores a 3).

Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com o diagnóstico efectuado na IDED-IV.

Avaliações com exclusão de diagnóstico de AN	Ausência de magreza (IMC > 17,5 kg/m ²)	8
	Ausência de amenorreia	2
	Ausência de medo intenso de engordar	1
	Ausência de dois critérios de diagnóstico	7
	Total de avaliações excluídas	18
Avaliações com diagnóstico de AN		80
Total de avaliações		98

IDED-IV - Interview for the Diagnosis of Eating Disorders - IV; AN - Anorexia Nervosa; IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²).

O coeficiente alpha de Cronbach, calculado para a análise da consistência interna, foi 0,63.

Na análise da correlação item-total, aplicada para determinar quais os sintomas com maior contribuição para o cálculo do total da entrevista, os resultados indicam que os sintomas B e C1 são os que apresentam uma contribuição mais significativa. Os sintomas A e D apresentam contribuições baixas (Tabela 5).

Tabela 5 - Correlações item-total na IDED-IV.

	Correlação item-total corrigido
A - Peso baixo	0,07
B - Medo de aumentar de peso	0,64
C1 - Sentir-se gorda, mesmo que não tenha peso excessivo	0,61
C2 - Indevida influência da forma corporal na auto-avaliação	0,36
C3 - Negação da gravidade do baixo peso actual	0,41
D - Amenorreia	0,19

IDED-IV - Interview for the Diagnosis of Eating Disorders - IV.

DISCUSSÃO

A análise das principais características clínicas e sócio-demográficas da amostra revela-nos que mais de metade dos participantes têm idade inferior a 20 anos e que a génese da PCA se situa tendencialmente no período da adolescência. A associação particular da AN à adolescência frequentemente descrita na literatura (18) encontra-se, desta forma, também reflectida no presente estudo.

Relativamente ao tempo de desenvolvimento da patologia alimentar é possível concluir que o número de casos crónicos com mais de cinco anos de desenvolvimento é claramente inferior ao número de casos cujo problema alimentar surgiu mais recentemente. Este dado pode traduzir uma tendência para estes doentes procurarem tratamento numa fase inicial de evolução da PCA, provavelmente na sequência de um maior conhecimento sobre este tipo de doença veiculado pelos meios de comunicação social.

Quanto aos resultados preliminares do estudo psicométrico da IDED-IV estes reforçam a utilização desta entrevista tanto em contexto clínico como na investigação. A concordância entre o diagnóstico definido pelos médicos e o diagnóstico resultante da aplicação da entrevista (sensibilidade do teste) verificou-se em 81,6% dos casos, sugerindo-nos a validade da IDED-IV. Na nossa opinião esta percentagem de concordância não assumiu um valor ainda mais expressivo devido ao facto dos critérios de diagnóstico da AN não serem aplicados de uma forma rígida ao nível da intervenção clínica, contrariamente ao que se verifica no âmbito da investigação, onde existe um maior rigor na definição da presença/ausência dos mesmos. Por outras palavras, ao nível clínico existe uma maior flexibilização dos limiares dos critérios de diagnóstico, sobretudo ao nível do peso e da amenorreia, sendo também equacionados outros critérios mais subjectivos que fazem parte da avaliação clínica, nomeadamente a gravidade dos critérios presentes, a história familiar, a evolução da PCA, entre outros. No seu conjunto, estes aspectos podem contribuir para algum desfasamento entre o diagnóstico formulado para fins clínicos (pelos médicos) e o diagnóstico definido com base na aplicação da entrevista.

Ao nível da fidelidade, a IDED-IV revelou um alpha de 0,63 que, apesar de ser inferior ao valor de 0,75 encontrado por Kutlesic et al (17) nesta sub-escala, se pode considerar aceitável tendo em conta o número reduzido de itens (20,22,23) e as variadas dimensões avaliadas na entrevista (24).

Analisando a correlação item-total podemos concluir que os sintomas B (medo de aumentar de peso) e C1 (sentir-se gordo mesmo que não tenha peso excessivo) são os mais significativos para o cálculo do total da entrevista de diagnóstico. Os sintomas A (peso baixo) e D (amenorreia) apresentam contribuições baixas.

Estes dados vão de encontro à nossa percepção formada durante a aplicação da IDED-IV, pois com frequência constatámos que os critérios do peso e da amenorreia

nem sempre acompanhavam a gravidade do quadro psicopatológico. A exemplificar esta situação encontra-se o elevado número de casos que excluimos da amostra por não cumprirem estes critérios (13 no total: oito casos com IMC superior a 17,5 kg/m², dois casos sem amenorreia e três casos sem nenhum destes dois critérios), apesar de evidenciarem a presença clara dos restantes sintomas de diagnóstico com frequentes classificações de 4 e 5. No sentido inverso, observámos também situações em que as participantes, mesmo apresentando um IMC bastante baixo, verbalizavam vontade de aumentar de peso, bem como consciência e desconforto com a sua magreza.

Kutlesic et al (17) constataram que na avaliação da severidade de alguns sintomas a percentagem de concordância entre os observadores na IDED-IV foi apenas moderada, sugerindo alguns défices ao nível da precisão da entrevista. No seguimento deste facto levantaram a hipótese da IDED-IV ser mais precisa como instrumento de diagnóstico e menos precisa como medida de avaliação da severidade da sintomatologia. Este dado pode justificar as referidas oscilações e, a confirmar-se, requer a reformulação e o acréscimo de algumas perguntas.

No entanto, este aspecto pode não ser o único responsável pela severidade diferencial dos sintomas. Na nossa opinião esta heterogeneidade pode representar efectivamente a realidade. Provavelmente os diferentes critérios de diagnóstico da AN não obedecem a um padrão estável, não variando na relação directa com a gravidade do quadro psicopatológico. Em especial a amenorreia e o peso podem apresentar uma maior variabilidade entre os sujeitos.

Por outro lado, e a acrescentar a este aspecto, é possível que os sintomas se influenciem mutuamente; por exemplo, o aumento de peso durante o processo de tratamento pode intensificar o medo de engordar e a perturbação da imagem corporal (i.e. fazer a pessoa sentir-se mais gorda), resultando desta evolução positiva do peso um agravamento de outros sintomas. Estes aspectos, no seu conjunto, podem justificar o facto dum sujeito com AN severa não apresentar na IDED-IV uma cotação elevada em todos os critérios da doença.

As diferenças de opiniões entre os investigadores quanto à importância relativa de cada critério apoia, em certa medida, a não homogeneidade entre eles. Relativamente à amenorreia, é do conhecimento geral que este sintoma não é perfeitamente estável. A amenorreia tanto pode aparecer antes da redução do peso como pode ser um critério ausente em casos de emagrecimento acentuado. No geral, ela é uma característica muito frequente mas não reúne o consenso quanto à sua significância no diagnóstico.

Quanto ao medo de aumentar de peso e à perturbação da imagem corporal - critérios estes que se revelaram mais significativos para o cálculo do total da IDED-IV - vários têm sido os estudos que têm salientado a sua importância no curso da AN. Strober, Freeman e Morrell (25) encontraram uma associação entre a ausência destas duas características e o curso menos severo do problema alimentar.

No geral, estas observações são compatíveis com a concepção da AN como um continuum, mas não um continuum definido unicamente em função do grau de restrição alimentar, mas sim com base nas suas múltiplas características associadas (26).

Numa análise sobre a experiência prática de aplicação da entrevista existem ainda alguns aspectos que gostaríamos de salientar. Em primeiro lugar, a IDED-IV revelou-se de fácil aplicação. O registo da informação é simples e a ordem das questões proporciona uma abordagem gradual ao problema alimentar, progredindo no sentido de uma maior pormenorização. Este último ponto torna-se, inclusivamente, central na diminuição do impacto de uma grande desvantagem associada às entrevistas de diagnóstico: ela ser percebida como intrusiva pelo entrevistado causando embaraço na revelação de determinados aspectos do seu comportamento alimentar como, por exemplo, a auto-indução do vômito ou o descontrole alimentar (12).

Quanto às perguntas que compõem a entrevista estas pareceram-nos adequadas à cultura portuguesa. Contudo, identificámos algumas questões adicionais que fomos sentindo necessidade de colocar para esclarecer algumas áreas e que poderão, eventualmente, vir a ser incluídas numa futura revisão da entrevista. Por exemplo, na descrição dos alimentos ingeridos seria relevante questionar os indivíduos sobre a existência de alimentos proibidos na sua dieta para facultar uma melhor compreensão do grau de restrição alimentar praticada. Também na análise dos episódios de ingestão alimentar compulsiva seria importante averiguar quando começaram, a frequência com que ocorrem no momento presente e qual a sua evolução ao longo do tempo.

No geral, a IDED-IV revelou uma boa capacidade diagnóstica oferecendo informação relevante sobre o controle do peso, o medo de engordar e a perturbação da imagem corporal. Contudo, estes dados são apenas preliminares requerendo ainda um estudo mais aprofundado, sobretudo, em torno da validade. Particularmente, a análise da validade comparativa da IDED-IV com outras entrevistas de diagnóstico será de grande relevância.

REFERÊNCIAS

- Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *Am J Psychiatry* 1991; 148:917-22.
- Pawluck DE, Gorey KM. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: Integrative review of population-based studies. *Int J Eat Disord* 1998;23:347-52.
- Azevedo MH, Ferreira CP. Anorexia nervosa e bulimia: A prevalence study. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:432-6.
- Gonçalves S. Perturbações do Comportamento Alimentar: Estudo da prevalência junto de uma população universitária feminina. Tese de mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho;1998.
- Carmo I, Reis D, Varandas P, et al. Epidemiologia da anorexia nervosa: Prevalência da anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Med Port* 2001;14:301-16.
- Queirós LP. Autoimagem quanto à aparência física da população feminina em idade escolar: Abordagem na óptica da capacitação para autogerir a saúde e seus factores. Tese de mestrado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa;2001.
- Baptista F, Sampaio D, Carmo I, Reis D, Galvão-Teles A. The prevalence of disturbances of eating behaviour in a Portuguese female university population. *Eur Eat Disord Rev* 1996;4:260-70.
- Crowther J, Sherwood N. Assessment. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: The Guildford Press; 1997. p.34-49
- Rosen DS, Demitrack MA. Eating Disorders and disordered eating. In: Knesper DJ, Riba MB, Schwenk TL, editors. *Primary Care Psychiatry*. Philadelphia: Saunders; 1997. p.343-53.
- Sierra JC, Buela-Casal G, Ambrosio I. Evaluación y tratamiento de los trastornos alimentarios. In: Buela-Casal G, Sierra JC, editors. *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 2001. p. 571-61.
- Garner DM. Measurement of eating disorder psychopathology. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. *Eating disorders and obesity*. New York: The Guilford Pres;1995. p. 117-121.
- Heffernan K. Assessment of eating disorders. *J Ment Health* 1995;4:443-9.
- Anderson DA, Lundgren JD, Shapiro JR, Paulosky CA. Assessment of Eating Disorders. *Behav Modif* 2004;28: 763-82.
- Bouça D, Sampaio D. Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Rev Port Psicoss* 2002;4: 121-33.
- Williamson DA. Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa. New York: Pergamon Press; 1990.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, DC: Author; 1987.
- Kutlesic V, Williamson D, Gleaves D, Barbin J, Murphy-Eberenz K. The interview for diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychol Assess* 1998;10:41-8.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4rd ed. Washington, DC: Author; 1994.
- Torres S. O corpo e o silêncio das emoções: Estudo da alexitimia na anorexia nervosa. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto; 2005.
- Ribeiro JPL. Investigação e avaliação em psicologia e saúde. Lisboa: Climepsi; 1999.
- Alberg AJ, Park JW, Hager BW, Brock MV, Diener-West M. The use of "overall accuracy" to evaluate the validity of screening or diagnostic tests. *J Gen Intern Med* 2004; 19:460-5.
- Almeida LS, Freire T. Metodologia da investigação em Psicologia e Educação. 3ª ed. Braga: Psiquilíbrios; 2003.
- Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
- Giles DC. *Advanced research methods in psychology*. New York: Routledge; 2002.

- 25 - Strober M, Freeman R, Morrell W. Atypical anorexia nervosa: Separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *Int J Eat Disord* 1999; 25;135-42.
- 26 - Dancyger IF, Garfinkel PE. The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychol Med* 1995;25;1019-25.

Correspondência:

Dr.^a Sandra Torres
Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação
Universidade do Porto
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva
4200-392 Porto

e-mail: storres@fpce.up.pt