



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Evolução clínica e recuperação nas PCA e história reprodutiva

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Filipa Maria Oliveira Maia de Sousa Soares

sob orientação de

Prof^a. Dr^a Bárbara César Machado

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, Outubro de 2013

AGRADECIMENTOS

Um especial e sincero *obrigado* a todas as pessoas que deram o seu contributo para a realização desta tese de dissertação, nomeadamente:

A todas as participantes deste estudo, pela disponibilidade temporal e psicológica demonstrada, pela partilha das suas experiências e testemunhos.

À minha supervisora de estágio, Prof^ª. Dr^ª. Bárbara César Machado, pelo apoio incondicional e pela disponibilidade demonstrada, bem como pela partilha de conhecimentos na área da psicologia clínica e da saúde e das perturbações do comportamento alimentar em concreto.

A todos os meus professores do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, pela partilha de conhecimentos, ao facultarem as bases teóricas e práticas, fundamentais para a realização desta investigação, em especial ao Dr. Pedro Dias.

Aos meus colegas de curso e amigos Márcia Cunha e João Amorim, pelo apoio e amizade nesta trajetória.

À minha grande amiga Rute Sampaio, pelo incentivo constante e pela partilha dos seus conhecimentos estatísticos.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional nesta caminhada... Sem o vosso carinho e auxílio não teria sido possível terminar esta tese de dissertação, nem concluir este Mestrado.

Ao meu marido André, pelo constante apoio e incentivo durante a minha já longa caminhada académica, pelos nossos sonhos e projetos... E ao meu bebé Andrézinho, por todo o amor e atenção para com a sua mamã... É sobretudo por vocês o meu esforço e dedicação!

RESUMO

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) têm sido consensualmente descritas como um problema grave que afeta, sobretudo, adolescentes e mulheres jovens, pelo que poderá ser comum em mulheres em idade reprodutiva (Micali, Simonoff & Treasure, 2007). Porém, apesar da existência de alguns estudos de grande validade ao nível europeu (Bulik *et al.*, 2009b), centrados na eventual relação entre história reprodutiva e PCA, em Portugal esta temática tem sido pouco explorada. **OBJETIVO:** O presente estudo tem o intuito de: i) compreender a relação entre PCA e sintomatologia durante a gravidez e pós-parto; ii) analisar a possível relação entre PCA, dificuldades ao nível da conceção e complicações obstétricas; iii) verificar a eventual presença de problemas de saúde e desenvolvimento nos filhos de mulheres com PCA (do nascimento à 1ª infância). **MÉTODO:** Participaram neste estudo 30 mulheres com diagnóstico passado ou atual de PCA, anterior à conceção. Estas foram distribuídas por dois grupos clínicos: um composto por 21 mulheres com diagnóstico inicial de anorexia nervosa (AN) e outro constituído por 9 mulheres diagnosticadas com bulimia nervosa (BN). Foram administradas duas entrevistas clínicas - *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000) e uma secção da *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990) e um questionário autónomo. **RESULTADOS:** A amostra clínica da BN parece estar associada a sintomas de PCA (dietas e vômito autoinduzido), desde a conceção até ao puerpério. Na AN, não se verificou a presença de sintomatologia de PCA na gravidez. Constatou-se a existência de mais problemas de saúde na gestação no caso da BN e um maior número de prematuros no caso da AN. Não foram encontrados problemas significativos no bebé e na 1ª infância. Os sujeitos com sintomas de PCA no puerpério continuam a revelar sintomas atualmente.

ABSTRACT

The eating disorders (PCA) has been consensually described as a serious problem that affects mainly adolescents and young women, so it may be common in women of reproductive age (Micali, Simonoff & Treasure, 2007). However, despite the existence of some European level studies of great accuracy (Bulik et al., 2009b), focused on the possible relationship between reproductive history and PCA, in Portugal this topic has been underexplored. **AIMS:** This study aims to understand: i) the relationship between PCA and symptoms during pregnancy and postpartum; ii) analyze the possible relationship between PCA, with conception difficulty and obstetric complications; iii) verify the possible presence of health and development problems in sons of women with PCA (from birth to 1st child). **METHOD:** In this study, 30 women with current or past PCA diagnosis prior to conception participated. These were distributed by two clinical groups: consisting of one, with an initial diagnosis of anorexia nervosa (AN) 21 women and the other consisting of 9 women diagnosed with bulimia nervosa (BN). Were given two clinical interviews - Eating Disorders Examination (Fairburn & Cooper, 2000) and a Risk Factors for Eating Disorders section: Interview Schedule (Fairburn & Welch, 1990) and an autonomous quiz. **RESULTS:** The clinical sample of BN appears to be associated with PCA symptoms (diets and self-inflicted vomiting), from conception to postpartum. In AN, there was the presence of PCA symptoms in pregnancy. It was found that there are more health problems during pregnancy in the case of BN and a greater number of premature in the case of AN. There were no significant baby and the 1st childhood problems. Individuals with postpartum PCA symptoms still show symptoms today.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE	v
Índice de Quadros	vii
GLOSSÁRIO	viii

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	3
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Classificação e Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	4
2. Caracterização Clínica das PCA	6
3. Epidemiologia das PCA	8
4. História Reprodutiva e PCA	9
4.1. Concepções em torno da sintomatologia das PCA (da gravidez ao pós-parto)	9
4.2. Implicação das PCA na mulher em idade reprodutiva (da concepção ao pós-parto)	13
4.3. Implicações das PCA no desenvolvimento no recém-nascido e na primeira infância	20
CAPÍTULO II	25
ESTUDO EMPÍRICO	25
1. História Reprodutiva e PCA	25
1.1. Objetivos e hipóteses de investigação	25
1.2. Metodologia	26
1.2.1. Sujeitos	26
1.2.2. Instrumentos	27
1.2.3. Procedimentos	30
1.3. Resultados	31
1.3.1. Resultados descritivos da amostra	32
1.3.2. Resultados relativos ao diagnóstico inicial e sintomatologia durante a gravidez e pós-parto	34
1.3.3. Resultados relacionados com o diagnóstico inicial, e: i) problemas antes da gravidez, ii) complicações durante a gravidez, iii) problemas	

obstétricos, iv) desenvolvimento fetal na primeira infância	35
1.3.4. Resultados relativos à sintomatologia de PCA, na gravidez e pós-parto, e estado clínico atual	38
1.4. Discussão e Conclusões	41
1.4.1. Estudo do diagnóstico inicial e sintomatologia durante a gravidez e pós-parto	42
1.4.2. Estudo do diagnóstico inicial, e: i) problemas antes da gravidez, ii) complicações durante a gravidez, iii) problemas obstétricos, iv) desenvolvimento fetal na primeira infância	44
1.4.3. Estudo da sintomatologia de PCA, na gravidez e pós-parto, e estado clínico atual	47
1.4.4. Conclusões	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	27
Caraterização sociodemográfica dos dois grupos clínicos (AN vs BN)	
Quadro 2	32
Resultados relativos ao peso, altura, IMC e padrão menstrual atuais, nas duas amostras avaliadas	
Quadro 3	33
Resultados relativos ao IMC (antes, no final da gestação e no pós-parto) e duração da Gestação em Semanas, nas duas amostras avaliadas	
Quadro 4	35
Resultados relativos ao diagnóstico inicial e sintomatologia durante a gravidez e pós-parto	
Quadro 5	37
Resultados relacionados com o diagnóstico inicial, e: i) problemas antes da gravidez, ii) complicações durante a gravidez, iii) problemas obstétricos, iv) desenvolvimento fetal na primeira infância	
Quadro 6	40
Resultados relativos à sintomatologia de PCA, na gravidez e pós-parto, e estado clínico atual	

GLOSSÁRIO

AN	Anorexia Nervosa
APA	American Psychiatric Association
BN	Bulimia Nervosa
EDE	Eating Disorders Examination
IAC	Ingestão Alimentar Compulsiva
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Perturbação do Comportamento Alimentar
PCA SOE	Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação
RFED	Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

INTRODUÇÃO

A gravidez e o nascimento de uma criança envolvem uma série de mudanças psicossociais e biológicas que afetam diretamente a vida da mulher, implicando uma capacidade de ajustamento a esta nova realidade. Nesta fase, alterações alimentares relacionadas com a aversão ou o desejo de certos alimentos têm sido frequentemente descritas (Fairburn, Stein & Jones, 1992). Por outro lado, as alterações endócrinas que ocorrem durante a gravidez e no período pós-parto, e o contributo de eventuais fatores genéticos podem constituir, nesta fase, alguns dos fatores precipitantes para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar (PCA) (Striegel-Moore, 1994). A este nível, também as preocupações acerca das competências maternas, bem como a perceção de perda de autocontrolo acerca do seu peso corporal e ao nível da gestão da rotina diária, podem também contribuir para o surgimento deste tipo de perturbação (Striegel-Moore, 1994). Porém, estas mudanças associadas à gravidez e relacionadas com um maior enfoque na perceção corporal e padrões alimentares parecem ter naturalmente, um maior impacto em mulheres já diagnosticadas com PCA antes da gravidez (Fahy & O'Donoghue, 1991; Treasure & Tiller, 1998; Patel, Wheatcroft, Park & Stein, 2002).

Por outro lado, as PCA podem ser uma perturbação mental comum em mulheres em idade reprodutiva (Micali, Simonoff & Treasure, 2007), pelo que recentemente este tem sido um tema de pertinência para a investigação. Contudo, vários estudos são reportados como revelando sérias limitações, (associadas normalmente a questões metodológicas), pelo que se torna difícil generalizar os seus resultados. Apesar da existência de alguns estudos populacionais ao nível europeu de grande relevância e validade (e.g. Bulik e colaboradores-Norwegian Mother and Child Cohort Study/MoBa), em Portugal esta temática encontra-se ainda pouco explorada. Neste sentido, torna-se fulcral compreender a evolução clínica e recuperação nas PCA e história reprodutiva, com o objetivo geral de verificar como decorre a evolução da gravidez e pós-parto em mulheres com PCA (história atual, recente ou passada de Bulimia nervosa (BN), Anorexia nervosa (AN) e PCA sem outra especificação (PCA SOE), bem como quais as implicações no desenvolvimento da criança.

Neste sentido, o presente estudo é constituído por três partes complementares, nomeadamente: 1) Enquadramento teórico, em que será apresentada uma revisão da literatura sobre os temas de maior pertinência para esta investigação; 2) Estudo empírico, onde serão descritos os principais resultados inerentes ao presente estudo e 3) Discussão e conclusões, efetuadas à luz da revisão bibliográfica realizada e os resultados presentemente obtidos.

Mais especificamente, no primeiro capítulo será abordada a classificação e diagnóstico das PCA e respetiva caracterização clínica (parecendo premente considerar determinados critérios diagnósticos atualmente em vigor, tendo em conta as características psicopatológicas comuns às várias perturbações). Será ainda abordada a epidemiologia das PCA, apontando para uma maior incidência e prevalência de casos de BN, relativamente à AN. Porém, este capítulo é dedicado sobretudo às conceções em torno da sintomatologia das PCA (da gravidez ao pós-parto) e implicações deste tipo de perturbações em mulheres em idade reprodutiva (da concepção ao pós-parto) e no desenvolvimento do recém-nascido e nos primeiros anos de vida da criança. A este nível, são referidas as revisões mais consensuais e investigações mais pertinentes nestes domínios, apontando para uma remissão da sintomatologia das PCA na gravidez e exacerbação dos sintomas no pós-parto. No que respeita às consequências das PCA nas mulheres, vários estudos corroboram a existência de problemas clínicos relacionados com a função reprodutiva, considerando-se que estas podem revelar mais dificuldade em engravidar. Por fim, no que confere ao desenvolvimento do bebé, são poucos os estudos encontrados nesta área, porém, algumas investigações demonstraram associação entre a AN e o baixo peso do recém-nascido, bem como dificuldades ou resistência em mulheres com PCA amamentarem os seus filhos, com possíveis consequências físicas para o bebé.

O segundo capítulo desta dissertação, referente ao estudo empírico, é dedicado à metodologia, resultados, discussão e conclusões. Este inicia com uma breve caracterização da amostra clínica (mulheres com AN e BN), instrumentos utilizados (duas entrevistas clínicas e um questionário construído de forma autónoma) e procedimentos efetuados na recolha e tratamento de dados (através do programa SPSS, versão 19.0). Seguem-se os principais resultados, relativamente: i) à descrição da amostra; ii) relativos ao diagnóstico inicial e sintomatologia durante a gravidez e pós-parto; iii) relacionados com o diagnóstico inicial e dificuldades em engravidar, complicações durante a gravidez, obstétricas e desenvolvimento fetal e nos primeiros anos de vida; assim como iv) resultados relativos à sintomatologia na gravidez e pós-parto e estado clínico atual.

A última parte da dissertação contempla a discussão à luz dos principais resultados e confrontação com os estudos empíricos existentes, seguindo-se as conclusões, com uma abordagem às principais limitações e pontos fortes, bem como propostas para futuras investigações.

CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Classificação e Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)

Conforme salienta Machado (2010), apenas nas últimas duas décadas as PCA foram reconhecidas como entidades diagnósticas. No atual DSM-IV-TR (APA, 2006), a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) surgem identificadas como categorias nosológicas principais, seguindo-se a PCA sem outra especificação (PCA SOE), propondo-se ainda uma quarta categoria para investigação, nomeadamente a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (PIAC).

Mais especificamente, no que confere à AN, parece assim premente considerar determinados critérios diagnósticos específicos atualmente em vigor, sustentados pela *American Psychiatric Association* (APA, DSM-IV-TR, 2006), e pela *Organização Mundial de Saúde* (OMS; CID-10, 2000). Estes incluem a perda de peso acentuada (15% ou mais abaixo do peso normal, correspondendo a um Índice de Massa Corporal (IMC) ≤ 17.5); medo intenso de ganhar peso ou ficar gorda; distorção da imagem corporal (perceção de ser demasiado gorda, com horror intrusivo à gordura) e a existência de amenorreia, com ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos (APA, 2006; OMS, 2000). Por outro lado, esta entidade diagnóstica pode assumir um carácter restritivo, nos casos em que se verifica uma limitação ao nível dos alimentos ingeridos, em alguns casos também associada à prática de exercício físico intensivo, com o intuito de controlar o peso (sem a existência de métodos purgativos ou de IAC), ou poderá assumir um carácter de ingestão compulsiva/purgativa (existindo episódios de IAC e/ou comportamentos compensatórios que podem incluir o vômito autoinduzido, o uso de diuréticos e/ou laxantes) (APA, 2006; Fairburn, 2008).

Torna-se ainda relevante salientar que este tipo de perturbação, parece possuir algumas características psicopatológicas comuns com a BN (Fairburn, 2008; Treasure, Schmidt & Furth, 2003;). Segundo a OMS (2000) e a APA (2006), nesta PCA devem estar presentes critérios diagnósticos relacionados com a existência de episódios frequentes de IAC (pelo menos duas vezes por semana, durante três meses), bem como com a presença de comportamentos compensatórios recorrentes (vômitos, uso de laxantes, diuréticos, medicamentos, exercício físico) com o intuito de prevenir o aumento de peso. Neste sentido, poderá existir a utilização regular do vômito, uso de laxantes e diuréticos (tipo purgativo), bem como episódios compensatórios disfuncionais relacionados com o jejum e o incremento do exercício físico, uma persistente preocupação com a comida, assim como uma auto-perceção e autoavaliação diretamente associadas ao peso e forma corporais (APA, 2006; OMS, 2000). Contudo, apesar das semelhanças evidentes entre a BN e a AN (Tipo Ingestão compulsiva/purgativa), as pacientes com BN conseguem manter o seu peso em valores

normativos, ou mesmo acima do adequado para a sua altura e faixa etária, bem como ciclos menstruais regulares (APA, 2006; Patel *et al.*, 2002). Deste modo, o que difere essencialmente para a AN, é que na BN a restrição alimentar é pontuada por episódios de ingestão alimentar excessiva, com incremento do peso corporal, pelo que frequentemente os pacientes possuem um IMC um pouco mais elevado do que na AN (IMC >17.5). Por outro lado, apesar de no decurso da BN se encontrarem frequentemente sintomas que remetem para o diagnóstico de AN, esta interrupção da dieta que caracteriza estas pacientes, conduz novamente a um incremento do IMC e a uma nova fase bulímica (Fairburn & Harrison, 2003). Estas oscilações ao nível do peso corporal são frequentes nas PCA, e podem originar uma situação de “migração diagnóstica”, já que investigações levadas a cabo por Fairburn e Harrison (2003) e Fairburn (2008) corroboram a passagem da AN para a BN, em que parece ocorrer uma evolução dos sintomas.

De facto, conforme o explanado, se considerarmos as características psicopatológicas comuns, inerentes às PCA no geral, não será pois surpreendente que, eventualmente, se possa verificar uma modificação ao nível das categorias diagnósticas. Neste âmbito, parece ser igualmente frequente que PCA atípicas (mais concretamente as PCA SOE), evoluam também para outros tipos de perturbações alimentares, como é o caso da AN (Fairburn, 2008; Fairburn & Harrison, 2003).

O DSM-IV TR (APA, 2006), reconhece ainda a existência de casos sub-clínicos, nomeadamente as PCA SOE, as quais remetem para uma categoria diagnóstica utilizada em situações em que não esteja preenchida a totalidade dos critérios relativos a uma PCA específica. Nas PCA SOE, todos os critérios de AN se encontram presentes, com a exceção da amenorreia, assim como todos os critérios para BN encontram-se vigentes, com a exceção da frequência de episódios de IAC (os episódios de ingestão compulsiva e os mecanismos compensatórios inapropriados ocorrem menos do que 2 vezes por semana, ou têm duração inferior a 3 meses). Por outro lado, o DSM-IV TR propõe que seja realizado um diagnóstico provisório de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), quando os episódios de IAC se desenvolvem (pelo menos duas vezes por semana, nos últimos 6 meses), sem a presença de comportamentos compensatórios. A este nível, três ou mais dos seguintes critérios, devem estar presentes: (i) uma ingestão mais rápida do que o habitual; (ii) comer até sentir-se muito cheio; (iii) ingestão de grandes quantidades de alimentos; (iv) sentir fome; (v) comer sozinho; (vi) existência de sentimentos de desconforto, (vii) depressão ou culpabilidade (APA, 2006). Esta forma de ingestão parece o resultado de um padrão de dieta rígida e intensa, adotada por estes pacientes, colocando-os assim numa contínua pressão psicológica, no que respeita ao ato de comer (Machado, Gonçalves, Machado, Santos & Santos, 2001). Assim, as novas propostas do DSM-5, sugerem que a PIAC seja mesmo considerada como uma entidade clínica (Hebebrand & Bulik, 2011). Desta forma, o

grupo de trabalho responsável pelas alterações nesta nova classificação, aponta algumas sugestões, fundamentadas com revisões suportadas empiricamente, nomeadamente: (i) a remissão da amenorreia como critério diagnóstico para a AN, (uma vez que este não parece consistir num indicador fidedigno do peso corporal, já que poderá existir uma manifestação dos sintomas e alguma atividade menstrual); (ii) a remissão dos sub-tipos tanto para AN e BN (uma vez que os sub-tipos atualmente considerados parecem consistir em fases/ciclos que caracterizam a mesma perturbação, não permanecendo estáveis ao longo do tempo); assim como (iii) a redução da frequência dos episódios de IAC para uma vez por semana, durante três meses, no caso da BN e da PIAC (Walsh (2010); Wilfley *et al.*, 2007).

2. Caracterização Clínica das PCA

As PCA identificadas atualmente no DSM-IV-TR (APA, 2002), (nomeadamente as já referidas AN, BN e PCA SOE), caracterizam-se globalmente pela existência de uma sobrevalorização do peso e forma corporais, em que o paciente avalia o seu valor pessoal (i.e. a forma como se julga e se sente), de acordo com o seu peso e forma, com especial enfoque nas suas competências de controlo (Fairburn, 2008). Assim, o “padrão” psicopatológico associado às PCA engloba a existência de uma preocupação excessiva com o peso e forma corporal, manifesta através de comportamentos de evitamento alimentar e presença de dietas rígidas e intensas com o objetivo de limitar a quantidade de alimentos bem como a prática de exercício físico excessivo. Para além destes aspetos, as PCA envolvem frequentemente episódios de IAC; o uso de métodos purgativos compensatórios (como o recurso ao vômito, laxantes e diuréticos), para controlo do peso corporal; assim como dificuldades de autocontrolo no que se refere a dietas intensas, contagem de calorias e ao evitamento alimentar (*idem*). Deste modo, são várias as similitudes partilhadas ao nível das características gerais destas perturbações, pelo que autores como Fairburn (2008) e Hebebrand e Bulik (2011), salientam sobretudo a sua transversalidade, em detrimento daquilo que as distingue.

Porém, apesar da existência desta psicopatologia comum, esta manifesta-se frequentemente de forma distinta, variando consoante o indivíduo. Neste sentido, no que se refere à restrição alimentar, uma das características principais das PCA, (Fairburn, 2008), verifica-se a presença de dietas irrealistas e rigorosas, com subsequente redução do peso corporal, podendo ainda conseqüentemente originar a existência de episódios de sub-alimentação (em menor grau na AN). Por outro lado, o incremento do exercício físico poderá ser expresso de várias formas, incluindo a realização de tarefas domésticas e diárias em demasia; dificuldade em permanecer sentado, recorrendo a caminhadas curtas ou intensivas durante grande parte do dia; bem como a frequência de ginásios de forma excessiva (i.e. várias vezes e muitas horas por dia) (*ibidem*). No que concerne às questões

relacionadas com a intensa preocupação com o peso, dois comportamentos distintos são com frequência descritos, uma vez que certos pacientes revelam comportamentos repetitivos de pesagem, enquanto outros optam por rejeitar o seu peso, evitando a avaliação ponderal. Também no que respeita à forma corporal, parecem presentes condutas ambivalentes que incluem a observação constante do corpo no seu todo e/ou de partes específicas, bem como o evitamento da observação do mesmo, referindo com frequência que “consideram-se” e “sentem-se” gordos (revelando falta de “insight” relativamente ao seu baixo peso, no caso da AN), e demonstrando uma fraca aceitação do seu peso e forma corporal (*ibidem*).

Por outro lado, uma outra característica remete para a consequência da severa restrição alimentar, que parece originar episódios de IAC, (objetivos ou subjetivos no caso da AN, apesar desta ser considerada uma característica menos presente nesta perturbação). A este nível, episódios bulímicos objetivos, referem-se a uma grande quantidade de comida ingerida e episódios bulímicos subjetivos, estão relacionados com uma quantidade de ingestão que não é excessiva, mas que é vista pelo sujeito como tal e em ambos os episódios estes relatam falta de controlo e dificuldade em parar de comer. O recurso a métodos purgativos, já descritos, surgem assim no sentido de minimizar os efeitos de uma alimentação excessiva sob o ponto de vista do paciente (compensatórios) ou de forma a controlar o peso (não-compensatórios) (Fairburn, 2008).

Mais concretamente, no que confere à AN, prevalece sobretudo uma rigorosa restrição alimentar, com o intuito de perder peso e alcançar um peso baixo, associada a autocontrolo excessivo sobre a alimentação, (com constante contagem de calorias e evitamento alimentar, mas sem grande ingestão). A este nível, a prática de exercício físico excessivo e o vômito induzido são características de elevada prevalência, e em menor grau o abuso de laxantes e diuréticos (Bulik *et al.*, 2006). Por outro lado, sintomas de depressão e ansiedade, irritabilidade, labilidade emocional, dificuldades de concentração, ausência de desejo sexual e comportamentos obsessivos, acompanham frequentemente esta perturbação (Fairburn & Harrison, 2003). Esta manifesta-se normalmente no início ou durante a adolescência, com a restrição alimentar como principal sintoma (Fairburn, 2008; Fisher, 2003). Porém, esta desordem parece possuir um curso e evolução heterogéneo, variando consoante a idade e tipo de tratamento (Attia & Walsh, 2008; Fairburn, 2008; Steinhausen, 2002). Investigações levadas a cabo por Steinhausen, (2002), sugerem que em alguns casos a AN é de curta duração, necessitando de uma breve intervenção psicoterapêutica, mas noutros revela-se crónica e intratável, apesar dos tratamentos intensivos e eventual hospitalização, não se verificando assim uma remissão dos sintomas. A este respeito, estudos realizados a curto e médio prazo com pacientes com AN, apontam para uma recuperação física e psicossocial total de cerca de 46% dos pacientes, mas

indicam uma incidência de um terço com remissão parcial (cumprindo critérios para PCA SOE) e 20% com sintomas crônicos ao longo do tempo (Steinhausen, 2009). Assim, tal como referido, parece existir uma situação de “migração diagnóstica” (Fairburn, 2008) para outras perturbações (i.e. PIAC e BN), pelo que os pacientes parecem “mover-se” entre as diferentes PCA (Fairburn & Harrison, 2003; Herzog, Hopkins & Burns, 1993), sobretudo nos primeiros cinco anos da doença (Tozzi *et al.*, 2005). Neste contexto, vários autores salientam a elevada taxa de mortalidade nas PCA no geral e da sua maior incidência na AN, associada a complicações médicas e suicídio (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011; Fairburn & Harrison, 2003). Neste âmbito, a existência de baixo IMC, problemas psicossociais, comportamentos purgativos e o despoletar da perturbação na vida adulta, parecem ser maus preditores na AN (Fairburn & Harrison, 2003; Lowe *et al.*, 2001); enquanto o diagnóstico desta desordem numa fase inicial da adolescência, (Arcelus *et al.*, 2011; Attia & Walsh, 2008; Fairburn & Harrison, 2003), a existência de um historial clínico de curta duração e de uma intervenção precoce (Fairburn & Harrison, 2003) parecem ser fatores favoráveis à recuperação destes indivíduos.

No que confere à BN, segundo Fairburn e Harrison (2003), a falta de controlo sobre a alimentação, originando episódios de IAC e desconforto social, leva os pacientes a procurar ajuda mais precocemente do que na AN, cujos pacientes, apesar do impacto biopsicossocial da perturbação e das dificuldades inerentes ao tratamento, parecem mais resistentes à psicoterapia. A principal característica da BN encontra-se associada à existência de episódios recorrentes de ingestão de uma grande quantidade de alimentos, episódios estes associados a uma sensação de descontrolo sobre o ato de comer e pela presença de comportamentos compensatórios recorrentes (i.e. vômitos, uso de laxantes, diuréticos, medicamentos, exercício físico) com o intuito de prevenir o aumento de peso, acompanhados de uma autoperceção e autoavaliação diretamente associadas ao peso e forma corporais (APA, 2006; OMS, 2000). Por outro lado, estudos recentes de Gonçalves e colaboradores, (2013), concluíram que estas dificuldades de autocontrolo encontram-se também associadas a comportamentos desajustados, nomeadamente: condutas auto-destrutivas, tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa, consumo excessivo de tabaco, uso de drogas ilícitas e comportamentos de gastos compulsivos. No que se refere ao seu curso e evolução, a BN parece surgir mais tarde do que a AN, remetendo para uma duração de cerca de 5 anos, apesar de alguns estudos sugerirem que 5 a 10 anos após o diagnóstico, um terço dos pacientes possui uma PCA de elevada severidade, frequentemente atípica (Fairburn & Harrison, 2003). A este nível, Fairburn, Cooper, Doll, Norman e O'Connor (2000), salientam a obesidade infantil, baixa autoestima e comorbilidade com perturbações da personalidade, como fatores de prognóstico desfavorável.

Remetendo para as PCA SOE, estas possuem frequentemente um carácter severo e de longa duração, muito próximas das características reportadas para a AN e a BN. Algumas são semelhantes a estas desordens, contudo, não cumprem aqueles critérios específicos (e.g., o IMC pode encontrar-se a um nível mais elevado e/ou a paciente pode ainda ter menstruação). Noutros casos, parece existir um quadro psicopatológico “misto”, em que ocorre restrição alimentar, exercício em demasia, ingestão alimentar excessiva esporádica, verificando no entanto uma continuidade de um peso normal-baixo (Fairburn & Harrison, 2003). Investigações de Herzog e colaboradores (1993), sugerem que após 3 anos as PCA SOE ainda persistem na maior parte dos casos e que metade evoluíram para outras categorias diagnósticas (i.e. AN e BN), (Fairburn & Harrison, 2003).

Relativamente às taxas de mortalidade, estudos recentes apontam para percentagens similares para a BN e para as PCA SOE, considerando a idade de início como o principal preditor para a recuperação; sendo no entanto necessárias mais investigações neste âmbito (Arcelus *et al.*, 2011).

3. Epidemiologia das PCA

As PCA parecem ser frequentemente diagnosticadas durante a adolescência ou no início da idade adulta (APA, 2006; Fairburn & Beglin, 1994; Hoek, 1993), com uma prevalência muito significativa no que confere a pacientes do género feminino, (uma vez que 90% dos casos de AN e BN ocorrem tipicamente em mulheres jovens, correspondendo a uma ocorrência da perturbação no género masculino aproximadamente de um décimo do género feminino (APA, 2006).

De uma forma geral, os estudos epidemiológicos apontam para uma incidência e prevalência mais elevada de casos de BN, relativamente à AN. Tal foi corroborado por investigações de Hoek e Hoeken (2003), numa revisão da literatura acerca deste tema, encontrando-se uma incidência de 8 casos de AN por ano em 100.000 e de uma incidência de BN de 12 casos por ano, igualmente em 100.000. No que se refere a dados de prevalência, estes sugerem uma percentagem de 0.3% de pacientes com AN e de 0.1% a 1% de pacientes com BN, em jovens de ambos os sexos. Por outro lado, os estudos de Bulik e colaboradores (2006), realizados com gémeos suecos nascidos entre 1935 e 1958, indicam uma previsão global da AN, (entre os 31.406 participantes), de 1.20 no género feminino e de 0.29 no género masculino, com uma previsão mais elevada para os nascidos depois de 1945; denotando-se um aumento da prevalência da perturbação até meados dos anos 70, conforme sugerido por Hoek (2006).

No que concerne a estudos epidemiológicos nacionais, uma investigação efetuada com uma amostra representativa de população adolescente proveniente do Norte, Centro e Sul do País, apontam as PCA SOE como as mais frequentes (77.4%), seguindo-se a AN

(13%) e a BN (10%), (Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007). Estes resultados parecem relativamente semelhantes aos encontrados em estudos desenvolvidos em outras culturas ocidentais (Hoek & Hoeken, 2003), com uma taxa de prevalência da AN semelhante à encontrada na Europa e na América do Norte. Por outro lado, estes propõem que a maioria dos indivíduos com sintomas associados a uma PCA, não preenchem os critérios de diagnóstico para as categorias mais reconhecidas e elencadas (i.e. AN e BN), caindo assim na categoria sem especificação (PCA SOE), tal como o corroborado por Hebebrand e Bulik, (2012); Fairburn (2008) e Striegel-Moore e Bulik (2007). Neste contexto, um recente estudo prospetivo espanhol, efetuado com uma população de ambos os géneros e com idade superior ou igual a 15 anos, indica uma maior incidência e prevalência de PCA SOE entre os casos de PCA, bem como o aumento de novos casos deste tipo de perturbações a partir dos 45 anos de idade (Larranãga, Dacet & García-Mayor, 2012). Assim, a investigação revela que, muitas vezes, os indivíduos que procuram tratamento para uma PCA não preenchem todos os critérios necessários para um diagnóstico concreto para este tipo de perturbações, adotando-se um diagnóstico de PCA SOE, perturbação bastante comum ao nível clínico (Machado *et al.*, 2007).

4. Historia Reprodutiva e PCA

4.1 Conceções em torno da sintomatologia das PCA (da gravidez ao pós-parto)

Conforme o explanado no capítulo anterior, as PCA são frequentemente diagnosticadas em mulheres, normalmente no final da adolescência ou no início da idade adulta (APA, 2006), ou seja, no período associado à idade fértil e reprodutiva (Torgersen *et al.*, 2010). Paralelamente, na gravidez, verificam-se frequentemente alterações em torno das atitudes e comportamentos alimentares mesmo em mulheres sem história de PCA. De uma forma geral, tais alterações variam entre desejarem alimentar-se de forma saudável, comer em excesso, aversão a comidas, bebidas ou cheiros específicos, bem como numa forte vontade de ingerir determinada comida ou bebida, ou cheirar determinada substância (Fahy & O'Donoghue, 1991). No que respeita à gravidez, esta tem um impacto inevitável e complexo nas atitudes face ao peso, forma corporal e nos sintomas de PCA.

Em relação às PCA e história reprodutiva, estudos recentes realizados com mulheres grávidas com esta perturbação (história recente ou passada) apontam para a existência de remissão dos sintomas durante o período de gestação e exacerbação dos mesmos no pós-parto (e.g. Agras, Crosby, Halmi, & Mitchell, 2008; Berg *et al.*, 2011; Crown, Madsen, Horder, & Stoving, 2009). Por outro lado, alguns estudos (e.g. Conrad, Schablewsky, Schilling, & Liedtke, 2003) salientam uma maior vulnerabilidade e aumento dos sintomas das PCA durante a gravidez. No que se refere à eventual remissão de sintomas, investigações

levadas a cabo por Fairburn, Stein e Jones (1992), sugerem a existência de uma redução das restrições alimentares e das preocupações acerca do aumento de peso durante a gravidez, embora com a presença de alguns episódios de sobrealimentação neste período. A este nível, Madsen e colaboradores (2009), encontraram igualmente uma tendência para a remissão dos sintomas relacionados com as PCA durante a gravidez, com uma melhoria dos sintomas associados a dieta restritiva, indução do vômito e compulsão alimentar. Estes autores apontam ainda para o incremento de fatores de ordem psicológica (e.g., maior sentido de responsabilidade, mudança da perceção corporal), social (e.g., rede de apoio relacional, envolvimento do pai da criança e dos profissionais de saúde), bem como de ordem endócrina (e.g., alteração dos níveis de atividade dos neurosteróides, envolvimento de hormonas sexuais), na eventual remissão dos sintomas.

Apesar da literatura demonstrar uma diminuição da sintomatologia das PCA durante a gravidez existem estudos que apontam para uma exacerbação dos sintomas da BN (Conrad *et al.*, 2003) e uma melhoria dos sintomas durante a gravidez no que concerne especificamente à AN (Crown *et al.*, 2008). Estes últimos autores elaboraram um estudo prospetivo de 4 anos com 385 mulheres com AN, BN, PCA-SOE e compulsão alimentar, verificando que alguns sintomas das PCA, como a IAC, os comportamentos purgativos e algumas cognições associadas às PCA, aumentaram substancialmente com a gestação, mas que estas tendiam a retornar aos níveis iniciais pré-gestacionais após o parto.

Relativamente à IAC, os estudos de Berg e colaboradores (2011), realizados com mulheres diagnosticadas com uma PCA pré-gravidez, sugerem que apenas 1/3 das participantes apresentaram remissão de sintomas e indicaram uma possível relação entre a perceção de excesso de peso e sobrevalorização do mesmo, como fatores de manutenção da perturbação durante a gravidez. Deste modo, encontra-se ainda vigente alguma controvérsia em torno deste domínio, uma vez que as razões inerentes à remissão dos sintomas e os mecanismos envolvidos neste processo parecem necessitar ainda de uma melhor compreensão (Berg *et al.*, 2011; Madsen *et al.*, 2009).

Por outro lado, atualmente sabe-se que a fertilidade nas mulheres com PCA não está tão afetada como se considerava no passado e existe a possibilidade de engravidar. No entanto, considerou-se durante algum tempo que a gravidez e este tipo de diagnóstico, em particular, a AN, não era bom auspício devido aos fatores endocrinológicos, psicológicos e psicossociais associados (Bulik, Reba, Siega-Riz, & Reichborn-Kjennerud, 2005). Por sua vez, verificou-se uma elevada taxa de gravidez não planeada na BN, dado existirem bastantes irregularidades ao nível da menstruação associadas à infertilidade. Porém, o decorrer saudável da gravidez pode estar comprometido em mulheres com PCA, comportando riscos significativos e alterações no bem-estar da mulher, do feto e mesmo das pessoas que a rodeiam. Os sintomas associados às PCA durante a gravidez, bem como a

presença de história prévia de depressão, podem ter um efeito potenciador no aumento do risco de desenvolver comorbidades psiquiátricas perinatais (depressão ou ansiedade) (Micali, Simonoff & Treasure, 2011). Embora os estudos tenham descrito uma associação entre PCA e resultados maternos e fetais adversos, verifica-se uma escassez de estudos que abordem o diagnóstico e tratamento das PCA na gravidez (Bulik *et al.*, 2007). A literatura estima uma prevalência de PCA entre as mulheres grávidas de 1% quando comparadas com uma proporção de cerca de 1-3,5% entre as mulheres na população geral (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007). De um modo geral, as mulheres grávidas não são de todo imunes ao padrão cultural que prima pelo culto de um corpo magro. Pelo contrário, algumas mulheres tornam-se mais vulneráveis ao aumento excessivo de peso durante a gravidez, bem como ao aumento de obesidade no período de pós-parto, contribuindo assim para uma inadaptação a um “novo corpo” (Walker, 2007). Conforme o explanado, decorrente da presença de uma PCA, as mulheres com este tipo de patologia apresentam uma preocupação acrescida com o seu peso. O período da gravidez pode assim exacerbar esta preocupação bem como um aumento do receio associado às mudanças da forma do corpo que podem intensificar um medo patognomónico de ganho de peso (Ward, 2008).

Neste sentido, as PCA podem ter um desenvolvimento crónico com consequências psiquiátricas, e sequelas médicas, graves. Alterações ao nível do ciclo menstrual e problemas de infertilidade, por exemplo, são muito comuns em mulheres com baixo peso considerável e PCA, (e.g. pacientes com restrição alimentar ou pacientes que comem compulsivamente, utilizando comportamentos purgatórios e restringindo igualmente a ingestão de alimentos). Os fatores psicológicos, relacionados com o medo de ganhar peso, ou a crença associada que a sua imagem depende do seu peso, também podem contribuir para problemas relacionados na gravidez (Fairburn, 2008).

Por outro lado, um estudo de Blais e colaboradores (2000), revela que um aspeto significativo, no momento do parto, foi o estatuto conjugal. Na sua amostra, os autores verificaram que as mulheres casadas tiveram maior número de nados-vivos quando comparadas com as solteiras. Um estudo anterior (Lewis & Grange, 1994) relatou que as mulheres com PCA mais grave, na gravidez, apresentaram maior índice de divórcio, sugerindo que as mulheres com perceção de relações estáveis estavam mais aptas a controlar os sintomas bulímicos durante a gravidez do que as que tendiam a ter problemas interpessoais. Mais se acrescenta, que estas pacientes podem percecionar o ganho de peso durante a gravidez de uma forma extremamente negativa, afetando, por exemplo, o período de amamentação (*idem*). Assim, a presença de PCA durante a gravidez pode também ter repercussões ao nível do pós-parto e no recém-nascido (Micali & Treasure, 2009).

No que concerne ao período pós-parto em específico, a literatura aponta para o retorno dos sintomas, enquanto outros parecem demonstrar algumas melhorias duradouras.

Contudo, grande parte das investigações indica que a maioria das puérperas refere uma maior incidência dos sintomas das PCA durante o período pós-parto (Patel *et al.*, 2002). Estes dados sugerem que quando as mulheres deixam de se preocupar com a sua saúde (da qual até aí dependia a saúde do bebé), iniciam um processo de emagrecimento, relacionado com a percepção de excesso de peso e rápida necessidade de recuperação da sua forma física (*idem*).

Por outro lado, a existência de uma quebra nas rotinas diárias e da higiene do sono, exigindo a presença de novas estratégias de *coping*, poderão igualmente contribuir para uma desregulação ao nível alimentar (Astrachan-Fletcher, Veldhuis, Lively, Fowler, & Marcks, 2008). Neste âmbito, Lacey e Smith (1987), bem como Stein e Fairburn (1996), verificaram que a maior parte dos sintomas associados às PCA voltaram após o nascimento do bebé e, em alguns casos, com maior intensidade em relação ao período pré-natal (Patel *et al.*, 2002). Esta perspetiva é igualmente suportada por Morgan, Lacey e Sedgwick (1999), corroborando que a maioria das mulheres apresentou um agravamento da severidade dos sintomas no primeiro ano do pós-parto, quando comparada com o período anterior à gravidez, atribuindo-se esta recaída a fatores como gravidez não planeada, diabetes gestacional, história prévia de AN, sintomas de BN no segundo trimestre, consumo de álcool, dificuldades na conceção e depressão pós-natal. As perturbações do humor têm sido também amplamente relacionadas com o pós-parto, devido à preocupação com a aparência física após a gravidez e da influência de agentes *stressores* psicossociais associados ao desempenho materno (Astrachan-Fletcher *et al.*, 2008). Neste âmbito, um estudo de Eliot (2004), que avaliou a relação mãe-filho em mulheres com PCA, salienta alterações relacionadas com a maternidade, visto que insatisfações maternas e comportamentos instáveis parecem ser transmitidos aos filhos em geral, mesmo que silenciosamente. Ward, Ramsay e Treasure (2000) identificaram que a relação mãe-filho é caracterizada por mais insegurança e medo de abandono, verificando-se falta de autonomia nas mulheres com problemas alimentares.

Por outro lado, no que se refere ao período pós-parto a literatura mostra-nos uma relação direta entre a presença de PCA e a amamentação (Torgersen *et al.*, 2010). Estes autores mostraram que, mulheres com história prévia de PCA, deixavam de amamentar de forma precoce quando comparadas com outras mulheres sem história de PCA, considerando o período de amamentação como constrangedor, desconfortável e estando constantemente preocupadas com as consequências daí advindas para a sua imagem corporal.

O pós-parto parece assim caracterizar-se como sendo um período de grande vulnerabilidade para o início ou exacerbação dos sintomas ao nível das PCA. Porém, a influência das PCA na mulher parecem acarretar consequências desde a conceção. Assim,

é de suma importância diagnosticar um possível quadro de PCA durante a gestação, pois tais perturbações podem estar associadas a mudanças metabólicas, endócrinas, psicológicas e nutricionais que geram efeitos negativos tanto para a mulher quanto para o feto, incluindo a possibilidade de ocorrerem abortos, baixo peso do bebê ao nascer, complicações obstétricas e depressão pós-parto (Dunker, Alvarenga, & Alves, 2009).

Outro aspeto importante a ser levado em conta nas PCA, parece estar relacionado com a autoestima. A construção de uma autoestima positiva surge como estrutural e encontra-se associada à resiliência, (por exemplo, a força para enfrentar os obstáculos, a criatividade para encontrar saídas, a visão otimista e a esperança), (Assis & Avanci, 2004).

Embora existam tentativas de prevenção, de técnicas para tratamento das PCA, há um fator relevante na relação mãe-filho: a própria mãe. Por esse motivo deve ser lançado um olhar especial para esta figura, pelo poder que exerce como modelo no comportamento futuro da criança (Sopezki & Vaz, 2008).

4.2. Implicações das PCA na mulher em idade reprodutiva (da concepção ao pós-parto)

A literatura mostra-nos que a gravidez é *per se* um período de transição importante e de alterações significativas não só no corpo da mulher mas também numa esfera mais alargada, incluindo o casal. Assim, a gravidez caracteriza-se pela existência de diversas transformações que podem requerer ajustamentos físicos, psicológicos e sociais. Neste contexto, quando a mulher engravida, pode experienciar diversas mudanças sobre as quais não tem controlo, nomeadamente ao nível do seu aspeto externo (Larsson & Andersson-Ellström, 2003). Este período, por si, exigente, poderá ser mais difícil quando a gravidez está associada ao diagnóstico passado ou atual de PCA (Cardoso & Pires, 2010). Hoje em dia, os estudos apontam para uma relação não linear entre fertilidade e a possibilidade de engravidar, pois durante algum tempo considerou-se que mulheres com PCA apresentariam mais dificuldade em ser mães. Tal dificuldade agudizava-se quando se estava na presença de AN devido aos fatores endocrinológicos, psicológicos e psicossociais associados à perturbação (Strimling, 1984, cit. in Bulik *et al.*, 2005).

De facto, o comportamento alimentar restritivo e inadequado, bem como os comportamentos purgativos, presentes nos quadros clínicos associados às PCA podem levar a um conjunto de perturbações fisiológicas e a consequências clínicas. Estas doenças podem vir a ter repercussões na vida das mulheres ao nível físico, psicológico, familiar, comportamental, sexual e ocupacional (Dunker *et al.*, 2009). Os mesmos autores sublinham as consequências das PCA no processo reprodutivo em geral, na ovulação, na menstruação, na sexualidade, na fertilidade e nos efeitos no feto assim como nos cuidados posteriores com os filhos. Neste contexto, investigações relatam como as PCA podem estar relacionadas com as dificuldades na função reprodutora da mulher, nomeadamente,

comprometendo o ciclo menstrual, a gestação e o puerpério (Astrachan-Fletcher *et al.*, 2008).

No período que antecede a gravidez, estudos revelam que as mulheres com PCA experienciam problemas clínicos relacionados com a síndrome ovárica e ovários poliquísticos, oligomenorreia e amenorreia, redução da libido e peso inadequado suscetíveis de causarem dificuldades ao nível da conceção (Bulik *et al.*, 1999), bem como o aumento do risco de futura osteoporose (Key, Mason & Bolton, 2000). Neste contexto, no que se refere às disfunções menstruais em particular (incluindo-se a menarca, amenorreia primária, secundária e oligomenorreia), estudos de Pinheiro e colaboradores (2007), revelaram que estas são transversais a todas as PCA. Mais especificamente, o excesso ou baixo índice de massa corporal (IMC), a desadequada ingestão de calorias, a síndrome de ovários poliquísticos e o excesso de exercício físico, mostraram forte correlação com a disfunção menstrual. Assim, a existência de vários tipos de disfunção menstrual, altamente prevalentes em todas as PCA, leva a considerar-se a mesma como um fator de grande relevância clínica, mais do que um critério diagnóstico. Neste sentido, Pinheiro e colaboradores (2007), questionam a utilidade da amenorreia constituir um critério diagnóstico para a AN, sugerindo que este deveria ser substituído por um indicador de irregularidades menstruais comuns a várias PCA, mais do que algo específico da AN e de duração arbitrária. A menstruação é assim um dos fatores que influenciam a conceção e nascimento, porém, Maxwell e colaboradores (2011), salientam as questões de âmbito profissional, os objetivos e compromissos pessoais, relacionamentos pouco estáveis, libido reduzida, ambiente familiar e infertilidade do parceiro, como outros aspetos de condicionamento.

Por outro lado, será relevante ainda antes da conceção, que os vários profissionais de saúde incluam na *anamnese* a história dos hábitos alimentares e peso das pacientes, dado ser sabido que, durante a gestação muitas mulheres tentam controlar o aumento de peso recorrendo a estratégias desadequadas, como o abuso de cigarros e vômitos autoinduzidos (Abraham, 2001). Desta forma, é importante que exista uma abordagem clínica antes de uma gravidez com vista a uma maior prevenção das PCA. Esta deve contemplar: o início do quadro clínico de PCA, a velocidade da perda de peso, o impacto da perda, os hábitos alimentares, a descrição detalhada da ingestão alimentar, o uso de laxantes ou diuréticos, eventuais distúrbios gastrointestinais, alterações na pele e dentição, bem como o histórico menstrual. Será ainda premente avaliar: o nível de atividade física, o despiste de desnutrição anterior e outras doenças do foro endocrinológico e metabólico (de Andrade *et al.*, 2006).

Neste contexto, um historial de AN ou BN não deve ser considerado um impedimento à reprodução, mas antes algo que poderá complicar este processo. De facto, estudos em

pacientes com história passada de AN e BN (10-15 anos do *follow-up*) revelaram o mesmo número de concepções, comparativamente ao grupo saudável, no caso de AN, e poucas consequências reprodutivas no caso da BN (Maxwell *et al.*, 2011). Por outro lado, uma investigação levada a cabo por Carter, McIntosh, Frampton, Joyce e Bulik (2002), centrada em mulheres que desejavam ser mães durante os 5 anos seguintes ao *follow-up*, constataram que um mau funcionamento após o tratamento da BN, em combinação com variáveis demográficas, revelaram-se maus preditores para ter um bebé. Estas questões apontam, assim, para a relevância destas pacientes com PCA e que desejam ser mães, serem encorajadas a efetuar previamente o tratamento para as PCA antes de engravidar e a manterem um bom funcionamento após o *follow-up*.

Já no que respeita ao período da gravidez, estudos baseados em amostras clínicas e não-clínicas indicam que a presença de comportamentos alimentares desadequados ou de PCA podem contribuir para a existência de complicações na gestação (incluindo *hyperemesis gravidarum*, diabetes gestacional, pré-eclampsia/hipertensão arterial), bem como consequências neonatais adversas, como atrasos no crescimento intrauterino, parto prematuro, baixo peso à nascença, entre outros (Bulik *et al.*, 2009a). No entanto, deve-se ter alguma cautela na interpretação destes dados, uma vez que a literatura refere também que estes sintomas são observados em estudos que incluem maioritariamente mulheres com diagnóstico de AN, BN, PIAC e PCA SOE, pelo que são necessários mais estudos de investigação neste domínio.

Neste contexto, para além da predisposição para problemas ao nível da concepção e na gestação, encontram-se igualmente vários estudos (e.g. Micali *et al.*, 2007; Waugh & Bulik, 1999) que demonstram a existência de complicações obstétricas (i.e. maior índice de mortalidade fetal, malformações congénitas, manobras obstétricas), complicações ao nível do desenvolvimento do recém-nascido (i.e. prematuridade, baixo peso, problemas de crescimento gestacional). Em 2004, Sollid e colaboradores, observaram numa amostra de 302 mulheres com história de PCA (AN e PCA-SOE), problemas obstétricos e fetais, nomeadamente, baixo peso e comprimento fetal. Neste sentido, torna-se fulcral que as mulheres com historial de PCA sejam monitorizadas durante e depois da gravidez, visando minimizar as possíveis consequências materno-fetais da perturbação (Franko *et al.*, 2001).

Um elevado número de abortos e cesarianas têm sido descritos em casos de AN (Bulik *et al.*, 1999). Também no que se refere à BN, investigações de Micali e colaboradores, (2007), sugerem um elevado número de abortos, comparativamente com a generalidade da população. Por outro lado, um maior número de nados-mortos, baixo peso à nascença, problemas pélvicos, existência de fenda palatina e baixo índice de *Apgar*, têm sido associados aos recém-nascidos de mulheres com diagnóstico de PCA (Bulik *et al.*, 2009b). No que respeita à AN em particular, a literatura sugere a existência de prematuridade e

baixo peso à nascença do recém-nascido (Bulik *et al.*, 1999; Micali *et al.*, 2007), este último eventualmente relacionado com o baixo IMC materno, associado a esta perturbação (Micali *et al.*, 2007). Segundo apontam os resultados de um estudo norueguês de larga escala (Bulik *et al.*, 2009b), o IMC apresenta-se mais baixo na AN e mais elevado na BN. Contudo, pacientes com estas perturbações e com IAC referiram a obtenção de maior peso durante a gestação, bem como maior consumo de tabaco. Este estudo de Bulik e colaboradores (2009b), permitiu estabelecer uma ligação entre o elevado peso gestacional, compulsão alimentar e tabaco, fatores capazes de influenciar o tipo de parto e o maior recurso a manobras obstétricas. Este mesmo estudo sugere também que tais fatores parecem ainda influenciar de forma nefasta a relação entre tamanho e peso do bebé, relativamente à fase gestacional em que se encontravam (Bulik *et al.*, 2009b).

Por outro lado, um dos preditores apontados para o aumento de peso durante a gravidez, encontra-se relacionado com a presença de PCA podendo levar à IAC de uma maior quantidade de alimentos (Siega-Riz *et al.*, 2010). Mulheres com história de AN, BN e PCA-SOE tendem a ganhar mais peso durante a gravidez (Bulik *et al.*, 2009a) e a expressar mais preocupação com o ganho de peso (Swan *et al.*, 2009), quando comparadas com mulheres sem PCA. Como referido no capítulo anterior, a literatura salienta que os episódios de IAC, comportamentos purgativos e cognições associadas à sintomatologia da PCA, melhoram com a gravidez, apesar de verificar-se um agravamento dos mesmos no período pós-parto (com o ressurgimento dos sintomas presentes no período pré-gravidez). Assim, mulheres com historial de BN tendem a apresentar remissão da perturbação na gravidez com melhoria dos sintomas, nomeadamente no que se refere à dieta restritiva e ao vómito autoinduzido (Madsen *et al.*, 2009). Os autores apontam para este fato possíveis causas psicológicas, sociais e endocrinológicas durante a gravidez. Por sua vez, Berg e colaboradores, (2008) associam a remissão de sintomas na gravidez a níveis elevados de satisfação e autoestima. No entanto, estes autores salientam que para além de poderem aumentar a probabilidade de remissão de BN na gravidez, estes níveis podem também surgir como secundários à remissão (Berg *et al.*, 2008). Porém, num estudo de Morgan e colaboradores (1999) realizado com pacientes com BN, constatou-se que 57% das mulheres tinham sintomas bulímicos mais acentuados na gravidez, comparativamente com o período pré-parto. Com base nestes resultados, os autores sugerem quatro fatores que podem estar na origem da recaída em comportamentos bulímicos: i) comportamentos bulímicos persistentes durante a gravidez, ii) história prévia de AN, iii) diabetes gestacional e iv) gravidez não planeada (Morgan *et al.*, 1999).

No que diz respeito às PCA SOE, poucos são os estudos que relacionam esta patologia com a gravidez, havendo necessidade de explorar mais este domínio. Os estudos já elaborados indicam que mulheres com história de PCA, incluindo as PCA-SOE,

apresentam, durante a gravidez diferenças significativas ao nível do vômito durante a gravidez quando comparadas com mulheres com outras PCA (Torgersen *et al.*, 2008). Estes estudos sugerem que este tipo de perturbações, associadas a comportamentos purgativos, relacionam-se positivamente com a presença de vômito e náusea durante a gravidez (*idem*). Ainda neste contexto, autores como Kouba, Hallstrom, Lindholm e Hirschberg, (2005), salientam também a presença de distorção da imagem corporal, bem como um incremento dos níveis de *stress* na fase da gestação.

No que concerne às implicações das PCA no período pós-parto, este parece caracterizar-se como sendo um período de grande vulnerabilidade para pacientes com diagnóstico passado ou recente de PCA, podendo acarretar uma série de consequências negativas para estas mães e para os seus bebés. Conforme o explanado anteriormente, também o período pós-parto pode constituir-se como uma fase de risco para a recorrência de sintomas relacionados com as PCA, (e.g., durante a gravidez muitas mulheres podem ingerir alimentos por preocupação com a saúde e boa alimentação do seu filho, deixando de o fazer no período puerpério), com consequências inerentes para estas pacientes. Esta diminuição das necessidades nutricionais, conjuntamente com as alterações de peso durante a gravidez e as mudanças no aspeto físico da mulher no puerpério, bem como as expectativas face à parentalidade, podem contribuir para o ressurgimento dos sintomas e dos comportamentos (Franko, 2006; Lai *et al.*, 2006), através de um incremento dos níveis de ansiedade, podendo aumentar o risco de uma depressão pós-parto (Dunker *et al.*, 2009; Edelstein, 2007). Estudos anteriores haviam já referido que as mulheres que após o parto mantinham um excesso de peso residual, tendiam a manifestar um desejo mais forte de perder peso iniciando por isso restrições alimentares, que resultam na ocorrência de sintomas e comportamentos alimentares compatíveis com AN, PIAC, e/ou do tipo bulímico (Polivy & Herman, 1985). Assim, a BN na gravidez pode ser considerada um preditor de sintomatologia de PCA no período pós-parto (*idem*). As mulheres que apresentem IAC e comportamentos compensatórios, apesar de estarem grávidas, tendem a sofrer de uma forma mais severa e mais prolongada de BN após o pós-parto (Knoph *et al.*, 2008). Por outro lado, um maior IMC parece estar relacionado com restrições alimentares mais rígidas e irrealistas, bem como com a manutenção de comportamentos de IAC (Polivy & Herman, 1985). Deste modo, o aumento de peso ao longo da gravidez, pode de alguma forma estar presente, em concomitância com as PCA. Se existir uma IAC, a mulher pode ter um aumento de peso exagerado, o que eventualmente poderá contribuir para o surgimento de problemas do foro emocional durante a gravidez e pós-parto.

Por outro lado, as investigações levadas a cabo por Lai, Tang e Tse (2006), sublinharam a falta de suporte do companheiro, fraca ligação mãe-bebé, PCA durante a gravidez e depressão pós-parto como fatores preditores das PCA. Também segundo Britton,

(2008), um fraco suporte social, uma relação marital pobre e a falta de planeamento da gravidez podem culminar no desenvolvimento de uma perturbação do humor. Assim, aspetos afetivos como a ligação mãe-feto, o suporte do parceiro e o estado de saúde mental da mãe no pós-parto podem também considerar-se fatores relevantes neste período da maternidade (e.g., se a mulher tiver uma forte ligação ao feto, suporte por parte do parceiro e um bom equilíbrio mental, tende a ter comportamentos mais saudáveis no período pós-parto e um melhor ajustamento à maternidade), (Lai *et al.*, 2006).

Neste contexto, pacientes com PCA podem apresentar maiores dificuldades de adaptação à maternidade, dificuldades essas associadas a um incremento dos níveis de ansiedade e a uma maior predisposição para desenvolver uma perturbação do humor, com eventuais consequências para o bebé (rejeição, negligência, interações e comportamentos desajustados mãe-bebé). A este nível, os estudos de Koubaa, Hallstrom e Hirschberg, (2008), salientam os fatores psicológicos associados à preocupação com o peso, os quais, intensificados em função das mudanças corporais ocorridas ao longo da gestação, podem levar ao aumento das PCA bem como desordens de humor no pós-parto. Um estudo levado a cabo por Soest e Lars (2008) teve como objetivo estudar as implicações da maternidade no foro alimentar de mulheres com PCA, quando comparadas com mulheres sem filhos. Os autores concluíram que os problemas com a alimentação tendem a diminuir com o crescimento do filho, diferentemente do que ocorre logo a seguir no período do pós-parto. Em contrapartida, o mesmo efeito não foi observado em relação à satisfação com a imagem corporal, sugerindo uma correlação negativa com os problemas alimentares (Soest & Lars, 2008).

Neste sentido, algumas das implicações das PCA para pacientes em idade reprodutiva no período pós-parto, parecem estar associadas a dificuldades alimentares, com o ressurgimento dos sintomas e comportamentos inerentes a este tipo de perturbações, (decorrentes do aumento de peso, mudanças físicas, e incremento da ansiedade face à maternidade). A este nível, o aumento da ansiedade, sobretudo no primeiro mês a seguir ao nascimento (Britton, 2008), juntamente com eventuais problemas diádicos e de vinculação (fraca ligação mãe-bébé), (Lai *et al.*, 2006), podem contribuir também para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto. Associados à ansiedade parecem ainda encontrar-se outros fatores, nomeadamente, um baixo nível académico das mães (Britton, 2008). Este aspeto relaciona-se com o facto das mães possuírem frequentemente uma perceção negativa acerca da sua capacidade de resposta, face às necessidades do seu bebé, culminando num acréscimo de ansiedade.

Assim, parece existir uma relação direta entre PCA e sintomatologia ansiosa. De facto, as características clínicas inerentes às PCA remetem-nos para o sentimento de falta autocontrolo sobre a alimentação e presença de ansiedade excessiva, surgindo a ansiedade

como algo típico e intrínseco a este tipo de perturbações. Por outro lado, no período pós-parto, com o ressurgimento dos sintomas e comportamentos alimentares disfuncionais e com as preocupações face à maternidade, parece ocorrer frequentemente um novo incremento dos níveis de ansiedade, podendo culminar numa depressão pós-parto.

Neste contexto, torna-se ainda relevante salientar, que a extrema valorização da forma física e a perceção do peso corporal associadas a outros fatores, poderão conduzir também a dificuldades ao nível da amamentação (Micali & Treasure, 2009). Um estudo recente de Torgersen e colaboradores, (2009), realizado com uma amostra representativa de população (i.e. 39 355 mulheres com e sem PCA) sugere que a maioria das mulheres com PCA amamentam os seus bebés (98% da amostra), mas cessam mais cedo do que as mães sem psicopatologia. Porém, neste estudo, apenas as mães com AN e PCA-SOE (subtipo purgativo) revelaram maior risco de interrupção precoce da amamentação (i.e. antes dos 6 meses). Estes resultados vão ao encontro de uma investigação de larga escala desenvolvida por Larsson e Andersson-Ellstrom, (2003) com 454 pacientes, cujos resultados indicam que as mulheres com PCA não se encontram tão predispostas a amamentar, comparativamente com mulheres sem perturbação, logo desde os 3 meses após o parto. Ora, considerando a importância da amamentação para o desenvolvimento físico e emocional nos primeiros meses de vida, (nomeadamente no que diz respeito a aspetos relacionados com a relação de vinculação entre a díade mãe-bebé), este tipo de atitude poderá acarretar algumas consequências negativas essencialmente para a criança. No que respeita às causas para este tipo de comportamento, Bulik e colaboradores (2009b), indicam alguns fatores de risco corroborados por outros autores que apontam para a existência de lactação insuficiente atribuída a dieta materna e perceção de má imagem (Stein & Fairburn, 1989), dificuldades no processo descrito pelas pacientes como embaraçoso (Waugh & Bulik, 1999), preocupação excessiva com o peso e forma corporal (Barnes et. al., 1998), bem como idade materna, nível de educação e complicações obstétricas (Donath & Amir, 2008), (cit in Bulik *et al.*, 2009b).

Por fim, estudos sugerem que as PCA podem ter um impacto no que diz respeito ao menor número de nascimentos de crianças do sexo masculino, sendo que fatores como uma dieta pobre em gorduras, altos índices de *stress*, baixo peso pré-gravidez, distribuição da gordura corporal e baixos índices de andrógenos podem ter impacto nos nascimentos de bebés do sexo masculino (Bulik *et al.*, 2009a; Mathews, Johnson, & Neil, 2008).

Neste contexto, parece premente colmatar dificuldades entre os profissionais de saúde, em particular os ginecologistas e obstetras, no sentido da prevenção de problemas de saúde em mulheres com PCA. Autores como Meaghan, Leddy, Jones, Morgan e Schulkin (2009) sugerem que estes devem estar mais familiarizados com este tipo de patologia, bem como com as consequências que podem advir pelo facto de uma mulher possuir um historial

de PCA. Assim, não só é importante atender à história clínica da grávida em relação à presença de PCA, mas também não esquecer a relevância das perturbações de humor antes e durante a gravidez. Neste sentido, na relação entre PCA e história reprodutiva, torna-se fulcral não só centrar a atenção no impacto da nutrição materna (por questões relacionadas com o ganho de peso gestacional e resultados do parto) mas também nas implicações ao nível da saúde a curto e longo prazo do recém-nascido e na primeira infância, parecendo igualmente fundamental compreender a complexidade inerente a esta temática.

4.3 Implicações das PCA no desenvolvimento do recém-nascido e na primeira infância

A literatura tem evidenciado que, não só a presença de PCA em mulheres em idade fértil, mas também a continuidade destas perturbações durante a gravidez e período pós-natal têm impacto e efeitos adversos no desenvolvimento da criança (Murray & Cooper, 2003; Patel *et al.*, 2002). Porém, a gravidez por si só pode surgir como motivadora de um maior sentido de responsabilidade promovendo cognições e comportamentos saudáveis. Assim, a grávida com PCA pode equilibrar sentimentos de normalidade, sentindo-se melhor e mais saudável. Além disso, podem desenvolver de forma mais intensa uma percepção de satisfação com os parceiros em relação à gravidez, recebendo igualmente maior atenção por parte dos mesmos. Concomitantemente, pode também sentir-se “forçada” a cuidar de si devido à saúde do seu filho (Namir, Melman & Yager, 1986).

No entanto, as PCA durante a gravidez podem levar também à desnutrição da mulher, sendo esta uma causa conhecida para o baixo peso ao nascimento, especialmente nos países em desenvolvimento. Por exemplo, grávidas adolescentes com IMC de desnutrição acentuada, no final da gestação, parecem ter um maior número de recém-nascidos com peso inferior a 2,5 Kg (Furlan *et al.*, 2003). Além disso, a grávida que não apresente aumento de peso suficiente durante a gestação tende a evidenciar maiores riscos para o recém-nascido, nomeadamente, peso inadequado, comprometimento do crescimento pós-natal, e maior risco de morbilidade no primeiro ano de vida. O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gestação. A condição nutricional parece ter uma ação direta sobre o ambiente uterino que terá um papel importante ao nível de um desenvolvimento fetal adequado. Pelo contrário, a inadequação do estado nutricional materno terá grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, uma vez que o período gestacional é caracterizado pelo aumento das necessidades nutricionais, decorrentes dos ajustes fisiológicos não só da grávida mas também das necessidades do crescimento fetal (Ramakrishnan, 2004). Assim, às PCA podem estar associados alguns indicadores do estado nutricional materno e que parecem ter um impacto direto com o peso do bebé ao nascer, (e.g., o IMC materno, que além de

influenciar o peso ao nascimento, tem sido utilizado para avaliar os riscos de mortalidade perinatal, neonatal e infantil e a *performance* ao nível da amamentação) (Fairburn, 2008).

Poucos são os estudos que abordam de forma intensiva a existência de PCA na mãe e suas consequências físicas para o bebê. Algumas investigações demonstraram a associação entre a existência de AN da mãe com o baixo peso do recém-nascido, por exemplo (e.g. Ekeus, Lindberg, Lindblad, & Hjern, 2006; Koubaa, Lindholm, Hallstrom & Hirschberg, 2005; Micali & Treasure, 2009; Wentz, Gillberg, Anckarsater, Gillberg & Rastam, 2009), bem como a relação positiva entre prematuridade e baixo-peso em recém-nascidos de mães com PCA. Estes bebês com problemas de peso à nascença podem igualmente desenvolver problemas como hipoglicémia, hipotermia, risco aumentado de infeções, efeitos neurológicos adversos e morte (Kouba *et al.*, 2005). Sollid, Wisborg, Hjort e Secher (2004) corroboram os dados apresentados e apontam que o risco de baixo peso à nascença, nascimentos prematuros e desenvolvimento retardado do feto é superior em mulheres com PCA, comparativamente a mulheres sem este tipo de perturbação. Estes riscos são mais frequentemente observados em pacientes com diagnóstico de AN do que em indivíduos bulímicos (Bulik *et al.*, 2005; Edelstein, 2007). Para além disso, estudos levados a cabo por Bulik e colaboradores (2009a), bem como por Micali e Treasure, (2009), salientam uma maior probabilidade de complicações perinatais e crescimento alterados.

Conforme o explanado, as mulheres com PCA tendem a revelar diversas dificuldades relacionadas com o seu corpo e imagem, bem como algumas complicações ou mesmo resistência em amamentar os seus filhos, o que nos sugere, em termos fisiológicos, que na falta de aleitamento materno possam surgir consequências físicas para o bebê. A literatura mostra a importância do aleitamento materno e seu impacto no desenvolvimento físico do bebê (Horne, Parslow, Ferens, Watts, & Adamson, 2004). Estudos sugerem que o aleitamento materno ao longo do primeiro ano de vida pode proteger as crianças de, por exemplo, virem a desenvolver excesso de peso (Iron-Segev *et al.*, 2013). Investigações neste âmbito sugerem também que bebês alimentados com leite materno apresentam melhor desenvolvimento físico e mental quando comparados com outros que não o são (Horne *et al.*, 2004). Por exemplo, bebês com baixo peso ao nascimento, alimentados com leite materno, apresentaram níveis mais elevados de vinculação e regulação emocional quando comparados com outros que não foram alimentados com leite materno (Vohr *et al.*, 2006). Também se evidencia a relação entre o aleitamento materno e um melhor desenvolvimento mental, bem como uma melhor resposta ao *stress*. A hormona leptina presente no leite materno reduz a reação ao *stress* em bebês através da sua ação no hipocampo, hipotálamo, glândulas pituitária e adrenal (Montgomery, Ehlin, & Sacker, 2006).

No que se refere aos primeiros anos de vida da criança, as interações focam-se, essencialmente, na sua alimentação, pelo que as rotinas alimentares e horário das

refeições, constituem-se como um período de excelência ao nível da comunicação entre os pais e a criança. Esta fase exige várias competências da figura materna, no sentido desta perceber de forma eficaz as necessidades alimentares do filho, de acordo com as suas próprias necessidades (Viana *et al.*, 2008). Segundo Patel e colaboradores (2002), esta tarefa poderá ser indutora de ainda mais *stress* nas mães com PCA, fruto da extrema preocupação com o controlo dos alimentos, comportamentos alimentares, enfoque nas calorias, bem como do desconforto em comer perante outras pessoas (pacientes com AN comem muito pouco e BN receiam alimentar-se de forma compulsiva).

De um modo geral, os problemas relacionados com a alimentação que surgem entre mães com PCA e os seus filhos, não se reportam unicamente à amamentação e tendem a persistir ao longo da infância e idade escolar, (influenciando o desenvolvimento físico e mental da criança), bem como ao longo da vida (Drewett, Corbett & Wright, 2006). Investigações revelam que as mães com PCA, por volta do 1º ano de vida dos seus filhos, tendem a apresentar mais dificuldades de gestão, relacionadas com os horários das refeições dos seus filhos. Dois tipos de resposta parecem associadas a este tipo de comportamento: as mães que não detetam as respostas e necessidades alimentares dos seus filhos e as mães que têm dificuldades em autonomizar os filhos no que respeita à alimentação (Nomura, Wickramaratne, Warner, Mufson, & Weissman, 2002). Estas consequências surgem assim como resposta da presença de uma PCA que pode induzir a outros conflitos, do tipo familiar, com consequências para o desenvolvimento saudável da criança.

Nesta linha de ideias, vários estudos centrados nos padrões alimentares de crianças, cujas mães têm PCA, sugerem que tanto a alimentação como as refeições se encontram comprometidas. Uma investigação levada a cabo por Stein, Woolley, Cooper e Fairburn (1994), focou-se na observação direta das refeições em crianças com 1 ano de idade, filhas de pacientes com PCA. A amostra foi constituída por 3.013 mulheres (mães) diagnosticadas com perturbação alimentares, das quais 44 estavam diagnosticadas com AN, 436 com BN, 2.475 com compulsão alimentar e 58 com PCA-SOE (tipo purgativo). O grupo de referência compreendia 45.964 mães sem perturbação do foro alimentar. Os principais resultados sugerem que as mães diagnosticadas com PCA eram mais intrusivas do que as do grupo controlo, durante as refeições e atividades lúdicas, (interrompendo as tarefas da criança e não considerando os sinais infantis transmitidos pela mesma), denotando-se ainda a existência de um maior número de conflitos durante as refeições entre mães com PCA e os seus filhos (i.e. mães mais negativas e intrusivas) (Stein *et al.*, 1994). Por outro lado, as pacientes com PCA descreveram os seus filhos como apresentando um temperamento difícil e emoções negativas (*idem*), sendo que fatores pré-natais (i.e. parto prematuro, baixo peso ao nascer, a exposição a nicotina no período intra-uterino) e fatores de risco pós-natais

(i.e. depressão e ansiedade materna), poderão explicar esta associação (*ibidem*). Porém, o facto das mães apontarem os seus bebés como mais difíceis também poderá decorrer da sua perceção e interpretação negativa, ou mesmo da sua personalidade (*ibidem*). Uma investigação recente de Zerwas e colaboradores (2012), concluiu que a perceção materna acerca do temperamento difícil da criança resulta de problemas ao nível do processamento de informação materno ou devido a estas crianças serem emocionalmente conturbadas. Tendo em conta estes dois estudos, a perceção materna do temperamento do filho pode assim constituir-se um fator de risco no desenvolvimento emocional da criança. A falta de cuidados e de envolvimento para com a criança pode originar um sentido de baixa autoeficácia, avaliação negativa e baixa autoestima na mesma.

Um outro estudo (Waugh & Bulik, 1999), com enfoque em 10 pacientes com PCA e um grupo de controlo saudável, utilizou registos vídeo e questionários de modo a observar diretamente as interações mãe-criança durante as refeições. Estes autores concluíram que as mães com PCA apresentaram maior dificuldade na amamentação através do peito e evidenciaram muito menos comentários positivos acerca da comida e comportamento alimentar, quando comparadas com as mães do grupo de controlo (*idem*). Por outro lado, as mães com AN e BN demonstraram menor predisposição para cozinhar para os seus filhos ou comer com eles. Constataram-se ainda diferenças significativas quanto à saúde e desenvolvimento destas crianças, no que se refere ao peso ao nascimento (i.e. baixo peso) e crescimento entre os primeiros anos de vida (*ibidem*).

Estas investigações aqui reportadas parecem assim revelar consenso relativamente ao facto das mães com PCA se encontrarem mais predispostas a envolverem-se em conflitos com os seus filhos durante as refeições, bem como outras dificuldades interacionais (e.g. durante as brincadeiras), e que estes episódios parecem estar associados ao baixo peso da criança (Stein *et al.*, 1994; Waugh & Bulik, 1999). As mães com PCA parecem não detetar nem responder adequadamente aos sinais expressos pelas crianças (Stein *et al.*, 1994), demonstrando ainda pouca cooperação e desconforto durante as refeições (Waugh & Bulik, 1999). Deste modo, os conflitos alimentares surgem como o resultado da fraca resposta materna às necessidades da criança, relacionada com as próprias características das PCA, com enfoque excessivo nos alimentos e na refeição (Stein *et al.*, 2006), assim como nas preocupações relacionadas com o peso e aspeto físico (Stein *et al.*, 1994).

Neste contexto, para além das implicações ao nível físico nestas crianças, parece ainda denotar-se a existência de padrões relacionais e de vinculação disfuncionais, bem como problemas ao nível da amamentação, em mães com PCA. Do ponto de vista afetivo, mães com história de PCA tendem a apresentar conflitos emocionais com os seus filhos durante a alimentação, assim como manifestam maior necessidade de controlo e rigidez

durante momentos lúdicos (Stein *et al.*, 2006; Stein *et al.*, 2001), considerando ainda os seus filhos como mais difíceis, devido ao modo como estas processam a informação relativa às emoções.

Por outro lado, mães com historial de perturbações de humor ou de PCA tendem a apresentar filhos com maior risco de padrões alimentares inadequados (Zerwas *et al.*, 2012). Segundo Birch e Fisher (1995), é frequente que mães inseguras procurem um profissional de saúde apresentando-se angustiadas pelo facto de não saberem o que fazer em relação à alimentação do seu filho. Na presença de PCA também é possível traçar uma relação direta entre a perturbação e o excesso de zelo e controlo (horários, quantidades e qualidade das refeições), evidenciado pelas mães, o que tende a induzir nas crianças numa relação de dependência relativamente à figura materna, com dificuldade em experimentar novos desafios, e, entre eles, experienciar novos alimentos (Birch & Fisher, 1995). Deste modo, a ansiedade e impulsividade da mãe nas transições alimentares do filho, podem influenciar um padrão de rejeição acidental ou recusa dos novos alimentos por parte da criança.

Neste contexto, estudos de Mazzeo e colaboradores, (2006), salientam uma maior necessidade de afeto e/ou a existência de afeto negativo nos filhos de mães com PCA, bem como a presença de sintomas de humor alterado nestas pacientes. Estes reforçam ainda a existência de comorbilidade entre PCA e perturbações do humor (ansiedade e depressão) particularmente no período pós-parto (Mazzeo *et al.*, 2006). Estes autores verificaram que cerca de 45.5-70.0% das mulheres com PCA reportavam sintomas relacionados com depressão durante o período pós-parto e que cerca de 88.9-94.0% manifestavam sintomas clinicamente significativos. Estes dados sugerem uma associação entre PCA, perturbações do humor e perturbações emocionais na criança (*idem*). Por outro lado, a relação entre PCA e alterações no temperamento da criança podem ser mediados pelo tipo de personalidade da mãe. Traços de personalidade relacionados com ansiedade, perfeccionismo e neuroticismo estão associados à presença de PCA (Klump *et al.*, 2004). Estudos a este nível referem também que filhos de mães com PCA apresentam-se mais difíceis em termos emocionais (Klump *et al.*, 2000).

Em suma, o diagnóstico de uma PCA em mulheres mães parece apresentar uma relação direta com problemas do foro emocional das mesmas e com o facto destas mulheres tenderem a considerar os seus filhos mais difíceis, comparativamente com mulheres sem este tipo de perturbação. É recomendável a deteção e tratamento destas patologias com vista a facilitar a interação mãe-bebé bem como prevenir possíveis problemas relacionais ao longo do crescimento da criança (Zerwas *et al.*, 2012). Por outro lado, a literatura revela que a presença de PCA maternas podem ser um preditor do aumento do risco de problemas alimentares durante a infância. Além disso, a presença de eventuais perturbações que possam apresentar comorbilidade com as PCA, nomeadamente

as perturbações do humor e da ansiedade, parecem ter um efeito direto na mulher e na criança, fortalecendo a relação entre fatores maternos e saúde infantil (Micali, Simonoff, Stahl, & Treasure, 2011). Este estudo remete-nos para a importância da prevenção dos problemas alimentares na infância, em filhos de mulheres diagnosticadas com PCA e com sintomatologia ansiosa e depressiva (*idem*).

A investigação sugere assim a necessidade de se determinar a prevalência de PCA na gestação, de modo a que os profissionais de saúde possam acompanhar os riscos clínicos e considerarem os possíveis benefícios de uma intervenção pré-natal. Aspectos tão importantes como a monitorização do peso e do comportamento alimentar da grávida, podem ser fulcrais para a realização de um diagnóstico efetuado atempadamente, de forma a serem evitadas consequências nefastas para a mãe e feto.

CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO

1. Estudo Empírico: História Reprodutiva e PCA

1.1. Objetivos e Hipóteses de Investigação

Conforme o explanado no capítulo anterior, as PCA podem ser uma perturbação mental comum em mulheres em idade reprodutiva, apresentando-se como um tema pertinente para investigação. Contudo, os estudos reportados a este nível parecem revelar alguma controvérsia, nomeadamente no que respeita ao período pré conceção e ao impacto da gravidez e pós/parto na sintomatologia das PCA, pelo que se torna difícil generalizar os seus resultados. Por outro lado, existem atualmente poucos estudos focados nas eventuais consequências deste tipo de perturbações nos recém-nascidos e sobretudo nos primeiros anos de vida da criança. Assim, parece premente compreender a evolução clínica e recuperação nas PCA e história reprodutiva, com o objetivo geral de verificar como decorre a evolução da gravidez e pós-parto em mulheres com PCA (diagnóstico passado ou atual de BN e AN), bem como quais as implicações no desenvolvimento da criança.

Porém, uma vez que raramente é suficiente uma única hipótese de investigação para abarcar toda a complexidade do objeto de estudo (Quivy & Campenhoudt, 1998), definiram-se três hipóteses de investigação, no sentido de englobar vários aspetos do problema, nomeadamente:

H1: A sintomatologia que caracteriza as PCA remite durante a gravidez mas aumenta no período pós-parto.

H2: As pacientes com PCA (diagnóstico passado ou atual) apresentam dificuldade em engravidar, bem como complicações associadas ao nascimento.

H3: Os filhos das pacientes com PCA (diagnóstico passado ou atual) apresentam problemas de saúde e desenvolvimento (do nascimento até à 1ª infância).

Através da definição destas hipóteses foi possível especificar mais claramente os objetivos da pesquisa. Estes visam compreender a relação entre PCA e sintomatologia durante a gravidez e pós-parto; analisar a eventual relação entre PCA, dificuldades ao nível da conceção e complicações obstétricas; e verificar a eventual presença de problemas de saúde e desenvolvimento nos filhos de mulheres com PCA (do nascimento aos primeiros anos de vida).

1.2. Metodologia

1.2.1. Sujeitos

Participaram neste estudo 30 sujeitos do género feminino com idades compreendidas entre os 26 e os 48 anos ($M=34.80$ e $DP=5.586$). As participantes foram distribuídas por dois grupos clínicos (um composto por 21 mulheres com AN, correspondente a 70% da amostra e um segundo grupo clínico constituído por 9 mulheres com BN, correspondendo a 30%). Todas as participantes foram mães (tiveram pelo menos uma gravidez e um nado vivo), encontrando-se o número de filhos entre 1 e 2 - $M=1.37$ e $DP=0.490$. As idades atuais dos primeiros filhos do grupo da AN encontram-se compreendidas entre os 16 meses e os 215 meses, (correspondendo a $M=87.05$ e $DP=63.966$). As idades atuais dos primogénitos do grupo da BN encontram-se compreendidas entre os 34 meses e os 195 meses, correspondendo a $M=107$ e $DP=53.50$. Nos dois grupos clínicos predominam sobretudo descendentes do género masculino (AN- 61.9% e BN- 55.6%). Todos os elementos da amostra encontram-se associados a um diagnóstico passado ou atual de PCA anterior à conceção, sendo que 13 (43%), estão em tratamento para PCA e 17 (56.7%) já não se encontram em tratamento para este tipo de perturbação.

No que se refere à proveniência dos participantes dos dois grupos, 24 pertenciam já a uma amostra clínica correspondente a um estudo mais vasto realizado no âmbito das PCA (anos 2001 a 2009), enquanto 6 integraram apenas o presente estudo. Foram assim considerados determinados fatores de inclusão relacionados com: género feminino, diagnóstico atual ou passado de PCA anterior à conceção e a existência de pelo menos um filho. Neste sentido, e tendo em conta o objetivo desta investigação, foram ponderados igualmente alguns critérios de exclusão, nomeadamente as pacientes com PCA após a gravidez. Não foram igualmente sujeitos a análise os dados relativos aos segundos filhos dos elementos das duas amostras clínicas, uma vez que apenas 11 participantes (36.6%), nomeadamente 7 elementos do grupo de AN e 4 elementos do grupo de BN, tiveram uma segunda gestação.

Os dados relativos à idade e características sócio demográficas dos participantes podem ser consultados através do quadro 1.

Quadro 1. Caracterização Sociodemográfica dos Dois Grupos Clínicos (Anorexia Nervosa vs. Bulimia Nervosa)

	Anorexia Nervosa (N=21)		Bulimia Nervosa (N=9)	
	Amp.	M (DP)	Amp.	M (DP)
Idade	28 – 48	35,76 (5,691)	26 – 40	32,56 (4,902)
Número de filhos	1 – 2	1,38 (0,498)	1 – 2	1,33 (0,500)
Idade do 1º filho (meses)	16 – 215	87,05 (63,966)	34 – 195	107,0 (53,509)
Género do 1º filho	N (%)		N (%)	
	Masculino	13 (61,9)		5 (55,6)
	Feminino	5 (38,1)		4 (44,4)
Estado Civil				
	Solteira	2 (9,5)		0 (0)
	Casada	17 (81,0)		7 (77,8)
	União de Facto	2 (9,5)		1 (11,1)
	Divorciada	0 (0)		1 (11,1)
Situação Profissional				
	Empregada	13 (61,9)		7 (77,8)
	Desempregada	7 (33,3)		2 (22,2)
	Reformada por invalidez	1 (4,8)		0 (0)
Habilitações Literárias				
	1º Ciclo	1 (4,8)		0 (0)
	2º Ciclo	1 (4,8)		0 (0)
	3º Ciclo	4 (19,0)		4 (44,4)
	Frequência no Ensino Secundário	1 (4,8)		0 (0)
	Finalização Ensino Secundário	4 (19,0)		2 (22,2)
	Finalização Ensino Superior	10 (47,6)		3 (33,3)

1.2.2. Instrumentos

Considerando-se o objeto de estudo e a problemática inerente à investigação, os instrumentos selecionados reportam-se ao **Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar** (*Eating Disorders Examination / EDE*, 14ª edição - Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001) e a **Entrevista de Fatores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar** (Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule/**RFED**; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001), secção 2.7. - História Reprodutiva.

Por outro lado, de forma a conseguir-se abranger todas as variáveis implicadas nas hipóteses do presente estudo, optou-se pela construção e aplicação de um inquérito por questionário que apelidamos **Entrevista Clínica da História Reprodutiva e Comportamento Alimentar**. A este nível, teve-se o cuidado de escolher temas de acordo com os objetivos gerais e específicos, (ou seja, ajustados à informação que se pretendia obter), pelo que se tornou relevante a realização de uma revisão da literatura. Esta foi ainda imprescindível para a definição de determinados parâmetros de avaliação (por exemplo se

as aquisições psicomotoras ou linguísticas da infância se encontravam dentro do esperado ou fora de valores normativos).

Após a fase de preparação dos itens do questionário, ocorreu uma segunda etapa, relacionada com a verificação da eficácia do instrumento de observação, através da sua aplicação a um pequeno número de pessoas (colegas e familiares), de modo a rever-se o questionário após a sua aplicação e verificar eventuais lacunas. Parece ainda premente salientar que foi efetuada formação ao nível da administração da *EDE*, e por questões inerentes à sua complexidade, também esta entrevista foi aplicada previamente a alguns sujeitos.

1.2.2.1. *Eating Disorders Examination / EDE*, 14ª edição - Versão 14.3 (Fairburn & Cooper, 2000; traduzido e adaptado por Machado, 2001)

A **EDE** trata-se de uma entrevista semiestruturada que foi concebida com o intuito de avaliar especificamente as características psicopatológicas inerente às várias PCA, incluindo o acesso aos sintomas e sua frequência (comportamentos de ingestão alimentar compulsiva e métodos compensatórios), bem como ao nível das preocupações extremas das pacientes no que concerne à sua forma e peso (Fairburn, 2008). Esta é composta por quatro escalas associadas às características cognitivas das PCA, relacionadas com restrições ao nível da ingestão de alimentos, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso (*idem*). Assim, a EDE permite avaliar comportamentos relacionados com a ingestão compulsiva e sua frequência (episódios bulímicos objetivos e subjetivos) bem como comportamentos compensatórios (como vômito autoinduzido, uso abusivo de laxantes, diuréticos e exercício físico excessivo), revelando-se de grande utilidade na obtenção de informação descritiva em torno dos sintomas e diagnóstico das perturbações (Berg, Peterson, Frazier & Crow, 2012).

A avaliação das PCA e suas características tem enfoque nas últimas 4 semanas ou 28 dias, exceto nos itens diagnósticos relacionados com o DSM-IV, que se reportam a uma duração específica - 3 meses anteriores à avaliação (Hrasbosky, Masheb, White & Grilo, 2007).

Segundo vários autores (Berg *et al.*, 2012; Grilo, 2005; Hrasbosky *et al.*, 2007), a EDE é o instrumento mais utilizado no diagnóstico das PCA, devido às suas características psicométricas, demonstrando elevado grau de fidelidade e validade. Investigações recentes de Berg e colaboradores (2012), sugerem a existência de scores satisfatórios ao nível das qualidades psicométricas do instrumento quanto à avaliação de sintomas e na seleção e diferenciação dos casos de relevância clínica. Porém, estes apontam para a necessidade de futuras pesquisas, sugerindo algumas limitações no âmbito da generalização de resultados, nomeadamente no que respeita à validade na avaliação da ingestão compulsiva e

comportamentos compensatórios, requeridos para o diagnóstico da AN e BN. Algumas desvantagens relacionadas com a sua extensão, tempo de aplicação e necessidade de formação prévia do investigador têm sido igualmente reportadas (Fairburn & Beglin, 1994).

1.2.2.2. *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule/RFED* (Fairburn & Welch, 1990; traduzida e adaptada por Gonçalves e colaboradores, 2001)

Com o intuito de obter-se informação detalhada sobre a gravidez de mulheres com PCA, foi aplicada a **RFED**, secção 2.7. A RFED trata-se de uma entrevista semiestruturada com enfoque específico nos fatores de risco associados à AN e BN, elaborada com base numa perspetiva biopsicossocial, em que fatores de risco podem contribuir para as PCA (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999). Estes são categorizados em 3 domínios relacionados com: i) vulnerabilidade pessoal, ii) vulnerabilidade ambiental e iii) vulnerabilidade para dietas. Aspetos relacionados com a idade da menarca, número de gravidezes, número de filhos e abortos, foram considerados fatores adicionais, que não se inserem em qualquer um destes domínios. Porém, uma vez que não será pertinente para esta investigação a identificação de fatores de risco para as PCA, mas antes a compreensão de aspetos relacionados com a gravidez, apenas estes fatores adicionais serão analisados (secção 2.7. da entrevista referente à história reprodutiva), contemplados através de várias questões de carácter mais estruturado, relacionadas com: i) nº de filhos; ii) nº de gestações; iii) eventual existência de abortos naturais ou provocados; iv) nados mortos (idade, duração da gestação em semanas); v) deteção de anomalias congénitas e problemas médicos; vi) problemas de saúde durante a gravidez; vii) dietas como modo de influência do seu peso e forma corporal; viii) uso de métodos compensatórios (vómito autoinduzido e abuso de laxantes) e iv) hábitos alimentares (inclui a observação das notas hospitalares referentes à gravidez). No que se refere à compreensão da existência de eventuais dificuldades em engravidar, são abordados aspetos relacionados com i) a duração das tentativas, ii) dietas usadas para influenciar o peso e forma corporal nessa altura e iii) comportamentos compensatórios desenvolvidos. Verifica-se a este nível uma preocupação em avaliar de forma clara e objetiva os comportamentos, diminuindo a sua subjetividade e racionalização *post-hoc*. No que se refere a questões psicométricas, não foram encontrados resultados que refiram a sua validade e fidelidade.

1.2.2.3. Entrevista Clínica da História Reprodutiva e Comportamento Alimentar

De forma a complementar a informação acerca do período pré concepção e da gravidez de mulheres com PCA (passível de aquisição através da *RFED*, secção 2.7.), optou-se pela construção de uma entrevista igualmente centrada na história reprodutiva destas pacientes, designada como *Entrevista Clínica da História Reprodutiva e do*

Comportamento Alimentar. Esta trata-se de uma entrevista semiestruturada categorizada em 5 domínios relacionados com a história reprodutiva: i) Desenvolvimento gestacional, ii) Período neonatal (0 aos 25 dias), iii) Pós-parto, iv) Problemas clínicos e v) História médica do (s) Filho (s).

Mais concretamente, a primeira dimensão abordada, relacionada com o desenvolvimento gestacional, engloba aspetos como o peso e comprimento do bebé durante a gravidez, a duração da gestação e eventuais riscos associados, bem como a avaliação ponderal antes e após a gravidez. No que se refere à segunda dimensão, referente ao período neonatal, foram abordadas questões relacionadas com eventuais manobras obstétricas, reanimações, hospitalizações, peso e comprimento ao nascimento, perímetro cefálico e Índice de Apgar. Aspetos que remetem para o pós-parto (terceira dimensão), centrados na amamentação, existência de dietas neste período e comportamentos purgativos (laxantes, vômito autoinduzido), foram igualmente considerados. Seguiu-se a abordagem de problemas clínicos (quarta dimensão) antes da conceção, e por fim a história médica do bebé (doenças na 1^a infância, operações, problemas sensoriais, problemas médicos atuais, avaliação ponderal e tratamentos farmacológicos), bem como ao nível desenvolvimental (psicomotor, linguístico, esfíncteriano, social).

1.2.3. Procedimentos

No que confere ao processo de **recolha de dados**, todas as participantes foram convocadas para a marcação de uma entrevista, através de contacto telefónico. Nesta primeira abordagem, foi explicado o objetivo central da investigação (compreender o impacto da gravidez e pós-parto na sintomatologia alimentar), bem como asseguradas as questões de confidencialidade. A sua aplicação realizou-se nas instalações de um serviço de psiquiatria de um centro hospitalar, facultando-se, contudo, a alternativa desta ser efetuada na Clínica Universitária de Psicologia (CUP) da Universidade Católica do Porto (atendendo-se à preferência e disponibilidade de cada uma das pacientes). Porém, tendo em conta que várias participantes salientaram a existência de dificuldades económicas e indisponibilidade em deslocar-se às referidas instituições, sugeriu-se a realização desta entrevista por telefone, tendo sido aplicada desta forma a 22 mulheres (73% da amostra). No que confere às pacientes ainda em tratamento, teve-se o cuidado de agendar a entrevista para o dia em que iria ocorrer a consulta de psiquiatria. Por outro lado, de forma a conseguir-se aceder mais facilmente a esta amostra, algumas das pacientes foram entrevistadas às terças-feiras de manhã (dia em que se realizam as consultas de psiquiatria das PCA, com a Dr^a. Isabel Brandão), nos momentos de espera para a referida valência.

De salientar que as condições éticas tinham sido já asseguradas (foram aplicados os consentimentos informados e a Comissão de Ética da instituição de acolhimento aprovou

este estudo), uma vez que esta investigação insere-se no contexto de um estudo mais vasto realizado no âmbito das PCA.

No que respeita à realização da entrevista em concreto, (após serem assegurados todos os procedimentos éticos e deontológicos, ressalvando-se inclusivamente a possibilidade de desistência da participação neste estudo a qualquer momento), esta envolveu quatro fases, relacionadas com i) a aplicação do questionário sócio demográfico; ii) a aplicação da *EDE*; iii) a aplicação do Questionário da História Reprodutiva e PCA e iv) a administração da secção 2.4 da *RFED* (num total de cerca de 1h30m). Porém, no que confere às instalações, nem sempre foi possível obter-se espaços apropriados e disponíveis para a aplicação dos instrumentos.

Após este processo de recolha, procedeu-se ao **tratamento dos dados**, e uma vez que em termos metodológicos optou-se por uma investigação de carácter quantitativo, (amplamente utilizada na testagem de teorias e na verificação de relações entre variáveis e/ou na predição de fenómenos, segundo Almeida e Freire (2003), realizou-se uma análise estatística das variáveis.

Porém, apesar dos instrumentos utilizados permitirem a realização de uma inferência estatística através da qual se verificam as hipóteses, por meio das informações recolhidas e codificadas, inserindo-se numa metodologia de cariz quantitativo, (Ghiglione & Matalon, 1993), algumas das questões foram abordadas de forma qualitativa, embora predominem as questões fechadas (que apresentam categorias ou alternativas de resposta). Neste contexto, foi utilizado o programa estatístico SPSS (versão 19.0), com recurso ao teste Qui-Quadrado, (para averiguar a associação entre duas variáveis nominais ou uma variável nominal e uma ordinal, testando a independência entre as linhas e colunas de uma tabela de contingência) e teste Mann-Whitney U (para comparação de dois grupos ao nível de uma variável ordinal, verificando se existem diferenças em relação às ordens médias de dois grupos independentes). Deste modo, após a criação da base de dados, procedeu-se às análises estatísticas descritivas e de frequência para descrição e caracterização das amostras clínicas de AN e BN. Seguiu-se a dicotomização (recodificação) das variáveis em análise, seguindo-se a associação e comparação das mesmas, tendo em conta as hipóteses da presente investigação, através da aplicação dos referidos testes estatísticos. Seguiu-se a interpretação dos vários *outputs*, salientando-se os resultados estatisticamente significativos.

1.3. Resultados

No que confere aos resultados obtidos, estes serão organizados e descritos em quatro grupos, nomeadamente:

- 1) Resultados descritivos da amostra (caraterização clínica);
- 2) Resultados relativos ao diagnóstico inicial e sintomatologia durante a gravidez e pós-parto;
- 3) Resultados relacionados com o diagnóstico inicial e: i) dificuldades em engravidar, ii) complicações durante a gravidez, iii) complicações obstétricas e iv) desenvolvimento fetal e na 1ª infância;
- 4) Resultados relativos à sintomatologia na gravidez e pós-parto e estado clínico atual.

1.3.1. Resultados Descritivos da Amostra

O quadro 2 apresenta os resultados atuais relativos ao peso, altura e índice de massa corporal (IMC), bem como o padrão menstrual das duas amostras. Como se pode constatar, o peso da população com AN varia entre 37.5 e 72 Kg (M= 53.43 e DP=10.10) a altura entre 1.52-1.78 (M= 1.63 e DP=.06). Os valores do IMC oscilam entre 12.37 e 25.59 (M= 20.08 e DP=3.47). No grupo com BN o peso varia entre 47.6 e os 68 Kg (M=55.62 e DP=6.33), a altura entre 1.56 e 1.64 (M=1.60 e DP=.03) e o IMC entre 18.14 e 26.56 (M=21.62 e DP=2.53). Como se pode observar, os IMC de ambas as populações apresentam uma média correspondente a peso normal (IMC ≥ 20 e ≤ 25), apesar do IMC mínimo do grupo de AN corresponder a 12.37, associado a magreza extrema (IMC ≤ 17.5). No que se refere ao padrão menstrual de ambas as populações, na AN verifica-se que 18 das 21 mulheres (85.7%), referem possuir um período menstrual regular, e apenas 3 salientam irregularidades menstruais (14.3%), nomeadamente amenorreia. No grupo com BN, 8 das 9 participantes mencionam a existência de um período regular (88.9%), e apenas 1 (11.1%), refere irregularidades menstruais. De salientar que 7 das participantes do grupo com AN (33.3%) ainda se encontram em tratamento para PCA, enquanto 14 (66.7%), já não usufruem deste tipo de apoio. No caso do grupo referente à BN, a maioria (66.7%, correspondente a 6 mulheres), ainda se encontra em tratamento para PCA, e 33% (3 participantes), estão sem tratamento.

Quadro 2. Resultados relativos ao peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e padrão menstrual atuais, nas duas amostras avaliadas.

	Anorexia Nervosa (n=21)		Bulimia Nervosa (n=9)	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
Peso atual (Kg)	37,50 – 72,00	53,43 (10,10)	47,60 – 68,0	55,62 (6,33)
Altura atual (m)	1,52 – 1,78	1,63 (0,06)	1,56 – 1,64	1,60 (0,03)
IMC atual	12,37 – 25,59	20,08 (3,47)	18,14 – 26,56	21,62 (2,53)

Menstruação	N (%)	N (%)
Período regular	18 (85,7)	8 (88,9)
Irregularidades menstruais	3 (14,3)	1 (11,1)
Tratamento atual		
PCA		
Em tratamento	7 (33,3)	6 (66,7)
Sem tratamento	14 (66,7)	3 (33,3)

De forma a promover-se uma reflexão acerca da relação peso vs altura, antes e no final da primeira gravidez, bem como no pós-parto, segue-se a apresentação destes resultados no quadro 3, assim como o número de semanas relativo à primeira gestação. No que respeita à amostra de AN, o IMC referente ao período que antecede a gravidez (tentativas), encontra-se entre os valores 15 e 25 (M=19.69 e DP=2.62), correspondendo a um peso médio normal baixo (IMC \leq a 20); contrastando com um IMC entre 19-26 (M=20.91 e DP=2.22) da população com BN, correspondendo a um peso médio normal (IMC \geq 20 e \leq 25). Quanto aos valores do IMC no final da gravidez, o grupo de AN apresenta uma amplitude entre 18 e 32 (M=24 e DP=4.08); e o grupo de BN 23 e 31 (M=26.11 e DP=2.53), pelo que estes sugerem um aumento de peso neste período, em ambas as amostras, verificando-se um IMC médio normativo no caso da AN e um pouco elevado no caso da BN (\geq 25). No que confere ao período pós-parto (*período* que se inicia após a saída da placenta e termina com a primeira ovulação da mulher), no caso do grupo de AN o IMC varia entre 15-29 (M= 21.41 e DP= 3.82) e no grupo de BN entre 15-30 (M= 23.30 e DP= 4.55), apresentando-se assim valores médios, em ambas as amostras, apesar da existência de uma amplitude entre a magreza extrema (IMC \leq 17.5) e o peso excessivo (\geq 25). Por fim, em relação ao número de semanas da primeira gestação, parece existir alguma prematuridade no caso do grupo da AN (entre as 28 e 42 semanas), apesar dos resultados médios sugerirem um período de gestação normal (M=37.52 e DP=3.20). O grupo da BN parece possuir gestações mais longas (entre 37 e 40 semanas; M=38.78, DP=.97).

Quadro 3. Resultados relativos ao IMC (antes, no final da gestação e no pós-parto) e duração da gestação em semanas, nas duas amostras avaliadas

	Anorexia Nervosa (n=21)		Bulimia Nervosa (n=9)	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
IMC antes gravidez	15-25	19,69 (2.62)	19-26	20.91 (2.22)
IMC final da gravidez	18-32	24,00 (4.08)	23-31	26.11 (2.53)
IMC pós parto	15-29	21.41 (3.82)	15-30	23.30 (4.55)
Duração da gestação em semanas (1º filho)	28 – 42	37,52 (3,20)	37 – 40	38,78 (0,97)

1.3.2. Resultados relativos ao diagnóstico inicial e sintomatologia durante a gravidez e pós-parto

O quadro 4 apresenta os principais resultados obtidos, no que confere à associação entre diagnóstico inicial (AN e BN) e as variáveis relativas à sintomatologia na gravidez (primeira gestação) e pós-parto.

Neste contexto, e no que respeita à **sintomatologia na gravidez**, salienta-se uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico inicial de AN e BN e o **vômito autoinduzido na gravidez**, Teste de Fisher, $p=.014$. Enquanto no grupo da AN, a maioria das participantes referiu não ter provocado o vômito na gravidez (90.5%), na BN, a maioria salientou este comportamento (55.6%). Em relação ao **sentimento de excesso de peso durante a gravidez**, a maioria das participantes com AN (52.4%) referiram autoavaliar-se desta forma durante a gravidez, bem como 77.7% das participantes com BN. Porém, estes resultados não demonstraram uma associação estatística significativa, nomeadamente entre diagnóstico inicial e sentimento de excesso de peso (Teste de Fisher, $p=.187$). Por fim, ao observar-se a **sintomatologia da gravidez** no seu geral (variável constituída com base no vômito autoinduzido, abuso de laxantes e dieta, em que apenas teria que estar presente um destes 3 comportamentos para se considerar a existência de sintomas), encontram-se resultados que parecem marginalmente significativos. Estes sugerem uma associação marginal entre o diagnóstico inicial de AN e BN e a sintomatologia na gravidez, Teste de Fisher, $p=.061$. Enquanto no grupo da AN, a maioria das participantes (81%) parece não ter manifesto sintomas de PCA na gravidez, associados a vômito autoinduzido, abuso de laxantes e/ou dieta, a maioria da amostra referente à BN (55.6%), parece ter revelado pelo menos um destes sintomas.

Ainda no que confere ao quadro 4, relativamente à associação entre **diagnóstico inicial e sintomatologia no pós-parto**, há apenas uma associação significativa, entre diagnóstico inicial e o ter provocado, ou não, **o vômito**, Teste de Fisher, $p=.032$. Assim, enquanto a maioria das participantes com AN (85.7%), referiram não provocar o vômito no pós-parto, a maioria das participantes com BN (55.6%), salientaram este comportamento. No que confere à **sintomatologia no pós-parto no geral** (constituída pelas variáveis vômito autoinduzido, abuso de laxantes e dieta, em que apenas teria que estar presente um destes 3 sintomas no pós parto, para considerar-se a existência de sintomatologia), encontram-se resultados que não sugerem significância, Teste de Fisher, $p=.213$. Porém, parece premente salientar que enquanto no grupo da AN, a maioria das participantes (57.1%) não reportou sintomas de PCA após o nascimento do bebé, associados a vômito autoinduzido, abuso de laxantes e/ou dieta, a maioria da amostra referente à BN (66.7%), parece ter tido pelo menos um destes sintomas.

Quadro 4- Resultados relativos ao diagnóstico inicial e sintomatologia durante a gravidez e pós-parto

	Anorexia Nervosa (N=21)	Bulimia Nervosa (N=9)	Teste de Fisher (p)
SINTOMATOLOGIA NA 1ª GRAVIDEZ			
Vômito autoinduzido			
Existência de vômito autoinduzido	2 (9,5)	5 (55,6)	,014 *
Sem Existência de vômito autoinduzido	19 (90,5)	4 (44,4)	
Excesso de peso			
Com sentimento de excesso de peso	11 (52,4)	7 (77,8)	,187
Sem sentimento de excesso de peso	10 (47,6)	2 (22,2)	
Sintomatologia gravidez			
Com sintomatologia	4 (19,0)	5 (55,6)	,061 †
Sem sintomatologia	17 (81,0)	4 (44,4)	
SINTOMATOLOGIA PÓS PARTO			
Vômito auto-induzido			
Existência de vômito autoinduzido	3 (14,3)	5 (55,6)	,032 *
Sem Existência de vômito autoinduzido	18 (85,7)	4 (44,4)	
Sintomatologia pós parto			
Com sintomatologia	9 (42,9)	6 (66,7)	,213
Sem sintomatologia	12 (57,1)	3 (33,3)	

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

1.3.3. Resultados relacionados com o diagnóstico inicial e: i) problemas antes da gravidez, ii) complicações durante a gravidez, iii) problemas obstétricos, e iv) desenvolvimento fetal e na 1ª infância

Como podemos constatar no quadro 5, no que respeita à **i) associação entre diagnóstico inicial (AN e BN) e problemas no período das tentativas de gravidez (dificuldades em engravidar)**, apenas se encontram dois resultados marginalmente significativos, relativos às dietas nas tentativas, Teste de Fisher, $p=.062$ e ao uso de laxantes neste período, Teste de Fisher, $p=.083$; assim como um resultado significativo, relacionado com o vômito nas tentativas, Teste de Fisher, $p=.019$. Assim, no que confere à associação entre diagnóstico inicial e o **recurso a dietas nas tentativas**, enquanto na AN a maioria (71.4%) referiu não ter efetuado dieta, no grupo da BN, a maioria (66.7%), mencionou ter realizado dieta nesta fase. Se observarmos a totalidade das duas amostras, a maioria (60%), referiu não ter recorrido a dieta. Por outro lado, na associação diagnóstico inicial e **uso de laxantes nas tentativas**, na AN a maioria (100%) referiu não ter abusado de laxantes, enquanto na BN a maioria (77.8%), também não manifestou este comportamento. Quanto à associação significativa entre diagnóstico inicial e **vômito nas tentativas**, ambos os grupos referem na sua maioria (AN- 95.2% e BN- 55.6%), não terem induzido o vômito nesta fase. Porém, alguns resultados que não revelaram significância parecem também importantes salientar. Assim, no que se refere a **dificuldades em engravidar**, Teste de Fisher, $p=.104$, a maioria (76.2%) da amostra da AN não parece ter manifestado este problema, enquanto a maioria (55.6%) da amostra da BN revelou dificuldades em engravidar (\geq a 6 meses). No geral das duas amostras clínicas, a maioria

das participantes (66.7%) referiu não ter tido dificuldades em engravidar. Quanto a **problemas clínicos** pré gravidez (ovários poliquísticos, irregularidades menstruais e problemas uterinos), Teste de Fisher, $p=.290$, pouco mais de metade da amostra de AN (52.4%), mencionou estes problemas, enquanto a maioria da amostra de BN (66.7%), referiu não ter vivenciado estas dificuldades. Por fim, quanto à associação diagnóstico inicial e **existência de abortos naturais ou provocados**, Teste de Fisher, $p=.343$, em ambos os grupos a maioria (AN- 81% e BN- 66.7%) salientou a sua inexistência.

Observando-se ainda os resultados do quadro 5 relativos à associação entre diagnóstico inicial (AN e BN) e **ii) complicações durante a gravidez**, destacam-se dois resultados marginalmente significativos. Assim, parece existir uma associação marginalmente significativa entre o diagnóstico inicial e **problemas de saúde na gravidez**, Teste de Fisher, $p=.062$. Enquanto no grupo da AN, a maioria (71.4%), não referiu a existência de problemas clínicos neste período, a maioria do grupo de BN (66.7%), salientou a existência dos mesmos durante a gravidez. Porém, na totalidade das duas amostra clínicas, a maioria (60%), parece não ter tido doenças na gravidez. No que respeita à **duração da gravidez**, parece existir uma associação marginalmente significativa entre esta e o diagnóstico inicial, Teste de Fisher, $p=.091$, em que a maioria de ambos os grupos (AN- 71.4%) e BN (100%), referiram a existência de partos a termo. Porém, convém salientar que 6 (28.6%) das participantes do grupo de AN, mencionaram a existência de partos antes das 36 semanas de gestação (prematuros). Relativamente a resultados estatisticamente não significativos, mas que parecem prementes analisar, destaca-se a associação do diagnóstico ao **peso do bebé na gravidez**, Teste de Fisher, $p=.655$, em que a maioria das participantes de ambos os grupos salientaram um peso normal (AN- 85.7% e BN- 88.9%); bem como a associação entre diagnóstico e **comprimento do bebé na gravidez**, Teste de Fisher, $p=.483$, em que a maioria dos elementos dos dois grupos em análise referiu um comprimento normal do bebé na gravidez (AN- 90.5% e BN- 100%).

Ainda no que concerne ao quadro 5, nomeadamente quanto a **iii) problemas obstétricos e no recém-nascido**, encontraram-se apenas diferenças significativas entre os grupos de AN e BN, ao nível do **comprimento dos bebés ao nascimento**, $U=49.000$, $p=.037$. Os bebés de mães com diagnóstico inicial de BN apresentaram um comprimento superior. Porém, não se verificaram diferenças significativas relativamente aos dois grupos e o **peso dos bebés ao nascimento**, $U=71.500$, $p=.297$. Também em relação à associação do diagnóstico inicial com a **amamentação**, não foram encontrados resultados significativos, Teste de Fisher, $p=.521$, apesar da maioria das participantes das duas amostras (AN- 80.9% e BN 88.9%), terem referido que amamentaram. Não existiram igualmente diferenças significativas no **tempo de amamentação** entre os dois grupos, $U=83.500$, $p=.617$. Quanto à associação diagnóstico e **manobras obstétricas**, Teste de Fisher, $p=.528$, não se

verificaram igualmente resultados significativos, apesar da maioria dos elementos do grupos AN (61.9%) e BN (55.6%), referirem partos por cesariana ou com recurso a manobras obstétricas (fórceps, ventosas).

Por fim, observando-se o quadro 5 relativamente a **iv) problemas associados ao bebé na 1ª infância**, não parece existir nenhum resultado significativo. No que se refere a **problemas médicos** neste período, Teste de Fisher, $p=.479$, a maioria das amostras (AN-85.7 % e BN-77.8%), não mencionaram qualquer doença relevante. Quanto a **aspectos desenvolvimentais** (sentar sem apoio, Teste de Fisher, $p=.328$; caminhar sem apoio, Teste de Fisher, $p=.143$; primeiras palavras, Teste de Fisher, $p=.149$ e controlo dos esfíncteres, Teste de Fisher, $p=.483$), apenas parece premente salientar que, no geral, as percentagens obtidas sugerem que todas as competências parecem ter sido adquiridas no período dentro do esperado (normativo), nos dois grupos clínicos.

Quadro 5- Resultados relacionados com o diagnóstico inicial e: i) problemas antes da gravidez, ii) complicações durante a gravidez, iii) problemas obstétricos, e iv) desenvolvimento fetal e na 1ª infância

		Anorexia Nervosa (N=21)	Bulimia Nervosa (N=9)	Teste de Fisher (p)
PROBLEMAS ANTES DA GRAVIDEZ		N (%)	N (%)	
Dificuldades em engravidar				
	Com dificuldade	5 (23,8)	5 (55,6)	,104
	Sem dificuldade	16 (76,2)	4 (44,4)	
Problemas clínicos				
	Com problemas	11 (52,4)	3 (33,3)	,290
	Sem problemas	10 (47,6)	6 (66,7)	
Abortos naturais ou provocados				
	Existência de abortos	4 (19,0)	3 (33,3)	,343
	Inexistência de abortos	17 (81,0)	6 (66,7)	
Dieta nas tentativas de gravidez				
	Com dieta	6 (28,6)	6 (66,7)	,062 †
	Sem dieta	15 (71,4)	3 (33,3)	
Vômito nas tentativas de gravidez				
	Com vômito	1 (4,8)	4 (44,4)	,019 *
	Sem vômito	20 (95,2)	5 (55,6)	
Laxantes nas tentativas de gravidez				
	Existência de uso de laxantes	0(0,0)	2 (22,2)	,083 †
	Sem existência de uso de laxantes	21 (100,0)	7 (77,8)	
PROBLEMAS DURANTE A GRAVIDEZ				
Problemas de saúde na gravidez				
	Com problemas	6 (28,6)	6 (66,7)	,062 †
	Sem problemas	15 (71,4)	3 (33,3)	
Duração da gravidez				
	A termo	15 (71,4)	9 (100,0)	,091 †
	Prematuro	6 (28,6)	0 (0,0)	
Peso do bebé na gravidez				
	Peso normal	18 (85,7)	8 (88,9)	,655
	Peso baixo	3 (14,3)	1 (11,1)	
Comprimento do bebé na gravidez				
	Comprimento normal	19 (90,5)	9 (100,0)	,483
	Comprimento baixo	2 (9,5)	0 (0,0)	
PROBLEMAS OBSTÉTRICOS E NO RECÉM NASCIDO				
Parto com manobras obstétricas ou cesariana				
	Com manobras	13 (61,9)	5 (55,6)	,528
	Sem manobras	8 (38,1)	4 (44,4)	

Amamentação					
	Amamentou	17 (80,9)	8 (88,9)		,521
	Não amamentou	4 (19,1)	1 (11,1)		
		Anorexia nervosa (N = 21) Ordem Média	Bulimia nervosa (N = 9) Ordem Média	U	P
	Duração do período de amamentação	14,98	16,72	83,500	,617
	Peso do bebê ao nascimento	14,40	18,06	71,500	,297
	Comprimento do bebê ao nascimento	13,33	20,56	49,000	,037 *
		Anorexia Nervosa (N=21) N (%)	Bulimia Nervosa (N=9) N (%)		P
PROBLEMAS NO BEBÊ – 1ª INFÂNCIA					
Problemas médicos					
	Com problemas	3 (14,3)	2 (22,2)		,479
	Sem problemas	18 (85,7)	7 (77,8)		
Sentar sem apoio					
	Abaixo de esperado	3 (14,3)	0 (0,0)		,328
	Dentro do esperado	18 (85,7)	9 (100,0)		
Andar sem apoio					
	Abaixo de esperado	5 (23,8)	0 (0,0)		,143
	Dentro do esperado	16 (76,2)	9 (100,0)		
1ª Palavras					
	Abaixo de esperado	8 (38,1)	1 (11,1)		,149
	Dentro do esperado	13 (61,9)	8 (88,9)		
Controlo dos esfíncteres					
	Abaixo de esperado	2 (9,5)	0 (0,0)		,483
	Dentro do esperado	19 (90,5)	9 (100,0)		

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

1.3.4. Resultados relativos à sintomatologia de PCA na gravidez e pós-parto e estado clínico atual

Analisando-se o quadro 6, nomeadamente a **associação entre a existência de sintomatologia de PCA na gravidez e sintomatologia atual**, verifica-se uma associação marginalmente significativa entre sintomatologia de PCA na gravidez e atualmente **comer ou não em segredo**, Teste de Fisher, $p = .083$. A maioria das participantes com sintomatologia na gravidez parecem não comer atualmente em segredo (77.8%), e a maioria das participantes sem sintomatologia na gravidez também referiram não ter este comportamento hoje em dia (100%). Parece igualmente existir uma associação marginalmente significativa entre sintomatologia de PCA na gravidez e atualmente **induzir ou não o vômito**, Teste de Fisher, $p = .096$. Uma pequena maioria da amostra com sintomatologia de PCA durante a gravidez (55.6%) referiu atualmente não provocar o vômito, bem como a maioria da amostra sem sintomatologia (85,7%). Resultados marginalmente significativos podem ainda ser observados na associação entre sintomatologia PCA e a **prática de exercício físico**. Os resultados sugerem que ambos os grupos (com e sem sintomatologia de PCA na gravidez), afirmaram não praticar atualmente exercício físico em excesso, Teste de Fisher, $p = .069$. Por fim, parece existir uma associação marginalmente significativa entre sintomatologia PCA na gravidez e a **preocupação com o**

peso, Teste de Fisher, $p=.100$. A maioria (88.9%) das participantes com sintomatologia PCA na gravidez, mostraram atualmente preocupação com o seu peso, bem como a maioria (57.1%) das participantes que não tiveram sintomas de PCA neste período.

Com o intuito de elencar ainda a **associação entre a existência de sintomatologia no pós-parto e sintomatologia atual**, através do quadro 6, verificam-se os vários resultados encontrados, estatisticamente significativos. Neste âmbito, há uma associação significativa entre ter ou não sintomas de PCA no pós-parto e a existência ou não de **restrição alimentar** atual, $X^2(1) = 8.571$, $p=.003$. Enquanto a maioria (80%) dos elementos do grupo com sintomas pós-parto referiu efetuar restrição alimentar atualmente, a maioria (93.3%) dos elementos do grupo sem sintomatologia pós-parto, não mencionou este tipo de comportamento alimentar. Também no que confere a **regras alimentares**, encontrou-se uma associação significativa com ter ou não sintomas pós-parto, $X^2(1) = 4.821$, $p=.028$. Enquanto a maioria (73.3%) dos elementos do grupo com sintomas PCA pós-parto ainda parecem obedecer a regras alimentares rígidas, a maioria (66.7%) dos elementos não relacionados com sintomas pós-parto, referiram a inexistência de regras na alimentação. Verifica-se também uma associação significativa entre a sintomatologia pós-parto e o **medo de perder o controlo sobre a alimentação**, $X^2 = 6.652$, $p=.010$. Enquanto a maioria (80%) da amostra com sintomatologia referiu ainda ter medo de perder o controlo sobre a alimentação, a maioria (66.7%) da amostra sem sintomatologia, não valorizou este sintoma. Os resultados apontam ainda para uma associação significativa entre a sintomatologia pós-parto e a **culpabilidade de comer**, $X^2 = 6.652$, $p=.010$. Enquanto a maioria (80%) da amostra com sintomatologia referiram sentir-se culpados após ingerir certos alimentos ou quantidades, a maioria (66.7%) da amostra sem sintomatologia, não mencionou este sintoma. Há ainda uma associação significativa entre a sintomatologia pós-parto e a indução ou não **indução do vômito**, $X^2 = 4.658$, $p=.040$. A este nível, quer a maioria (60%) da amostra com sintomatologia, quer a maioria (93.3%) da amostra sem sintomatologia, referiram não provocar o vômito atualmente. Há igualmente uma associação significativa entre ter ou não sintomas PCA pós-parto e ter ou não episódios de **ingestão compulsiva**, $X^2 = 4.628$, $p=.040$. Ambos os grupos (com sintomatologia-60% e sem sintomatologia-93.3%), não salientaram este tipo de comportamento na atualidade. Já no que se refere à **insatisfação com a forma**, parecem existir resultados de associação significativa para com os dois grupos (com e sem sintomas PCA no pós-parto), $X^2=7.033$, $p=.008$. Assim, enquanto a maioria (86.7%) da amostra com sintomatologia referiu estar insatisfeita com a forma, a maioria (60%) da amostra sem sintomatologia, não mencionou este aspeto. Também no que concerne à **preocupação com o peso**, encontrou-se uma associação de significância com os grupos (com e sem sintomas pós-parto), $X^2=9.600$, $p=.002$. Enquanto a maioria (93.3%) do grupo com sintomas parece continuar a revelar preocupação com o peso, a maioria

(60%) do grupo sem sintomas não mencionou preocupação. Uma associação significativa foi ainda encontrada entre sintomatologia pós-parto e **autoavaliação negativa**, $X^2= 6.533$, $p=.011$; em que a maioria do grupo com sintomas (73.3%) referiu autoavaliar-se de forma negativa, segundo o seu peso e forma, e a maioria (73.3%) do grupo sem sintomas não proferiu este sintoma. Parece ainda relevante salientar a existência de uma associação significativa entre ter ou não sintomatologia pós-parto e o **desconforto social** (expor o seu corpo perante os outros), $X^2=4.821$, $p=.028$. A este nível, o grupo com sintomas PCA, na sua maioria (66.7%), salientou dificuldades na exposição, enquanto a maioria (7.3%) do grupo sem sintomas, não reportou este aspeto. Em relação ao **sentimento de excesso de peso**, parece existir também uma associação significativa com o ter ou não sintomas PCA no pós-parto, $X^2= 6.533$, $p=.011$. Neste sentido, a maioria (73.3%) das participantes com sintomatologia, referiram este sentimento, enquanto a maioria (73.3%) da amostra sem sintomatologia, não reportou este aspeto. Por fim, no que respeita à associação significativa entre sintomatologia PCA pós-parto e **desejo de estomago liso**, $X^2= 3.394$, $p=. 065$; 60%, o grupo com sintomas ainda mencionou esta pretensão, enquanto 73.3% do grupo sem sintomas, não salientou esta vontade.

Em suma, verificou-se uma associação de elevada significância entre ter ou não **sintomatologia de PCA no pós-parto e sintomatologia atual**, $X^2=13.393$, $p=.000$. Enquanto a maioria (86.7%) dos elementos da amostra com sintomas PCA pós-parto, parecem continuar a revelar sintomas atuais deste tipo de perturbação, a maioria (80.0%) da amostra sem sintomas PCA no pós-parto, não possui atualmente sintomatologia.

Quadro 6- Resultados relativos à sintomatologia de PCA na gravidez e pós-parto e estado clínico atual

		Sem Sintomas durante a gravidez (N=21)	Com Sintomas durante a gravidez (N=9)	X^2	P
SINTOMAS DURANTE A GRAVIDEZ		N (%)	N (%)		
Comer em segredo					
	Não	21 (100)	7 (77,8)		,083†
	Sim	0 (0,0)	2 (22,2)		
Vómito					
	Não	18 (85,7)	5 (55,6)		,096†
	Sim	2(14,3)	4 (44,4)		
Abuso de Laxantes					
	Não	21 (100)	7 (77,8)		,083†
	Sim	0 (0,0)	2 (22,2)		
Exercício Físico					
	Não	20 (95,2)	6 (66,7)		,069†
	Sim	1 (4,8)	3 (33,3)		
Sensibilidade aumento de peso					
	Não	9 (42,9)	1 (11,1)		,100†
	Sim	12 (57,1)	8 (88,9)		

		Sem Sintomas no Pós-Parto (N=15)	Com Sintomas no Pós-Parto (N=15)	χ^2	P
SINTOMAS PÓS-PARTO		N (%)	N (%)		
Restrição Alimentar					
	Sem restrição	11 (73,3)	3 (20,0)	8,571	.003**
	Com restrição	4 (26,7)	12 (80,0)		
Regras Alimentares					
	Sem regras	10 (66,7)	4 (26,7)	4,821	.028*
	Com regras	5 (33,3)	11 (73,3)		
Medo de perder o controlo sobre a alimentação					
	Sem medo	10 (66,7)	3 (20,0)	6,652	.010**
	Com medo	5 (33,3)	12 (80,0)		
Culpabilidade de comer					
	Sem culpa	10 (66,7)	3 (20,0)	6,652	.010**
	Com culpa	5 (33,3)	12 (80,0)		
Vómito AutoInduzido					
	Sem vômito	14 (93,3)	9 (60,0)		.040*
	Com vômito	1 (6,7)	4 (40,0)		
PIAC					
	Sem PIAC	14 (93,3)	9 (60,0)		.040*
	Com PIAC	1 (6,7)	4 (40,0)		
Insatisfação forma					
	Sem insatisfação	9 (60,0)	2 (13,3)	7,033	.080†
	Com insatisfação	6 (40,0)	13 (86,7)		
Preocupação com o peso					
	Sem preocupação	9 (60,0)	1 (26,7)	9,6100	.002**
	Com preocupação	6 (40,0)	14 (93,3)		
Autoavaliação negativa					
	Sem avaliação negativa	11 (73,3)	4 (26,7)	6,533	.011*
	Com avaliação negativa	4 (26,7)	11 (73,3)		
Desconforto Social					
	Sem desconforto	11 (73,3)	5 (33,3)	4,821	.028*
	Com desconforto	4 (26,7)	10 (66,7)		
Sentimento Gorda					
	Sem sentimento	11 (73,3)	4 (26,7)	6,533	.011*
	Com sentimento	4 (26,7)	11 (73,3)		
Estômago Liso					
	Sem desejo	11 (73,3)	6 (40,0)	3,394	.065†
	Com desejo	4 (26,7)	9 (60,0)		
Sintomatologia atual					
	Sem sintomas	12 (80,0)	2 (13,3)	13,393	.000***
	Com sintomas	3 (20,0)	13 (86,7)		

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

1.4. Discussão e Conclusões

Neste capítulo, irá considerar-se os principais resultados obtidos ao nível da história reprodutiva e sua relação com as PCA, de forma a refletir-se sobre o eventual impacto da gravidez e do puerpério na sintomatologia alimentar, bem como quais as implicações no

desenvolvimento do bebê na 1ª infância. Esta interpretação dos resultados será realizada em torno das hipóteses de investigação e à luz dos pressupostos teóricos abordados no enquadramento teórico.

1.4.1. Estudo do diagnóstico inicial e sintomatologia durante a gravidez e pós-parto

Os resultados significativos obtidos, relativamente ao estudo do **diagnóstico inicial associado à sintomatologia durante a gravidez**, sugerem que o grupo clínico da AN não parece ter vivenciado sintomas de PCA na gravidez, associados a vômito autoinduzido, abuso de laxantes e recurso a dietas restritivas. Por outro lado, a maioria dos elementos do grupo de BN parece ter recorrido à indução do vômito na gravidez, revelando a existência de pelo menos um dos sintomas de PCA nesta fase (relacionados com o vômito, abuso de laxantes ou dietas). Assim, a sintomatologia de PCA durante a gestação poderá ter remitido no caso das pacientes com diagnóstico inicial de AN, prevalecendo no caso das pacientes com BN. A este nível, um estudo de Morgan e colaboradores (1999), realizado com pacientes com BN, reporta que 57% das mulheres demonstraram uma exacerbação dos sintomas bulímicos na gravidez, sugerindo alguns fatores que poderão estar na origem da recaída deste tipo de comportamentos (história prévia de AN, diabetes gestacional e gravidez não planeada).

Neste sentido, estes resultados não estão de acordo com os encontrados por Madsen e colaboradores (2009), que revelaram uma tendência para a remissão dos sintomas relacionados com a BN durante a gravidez, com uma melhoria dos sintomas associados à indução do vômito, (já que apenas no caso da AN parece ter ocorrido este fenómeno). Porém, os resultados encontrados na presente investigação, poderão estar diretamente relacionados com as características clínicas de ambas as perturbações e da própria amostra clínica. Conforme o explanado, a BN está associada à existência de episódios recorrentes de IAC e pela presença de comportamentos compensatórios recorrentes como o vômito (APA, 2006). No caso da AN, esta entidade diagnóstica pode assumir um carácter restritivo, nos casos em que se verifica uma limitação ao nível dos alimentos ingeridos, (sem a existência de métodos purgativos ou de IAC), ou poderá assumir um carácter de ingestão compulsiva/purgativa (existindo episódios de IAC e/ou comportamentos compensatórios que podem incluir o vômito autoinduzido, o uso de diuréticos e/ou laxantes) (APA, 2006; Fairburn, 2008). Assim, uma vez que no presente estudo, a amostra clínica de AN (N=21,100%), era constituída por apenas 5 elementos (23.8%) com diagnóstico inicial de AN do tipo purgativo, deverá ter-se algum cuidado na interpretação destes resultados (uma vez que a maioria da amostra da AN tinha apenas características restritivas).

Por outro lado, investigações de Madsen e colaboradores (2009) sugerem igualmente a remissão de sintomas associados à dieta. A este nível, se observarmos as percentagens obtidas, relativamente aos resultados marginalmente significativos, podemos inferir que apenas o grupo de AN parece não ter recorrido ao abuso de laxantes e dieta durante a gravidez, sugerindo uma eventual remissão destes sintomas neste caso. A este nível, o grupo com AN parece apresentar menos sintomatologia neste período, comparativamente ao grupo da BN (uma vez que o único sintoma associado à AN foi a perceção de excesso de peso durante a gravidez, apesar deste ser um resultado não significativo estatisticamente), contrastando com o recurso ao vômito autoinduzido, perceção de excesso de peso e pelo menos um dos sintomas gerais de PCA associados ao grupo da BN). Estes resultados vão de encontro a investigações de Conrad e colaboradores, (2003), apontando para uma exacerbação dos sintomas da BN durante a gravidez e para uma melhoria dos sintomas durante este período no que concerne especificamente à AN. Relativamente ao sentimento de excesso de peso na gravidez, este parece prevalecer nas duas amostras observadas, tal como o corroborado em estudos de Berg e colaboradores (2011). Porém, estes demonstraram uma possível relação entre a perceção de excesso de peso e sobrevalorização do mesmo, como fatores de manutenção das PCA durante a gravidez, enquanto os resultados presentemente obtidos apenas sugerem a existência de sintomas de PCA no caso da BN.

No que concerne aos resultados significativos obtidos ao nível do **diagnóstico inicial associado à sintomatologia no pós-parto**, estes sugerem que no caso do grupo da AN não parecem existir sintomas de PCA no pós-parto, ao nível do vômito autoinduzido, pelo que não existirá exacerbação deste sintoma nesta fase. O grupo referente à BN parece continuar a apresentar um sintoma de PCA no pós-parto (vômito autoinduzido), comportamento este já existente na gravidez. Assim, uma vez que já no período das tentativas de gravidez, verificou-se a presença de um outro sintoma (dieta), neste grupo, estes resultados apontam para a continuidade de pelo menos um dos principais sintomas de PCA na BN, desde a fase de concepção até ao pós-parto. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Polivy e Herman, (1985), sugerindo que a BN na gravidez pode ser considerada um preditor para a existência de sintomatologia de PCA no período pós-parto.

Conforme o referido, estudos recentes apontam para a existência de remissão dos sintomas de PCA durante o período de gestação e exacerbação dos mesmos no pós-parto (e.g. Agras *et al.*, 2008; Berg *et al.*, 2011). De facto, no período da gestação, verificou-se a inexistência de vômito autoinduzido no caso da amostra clínica da AN, bem como do uso de laxantes e recurso a dietas. O grupo da BN parece estar associado a pelo menos um dos principais sintomas de PCA (antes, durante a gravidez e no puerpério). No que confere ao período pós-parto, não se verificou a existência de vômito induzido, por parte do grupo de

AN, mas este parece ter prevalecido no grupo da BN. Em relação aos restantes sintomas avaliados, inerentes a este período do puerpério, os resultados não significativos tendem para a inexistência de sintomas como abuso de laxantes e dietas no caso da AN, e contrariamente, para a associação dos mesmos ao grupo da BN. Porém, estes não poderão ser considerados.

Assim, pode-se inferir que no caso do grupo clínico da AN, existirá uma remissão dos sintomas de PCA na gravidez, em relação ao vômito autoinduzido (apesar das condicionantes já referidas, relacionadas com os subtipos diagnósticos), bem como no que confere ao abuso de laxantes e à alimentação restritiva. Em relação ao pós-parto, apenas se verificou a inexistência do sintoma vômito, no grupo da AN, pelo que este sintoma não parece aumentar neste período, nesta perturbação. Quanto à BN, no puerpério, parece ter ocorrido a continuidade de um sintoma já presente na gravidez (vômito), pelo que não se poderá afirmar que a sintomatologia aumentou neste período.

Deste modo, não se poderá aceitar totalmente **H1: A sintomatologia que caracteriza as PCA remite durante a gravidez mas aumenta no período pós-parto.**

1.4.2. Estudo do diagnóstico inicial e: i) problemas antes da gravidez, ii) complicações durante a gravidez, iii) problemas obstétricos, e iv) desenvolvimento fetal e na 1ª infância

Os resultados significativos inerentes à associação entre **diagnóstico inicial e problemas no período que antecede a gravidez (dificuldades em engravidar)**, remetem para a inexistência de vômito autoinduzido e abuso de laxantes nas tentativas de gravidez, nos dois grupos clínicos analisados. Porém, parece verificar-se o recurso a dietas nas tentativas de gravidez, (resultados marginalmente significativos), bem como dificuldades em engravidar (resultados não significativos), apenas associados ao grupo de BN. Apesar de ser necessária alguma cautela na interpretação destes resultados, (dada a sua significância estatística), estes não se tornam surpreendentes, já que, segundo Bulik e colaboradores, (1999), um peso inadequado torna-se suscetível de causar dificuldades ao nível da concepção. Contudo, segundo Fairburn e Harrison, (2003), na BN a restrição alimentar é pontuada por episódios de IAC, com incremento do peso corporal, (pelo que frequentemente as pacientes possuem um IMC um pouco mais elevado do que na AN - IMC >17.5). De facto, os valores respeitantes ao IMC antes da gravidez no grupo da BN (amplitude entre 19-26, M= 20.91), sugerem a existência de um peso normal, pelo que as dietas realizadas não seriam eventualmente muito restritivas, ao ponto de condicionar o peso corporal e a concepção. Assim, e uma vez que não parecem ter ocorrido nesta fase abuso de laxantes ou vômito induzido, bem como problemas clínicos, outros fatores poderão ter dificultado a gravidez. A este nível, uma investigação levada a cabo por Carter e colaboradores, (2002),

constatou que um mau funcionamento após o tratamento da BN, em combinação com variáveis demográficas, revelaram-se maus preditores para ter um bebé.

No que se refere ao grupo da AN, se considerarmos o seu IMC antes da gravidez (amplitude entre 15-25, M=19.69), compreendemos que eventualmente não tenham existido dificuldades ao nível da concepção. Porém, a maioria dos elementos da amostra da AN referiu a existência de problemas clínicos antes da concepção (ovários poliquísticos, amenorreia e problemas uterinos, apesar destes resultados não apresentarem significância estatística). Estes estão de acordo com estudos de Key e colaboradores (2000), que verificaram uma associação entre o período que antecede a gravidez e disfunções relacionadas com ovários poliquísticos e irregularidades menstruais em mulheres com PCA. Por fim, apesar de um elevado número de abortos ter sido descrito em casos de AN (Bulik *et al.*, 1999) e de BN, (Micali *et al.*, 2007), não foram encontrados resultados nesse sentido.

No que se refere aos resultados marginalmente significativos encontrados na associação entre **diagnóstico inicial e complicações durante a gravidez**, estes sugerem a eventual existência de mais problemas de saúde nesta fase, no que respeita ao grupo de BN, bem como a existência de um maior número de prematuros, no que respeita ao grupo de AN. De facto, estudos baseados em amostras clínicas indicam que a presença de BN pode contribuir para a existência de complicações na gestação (incluindo *hyperemesis gravidarum*, diabetes gestacional, pré-eclampsia/hipertensão arterial), apesar de serem também frequentes nos casos de AN, o que não se verificou no presente estudo (Bulik *et al.*, 2009a). Por outro lado, estes mesmos autores salientaram consequências neonatais adversas, como parto prematuro, entre outros, nas PCA em geral, especialmente em casos de AN.

No que respeita aos resultados relativos ao peso e comprimento do bebé, estes apontam para percentagens médias com valores normativos em ambos os grupos. Contudo, há que ser parcimonioso na interpretação destes resultados, tendo em conta o seu grau de significância (não são estatisticamente significativos). Assim, estes não parecem ir de encontro aos corroborados por Bulik e colaboradores (2009^a), que verificaram a existência de atrasos no crescimento intrauterino, bem como os de Micali e colaboradores (2007), que demonstraram a associação entre PCA e problemas no crescimento gestacional.

Por outro lado, ao nível do estudo de eventuais **complicações obstétricas e no recém-nascido**, os resultados obtidos parecem apontar para um comprimento ao nascimento mais elevado, no que confere aos bebés da amostra referente à BN. Já em 2004, Sollid e colaboradores verificaram, numa amostra de 302 mulheres com história de PCA (AN e PCA-SOE), problemas fetais e no nascimento, nomeadamente no que respeita ao baixo peso e comprimento. Porém, os resultados relativos ao peso do bebé no momento

do parto, não sugeriram diferenças significativas nas duas amostras, apesar do corroborado por Bulik e colaboradores (2007), ao sugerirem que a AN em particular encontra-se relacionada com baixo peso à nascença, (Bulik *et al.*, 1999; Micali *et al.*, 2007), este último eventualmente relacionado com o baixo IMC materno, associado a esta perturbação. A este nível, se considerarmos o IMC no final da gravidez da população com diagnóstico de AN (entre 18-32, M=24), podemos inferir que, provavelmente estas mães tiveram um peso normativo durante a gravidez, pelo que tal não influenciou o peso de bebé.

Ainda neste âmbito, a literatura (Torgersen *et al.*, 2010) aponta para uma relação direta entre a presença de PCA e a amamentação, (já que mulheres com história prévia de PCA, parecem deixar de amamentar de forma precoce quando comparadas com outras mulheres sem história de PCA, considerando o período de amamentação como constrangedor e desconfortável). Porém, os resultados do presente estudo indicam uma duração relativa ao período de amamentação do total da amostra, numa amplitude de 1 mês a 3 anos, em que a maioria das mulheres referem ter amamentado os seus bebés. Segundo Torgersen e colaboradores, (2009), a maioria das mulheres com PCA amamentam os seus bebés (98% da amostra). Porém, neste estudo, apenas as mães com AN revelaram maior risco de interrupção precoce da amamentação (antes dos 6 meses). Contudo, no que confere aos resultados da presente investigação, não se encontraram diferenças significativas nos dois grupos (AN e BN), quanto ao tempo de amamentação.

Também no que respeita a manobras obstétricas, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, apesar da maioria dos elementos das duas amostras ter referido um maior número de cesarianas ou partos eutócitos com recurso a fórceps e ventosas. Neste âmbito, a literatura indica uma tendência para um maior número de partos por cesariana em mulheres com diagnóstico de AN (Bulik *et al.*, 1999) e a utilização de manobras obstétricas nas PCA em geral (Micali *et al.*, 2007).

Neste contexto, tendo em conta a anterior discussão dos resultados, não se poderá afirmar que: **H2- As pacientes com PCA (diagnóstico passado ou atual) apresentam dificuldade em engravidar, bem como problemas associados ao nascimento.** A este nível, apenas foram relatadas dificuldades em engravidar por parte da maioria dos elementos grupo da BN. Porém, estes resultados não foram estatisticamente significativos. Por outro lado, no que respeita a complicações associadas ao nascimento (obstétricas e no recém-nascido), apenas se verificou a existência de um comprimento inferior dos bebés das participantes do grupo da AN. Assim, apenas se poderá aceitar parcialmente H2.

Por fim, relativamente a **problemas associados ao bebé na 1ª infância**, não se verificou qualquer resultado significativo. No que se refere a **problemas médicos** neste período, não foram abordadas doenças de relevância clínica pela maioria da população com

AN e BN. Também relativamente a **aspectos desenvolvimentais** (sentar sem apoio, caminhar sem apoio, primeiras palavras e controlo dos esfíncteres), no geral, as percentagens obtidas sugerem que todas as competências parecem ter sido adquiridas no período dentro do esperado (normativo), nos dois grupos clínicos. De facto, conforme já explanado, poucos são os estudos que abordam de forma intensiva a existência de PCA na mãe e suas consequências físicas para o bebé. Investigações neste âmbito, demonstraram uma associação entre a existência de AN da mãe com o baixo peso do recém-nascido, bem como uma relação positiva entre prematuridade e baixo-peso em recém-nascidos de mães com PCA (e.g. Micali & Treasure, 2009). Outros estudos centraram-se essencialmente na relação e interações alimentares mãe-bebé (Zerwas *et al.*, 2012). Porém, não parecem existir estudos centrados nos problemas médicos ou tarefas desenvolvimentais na 1ª infância.

Desta forma, não se torna possível confirmar **H3: Os filhos das pacientes com PCA (diagnóstico passado ou atual) apresentam problemas de saúde e desenvolvimento (altura e baixo peso desde a gravidez até à primeira infância e maior predisposição para doenças).**

1.4.3. Estudo da sintomatologia inerente às PCA na gravidez e pós-parto e estado clínico atual

No que confere ao **estudo do estado clínico atual dos elementos da amostra que revelaram sintomatologia durante a gravidez**, os resultados apontam para associações marginalmente significativas, em que sintomas referentes ao comer em segredo, indução do vómito e prática de exercício físico excessivo, parecem não existir atualmente nos dois grupos analisados. A este nível, apenas a preocupação com o peso parece prevalecer nas duas amostras clínicas; apesar dos IMC pós-parto das mesmas corresponderem a valores normativos (AN- M=21.41 e BN- M=23.30). Estudos de Koubaa e colaboradores (2008), salientaram os fatores psicológicos associados à preocupação com o peso, intensificados em função das mudanças corporais ocorridas ao longo da gestação. Também Soest e Lars (2008), em investigações em torno das implicações da maternidade no foro alimentar das mulheres com PCA, concluíram que a preocupação com o peso e a insatisfação com a imagem corporal, estão fortemente associadas aos problemas alimentares.

Por outro lado, verificou-se uma associação de elevada significância entre ter ou não **sintomatologia de PCA no pós-parto e o estado clínico atual**, em que a maioria dos elementos da amostra com sintomas PCA pós-parto, parecem continuar a revelar sintomas atuais deste tipo de perturbação, nomeadamente: i) restrição alimentar, ii) regras alimentares, iii) medo de perder o controlo sobre a alimentação; iv) culpabilidade de comer, v) insatisfação com a forma, vi) preocupação com o peso, vii) autoavaliação negativa

segundo o peso/forma, viii) desconforto social na exposição do seu corpo, iv) sentimento de excesso de peso e v) desejo de estômago liso. Porém, não foram reportados sintomas associados à indução do vômito e IAC. Relativamente à maioria dos elementos da amostra sem sintomas PCA no pós-parto, não foram encontrados atualmente nenhum destes sintomas.

Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de, segundo Fairburn e colaboradores (2000), nas PCA em geral, mas sobretudo na AN (grupo com maior número de elementos neste estudo, N=21), muitas das alterações psicológicas e sociais prevalecerem, mesmo mantendo-se um IMC considerado normal (IMC atual, M=20.08 na AN; e na BN, M=21.62). Na BN, apesar de alguns estudos sugerirem um curso e evolução mais favoráveis, metade a dois terços dos pacientes parecem revelar ainda alguns sintomas da perturbação, mesmo após o tratamento, embora apenas uma minoria apresente sintomatologia significativa para o diagnóstico de uma PCA, (*idem*). A este nível, com o passar do tempo parece existir uma melhoria gradual dos quadros clínicos (*ibidem*), pelo que não se torna surpreendente que prevaleçam mais sintomas de PCA em mulheres que tiveram sintomatologia no pós-parto (período temporal mais recente), comparativamente com mulheres com sintomatologia na gravidez. Recorde-se que o grupo de AN teve, em média, o seu primeiro filho há 87.05 meses (cerca de 7.25 anos) e o segundo em média, há 42.5 meses (3.5 anos). No que respeita ao grupo da BN, este teve, em média, o seu primeiro filho há 107 meses (9 anos) e o segundo filho há 20.05 meses (1.8 anos).

1.4.4. Conclusões

Propõe-se seguidamente uma sistematização e integração dos resultados mais relevantes, ao longo do presente estudo, bem como uma breve reflexão acerca das limitações desta investigação e propostas de investigações futuras.

Este estudo permitiu avaliar 30 mulheres com um diagnóstico passado ou atual de PCA, anterior à conceção, sendo que 13 (43%), encontram-se em tratamento para PCA e 17 (56.7%) já não estão em tratamento para este tipo de perturbação. Estas foram distribuídas por dois grupos clínicos (AN, N=21 e BN, N=9), de forma a permitir uma avaliação que englobou quatro períodos distintos: i) na altura da conceção; ii) durante a gravidez, iii) no pós-parto e iv) no momento atual. Foi ainda possível avaliar os filhos primogénitos das participantes, no período referente à 1ª infância (uma vez que apenas 1/3 destas mulheres tiveram um segundo filho).

Ambas as amostras (AN e BN), apresentaram médias de idades (AN, M=35.7% e BN, M=32.6%) que as caracterizam como mulheres ainda jovens, pelo que esta distribuição etária vai de encontro à literatura, que associa as PCA essencialmente a jovens adultas (e.g. Bulik *et al.*, 2009b; Fairburn *et al.*, 2000). Também no que respeita ao género dos filhos dos

elementos da amostra, encontraram-se sobretudo crianças do sexo masculino (AN- 61.9%; BN- 55.6%), conforme o sustentado na literatura (e.g. Bulik *et al.*, 2009a; Mathews *et al.*, 2008), fortalecendo a relação entre PCA e nascimentos de bebês do gênero masculino.

No que confere aos resultados mais significativos, estes sustentam que a BN estará associada a maior sintomatologia alimentar no período que antecede a gravidez, (mais concretamente em relação a dietas restritivas), podendo-se assim sugerir uma eventual tendência para a existência de problemas ao nível da concepção neste grupo, tais como o descrito e corroborado por Bulik e colaboradores, (1999).

Por outro lado, em relação ao período da gravidez, os resultados permitem sugerir uma remissão dos sintomas no caso da AN, tal como o postulado por vários autores (e.g. Fairburn, 2008). Porém, verificou-se que caso da BN, o vômito autoinduzido parece prevalecer. A maioria da amostra da BN parece ter revelado nesta fase, pelo menos um dos sintomas mais significativos de PCA (laxantes, dietas ou vômito autoinduzido). Os resultados permitiram ainda apontar para a existência de mais problemas de saúde na gestação no caso da BN e um maior número de prematuros no caso da AN, conforme o corroborado também por Bulik e colaboradores, (2009a). Neste âmbito, parece ainda premente salientar uma associação significativa entre o comprimento do bebê ao nascimento e o grupo da BN, (comprimento mais normativo dos bebês da amostra da BN, relativamente aos bebês do grupo da AN).

Deste modo, pode-se inferir que, apesar de alguns estudos sugerirem um curso e evolução favoráveis no caso da BN (Fairburn *et al.*, 2000), assim como a remissão dos sintomas de PCA em geral, durante a gravidez (Bulik *et al.*, 2009b), nesta perturbação, a gravidez e o pós-parto parecem ter um impacto negativo na sintomatologia alimentar. Através da comparação dos dois grupos clínicos, verifica-se que, sobretudo o período da gravidez, revelou ter um impacto muito mais negativo na sintomatologia alimentar da amostra da BN, face à AN (tal como o descrito e corroborado por Conrad *et al.*, 2003).

No que confere ao período pós-parto, não se verificaram resultados significativos ao nível do tempo de amamentação, descrito e corroborado por vários autores (e.g. Torgersen *et al.*, 2010) como uma fase de curta duração ou mesmo inexistente nestas mulheres. Porém, no que confere à sintomatologia no puerpério, encontraram-se resultados que sugerem a inexistência de vômito autoinduzido neste período, por parte do grupo de AN e a continuidade da existência do vômito autoinduzido no grupo de BN, nesta fase. Assim, e uma vez que já na fase pré concepção verificou-se a existência de um sintoma na BN (dieta), esta perturbação parece estar associada a pelo menos um dos principais sintomas de PCA (desde a concepção até ao puerpério). Não foram encontrados dados de relevância relativamente a eventuais problemas no bebê e no desenvolvimento psicomotor e linguístico

na 1ª infância. Porém, a este nível, também a literatura existente é muito escassa e centrada sobretudo em aspetos ponderais e na comunicação mãe-bebé.

Por fim, parece relevante salientar que este estudo remete para a existência de sintomatologia atual de PCA nas participantes observadas, (apesar de apenas uma minoria- 13 mulheres, correspondente a 43% da amostra, se encontrar em tratamento). Neste âmbito, este permitiu verificar que a maioria dos elementos da amostra com sintomas PCA durante a gravidez não parece revelar sintomas atualmente e que a maioria dos elementos da amostra com sintomas PCA pós-parto, parece continuar a manifestar sintomas atuais deste tipo de perturbação. Assim, e de acordo com Fairburn e colaboradores (2000), muitas das alterações psicológicas e sociais associadas às PCA, parecem melhorar, mas prevalecer ainda durante algum tempo.

No que respeita a limitações, pensa-se que a mais evidente estará relacionada com o número de sujeitos da amostra, o que condicionou o tipo de análise estatística efetuada e impossibilita, logicamente, a generalização dos resultados. Porém, o processo de recolha de dados revelou-se moroso e intrincado, uma vez que, sendo também o tema em apreço de natureza complexa, muitas das mulheres contactadas recusaram participar no presente estudo. Por outro lado, algumas participantes foram diagnosticadas com PCA após a gravidez e outras não tinham ainda sido mães, pelo que foram excluídas da presente investigação.

Concluindo, e tendo-se em conta a complexidade inerente a esta temática, esta investigação terá contribuído, modestamente, para potenciar um maior conhecimento acerca da relação entre história reprodutiva e PCA. Porém, existe a consciência da necessidade de aprofundar o tema, nomeadamente ao nível da vivência do comportamento alimentar na gravidez e no pós-parto e de que forma tal influenciará o prognóstico das PCA.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Abraham, S. (2001). Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 22, 159-163.
- American Psychiatric Association. (2006). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais(4ªed.)*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of general Psychiatry*, 68(7).
- Astrachan-Fletcher, E., Veldhuis, C., Lively, N., Fowler, C. & Marcks, B. (2008). The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *Journal of Women`s Health*, 17(2), 227-239.
- Assis, S. G., & Avanci, J. Q. (2004). *Labirinto de espelhos: formação da autoestima na infância e adolescência*. Rio de Janeiro, Brasil: Fio Cruz.
- Attia, E. & Walsh, B. (2008). Tratamento em Psiquiatria. *American Journal of Psychiatry*, 11(3), 157-161.
- Berg, C. K., Bulik, C. M., Von Holle, A., Torgersen, L., Hamer, R., Sullivan, P., & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(5), 396-404.
- Berg, C., Torgersen, L., Holle., A., Hamer, R., Bulik, C. & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 124-133.
- Birch, .LL. & Fisher, J.A. (1995). Appetite and eating behavior in children. *Pediatrics Clinics of North America*, 42, 93-103.
- Blais, M. A., Becker, A. E., Burwell, R. A., Flores, A. T., Nussbaum, K. M., Greenwood, D. N.... & Herzog, D. B. (2000). Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 140-149.
- Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and anxiety*, 25(9), 793-800.
- Bulik, C., Sullivan, P.F., Fear, J.L., Pickering, A., Dawn, A., & MacCullin, M. (1999). Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *Journal of Clinical Psychiatric*, 60, 130-135.
- Bulik, C., Reba, L., Siega-Riz, A., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *The International Journal of Eating Disorders*, 37, 2-9.

- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. & Pedersen, N.L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63, 305–312.
- Bulik, C.M., Von Holle, A., Hamer, R., Berg, C. K., Torgersen, L., Magnus, P., ... & Reichborn-Kjennerud, T. (2007). Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Psychological Medicine*, 37, 1109–1118.
- Bulik, C., Von Holle, A., Gendall, K., Lie, K., Hoffman, E., Mo, X., Torgersen, L., & Reichborn-Kjennerud, T. (2009a). Maternal eating disorders influence sex ratio at birth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 87, 979-981.
- Bulik, C., Holle, A., Siega-Riz, A., Torgersen, L., Lie, K. & Hamer, R. (2009b). Birth outcomes in women with eating disorders in the norwegian mother and child cohort study (MoBa). *International Journal of Eating Disorders*, 42, 9-18.
- Cardoso, J. & Pires, A. (2010). Perturbações do comportamento alimentar na gravidez: uma revisão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 139-146.
- Carter, F., McIntosh, V., Frampton, C., Joyce, P. & Bulik, C. (2002). Predictors of childbirth following treatment for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 34, 337-342.
- Conrad, R., Schablewski, C.R., Schilling, G. & Liedtke, R. (2003). Worsening of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy. *Psychosomatics*, 44, 76-8.
- Crown, S., Agras, W., Crosby, R., Halmi, K. & Mitchell, J. (2008). Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *International Journal of Eating Disorder*, 41(3), 277-279.
- De Andrade, L. H., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 33(2), 43-54.
- Drewett, R.F., Corbett, S.S. & Wright, C.M. (2006). Physical and emotional development, appetite and body image in adolescents who failed to thrive as infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 524–531.
- Dunker, K., Alvarenga, M., & Alves, V. (2009). Transtornos alimentares e gestação – uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 60-68.
- Edelstein, C. (2007). Eating disorders and pregnancy: an overview. *Women's Health in Primary Care*, 10, 32-44.
- Ekeus, C., Lindberg, L., Lindblad, F., & Hjern, A. (2006). Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 113, 925–29.
- Eliot, A. O. (2004). A concept of self in eating-disordered adolescent girls: a consideration of genetic factors. *Annals of the American Psychiatric Association*. (1) 1, 14-22.

- Fahy, T. & O'Donoghue, G. (1991). Eating disorders in pregnancy. *Psychological Medicine*, 21, 577-580.
- Fairburn, C., Stein, A. & Jones, R. (1992). Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 54, 665-672.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 4, 363-370.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., Norman, P. & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(1), 407-416.
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
- Fisher, M. (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolescent Medicine*, 14, 149-158.
- Franko, D., Blais, M., Becker, A., Delinsky, S., Greenwood, D., Flores, A., Ekeblad, E... & Erzog, D.B. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1461-1466.
- Franko, D.L. (2006). Eating disorders in pregnancy and the postpartum. In V. Hendrick (Ed.), *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum: Principles and Treatment* (pp. 179-194). Totowa, NJ: Humana Press.
- Furlan, J. P., Guazzelli, C. A. F., Papa, A. C. S., Quintino, M. P., Soares, R. V. P., & Mattar, R. (2003). A influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(9), 625-630.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Lisboa: Celta editora.
- Gonçalves, S., Machado, B., Martins, C., Brandão, I., Torres, R. & Machado, P. (2013). Dysregulated behaviours in bulimia nervosa – a case-control study. *Clinical Psychologist*, 1-7.
- Hebebrand, J. & Bulik, C. (2011). Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for AN and an alternative proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 665-678.
- Herzog, D., Hopkins, J. & Burns, D. (1993). A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 261-67.
- Hoek, H.W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 346-348.
- Hoek, H.W. & Hoeken, D.V. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 289-394.
- Horne, R.S., Parslow, P.M., Ferens, D., Watts, A.M., & Adamson, T.M. (2004). Comparison of evoked arousability in breast and formula fed infants. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 22-25.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. Jr, & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.
- Iron-Segev, S., Peterson, K. E., Gillman, M. W., Williams, C. M., Austin, S. B. & Field, A. E. (2013), Associations of breastfeeding with bulimic behaviors and eating disorders among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*.
- Key, A., Mason, H. & Bolton, J. (2000). Reproduction and eating disorders: a fruitless union. *European Eating Disorders Review*, 8, 98-107.
- Klump, K.L., Bulik, C.M., Pollice, C., Halm, K.A., Fichter, M.M., Berrettini, W.H... & Kaye, W.H. (2000). Temperament and character in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 559–567.
- Klump, K., Strober, M., Bulik, C., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B... & Walter, H.K. (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine*, 34, 1407–1418.
- Knoph, B.C, Bulik, C.M., Von Holle, A., Torgersen, L., Hamer, R., Sullivan, P., & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the norwegian mother and child cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 396–404.
- Koubaa, S., Hällström, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 10(2), 255-260.
- Koubaa, S., Hallstrom, T., & Hirschberg, A.L. (2008). Early maternal adjustment in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 405–10.
- Koubaa, S., Lindholm, C., Hallstrom, T., & Hirschberg, A.L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders—a prospective controlled study. *Obstetric Gynecology Journal*, 105, 255–260.
- Lai, B.P., Tang, C.S., Tse, W.K. (2006). A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among chinese women in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 303–311.
- Larranãga, A., Docet, M.F. & García-Mayor, R.V. (2012). High prevalence of eating disorder not otherwise specified in northwestern Spain: population based study. *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 47, 1669-1673.
- Larsson, G. & Andersson-Ellstrom, A. (2003). Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 116-124.

- Lewis, L., & Grange, D. (1994). The experience and impact of pregnancy in bulimia nervosa: a series of case studies. *European Eating Disorders Review*, 2(2), 93-105.
- Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D.L. & Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychology Medicine*, 31(5), 881-890.
- Machado, P., Gonçalves, S., Machado, B., Santos, L. & Santos, R. (2001). Tratamento cognitivo comportamental em grupo da perturbação de ingestão alimentar compulsiva: um estudo exploratório. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(2), 307-316.
- Machado, P., Machado, B., Gonçalves, S. & Hoek, N. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 12-217.
- Machado, B. C. (2010). *Fatores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Madsen, I., Horder, K. & Stoving, R. (2009). Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(2), 122-126.
- Mathews, F., Johnson, P., & Neil, A. (2008). You are what your mother eats: evidence for maternal preconception diet influencing fetal sex in humans. *Proceedings of the Royal Society*, 275, 1661-1668.
- Maxwell, M., Thornton, L., Root, T., Pinheiro, A., Strober, M. & Brandt, H. (2011). Life beyond the eating disorder: education, relationships and reproduction. *International Journal of Eating Disorder*, 44, 225-232.
- Mazzeo, S.E., Slof-Op't Landt, M.C., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, K.S., Neale, M.C...& Bulik, C.M. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 202-211.
- Meaghan, A., Leddy, M.A., Jones, C., Morgan, M., & Schulkin, J. (2009). Eating disorders and obstetric-gynecologic care. *Journal of women's health*, 18(9), 1395-1401.
- Micali, N., Simonoff, E. & Treasure, J. (2007). Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 190, 255-259.
- Micali, N. & Treasure, J. (2009). Biological effects of a maternal ED on pregnancy and fetal development: a review. *European Eating Disorders Review*, 17, 448-454.
- Micali, N., Simonoff, E., & Treasure, J. (2011). Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: the effect of eating disorders and past depression. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 150-157.

- Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D. & Treasure, J. (2011), Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 800–807.
- Montgomery, S.M., Ehlin, A., & Sacker, A. (2006). Breast feeding and resilience against psychosocial stress. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 990-994.
- Morgan, J., Lacey, H., & Sedgwick, P. (1999). Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174, 135-140.
- Murray, L. & Cooper, P. (2003). Intergenerational transmission of affective and cognitive processes associated with depression: infancy and the preschool years. In I. Goodyer (Ed.), *Unipolar depression: a lifespan perspective* (pp. 17-46). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Namir, S., Melman, K. N., & Yager, J. (1986). Pregnancy in restrictor-type anorexia nervosa: a study of six women. *International Journal of Eating Disorders*, 5(5), 837-845.
- Nomura, Y., Wickramaratne, P.J., Warner, V., Mufson, L. & Weissman. M.M. (2002). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 41,402–409.
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: Vol I. (10ª ed.)*. Lisboa, Portugal: EDUSP.
- Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(1), 1-19.
- Pinheiro, A., Thornton, L., Plotnicov, K., Tozzi, F., Klump, K. & Berrettini, W. (2007). Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 424-434.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing. a causal analysis. *American Psychology*, 40, 193–201.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramakrishnan, U. (2004). Nutrition and low birth weight: from research to practice. *The American journal of clinical nutrition*, 79(1), 17-21.
- Siega-Riz, A. M., Herring, A. H., Carrier, K., Evenson, K. R., Dole, N. & Deierlein, A. (2010). Sociodemographic, perinatal, behavioral, and psychosocial predictors of weight retention at 3 and 12 months postpartum. *Obesity*, 18, 1996–2003.
- Soest, T.V. & Lars, W.L. (2008). The impact of becoming a mother on eating problems. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 215-223.
- Sollid, C.P., Wisborg, K., Hjort, J., & Secher, N.J. (2004). Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 190, 206–10.

- Sopezki, D. & Vaz, C. (2008). O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. *Interação em Psicologia*, 12(2), 267-275.
- Striegel-Moore, R.H. (1994). A feminist agenda for psychological research on eating disorders. In D. Fallon, M. Katzman & S. Wooley (Eds), *Feminist perspectives on eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Striegel-Moore, R. H. & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S.D. & Fairburn, C. (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 733-748.
- Stein, A., Woolley, H., Murray, L., Cooper, P., Cooper, S., Noble, F... & Fairburn, C.G. (2001). Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants. A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. *British Journal of Psychiatry*, 179, 157–162.
- Stein, A., Woolley, H., Senior, R., Hertzmann, L., Lovel, M., Lee, J., ... & Fairburn, C.G. (2006). Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: A randomized, controlled trial of video feedback. *American Journal of Psychiatry*, 163, 899–906.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Steinhausen, H.C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child Adolescent Psychiatry Clinic*, 18(1), 225-242.
- Swan, R.A., Von Holle, A., Torgersen, L., Gendall, K., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C.M. (2009). Attitudes toward weight gain during pregnancy: results from the norwegian mother and child cohort study (MoBa). *International Journal of Eating Disorders*, 42, 394–401.
- Torgersen, L., Von Holle, A., Reichborn-Kjennerud, T., Berg, C. K., Hamer, R., Sullivan, P. & Bulik, C. M. (2008). Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 722–727.
- Torgersen, L., Ystrom, E., Haugen, M., Meltzer, H.M., Holle, A.V., & Berg, C.K. (2009). Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Maternal and Child Nutrition*, 6, 243-252.
- Torgersen, L., Ystrom, E., Haugen, M., Meltzer, H. M., Von Holle, A., Berg, C. K., ... & Bulik, C. M. (2010). Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Maternal & Child Nutrition*, 6(3), 243-252.
- Tozzi, F., Thornton, L., Klump, K., Bulik, C., Fichter, M., Halmi, K... & Berg, C.K.. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *American Journal of Psychiatry*, 162,732–740.

- Treasure, J. & Tiller, J. (1998). Eating disorders precipitated by pregnancy. *European Eating Disorders Review*, 6, 178-187.
- Treasure, J., Schmidt, U. & Furth, E.V. (2003). *Handbook of eating disorders*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Viana, V., Guerra, P., Coelho, A., Almeida, P., Guardiano, M., Vaz, R...& Guimarães, J. (2008). Caracterização do estilo alimentar de crianças com perturbações alimentares. *Psicologia, Saúde & Doenças* [periódico na Internet]. [citado 2013 Ago 07] 9(2): 233-243. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862008000200004&lng=pt.
- Vohr, B.R., Poindexter, B.B., Dusick, A.M., McKinley, L.T., Wright, L.L., Langer, J.C... & Poole, W.K. (2006). Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics*, 118, 115-23.
- Walker, L.O. (2007). Managing excessive weight gain during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36, 490–500.
- Walsh, B.T. (2010). Eating Disorders in DSM-V: review of existing literature- Part 3. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 579-587.
- Ward, V.B. (2008). Eating disorders in pregnancy. *British Medical Journal*, 336, 93–96.
- Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 35-51.
- Waugh, E. & Bulik, C.M. (1999). Offspring of women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 123-133.
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsäter, H., Gillberg, C. & Råstam, M. (2009), Reproduction and offspring status 18 years after teenage-onset anorexia nervosa:a controlled community-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 483–491.
- Wilfley, D., Bishop, M., Wilson, G., Agras, W., Wonderlich, W. & Striegel-Moore (2007). Classification of Eating Disorders: toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 123-129.
- Zerwas, S., Von Holle, A., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., Stoltenberg, C. & Bulik, C.M. (2012), Maternal eating disorders and infant temperament: findings from the norwegian mother and child cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 546–555.