



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

***EVOLUÇÃO CLÍNICA E RECUPERAÇÃO NAS  
PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO  
ALIMENTAR: A PERCEÇÃO SUBJETIVA DA  
RECUPERAÇÃO***

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Luís Manuel da Silva Veiga Dias*

Trabalho efetuado sob a orientação de  
*Bárbara Freire de Brito César Machado*

Porto, outubro de 2012

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer a todos aqueles que nesta fase do meu processo de aprendizagem, me apoiaram e partilharam comigo este momento.

Começo por agradecer, à minha orientadora de dissertação, Dra. Bárbara César Machado, por toda a preocupação, disponibilidade, apoio e compreensão demonstrada ao longo de todo este importante processo.

Quero também fazer um agradecimento especial à Dra. Isabel Brandão por todo o tempo dedicado e pela sua disponibilidade ao longo do processo de recolha de dados deste trabalho.

Por último, mas não menos importante, até porque são as pessoas mais importantes da minha vida, aos meus pais, Luís e Hermínia, à minha irmã Sara e à minha namorada Ana, obrigado por me aturares, bem sei que não foi fácil para ti, mas mesmo assim mantiveste-te a meu lado, obrigado pelo teu carinho, preocupação, apoio e fundamentalmente pelo teu amor. Obrigado papás e mana, por me incentivarem e estarem sempre presentes nas horas boas e sobretudo nas menos boas e que, com todo o vosso amor e compreensão, nunca permitiram que eu desanimasse.

Muito obrigado a todos!

## RESUMO

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são perturbações psiquiátricas graves, muitas vezes ininterruptas e de difícil tratamento, onde os sintomas podem estar presentes nos sujeitos durante vários anos podendo mesmo tornar-se perturbações crónicas. As PCA assemelham-se entre si em diversos aspetos, sendo que apresentam uma patologia comum, independente do sexo e faixa etária, que consiste numa sobrevalorização excessiva do peso e formas corporais e conseqüente comportamento desajustado face aos alimentos. **Objetivos:** Analisar e perceber que percepções possuem, face à evolução clínica e recuperação, indivíduos que tenham iniciado o tratamento para uma PCA. **Método:** 90 sujeitos, que iniciaram tratamento para uma PCA entre 2001 e 2009 podendo continuar a apresentar ou não um diagnóstico clínico de PCA. Aos participantes foi administrado um Questionário Clínico e Sócio-Demográfico (QCSD; Machado *et al.*, 2010), sendo administrado posteriormente também os instrumentos de autorrelato: Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R; Derogatis, 1977); Eating Disorders Examination - Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994), e Self-Injury Questionnaire (SIQ-TR; Claes & Vandereycken, 2007). **Resultados:** 97,77% (n= 88) da amostra são do sexo feminino e 2,22% (n=2) são do sexo masculino, apresentando idades entre os 18 e os 53 anos. 54,4% (n=49) dos participantes apresentavam diagnóstico de Anorexia Nervosa (AN), 33,3% (n=30) diagnóstico de Bulimia Nervosa (BN) e 12,2% (n=11) diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação (PCASOE). **Discussão:** A percentagem de participantes Recuperados foi inferior à de Não Recuperados, reforçando o conceito de cronicidade destas perturbações. A maioria dos pacientes Recuperados perceciona-se como recuperado, porém, uma percentagem significativa dos Não Recuperados refere também ausência de sintomatologia. A totalidade dos participantes Recuperados, indica não sentir necessidade de ajuda para os seus sintomas e mais de metade dos Não Recuperados indica também não necessitar de ajuda atual para os sintomas de PCA.

## ABSTRACT

The Eating Disorders (ED) are serious psychiatric disorders often uninterrupted and difficult to treat, where symptoms may be present in the subject for several years and may even become chronic disorders. The ED are similar in many aspects, they have a common pathology, regardless of sex and age, which is an excessive overvaluation of weight and body shapes and consequent maladaptive behavior in relation to food. **Aims:** Analyze and realize what perceptions have the individuals who began treatment for an ED, given the clinical evolution and recovery. **Methods:** 90 subjects who initiated treatment for an ED between 2001 and 2009, who may continue to have or not a clinical diagnosis for an ED. To the participants were administered a Questionnaire Clinical and Socio-Demographic (QCSD; Machado *et al.*, 2010), and later also administered the self-report instruments: Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R, Derogatis, 1977); Eating Disorders Examination - Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994), and Self-Injury Questionnaire (SIQ-TR; Vandereycken & Claes, 2007). **Results:** 97.77% (n = 88) of the sample were female and 2.22% (n = 2) were male, with ages between 18 and 53 years. 54.4% (n = 49) of participants were diagnosed with Anorexia Nervosa (AN), 33.3% (n = 30) diagnosis of Bulimia Nervosa (BN) and 12.2% (n = 11) diagnosed with disturbance Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS). **Discussion:** The percentage of participants which were Recovered was less than Not Recovered, reinforcing the concept of chronicity of these disorders. Most patients recovered perceive themselves as recovered, however, a significant percentage of Not Recovered also mentions the absence of symptoms. All the Recovered participants does not indicate the need of help for symptoms and more than an half of Not Recovered participants also indicates not current need help for symptoms of an ED.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	i
<b>RESUMO</b> .....	ii
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>ÍNDICE</b> .....	iv
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	v
<b>LISTA DE ANEXOS</b> .....	vi
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	vii
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I</b> .....	3
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	3
1. Caracterização clínica das perturbações do comportamento alimentar .....	3
2. Breve resenha histórica da Anorexia Nervosa .....	4
3. Caracterização, classificação, e diagnóstico da Anorexia Nervosa .....	7
4. Breve resenha histórica da Bulimia Nervosa .....	9
5. Caracterização, classificação, e diagnóstico da Bulimia Nervosa .....	10
6. Breve resenha histórica da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) e Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE) .....	13
7. Classificação, caracterização e diagnóstico da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) e Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE) .....	14
8. Comorbilidade associada às PCA .....	15
9. Dados epidemiológicos das perturbações do comportamento alimentar .....	16
10. Recuperação clínica nas perturbações do comportamento alimentar .....	17
<b>CAPÍTULO II</b> .....	23
<b>ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	23
1. Evolução clínica e Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar: a perceção subjetiva da recuperação .....	23
1.1. Introdução .....	23
1.2. Metodologia .....	23
1.2.1. Sujeitos .....	23
1.2.2. Instrumentos .....	24
1.2.3. Procedimento .....	26
1.2.4. Análise Estatística .....	26
1.3. Resultados .....	27
1.4. Discussão e Conclusões .....	44
1.4.1. Discussão .....	44
1.4.2. Conclusões .....	49
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	51
<b>ANEXO I</b> .....	56

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Resultados relativos à caracterização sócio-demográfica da amostra. ....	28
<b>Tabela 2.</b> Resultados relativos à frequência de presença ou ausência de sintomas nos critérios de organização. ....	29
<b>Tabela 3.</b> Distribuição da amostra em Recuperados ou Não Recuperados segundo os critérios de organização. ....	30
<b>Tabela 4.</b> Caracterização sócio-demográfica dos grupos Recuperados e Não Recuperados. ....	30
<b>Tabela 5.</b> Caracterização da vida social e companhia nos tempos livres. ....	31
<b>Tabela 6.</b> Informação clínica ....	33
<b>Tabela 7.</b> Caracterização do tratamento no Serviço de Psiquiatria. ....	34
<b>Tabela 8.</b> Outro tratamento após tratamento no Serviço de Psiquiatria. ....	36
<b>Tabela 9.</b> Acontecimentos de vida marcantes. ....	36
<b>Tabela 10.</b> Percepção sobre estado clínico atual e necessidade de ajuda para diversos sintomas. ....	37
<b>Tabela 11.</b> Resultados relativos à trajetória clínica dos grupos Recuperados e Não Recuperados. ....	37
<b>Tabela 12.</b> Resultados relativos a toma de medicação psiquiátrica. ....	38
<b>Tabela 13.</b> Resultados relativos às subescalas do EDE-Q entre os grupos Recuperados e Não Recuperados. ....	39
<b>Tabela 14.</b> Resultados relativos aos itens de diagnóstico do EDE-Q entre os grupos Recuperados e Não Recuperados. ....	40
<b>Tabela 15.</b> Resultados relativos às diferenças entre os grupos Recuperados e Não Recuperados no SCL 90-R. ....	41
<b>Tabela 16.</b> Médias e Desvios Padrão (M e DP) das pontuações das Subescalas e Score Total do EDE-Q no grupo dos Recuperados e Não Recuperados. ....	42
<b>Tabela 17.</b> Médias e Desvios Padrão (M e DP) das pontuações das Subescalas e Score Total do SCL 90-R no grupo dos Recuperados e Não Recuperados. ....	42
<b>Tabela 18.</b> Resultados da percepção dos grupos Recuperados e Não Recuperados face ao estado clínico atual ....	43
<b>Tabela 19.</b> Resultado da percepção dos grupos Recuperados e Não Recuperados face à necessidade de ajuda atual para sintomas de PCA ....	43

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO I - Questionário Clínico e Sócio-Demográfico (QCSD)**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AN – Anorexia Nervosa

APA – American Psychiatric Association

BN – Bulimia Nervosa

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EDE-Q - *Eating Disorders Examination – Questionnaire*

IAC – Ingestão Alimentar Compulsiva

IMC – Índice de Massa Corporal

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

PCASOE – Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

PIAC – Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

QCSD - Questionário Clínico e Sócio-Demográfico

SCL-90 - *Symptom Checklist – Revised 90*

SIQ-TR - *The Self Injury Questionnaire – Treatment Related*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

## INTRODUÇÃO

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são perturbações graves, que afetam maioritariamente adolescentes e mulheres jovens. Vários estudos demonstram uma elevada taxa de mortalidade, tornando-se uma perturbação digna de atenção por diversos investigadores (Gonçalves, 1998; Silva, 2001). Assim, urge efetuar estudos que analisem a evolução clínica e a recuperação destas perturbações.

As características socioculturais, agregadas à eventual componente genética, parecem ter um grande peso na etiopatologia das PCA (Bulik *et al.*, 2007, Collier & Treasure, 2004 cit in., Machado, 2010). Assim, estes autores dirigem-se a estas perturbações enquanto patologias heterogéneas e multifatoriais existindo, portanto, uma interação entre o meio ambiente e fatores genéticos aceitando-se assim que ambos contribuem de forma equitativa para a perturbação.

Vários estudos são unânimes ao referir a inexistência de uma distribuição aleatória na população, visto que, são mais comuns em mulheres jovens, de sociedades ocidentais e desenvolvidas e que se encontram em profissões cujo valor e pressão para a magreza é acentuado (Hoek, 2002 cit in., Machado, 2010).

Como já foi referido anteriormente, as PCA surgem habitualmente durante a adolescência ou início da idade adulta, mais concretamente entre os 10 e 25 anos de idade (Dixe, 2007). Torna-se na maior parte dos casos ininterrupta e sem tratamento, causando no doente um enorme défice ao nível do funcionamento familiar e social, podendo associar-se comorbidamente a outro tipo de perturbações do foro psicológico (Chavez & Insel, 2007 cit in., Machado, 2010).

Assim, a presente dissertação, pretende analisar a evolução clínica e recuperação das PCA, contribuindo para uma orientação sobre os mecanismos responsáveis pela recuperação dos sintomas alimentares, a fim de proporcionar uma intervenção mais eficaz no tratamento destas perturbações.

Quanto à organização deste trabalho, o mesmo está dividido em três partes. Primeiramente, será composto pelo que designamos de enquadramento teórico, onde serão abordadas sobretudo as questões da caracterização clínica das diferentes PCA. Neste primeiro capítulo, estas perturbações serão também enquadradas de um ponto de vista histórico, refletindo acerca do curso, evolução, classificação e diagnóstico; são referidos dados epidemiológicos, incluindo dados sobre a população portuguesa, serão

feitas algumas considerações acerca da comorbilidade de outras perturbações psicopatológicas no quadro de uma PCA e, por fim, será elaborada uma descrição de diversos estudos de seguimento (follow-up) acerca da recuperação nas PCA.

O segundo capítulo é dedicado ao estudo empírico desenvolvido, começando por apresentar a metodologia, onde se irá realizar uma caracterização clínica e demográfica dos sujeitos com PCA, uma breve descrição dos instrumentos utilizados e quais os procedimentos realizados. Posteriormente, proceder-se-á à análise estatística através do *Software* SPSS, versão 19.0.

Numa última parte desta dissertação, é realizada uma discussão dos principais resultados e das principais conclusões que o estudo desenvolvido permite avançar. Irão ser também apresentadas algumas limitações deste estudo em questão e algumas sugestões para futuras investigações.

## CAPÍTULO I

### ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### 1. Caracterização clínica das perturbações do comportamento alimentar

De todas as perturbações do comportamento alimentar conhecidas como a anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (PCASOE), a AN foi desde cedo descrita e classificada na literatura clínica (Cordás, 2004).

Segundo Fairburn, (2008) as PCA assemelham-se em várias características, nomeadamente, na restrição alimentar que os sujeitos tendem a fazer, na ingestão alimentar compulsiva (IAC), na prática de exercício físico intenso e, por fim, pelo uso de comportamentos de purga. Através da restrição alimentar, caso esta seja bem-sucedida, os sujeitos tendem a diminuir de forma brusca o peso, ficando este muitas vezes abaixo do que é normativo resultando em danos nefastos para o sujeito, quer a nível biológico, quer a nível psicológico (Fairburn, 2008). A ingestão alimentar compulsiva (IAC) é outra característica fulcral destas perturbações, que se define como sendo um episódio onde se verifica a ingestão de uma quantidade enorme de comida, dadas as circunstâncias, num curto período de tempo, onde existe um descontrolo relativo ao ato de comer (Filho, *et al.*, 2009). O exercício físico intenso executado pelos sujeitos, principalmente por aqueles que apresentam um peso mais baixo, é muitas vezes realizado de forma desajustada, como por exemplo, frequentar de manhã à noite um ginásio (Fairburn, 2008). Por último, os comportamentos purgativos, tais como, abuso de laxantes, diuréticos e vômito autoinduzido, tendem a ter nestes pacientes, ou uma qualidade compensatória, a fim de evitar um aumento de peso devido à IAC, ou não compensatória, a fim de regular o peso (Fairburn,2008).

As diversas características semelhantes entre si, explicam-se segundo (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003 cit in., Machado, 2010; Bouça & Sampaio, 2002), devido ao facto de existir em todas elas uma psicopatologia central, independente do sexo e faixa etária, que se baseia numa valorização excessiva do peso e atributos físicos que pode conduzir muitos pacientes a observarem-se e a verificarem frequente e pormenorizadamente aspetos do seu corpo,

focando-se em partes que não os agrada, sendo que outros evitam fortemente observarem-se, por se acharem gordos e repugnantes. Sendo assim, a maioria teme aumentar de peso, sendo que existem casos em que os indivíduos já se “sentem gordos”, independentemente do peso presente (Fairburn, 2008). Esta ideia, vai ao encontro ao que Dalgarrondo (2008, cit in., Filho *et al.*, 2009) refere, uma vez que este destaca que, do ponto vista psicopatológico, o que caracteriza a AN é a distorção da imagem corporal, ou seja, um indivíduo anorético sente-se “gordo” considerando que algumas partes do seu corpo apresentam “gordura a mais”, o que faz com que receie engordar.

Porém, nem tudo são semelhanças, existe algo que as diferencia francamente, falamos então do peso dos sujeitos. Conforme refere Fairburn, (2008), existe um valor de índice de massa corporal (IMC<sup>1</sup>), 17,5 kgs/m<sup>2</sup>, que se entende como sendo o limite mínimo saudável de peso, sendo que indivíduos com AN apresentam na sua maioria um valor de IMC abaixo deste limite, enquanto que pacientes com BN e PCASOE apresentam um IMC acima deste valor, apresentando em grande parte valores normativos ou até mesmo acima do normal.

## **2. Breve resenha histórica da Anorexia Nervosa**

Segundo Parry-Jones (1991), o conceito Anorexia tem origem grega, sendo que “*an*” significa deficiência ou ausência e “*orexis*” significa apetite. Este termo também possui outros significados como por exemplo, inapetência e até mesmo aversão à comida, mas a primeira referência a esta condição surge em fontes latinas datadas na época de Cícero (106- 43 a C) e também do séc. XVI com o termo derivado do latim “*fastidium*” (Parry-Jones, 1991 cit in., Cordás & Claudino, 2002 ). O termo pela qual esta PCA é atualmente conhecida (AN), surgiu primeiramente em 1873 com Sir William Withey Gull médico londrino e também com o psiquiatra francês Ernest-Charles Laségue através do seu artigo “*anorexie hystérique*” (Cordás, 2004). Ambos entendiam esta perturbação como sendo de origem psicológica que afeta principalmente mulheres jovens, caracterizando-se pelo emagrecimento extremo, sendo que este emagrecimento não é derivado de qualquer disfunção biológica do corpo humano, mas sim de um estado mental mórbido associado (Parry-Jones, 1991 cit in., Cordás & Claudino, 2002). Hoje em dia, sabe-se que a descrição de Gull sobre a AN não é a mais

---

<sup>1</sup> O índice de massa corporal determina-se através da divisão do peso (em kgs) do indivíduo pela sua altura (em metros) ao quadrado.

acertada, devido ao facto de os indivíduos com anorexia não terem falta de apetite, pelo menos numa fase inicial; fazem sim uma restrição extrema na sua alimentação, apesar de sentirem apetite, com o intento de emagrecer ou então com o medo de engordar (Bruch, 1973 cit in., Cordás & Claudino, 2002). Voltando novamente à história da AN propriamente dita, é importante referir que na idade média a prática de jejum era vista como estados de possessão demoníaca ou então como milagres divinos, um bom exemplo disso é o livro de Bell (1985) denominado como “Holy Anorexia” onde narra a história de 260 santas italianas que viveram entre o séc. XII e séc. XVII que através da cessação das necessidades físicas (fome, impulso sexual, entre outras) aspiravam à sua aceitação por parte de Deus e à pureza da sua alma, porém a estas crenças religiosas parecem misturar-se outras intenções destas jovens, como por exemplo, a perda de atributos femininos (Bell, 1985, cit in., Cordás & Claudino, 2002). Exemplo disso é o conhecido caso de Catalina Bennicasa canonizada pela Igreja Católica como Santa Catarina de Siena que aos 15 anos, após a morte da sua irmã e com a possibilidade futura de vir a casar, principia um conjunto de comportamentos de restrição alimentar, induzindo mesmo o vómito através de ervas quando forçada a alimentar-se e também comportamentos auto-flagelatórios (Cordás, 2004).

Não é possível fazer uma associação direta entre anorexia nervosa e “anorexia sagrada” devido ao facto de existir alguma incerteza quanto aos reais sentimentos, crenças e motivações das santas, no entanto, é possível verificar algumas similitudes uma vez que ambas não toleram os “efeitos” de comer e apresentam um estado “ótimo”, ou seja, no caso da “anorexia sagrada” - a santidade, no caso da anorexia nervosa - o corpo magro (Cordás & Claudino, 2002).

A restrição e rejeição alimentar foram finalmente reconhecidos na literatura médica apenas na segunda metade do século XIX, sendo Richard Morton o primeiro em 1689 a falar de AN como sendo uma real perturbação (Attia & Walsh, 2007, Vandereycken, 2002, cit in., Machado, 2010). O autor comenta o facto de os quadros clínicos destas pacientes não virem acompanhados com qualquer tipo de febre ou qualquer outra patologia associada, descrevendo o enfraquecimento destas pacientes, diferente do da tuberculose e devido a uma perturbação emocional, sendo caracterizados por uma aversão à comida, diminuição do apetite, amenorreia, obstipação, perfeccionismo e também um emagrecimento extremo. O médico mostra-se também perplexo pelo facto de estas pacientes, apesar de no decorrer da doença manterem todas

as suas faculdades mentais intactas, mostrarem uma indiferença quanto ao seu estado debilitado e emagrecido (Silverman, 1992 cit in., Cordás & Claudino, 2002; Cordás, 2004). Posteriormente, outros relatos médicos foram publicados sobre esta problemática, no entanto, parecem ter sido injustamente desvalorizados, como por exemplo, as publicações de Louis-Victor Marcé em 1860 intitulado “*Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d’aliments*” (Silverman, 1989 cit in., Cordás & Claudino, 2002). Pensa-se que foi Charcot em 1889, o primeiro a referir a psicopatologia central que motivava as pacientes anoréticas a realizar uma extrema restrição alimentar: a “*idée fixe d’obésité*” ou fobia de peso (Habermas, 1996 cit in., Cordás & Claudino, 2002). Outros médicos franceses fizeram alusão ao medo de engordar da época, como acontece em 1903, em que Pierre Janet conta o caso de uma paciente de nome Nádia, uma jovem rapariga de 22 anos, que exteriorizava uma enorme vergonha e repulsa em relação ao seu corpo e um desejo intenso de emagrecer (Brumberg, 1988 cit in., Cordás & Claudino, 2002). Em 1914 ocorre uma grande mudança ao nível da compreensão da AN, passando esta, a ser vista como uma doença puramente somática, devido às descobertas do patologista alemão Morris Simmonds que encontrou em pacientes com AN lesões na glândula pituitária, passando assim a AN a ser confundida com a doença de Simmonds (hipopituitarismo). O conceito clássico de AN volta a ser novamente restabelecido após cerca de trinta anos, em 1949, com os trabalhos de Sheeham e Summers, onde referem que apesar de existirem sintomas semelhantes entre os dois quadros (hipopituitarismo e AN) não havia provas clínicas de anormalidades, nem redução da função da hipófise na AN (Sheeham & Summers, 1949 cit in., Cordás & Claudino, 2002). Na década de 60, graças ao trabalho elaborado pela psiquiatra Hilde Brunch onde se debruça sobre a falta de autoestima e sobre a distorção da imagem corporal, a AN ocupa definitivamente, e por completo, o seu lugar nas perturbações mentais (Vandereycken, 2002 cit in., Machado, 2010).

De acordo com Machado (2010), relativamente a Portugal, o pioneiro a relatar casos sobre a Anorexia Nervosa foi Elysio de Moura (cf. Moura, 2005, obra original publicada em 1947, cit in., Machado, 2010).

Ainda na dimensão histórica, mas agora mais concretamente no que se refere à classificação e diagnóstico da AN que irei posteriormente aprofundar, esta foi no campo

das PCA, a primeira a ser descrita no séc. XIX, sendo também a primeira a ser adequadamente classificada e a ter critérios, desde a década de 1970.

Em suma, é possível verificar ao longo dos tempos, grandes mudanças sobre a AN, quer ao nível da sua definição e características, quer ao nível da sua classificação e diagnóstico. Hoje em dia, esta perturbação está bem definida e é das perturbações do foro psicológico que lhe é atribuída a maior taxa de mortalidade.

### 3. Caracterização, classificação, e diagnóstico da Anorexia Nervosa

Apesar de a AN ser desde longa data, citada na literatura, a sua classificação e diagnóstico apenas consta na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III, APA, 1980), (Bulik *et al.*, 2000 cit in., Machado, 2010).

Os critérios de diagnóstico da AN hoje em dia sustentados e vigorantes segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA, DSM-IV-TR, 2002), surgem no quadro seguinte:

#### Quadro 1. Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para a Anorexia Nervosa (APA, 2002)

- 
- A.** Recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura (ex., perda de peso que leva a manter um peso inferior a 85% do esperado ou incapacidade em ganhar o peso esperado para o crescimento, ficando aquém de 85% do previsto).
- 
- B.** Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando o peso é insuficiente.
- C.** Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na autoavaliação, ou negação da gravidade do grande emagrecimento atual.
- D.** Nas jovens, após a menarca, amenorreia, ou seja, ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos. (Uma mulher é considerada amenorreica se a menstruação ocorrer somente após administração de hormonas, por exemplo, estrogénios).

*Especificar o tipo*

**Tipo Restritivo:** durante o episódio atual de Anorexia Nervosa a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes (ex., vômito ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

**Tipo Ingestão Compulsiva/Tipo Purgativo:** durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos regulares (vômito ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

---

Assim sendo, a AN é constituída por quatro critérios de diagnósticos distintos: (1) extrema perda de peso, (2) medo intenso em aumentar de peso, (3) distorção da imagem e formas corporais, (4) amenorreia (nas mulheres). Esta patologia pode ser dividida em dois diferentes sub-tipos: sub-tipo restritivo e o sub-tipo ingestão compulsiva / purgativo. O primeiro refere-se aos pacientes que realizam uma restrição

ao nível dos alimentos, praticando atividade física de forma disruptiva a fim de regular o peso; o segundo, refere-se a pacientes que apresentam episódios de IAC e/ou comportamentos purgativos.

Diversos autores têm vindo a defender, que talvez o sub-tipo restritivo da AN faça parte do curso evolutivo desta perturbação, uma vez que grande parte dos doentes evoluem o seu estado para sub-tipo purgativo, exemplo disso, é o estudo realizado por Eddy *et al.*, (2002, cit in., Cordás, 2004), onde cerca de 12% dos sujeitos diagnosticados com o sub-tipo restritivo nunca experimentaram qualquer tipo de episódio bulímico ou purgatório. Por outro lado, cerca de 62% da amostra passou de sub-tipo restritivo para purgativo, devido a alterações das suas características clínicas. Os subtipos desta PCA têm, ao longo dos tempos, criado alguma controvérsia. Outro exemplo, são os dois estudos longitudinais realizados por Van der Ham *et al.* (1997, cit in., Cordás, 2004); Eddy *et al.*, (2008, cit in., Machado, 2010) onde seguiram por quatro anos e por sete anos, respetivamente, um grupo de sujeitos com AN chegando a resultados inconclusivos no que toca à diferenciação dos dois sub-tipos da AN.

Não só os sub-tipos desta perturbação são alvo de polémica, também os próprios critérios de diagnóstico suscitam algumas dúvidas, por exemplo conforme referem Walsh & Kahn, (1997, cit in., Claudino & Borges, 2002), que relativamente ao peso, o valor que é atribuído ao limite mínimo saudável ( $17,5\text{kgs/m}^2$  ou peso inferior a 85% do que seria esperado\previsto) é ainda pouco esclarecedor, não existindo praticamente estudos que abordem esta questão. Outro critério gerador de discussão entre investigadores é o que aborda a questão da perceção corporal, uma vez que este conceito não engloba apenas a perceção que o sujeito tem do seu corpo, mas também os sentimentos e comportamentos que os indivíduos apresentam face à sua imagem corporal (Halmi, 2003, cit in., Claudino & Borges, 2002). Segundo o DSM-IV-TR (APA,2002), para ser possível o diagnóstico de AN num indivíduo do sexo feminino, é necessário que o seu ciclo menstrual esteja ausente, durante pelo menos três meses (amenorreia). Este critério é bastante controverso para diversos investigadores, senão, vejamos, até 30% das pacientes podem preencher todos os critérios de diagnóstico para uma AN, sem estarem amenorreicas (Garfinkel, 1995, cit in., Claudino & Borges, 2002), cerca de 20 a 30% das pacientes podem apresentar-se amenorreicas bem antes de existir qualquer diminuição repentina de peso (Russel, 1970, Theander, 1970, cit in., Claudino & Borges, 2002), dificuldades na recolha de uma história menstrual, uma vez

que na maior parte dos casos é baseada em autorrelatos das pacientes, podendo estes ser pouco fiáveis (Claudino & Borges, 2002) e, por fim, o facto de este critério ser impossível de aplicar a indivíduos do sexo masculino (Andersen & Mickalide, 1983, cit in., Claudino & Borges, 2002).

Como é possível verificar, ainda existe muita polémica e controvérsia quanto aos critérios de diagnóstico e sub-tipos atribuídos à AN presentes no DSM-IV-TR. No entanto, em meados de 2013, irá sair uma nova versão deste manual (DSM-5), onde se espera que muitas lacunas sejam preenchidas. Sendo assim, de acordo com os critérios provisórios disponíveis do novo manual de diagnóstico, é possível verificar que a principal alteração prende-se na questão da amenorreia (critério D) que deixa de existir como critério, uma vez que apesar de se demonstrar útil ao alertar para complicações biológicas e os seus danos (Claudino & Borges, 2002) apresenta, diversas limitações acima já mencionadas.

Quanto às alterações propostas nos subtipos desta perturbação, a grande diferença é a substituição de “episódio atual” por um campo temporal de 3 meses no que toca à presença ou ausência de episódios de ingestão compulsiva e também de comportamentos purgativos (APA, 2012).

#### **4. Breve resenha histórica da Bulimia Nervosa**

O termo Bulimia como hoje em dia é descrito tem a sua origem no vocabulário grego em que “bou” significa boi e “limos” significa fome, ou seja, “fome de boi” (Cordás & Claudino, 2002). O termo *Boulimos* era sinónimo então da presença no individuo de uma fome tão grande e tão forte que seria possível comer um boi, chegando mesmo a ser conforme referia Hipócrates uma fome não fisiológica, mas sim doentia (Cordás & Claudino, 2002; Cordás, 2004).

Relativamente ao conceito clínico, Bulimia Nervosa (BN) que vigora e merece a aceitação geral de diversos investigadores, sofreu ao longo dos tempos diversas alterações, sendo-lhe antigamente atribuída vários nomes como hiperorexia nervosa, bulivomia, bulimarexia e até síndrome do caos alimentar, (Fichter, 1990 cit. Córdas & Claudino, 2002).

Crisp (1967), foi o primeiro a referenciar esta perturbação, descrevendo que algumas das suas pacientes com AN teriam episódios bulímicos, induzindo posteriormente o vómito (Cordás, 2004). Porém, a descrição da BN utilizada

atualmente, foi primeiramente levada a cabo pelo psiquiatra britânico Gerald Russell, no ano de 1979, em Londres, que através de pacientes que apresentando um peso normal, temiam engordar e tinham uma ingestão alimentar compulsiva, seguida de vômitos autoinduzidos (Cordás, 2004). O comportamento de provocar o vômito é muito antigo e presente em diferentes culturas da Antiguidade, por exemplo, no Antigo Egito, segundo o historiador Heródoto, o vômito autoinduzido, era visto pela população como uma forma de cura para todas as enfermidades da altura, ou seja, a população egípcia acreditava que “todas as doenças dos homens são oriundas da comida” e que induzindo o vômito todos os meses durante cerca de três dias consecutivos, os iria salvar das diversas doenças da época. Nesta linha, Hipócrates, antigo cientista grego já mencionado anteriormente, acreditava que quem provocasse o próprio vômito durante cerca de dois dias consecutivos todos os meses, estaria menos vulnerável a possíveis doenças (Cordás & Claudino, 2002). Tal como ocorreu na cultura Egípcia e Grega, o ato de vomitar parece ganhar grande presença e admiração entre o Império Romano, onde inclusivamente foram construídos locais reservados apenas para a realização desse ato, eram os chamados *vomitorium*. Nesta altura o grande objetivo do vômito autoinduzido não era o de prevenção contra eventuais doenças como se verificava nas culturas Egípcias e Gregas, mas sim, permitir aos cidadãos romanos estarem constantemente a comer, ou seja, comiam de forma excessiva durante os seus banquetes, vomitavam, usando muitas vezes como indutor do vômito pequenos ramos de árvore ou até penas de ave, para voltarem novamente a comer em excesso, tornando este comportamento quase um ciclo (Cordás & Claudino,2002).

##### **5. Caracterização, classificação, e diagnóstico da Bulimia Nervosa**

A BN caracteriza-se, fundamentalmente pela ocorrência constante de episódios bulímicos, isto é, pela IAC, onde existe a ingestão de uma quantidade elevada de alimentos num curto período de tempo, normalmente inferior a duas horas, acompanhada de uma sensação de falta de controlo do próprio comportamento (Cordás, 2004; Fairburn,2008). Este tipo de comportamento gera no seu autor sentimentos negativos como tristeza, frustração, autopunição, ansiedade, solidão e até uma imensa vergonha, pelo que ocorrem normalmente “às escondidas”, onde os indivíduos tentam ocultar o seu comportamento desajustado (Apponilário & Claudino, 2000). A IAC é o sintoma principal desta perturbação, podendo ocorrer diversas vezes ao dia. Os

indivíduos podem ingerir até mais do que 10.000 Kcal, terminando apenas quando se sentem desconfortáveis ou até desagradavelmente cheios (Filho, *et al.*, 2009).

Importa ainda aludir o contexto em que a ingestão ocorre, pois uma ingestão excessiva numa refeição normal pode não ter essa conotação numa refeição festiva, podendo, ainda, o sujeito começá-la num restaurante e continuar quando regressar a casa (Duchesne & Appolinário, 2008 cit in., Filho *et al.*, 2009; APA, 2002).

A excessiva sobrevalorização e consequente preocupação com a imagem corporal e o enorme medo de engordar estão também, à semelhança da AN, presente nesta perturbação, levando a que estes indivíduos recorram normalmente a dietas rígidas e restritivas. Porém, sabe-se que quando existe no indivíduo um apetite normal, esta restrição de alimentos vai fazer aumentar ainda mais a necessidade de comer, ou seja, todo este processo irá contribuir de forma bastante acentuada para a precipitação e consequente manutenção de comportamentos compensatórios desajustados, tais como, vômito autoinduzido, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, inibidores de apetite), e exercício físico exagerado, no sentido de evitarem o aumento de peso (Bouça & Sampaio, 2002; Cordás, 2004). Pensa-se que estes comportamentos desajustados, possam estar presentes em cerca de 95% dos sujeitos com BN, devido ao facto de talvez provocar nestes indivíduos uma redução da ansiedade produzida pelo episódio de IAC (Casper, 1983 cit in., Cordás & Claudino, 2002).

A BN normalmente tem o seu início no final da adolescência ou início da idade adulta, onde cerca de 90% dos afetados são do sexo feminino, de classe socioeconómica média-alta, sendo mais frequente em mulheres caucasianas (Dalgalarrodo, 2008 cit in., Filho, *et al.*, 2009; APA, 2002). Os primeiros episódios de IAC começam usualmente no suceder de uma dieta. Um elevado número de casos clínicos tem vindo a demonstrar que este comportamento alimentar disruptivo pode manter-se durante bastante tempo (Dalgalarrodo, 2008 cit in., Filho, *et al.*, 2009; APA, 2002).

A BN pode desenrolar-se de forma crónica ou intermitente, alternando períodos de IAC com períodos de remissão dos sintomas. Logicamente, quando os períodos de remissão superam um ano, o prognóstico tende a ser mais positivo (Dalgalarrodo, 2008 cit in., Filho, *et al.*, 2009; APA, 2002).

Como já foi referido acima, as PCA estão associadas a uma elevada taxa de mortalidade. Na taxa de mortalidade da BN verifica-se o mesmo. Num estudo longitudinal onde 906 pacientes com o diagnóstico de BN foram acompanhadas durante

18 anos, sabe-se que 35 dessas pacientes morreram perfazendo assim uma taxa de mortalidade de cerca de 3.9%, sendo que destes 3.9%, 0.9% morreram devido a suicídio e 2.2% morreram devido a complicações médicas diretas da perturbação (Crow, *et al.*, 2009 cit in., Machado, 2010).

Relativamente aos estados físicos e estados clínicos gerais característicos desta perturbação, é possível verificar-se hipocaliemia, hipocloremia, perda significativa do esmalte dentário, aparecimento de calosidades nas mãos, possíveis irregularidades menstruais, rutura esofágica, rutura gástrica entre outros problemas médicos (APA, 2002).

Quanto à etiologia da BN, tal como sucedia na AN, a pressão social e padrões de beleza a que os indivíduos de uma comunidade estão sujeitos, vão contribuir significativamente para o aparecimento e consequente perpetuação destes comportamentos alimentares desajustados. Mais uma vez, e tal como já foi referido acima para a AN, a etiologia da BN é também multifatorial, devendo ser abordada numa lógica biopsicossocial (Bouça & Sampaio, 2002).

Quanto ao diagnóstico da BN, o DSM-IV-TR (APA, 2002) apresenta 5 principais critérios:

---

Quadro 2. Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para a Bulimia Nervosa (APA, 2002)

---

- A. Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos 2 critérios seguintes:
- 1) comer, num período curto de tempo (por exemplo, num período até 2 horas), uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias;
  - 2) sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos).
- B. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar; usar laxantes; diuréticos; enemas; ou outros medicamentos; jejum ou exercício físico excessivo.
- C. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos 2 vezes por semana em 3 meses consecutivos.
- D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pelo peso e formas corporais.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa.

*Especificar* o tipo

**Tipo Purgativo:** durante o episódio atual de Bulimia Nervosa a pessoa induz regularmente o vómito ou abuso de laxantes, diuréticos ou enemas.

---

**Tipo Não Purgativo:** durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejum ou exercício físico excessivo, mas não induz o vômito nem abusa de laxantes, diuréticos e enemas.

---

Quanto ao DSM-5 (APA, 2012) verificam-se até a data duas principais alterações no sistema de critérios de classificação da BN. A primeira grande alteração prende-se ao critério C que é preenchido segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) quando os episódios de IAC e de comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos 2 vezes por semana durante cerca de 3 meses consecutivos. No novo manual de diagnóstico é possível verificar uma redução no número de vezes por semana em que ocorre o episódio de IAC passando esta para apenas 1 vez por semana, mantendo-se a duração temporal de 3 meses consecutivos. Já Garfinkel e colaboradores (1995) apresentavam como principal vantagem da utilização de um critério que referisse pelo menos um episódio de IAC uma vez por semana, o facto, de assim ser possível incluir no diagnóstico de BN indivíduos que apresentem níveis de compulsão alimentar clinicamente significativos mas que atualmente se encontram com o diagnóstico de PCASOE. A segunda grande alteração foca-se nos subtipos desta perturbação, nomeadamente o Tipo Purgativo e Tipo Não Purgativo que no novo manual deixará de existir, uma vez que segundo diversos autores esta distinção não apresenta validade empírica relevante e também o facto de alguns autores concordarem que muitos pacientes com o diagnóstico de BN Tipo Purgativo deveriam ter como real diagnóstico uma Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), no novo manual DSM-5 (APA, 2012) (Hoeken, *et al.*, 2009).

#### **6. Breve resenha histórica da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) e Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE)**

A IAC é citada pela primeira vez pelo psicólogo suíço Ludwig Binswanger em 1944 num relatório médico referente a um dos seus pacientes (Beumont, 1988). Porém, o médico Albert Stunkard (1993), refere que foi James em 1973 um dos primeiros a introduzir na linguagem médica o conceito de IAC, estando este inicialmente e tal como ocorreu na AN, associado a indivíduos com deficiência mental (Beumont, 1988). Gull em 1974 associa alguns dos seus casos clínicos ao fenómeno de IAC, tal como Gerald Russell em 1979 refere ainda cerca de 30 casos clínicos onde diz que estas pacientes possuíam um “impulso irresistível para comer excessivamente” refugiando-se depois

nos vômitos autoinduzidos, como comportamento compensatório a fim de evitar o aumento de peso (Cordás, 2004; Cordás & Claudino, 2002).

Quanto à PCASOE, esta apenas parece digna de diagnóstico no DSM-III (APA, 1980; Bulik *et al.*, 2000 cit in., Machado, 2010), adquirindo maior relevância na versão revista do DSM-III (APA, 1987).

## **7. Classificação, caracterização e diagnóstico da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) e Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE)**

Relativamente à PIAC, esta patologia caracteriza-se pela existência de episódios de IAC, porém diferenciando-se da BN pelo facto de não existir a ocorrência de comportamentos compensatórios inapropriados (Machado, 2010). Após estes episódios de ingestão maciça de alimentos os indivíduos tendem a sentir-se culpados, envergonhados ou até mesmo deprimidos devido ao facto de existir posteriormente ao episódio, uma preocupação sobre os seus efeitos a longo prazo no seu peso e imagem corporal (APA, 2002; Machado, 2010).

O DSM-IV-TR apresenta um conjunto de critérios de investigação para esta patologia:

### **Quadro 3. Critérios de Investigação do DSM-IV-TR para a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (APA, 2002)**

---

**A.** Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelas seguintes condições:

- 1) ingestão, num período de tempo isolado (por exemplo, qualquer período de 2 horas), de uma quantidade de comida francamente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo espaço de tempo e sob circunstâncias similares;
- 2) sensação de perda do controlo sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sensação de que não pode parar de comer ou controlar o quê ou quanto se está a comer).

**B.** Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a 3 (ou mais) dos seguintes sintomas:

- 1) ingestão muito mais rápida que o habitual;
- 2) comer até se sentir desagradavelmente cheio;
- 3) ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome;
- 4) comer sozinho para esconder o embaraço pela sua voracidade;
- 5) sentir-se desgostoso consigo próprio, depressão ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva.

**C.** Profundo mal-estar ao recordar as ingestões compulsivas;

**D.** As ingestões compulsivas têm lugar, em média, pelo menos 2 dias por semana durante 6 meses.

---

É importante salientar que segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a todos os indivíduos que preenchem os critérios de investigação para uma PIAC deve ser dado o diagnóstico de PCASOE. No que toca a esta perturbação o novo manual de diagnóstico DSM-5 (APA, 2012) apresenta duas principais alterações, nomeadamente, quanto ao critério D em que apresenta não só uma redução da periodicidade do comportamento de IAC, onde passa de 2 vezes por semana para apenas 1 vez por semana, como também uma redução a nível temporal, passando agora a ser ao longo de 3 meses e não de 6 meses. A segunda grande alteração, prende-se à criação de um novo critério (critério E) onde refere que a ingestão compulsiva não se associa ao uso regular de estratégias compensatórias inadequadas (por exemplo, purgantes, jejum, exercício físico excessivo) e não aparecem exclusivamente no decurso de uma AN ou uma BN.

Quanto à PCASOE, esta é vista como uma categoria de diagnóstico residual, onde também se aplica nos casos em que não são cumpridos os critérios de diagnóstico suficientes para perturbações como a AN e a BN (Machado, 2010). É nesta categoria que se encontram grande parte dos casos clínicos observados, cerca de 50% a 60% dos pacientes (Fairburn, 2008). O DSM-5 (APA, 2012) ainda não apresenta conclusões definitivas nem grandes detalhes acerca dos critérios de diagnóstico, estando estes pendentes de investigações futuras.

## **8. Comorbilidade associada às PCA**

É muito frequente que no decorrer de uma PCA surjam em comorbilidade com esta, diversas outras perturbações do foro psicológico, sendo as mais comuns, perturbações de ansiedade, de humor e de personalidade (Herzog *et al.*, 1992, Smith & Steiner, 1992, cit in., Appolinario & Claudino, 2000). Estima-se, por exemplo, que cerca de 46% a 89% dos pacientes com o diagnóstico de BN apresentam em algum momento da evolução da sua perturbação, características depressivas (Appolinario & Claudino, 2000). Isto vai ao encontro do que refere Fairburn (2008), dizendo que características depressivas e de ansiedade estão muitas vezes presentes em pacientes cujo diagnóstico seja uma PCA.

A baixa autoestima também é bastante comum em pacientes com uma PCA. Também o humor deprimido, os problemas de concentração, a diminuição de energia, o aumento da obsessão, os problemas de sono e a diminuição da libido sexual parecem estar mais assinaladas em pacientes cujo IMC é diminuto. Os pacientes que têm

episódios frequentes de ingestão alimentar compulsiva apresentam sentimentos como vergonha, culpa, autocrítica e humor deprimido. Uma restrição alimentar constante pode redundar ainda numa maior irritabilidade e concentração perturbada, características da perturbação mental, depressão (Fairburn, Copper & Waller, 2008 cit in Machado, 2010; APA, 2002).

Outro aspeto relevante é o facto de que à AN e à BN, podem coocorrer perturbações de personalidade, uma vez que estas podem ser influenciadas pela sintomatologia alimentar (Machado, 2010).

Outros aspetos associados às PCA, são, por exemplo, preocupações relativas ao comer em público, sentimentos de incapacidade, espontaneidade social diminuída, pensamento inflexível quanto às dietas, necessidade forte de controlar aquilo que os rodeia, grande restrição de expressão social, falta de iniciativa e até perfeccionismo (Machado, 2010).

## **9. Dados epidemiológicos das perturbações do comportamento alimentar**

Estudos epidemiológicos têm vindo a revelar que as PCA afetam fundamentalmente mulheres jovens ocidentais e pertencentes a sociedades industrializadas e profissões ou atividades onde a magreza é excessivamente valorizada (Dalgalarrondo, 2008 cit in., Filho, *et al.*, 2009; APA, 2002).

Fairburn (2008), refere que, de todos os indivíduos com uma PCA, cerca de metade apresenta o diagnóstico de PCASOE, uma vez que estes pacientes, não apresentam critérios suficientes para que lhe seja diagnosticado uma AN ou uma BN que, apesar destas duas perturbações serem as mais comentadas na literatura médica, a PCA que abarca mais pacientes é mesmo a PCASOE.

Estudos epidemiológicos realizados vão ao encontro daquilo que foi mencionado acima, como, por exemplo, o estudo de Fairburn & Bohn (2005), que refere que em contextos de clínicas de ambulatório, cerca de 60% dos pacientes apresenta o diagnóstico para PCASOE, 14,5% apresenta o diagnóstico de AN e 25,5% o diagnóstico de BN (Fairburn & Bohn, 2005 cit in., Machado, 2010).

No que toca à população portuguesa, num estudo levado a cabo por Machado e colaboradores, (2007), utilizando uma amostra representativa da população jovem de Portugal de Norte a Sul do país, verificou que 0.39% dessa população padecia de AN, 0.30% de BN e 2.37% de PCASOE (Machado *et al.*, 2007).

Relativamente à prevalência das PCA é possível concluir que os resultados obtidos de estudos epidemiológicos realizados em Portugal (Machado *et al.*, 2007) vão ao encontro de outros resultados presentes noutros países, tais como Reino Unido e Itália, nos quais se verifica que a maioria dos indivíduos preenche os critérios para uma perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação, uma parte para o diagnóstico de BN e uma parte ainda mais diminuta para o diagnóstico de AN (Fairburn & Harrison, 2003 cit in., Machado, 2010).

Hoek, (2006) refere um estudo epidemiológico referente a esta população, cujo resultado indica que as PCA estão presentes em menos de 1.0 por 100 000 indivíduos por ano.

Note-se que, apesar da existência de estudos epidemiológicos realizados sobre esta perturbação, os resultados obtidos na maioria dos estudos, não são consensuais e poucos têm ido além dos países ocidentais (Hoek, 2006), limitando assim, uma visão mais abrangente da perturbação.

#### **10. Recuperação clínica nas perturbações do comportamento alimentar**

As consequências e o desenrolar das PCA são altamente variáveis, oscilando de sujeito para sujeito, sendo que uns pacientes recuperam completamente logo após um episódio único, outros exibem um padrão oscilante mas persistente e outros revelam um padrão constante, deteriorante e crónico ao longo de muitos anos (Beumont, 2002 cit in., Machado, 2010; Wonderlich, *et. al*, 2012). Esta cronicidade é, segundo Wonderlich e colaboradores (2012), um conceito polémico, bastante complexo e de difícil definição, uma vez que não existem provas empíricas suficientes que permitam demarcar com clareza quais os casos em que a perturbação é crónica e quais os casos em que tal não se verifica (Wonderlich *et. al*, 2012). Exemplo disso, é o estudo realizado por Tierney e Fox (2009) onde 53 profissionais de saúde de várias disciplinas da área das PCA realizaram uma série de questionários a fim de obter uma opinião unânime a cerca de quais os principais indicadores de cronicidade. Porém tal consenso não foi obtido em diversos itens do questionário, por exemplo, na “duração da perturbação” ou no “número de tratamentos falhados”. Por outro lado, os itens mais consensuais foram os que se referiam principalmente ao comportamento disruptivo típico de uma PCA e ao IMC dos pacientes, que neste caso seria inferior a 17,5 kg/m<sup>2</sup> (Tierney & Fox, 2009 cit. in., Wonderlich *et. al*, 2012). Indicadores como “vida social pouco ativa”, “baixa

qualidade de vida”, “duração de tratamento superior a 10 anos” e “número de tratamentos falhados” têm vindo ao longo dos anos a consolidarem-se como grandes indicadores de cronicidade (Wonderlich *et al*, 2012).

Todavia, estes autores reconhecem 4 principais barreiras e questões que dificultam a conceptualização deste conceito, ora vejamos: ao nível comportamental, o conceito de cronicidade implica que exista no sujeito uma ausência de mudança do comportamento disruptivo característico de uma PCA, porém, o conceito de ausência de mudança é bastante complexo e ambíguo. Ao nível temporal, é bastante relativo e incerto quanto tempo de ausência de mudança é suficiente para que se possa suspeitar estar perante uma PCA crónica. Ao nível do desenvolvimento, deverá a idade e o estado desenvolvimento dos sujeitos ser interpretado como um critério para a definição de cronicidade. Por fim, ao nível do tratamento, deverá o historial de tratamento de um individuo influenciar a definição do conceito de cronicidade (Wonderlich *et al*, 2012). A importância de uma opinião unânime e consensual relativamente ao conceito de cronicidade é um aspeto fundamental para que assim seja possível adequar melhor o tratamento a cada caso.

Vanderlinden e colaboradores (2007) realizaram um estudo, onde pretendiam fazer uma comparação entre os pontos de vista dos pacientes e terapeutas em quais os elementos num tratamento para PCA eram “ingredientes” necessários para um processo de recuperação através da aplicação de um questionário quer a pacientes (AN, BN, PCASOE) quer a terapeutas de várias áreas, especialistas em PCA. Os resultados permitiram verificar que este estudo corrobora os resultados de alguns estudos anteriores, sugerindo que fatores terapêuticos são elementos importantes no processo de recuperação (Vanderlinden *et al*, 2007). É possível concluir pelos resultados obtidos, que a terapia familiar deve também ser incluída no tratamento de pacientes com AN mais velhos (Vanderlinden *et al*, 2007) e não apenas com pacientes mais novos (Eisten *et al*, 1997 cit in., Vanderlinden *et al*, 2007). Os resultados mostram ainda que itens como “ o suporte parental e de outros membros familiares”, “aumento da autoestima”, “aprender a resolução de problemas” e ainda “tornar-se mais assertivo” são elementos nucleares para o processo de recuperação clínica (Vanderlinden *et al*, 2007). Estes resultados enfatizam ainda outra conclusão, nomeadamente no que toca à importância do comportamento no processo de recuperação, verificado nos itens “aprender a comer em quantidades normais” e “ ganhar peso” (Vanderlinden *et al*, 2007). Outra importante

conclusão é que foi possível verificar um grande consenso e concordância dos diferentes itens, quer entre os próprios pacientes com diferentes diagnósticos, quer entre terapeutas das diversas áreas e quer entre pacientes e terapeutas (Vanderlinden *et al*, 2007). Isto vai ao encontro do Modelo de Tratamento Transdiagnóstico (Fairburn, 2008) que sugere que existe uma psicopatologia comum entre as diferentes PCA, sendo possível utilizar semelhantes estratégias terapêuticas no seu tratamento. Por fim, este estudo permite aos autores concluir que, os diferentes profissionais de saúde, neste caso na problemática das PCA, podem ainda “aprender” com os seus pacientes sobre quais os elementos necessários para o tratamento e consequente recuperação clínica de uma PCA (Vanderlinden *et al*, 2007).

À luz do que refere Bardone-Cone e colaboradores (2010) outro conceito ambíguo e causador de grande polémica é o de recuperação clínica quando se refere a uma PCA (Bardone-Cone *et al*, 2010). Duas grandes questões são colocadas, a primeira acerca do que deve ser incluído neste conceito e a segunda foca-se no tempo em que uma PCA deve estar ausente num indivíduo para ser considerado recuperado (Bardone-Cone *et al.*, 2010). No seu estudo, estes autores definiram como estando totalmente recuperados aqueles indivíduos que: já não preenchem os critérios de diagnóstico para qualquer uma das PCA, já não apresentam episódios de IAC, comportamentos purgativos ou jejum nos últimos 3 meses, IMC de pelo menos 18,5 kg/m<sup>2</sup> e, por fim, pontuar pelo menos um desvio padrão nas subescalas do instrumento de avaliação EDE-Q (restrição, preocupação com a forma, preocupação com o peso e preocupação com a comida) (Bardone-Cone *et al*, 2010). Estes autores definiram também como parcialmente recuperados, todos os indivíduos que cumprem todos os critérios anteriores menos o do EDE-Q (Bardone-Cone *et al*, 2010). Sendo assim este estudo tinha como objetivo operacionalizar uma definição de recuperação, testando a sua validade. Contou com a presença de 88 participantes do grupo experimental (totalmente recuperados, parcialmente recuperados e não-recuperados) e 67 participantes do grupo de controlo. Neste estudo foi possível concluir que a total recuperação de uma PCA é possível, assim como a adoção de comportamentos normativos face à comida e ao corpo. Foi possível também verificar que indivíduos que preenchiam os critérios propostos pelos autores para uma total recuperação não apresentavam diferenças face ao grupo de controlo no que toca à imagem corporal, a forma de comer e preocupação com a comida. Por outro lado, o grupo que se apresentava parcialmente recuperado, obteve

resultados semelhantes ao grupo dos não-recuperados ao nível da perceção da imagem corporal. Tal não acontece entre o grupo dos totalmente recuperados e o grupo dos não-recuperados em que os resultados a este nível são completamente diferentes, isto leva os autores a acreditar que perturbação ao nível da perceção da imagem corporal possa ser a chave que distingue o grupo dos totalmente recuperados do grupo dos parcialmente recuperados, podendo concluir que uma relação saudável com o corpo poderá ser o último obstáculo numa recuperação (Bardone-Cone *et al*, 2010).

Assim, os resultados apontam para a validade dos critérios propostos pelos autores uma vez que o grupo dos indivíduos totalmente recuperados eram praticamente indistinguíveis do grupo de controlo. A perceção da imagem corporal em indivíduos com uma PCA é outro aspeto bastante importante para estes autores uma vez que neste estudo se revelou fundamental na contribuição para uma recuperação total de PCA.

Não foram só Bardone-Cone e colaboradores (2010) que se debruçaram sobre o conceito de recuperação em PCA, também Noordenbos e Seubring (2006) referem a falta de consenso e a definição pouco clara acerca deste conceito dizendo que durante vários anos foram os critérios restritos à recuperação corporal e à normatividade dos comportamentos alimentares que vingaram na comunidade. Assim, expõem a importância, de forma a atingir uma recuperação na sua totalidade, não só de critérios focados no peso corporal e comportamentos alimentares, mas também de critérios de nível emocional, social e psicológica (Noordenbos & Seubring, 2006). Neste sentido, estes autores realizaram um estudo na qual procuram determinar quais os critérios que deverão ser tidos em conta quando se fala de recuperação. Foi possível concluir nesse trabalho que existe uma grande conciliação entre terapeutas e antigos pacientes sendo avaliados como mais importantes por parte dos dois grupos os critérios que abordam questões sobre o comportamento alimentar e peso corporal mas também e indo ao encontro do que referiam, critérios de ordem emocional, social e psicológica (Noordenbos & Seubring, 2006).

O conceito “*full recovery*” ou recuperação total, que já foi referido nesta dissertação, foi primeiramente mencionado pelos autores Strober, Freeman e Morrel (1997) indicando que num individuo totalmente recuperado de uma PCA, os critérios de diagnóstico de AN e BN estariam que estar ausentes no mínimo durante oito semanas consecutivas; o seu peso corporal teria que ser normativo e sem comportamentos compensatórios nem fobia face ao peso. Esta recuperação total é por si só um processo

complexo, bastante moroso mas, no entanto, quando conseguido a possibilidade de recaída é extremamente baixa (Strober *et al.*, 1997).

Na literatura, a escassez de estudos de seguimento (*follow-up*) não nos permite tirar conclusões muito sólidas sobre os fatores responsáveis pela recuperação das PCA nem sobre quais os sintomas (físicos ou psicológicos) que durante uma recuperação clínica tendem a extinguir-se primeiro (Clausen, 2004).

Num estudo de seguimento, levado a cabo por Colling & King (1994), onde estes seguiram 50 pacientes (49 mulheres e 1 homem) durante 10 anos, que foram avaliados através de entrevistas e questionários, o que lhes possibilitou o acesso às suas atitudes e comportamentos face à alimentação. Desses 50 indivíduos, a cerca de 44 (88%) foi atribuído o diagnóstico de bulimia nervosa. Estes autores concluíram que 52% destes indivíduos conseguiram recuperar totalmente do diagnóstico de BN, cerca de 39% dos inquiridos possui ainda alguns sintomas desta perturbação e apenas 9% dos sujeitos apresenta ainda a totalidade dos critérios desta perturbação (Colling & King, 1994).

Noutro estudo, realizado por Sabine e colaboradores (1995), foram acompanhados, durante 5 anos, 50 indivíduos, sendo que apenas 72% preencheu os critérios para o diagnóstico de bulimia nervosa. Os autores chegaram à conclusão que cerca de 31% dos inquiridos atingiu a remissão total dos sintomas, sendo que apenas 25% permaneceu com a totalidade dos critérios para esta perturbação (Sabine *et al.*, 1995).

Relativamente à AN, um estudo realizado por Lowe e colaboradores (2001), no qual foram seguidos cerca de 84 pacientes durante 21 anos, concluiu que apenas 70 se encontram vivos. Os resultados deste estudo indicam-nos que cerca de 51% dos inquiridos atingiu a remissão total dos sintomas, 21% encontram-se parcialmente recuperados, enquanto que, cerca de 10% ainda apresenta todos os sintomas referentes a AN (Lowe *et al.*, 2001).

Ainda sobre a AN, Nilsson e Hagglof (2006) realizaram um estudo com indivíduos do sexo feminino que se encontravam recuperadas de uma AN desenvolvida durante a sua fase da adolescência. Estes autores conseguiram obter informações sobre as perspetivas futuras que as participantes teriam acerca da sua condição. As principais conclusões demonstram que nas participantes, foi possível verificar que em certa altura das suas vidas, existiu uma noção da severidade da sua perturbação, e dos graves danos

que uma continuação dos seus comportamentos poderia provocar nos seus corpos (Nilsson & Hagglof, 2006). A presença na vida das participantes de figuras significativas, tais como, familiares, amigos, namorados, maridos e terapeutas também são interpretados por estas como sendo um fator importante neste processo de recuperação (Nilsson & Hagglof, 2006). Em suma, é possível verificar que apesar das participantes atribuírem grande valor às influências externas como motivação para uma recuperação, as características internas são de facto imprescindíveis no seu processo de recuperação (Nilsson & Hagglof, 2006).

Num estudo de Pettersen e Rosenvinge (2002) em que se procura perceber qual a perceção que os sujeitos têm acerca do seu processo de recuperação face a uma PCA, foi possível verificar que, se os principais objetivos de um processo terapêutico se focarem simplesmente na redução do comportamento disruptivo, os pacientes poderão não sentir quaisquer melhorias (Pettersen & Rosenvinge, 2002). Com este estudo, os autores concluíram vários aspetos, primeiramente que a recuperação não é percebida pelas participantes como o fim do processo mas sim como uma continuidade do mesmo, seguidamente, é possível concluir, através do que é percebido pelas participantes, que para um processo de recuperação ter o seu início, é necessário existir um momento de mudança onde estas através da aceitação da sua condição, compreendem as consequências da sua doença e dos seus atos (Pettersen & Rosenvinge, 2002).

Um estudo mais recente é o de Bjork e Ahlstrom (2008), cujo objetivo se centrou em explicar, a perceção dos indivíduos face ao seu processo de recuperação de uma PCA. Estes autores, através dos relatos das suas participantes face à sua recuperação perceberam que a autoestima teve uma grande influência em todas as áreas da sua vida, inclusivamente na forma como se relacionavam com o seu corpo, com a sociedade e consigo mesmas (Bjork & Ahlstrom, 2008). Outra possível conclusão retirada deste estudo prende-se ao facto de perceber que alterações nos padrões comportamentais dos pacientes contribuem para uma recuperação, no entanto, é imprescindível a este processo alterações de cariz cognitivo (Bjork & Ahlstrom, 2008).

Como pudemos verificar vários autores se debruçam sobre a temática das PCA. De facto, faz todo o sentido uma vez que estas são perturbações graves e de difícil tratamento cuja taxa de mortalidade é relativamente alta. Estes estudos contribuem de forma fulcral para um maior esclarecimento de diversos conceitos polémicos e dúbios, nomeadamente, conforme é referido acima, os conceitos de cronicidade e de

recuperação clínica destas perturbações, permitindo assim, uma intervenção mais adaptada, e conseqüentemente, mais eficaz.

## **CAPÍTULO II**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

#### **1. Evolução clínica e Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar: a percepção subjetiva da recuperação**

##### **1.1. Introdução**

O presente estudo tem como principal objetivo analisar e perceber a percepção subjetiva, face à evolução clínica e ao processo de recuperação, uma amostra portuguesa de indivíduos que tenham iniciado o tratamento para uma PCA num Serviço de Psiquiatria de um Hospital do Norte do País entre 2001 e 2009. Assim, é possível identificar quatro grandes objetivos: 1) Estimar em quantos sujeitos se verifica a total remissão dos sintomas e em quantos se afere que a totalidade dos sintomas se encontra ainda bastante evidente; 2) Identificar variáveis sociodemográficas que possam estar associadas a indivíduos recuperados e não recuperados; 3) Perceber a percepção subjetiva dos indivíduos face ao seu estado clínico atual e necessidade de ajuda para diversos sintomas de PCA; 4) Verificar a presença/ausência de sintomas de PCA em sujeitos recuperados e não recuperados.

Temos como hipótese que a maioria dos indivíduos não recuperados está associada a uma maior percepção de necessidade de ajuda atual (H1). Temos como hipótese que os indivíduos recuperados tendem a perceber o seu estado clínico atual como ausente de sintomatologia (H2) Existem diferenças significativas entre os indivíduos não recuperados e recuperados relativamente à preocupação com a forma (H3).

##### **1.2. Metodologia**

###### **1.2.1. Sujeitos**

Participaram neste estudo 90 sujeitos, que iniciaram tratamento para uma PCA entre 2001 e 2009 e que podem continuar a apresentar ou não um diagnóstico clínico de PCA. Estes indivíduos apresentavam idades compreendidas entre os 18 anos e os 53 anos de idade (M= 30,06 e DP= 6,750), sendo que, 2,22% (n=2) sujeitos são do sexo

masculino e cerca de 97,77% (n=88) são do sexo feminino. Desta amostra 54,4% (n=49) apresentavam no início do seu tratamento o diagnóstico de anorexia nervosa, sendo que desses indivíduos, 36,7% (n=33) apresenta anorexia nervosa do tipo restritivo e cerca de 17,8% (n=16) apresenta anorexia do tipo purgativo; 33,3% (n=30) apresentavam o diagnóstico de bulimia nervosa, mais concretamente cerca de 31,1% (n=28) apresentava bulimia do tipo purgativo e cerca de 2,2% (n=2) apresentava bulimia do tipo não purgativo. Por fim, cerca de 12,2% (n=11) apresentava o diagnóstico Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação (PCASOE).

### **1.2.2. Instrumentos**

**Escala de Sintomas – Revisto 90 / Symptom Checklist – Revised 90 (SCL-90-R; Derogatis, L., 1977, 1983, traduzido e adaptado por Batista, 1993)** é um questionário de avaliação psicológica, que apresenta o seu foco na sintomatologia clínica (Derogatis, 1983). É constituído por 90 itens que estão organizados em 9 dimensões: somatização, depressão, obsessão-compulsão, hostilidade, ansiedade, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, psicoticismo e a ideação paranoide (Soares, 2007). Esta organização permite um olhar mais global relativamente à sintomatologia presente no sujeito, bem como a intensidade da mesma. Este instrumento apresenta ainda 3 Índices Globais nos quais são agrupados os resultados finais, sendo eles o Total de Sintomas Positivos (aqui contabiliza-se o número total de respostas cotadas com o valor igual ou superior a 1); o Nível de Perturbação por Sintomas Positivos, que representa a intensidade dos sintomas. Níveis elevados neste índice significam níveis elevados de sintomatologia. E, por fim, o Índice de Severidade Global, que mede o nível de gravidade da perturbação. Os indivíduos dão as suas respostas segundo uma escala de Likert de 5 pontos em que 0 significa Nada e 4 significa Muito (Soares, 2007). Este tipo de cotação permite também obter informações importantes no que respeita à frequência com que determinado fenómeno ocorre.

**Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar – Questionário / Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994, traduzido e adaptado por Machado *et al.*, 2007)** é constituído por 36 itens que foram adaptados da entrevista estruturada, EDE (*Eating Disorder Examination* de Fairburn & Cooper, 1993), que avalia as PCA. Este instrumento remete para os comportamentos do

indivíduo nos últimos 28 dias, podendo assim avaliar possíveis sintomas de PCA. O EDE-Q permite avaliar questões como a preocupação com o peso, restrição alimentar, com a alimentação e ainda com as formas do corpo. Os indivíduos dão a sua resposta segundo uma escala de 7 pontos em que 0 significa, “nenhum dia” e 7 significa, “todos os dias”. É possível ainda avaliar a frequência e ocorrência de diferentes comportamentos, tais como vômito autoinduzido, abuso de laxantes e/ou diuréticos e também de IAC. É um instrumento de autorrelato, de fácil aplicação, que apresenta qualidade psicométrica satisfatória e boa consistência interna e uma elevada estabilidade temporal. (Luce & Crowther, 1997; Mond, Rodgers, Hay, Owen, & Beumont, 2004); num estudo psicométrico realizado em Portugal, obteve também resultados semelhantes (Machado, Machado, Klein & Gonçalves, 2006).

**Questionário de Ferimentos Auto-Infligidos / The Self Injury Questionnaire – Treatment Related (SIQ-TR; Claes & Vandereycken, traduzido e adaptado por Gonçalves, 2007)** é um questionário de autorrelato e tem como principal objetivo avaliar os ferimentos através de comportamentos autoinfligidos que, apesar de não configurarem a intenção suicida, causam deliberadamente danos ao corpo. Este instrumento permite avaliar a presença, a frequência, a região corporal ferida, a dor provocada, a intensidade e também a função, os sentimentos e pensamentos associados a 5 diferentes tipos de ferimentos autoinfligidos: arranhar-se, magoar-se, cortar-se, queimar-se e morder-se.

**Questionário Clínico e Sócio-Demográfico (QCSD; Machado *et al.*, 2010)** é uma entrevista estruturada, construída especialmente para o estudo retrospectivo das PCA sendo constituída por 30 questões que têm como objetivo caracterizar de forma integral a amostra deste estudo. Foi construída também de forma a ser administrada telefonicamente. Sendo assim, os itens deste questionário permitem, numa fase inicial fazer uma breve caracterização Sócio-Demográfica dos pacientes, avaliando de seguida não só a perceção subjetiva do estado clínico em que se encontram os sujeitos no momento da recolha da amostra, como também alguns indicadores clínicos importantes para o diagnóstico de uma PCA. Diversos acontecimentos marcantes na vida do sujeito, bem como alterações sociais e contextuais ocorridas durante a evolução clínica e processo de recuperação, também são questões tidas em conta neste instrumento.

### **1.2.3. Procedimento**

A amostra que foi utilizada neste estudo foi recolhida na sua totalidade através de uma lista de pacientes que iniciaram um processo terapêutico para uma PCA entre 2001 e 2009, numa Unidade do Serviço de Psiquiatria de um Hospital do Norte do País. Esta recolha de dados ocorreu entre outubro de 2011 e maio de 2012, ocorrendo em várias fases. Numa primeira fase, através de uma entrevista telefónica realizada na Clínica Universitária de Psicologia (CUP) da Universidade Católica Portuguesa do Porto pólo da Foz. Num primeiro momento desta chamada o entrevistador apresenta-se, explica qual o objetivo do telefonema, como teve acesso ao contacto do sujeito e, por fim, quais os principais objetivos do estudo. Num segundo momento, era então administrado o QCSD. Após a entrevista, mas ainda nessa chamada telefónica, todos os participantes foram informados sobre a segunda fase deste estudo que se focava no envio de um envelope, por correio, para as suas moradas. Estes envelopes incluíam uma carta de apresentação do responsável pela Unidade do Serviço de Psiquiatria onde iniciaram o seu processo terapêutico para a sua PCA, os instrumentos de autorrelato utilizados neste estudo (EDE-Q, SIQ-TR e SCL-90) e outro envelope devidamente selado e endereçado onde os participantes colocariam os questionários já preenchidos para que assim fosse possível o reenvio para a morada indicada. Com o objetivo de respeitar o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, aprovado pelo Regulamento n.º 258/2011 de 20 de abril, que prevê o princípio específico da “Privacidade e Confidencialidade” (n.º 2), todos os pacientes envolvidos, deram o seu consentimento para a realização do QCSD e utilização das suas respostas neste estudo, tendo sido sempre salvaguardado a confidencialidade dos mesmos.

### **1.2.4. Análise Estatística**

Foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences / SPSS* (versão 19 para Windows). Assim, foi realizada uma Análise Descritiva dos dados, com o objetivo de caracterizar e descrever a amostra (Howell, 2010 cit in., Martins, 2011) ao nível sociodemográficos e clínico. Efetuou-se também uma Análise Inferencial a fim de estudar a evolução clínica e o processo de recuperação dos participantes retirando assim conclusões acerca do objeto de estudo (Howell, 2010 cit in., Martins, 2011). Para ser possível uma comparação entre variáveis ordinais e intervalares foi utilizado o teste não paramétrico *Mann-Whitney U* e para variáveis ordinais e nominais, utilizamos como medida de associação o Teste Qui Quadrado (Martins, 2011).

### 1.3. Resultados

A apresentação dos resultados irá tomar a seguinte disposição: primeiramente iremos focar-nos nos principais resultados da Estatística Descritiva. Posteriormente, faremos referência aos principais resultados obtidos com a Estatística Inferencial, que nos permite obter resultados relativos à evolução clínica e ao processo de recuperação dos sujeitos. Nesse sentido, procurou-se definir dois grupos distintos de sujeitos, os Recuperados (R) e os Não Recuperados (NR) a fim de perceber de forma mais concreta quais os indivíduos que representavam cada grupo. Esta distinção baseou-se segundo critérios de organização, onde se incluíram indicadores clínicos e indicadores de caráter mais subjetivo sobre a recuperação clínica. Os critérios foram os seguintes: a) **IMC** - Este dado foi possível analisar nos itens 10 e 11 do instrumento de avaliação QCSD (cf., anexo 1). Assim, entendemos como R os indivíduos que apresentavam um  $IMC \geq 17,59$  kgs/m<sup>2</sup>. Por outro lado, os indivíduos com um  $IMC \leq 17,59$  kgs/m<sup>2</sup> passariam a fazer parte do grupo dos NR; b) **Finalização do Tratamento no Serviço de Psiquiatria** - Este dado foi possível analisar no item 17 do instrumento de avaliação QCSD. Neste critério, fazem parte do grupo dos NR todos os indivíduos que ainda se apresentam em tratamento no Serviço de Psiquiatria, sendo que todos aqueles que já cessaram este tratamento apresentam-se, segundo este critério, R; c) **Novo tratamento para PCA após Tratamento no Serviço de Psiquiatria do Hospital do Norte do País** - Este dado foi possível analisar no item 23 do instrumento de avaliação, QCSD. Aqui, sugerimos que todos os indivíduos que não procuraram um novo tratamento para PCA, pertenciam ao grupo dos R. Por outro lado, todos os indivíduos que procuraram um novo tratamento para PCA, pertenciam ao grupo dos NR. É importante referir que também inserimos neste mesmo grupo, todos aqueles pacientes que ainda se encontravam em tratamento no Serviço de Psiquiatria; d) **Estado Clínico Atual** - Este dado foi possível analisar no item 21 do instrumento de avaliação, QCSD. Neste critério, todos os indivíduos que revelaram presença atual de sintomas referentes a uma PCA, estariam incluídos no grupo dos NR, porém, aqueles que não revelavam nenhum sintoma, inseriam-se no grupo dos R; e) **Necessidade de Ajuda para Sintomas Atuais de PCA** - Este dado foi possível analisar no item 29 do instrumento de avaliação, QCSD. Neste critério todos os pacientes que indicavam precisar de ajuda para sintomas atuais de PCA ficariam inseridos no grupo dos NR, por outro lado, os participantes que revelariam não necessitar de ajuda para sintomas de PCA, pertenciam ao grupo dos

indivíduos R. Mais uma vez aqui, todos aqueles pacientes que ainda se encontram em tratamento para PCA, apresentam-se no grupo dos NR.

De seguida, na tabela 1 apresentaremos os resultados referentes à caracterização sócio-demográfica da amostra. Quanto ao estado civil cerca de 52,2% (n=47) dos participantes são solteiros e 31,1% (n=28) são casados. Mais de metade 67,8% (n=61) da nossa amostra não tem filhos. A maior parte dos participantes 25,8% (n=23) vive com o Marido/Esposa ou Companheiro(a) e Filhos. Relativamente às habilitações literárias, é possível verificar nesta amostra que 52,2% (n= 47) dos participantes é licenciado. Por fim, quanto à situação de emprego, grande parte da amostra 64,8% (n= 57) encontra-se a exercer uma profissão.

**Tabela 1. Resultados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra.**

	N (%)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro(a)	47(52,2)
Casado(a)	28(31,1)
União de Facto/ Vive Junto	12(13,3)
Divorciado(a)	3(3,3)
<b>Filhos</b>	
Sem filhos	61(67,8)
Com filhos	29(32,2)
<b>Agregado familiar</b>	
Só	6(6,7)
Marido/Esposa/Companheiro(a)	17(19,1)
Marido/Companheiro(a) e Filhos	23(25,8)
Pais	19(21,3)
Filhos	5 (5,6)
<b>Habilitações Literárias</b>	
Licenciatura (completa)	47(52,2)
Ensino Secundário (completo)	11(12,2)
3º Ciclo (completo/frequenta)	9(10,0)
2º Ciclo (completo/frequenta)	2(2,2)
1º Ciclo (completo/frequenta)	1(1,1)
<b>Situação de emprego</b>	
Estudante	14(15,9)
Trabalhador/Estudante	2(2,3)
Empregado(a)	57(64,8)
Desempregado(a)	15(17,0)

Na tabela 2 observa-se os diferentes dados dos critérios que foram utilizados para definir o grupo dos participantes R e o grupo dos participantes NR. Quanto ao critério IMC, é possível referir que a maioria dos participantes, cerca de 84,8% (n=73), apresenta-se assintomático. É necessário referir que 4 participantes do estudo, recusaram revelar o seu peso atual, pelo que foi impossível calcular o seu IMC; relativamente ao critério Finalização de Tratamento, mais uma vez, grande parte da amostra apresenta-se sem sintomas, por outro lado, relativamente ao critério Novo Tratamento após Tratamento Inicial no Hospital, é possível dizer que pouco mais de metade 55,5% (n=50) dos participantes apresenta sintomas. Quanto ao critério Estado Clínico Atual os resultados foram bastante equilibrados, ainda assim a ausência de sintomas neste critério prevaleceu com cerca de 52,2% (n=47) dos participantes. Por fim, quanto à Necessidade de Ajuda para Sintomas Atuais de PCA, a maioria dos participantes 66,6% (n=60), não apresenta sintomas.

**Tabela 2. Resultados relativos à frequência de presença ou ausência de sintomas nos critérios de organização.**

	<b>Ausência de Sintoma</b>	<b>Presença de Sintoma</b>
	n (%)	n (%)
IMC	73(84,8)	13(15,1)
Finalização de Tratamento	71(78,8)	19(21,1)
Novo Tratamento após Tratamento Inicial no Hospital	40(44,4)	50(55,5)
Estado Clínico Atual	47(52,2)	43(47,7)
Necessidade de Ajuda para Sintomas Atuais	60(66,7)	30(33,3)

Na tabela 3 é possível observar os resultados obtidos após divisão, segundo os critérios de organização, dos participantes nos grupos R e NR. Sendo assim, é possível verificar que cerca de 31,1% (n=28) dos participantes encontra-se R, no entanto, a maioria 68,9% (n=62) parece encontrar-se NR.

**Tabela 3. Distribuição da amostra em Recuperados ou Não Recuperados segundo os critérios de organização.**

	n (%)
<b>Grupos obtidos</b>	
<b>Recuperados</b>	28 (31,1)
<b>Não recuperados</b>	62 (68,9)
<b>Total</b>	90 (100)

Na tabela 4, estão expostos os dados relativos à caracterização sócio-demográfica dos grupos dos participantes R e NR. Assim, verifica-se que no grupo dos indivíduos R a idade mínima é de 18 anos e a idade máxima é de 45 anos. Por outro lado, é possível verificar que a amostra do grupo dos NR é um pouco mais velha, uma vez que a idade mínima é de 19 anos e a idade máxima é de 53 anos. No que toca ao estado civil desta amostra, a maior parte dos indivíduos R é solteiro 53,5% (n=15). O mesmo se verifica para os participantes NR onde cerca de 51,6% (n=32) é também solteiro. Quanto ao facto de ter ou não filhos, particamente toda a amostra de sujeitos R não tem filhos 71,4% (n=20), verificando-se a mesma distribuição para o grupo dos NR onde cerca de 66,1% (n=41) também se apresenta sem filhos. Relativamente ao agregado familiar dos participantes R, 25% (n=7) vive com o marido/companheiro e filhos ou então apenas com os pais 25% (n=7). Nos indivíduos NR, 26,2% (n=16) vive também com o marido/companheiro e filhos. Por fim, quer no grupo dos R 71,4% (n=20), quer no grupo dos NR 61,6% (n=37) quase todos os participantes se encontra empregado.

**Tabela 4. Caracterização sócio-demográfica dos grupos Recuperados e Não Recuperados.**

	Recuperados		Não Recuperados	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
<b>Idade</b>	18-45	28,7 (5,5)	19-53	43,6 (7,2)
	n(%)		n(%)	
<b>Estado Civil</b>				

	Solteiro	15(53,5)	32(51,6)
	Casado	8(28,5)	20(32,2)
	União de Facto	5(17,8)	7(11,2)
	Divorciado	-	3(4,8)
<b>Filhos</b>			
	Sem filhos	20(71,4)	41(66,1)
	Com filhos	8(28,5)	21(33,8)
<b>Agregado familiar<sup>2</sup></b>			
	Só	1(3,5)	5(8,1)
	Marido/Companheiro	6(21,4)	11(18)
	Marido/Companheiro e Filhos	7(25)	16(26,2)
	Pais	7(25)	12(19,6)
	Filhos	1(3,5)	4(6,5)
<b>Situação de emprego<sup>3</sup></b>			
	Estudante	2(7,1)	12(20)
	Trabalhador/Estudante	1(3,5)	1(1,6)
	Empregada	20(71,4)	37(61,6)
	Desempregada	5(17,8)	10(16,6)

Na tabela 5, apresentam-se os resultados da caracterização da vida social e tempos livres dos participantes do grupo dos R, bem como os do grupo dos NR. Verifica-se que ao nível dos contactos sociais, ambos os grupos, cerca de 50% (n=14) para os R e cerca de 45,1% (n=28) para os NR, apresenta, quer contactos sociais próximos, quer superficiais. Dentro do grupo dos NR, existe também uma grande parte de sujeitos que refere ter alguns contactos sociais mais próximos 38,7% (n=24). Quanto ao tempo livre, os resultados mais relevantes que se cingiram às variáveis, sozinho, família e família e amigos, demonstram que dos participantes R 28,5% (n=8) passa com a família, sendo que o mesmo se verifica com os pacientes NR 37% (n=23).

**Tabela 5. Caracterização da vida social e companhia nos tempos livres.**

	<b>Recuperados</b>	<b>Não Recuperados</b>
	n(%)	n(%)
<b>Contactos sociais</b>		
	Nenhum	1(3,5)
		1(1,6)

<sup>2</sup> Um participante do grupo dos NR não respondeu à questão sobre o agregado familiar.

<sup>3</sup> Dois participantes pertencentes ao grupo dos NR não respondeu à questão sobre a situação de emprego.

Alguns Próximos	9(32,1)	24(38,7)
Muitos Próximos	3(10,7)	4(6,4)
Alguns Superficiais	1(3,5)	4(6,4)
Muitos Superficiais	-	1(1,6)
Quer Próximos/Quer Superficiais	14(50)	28(45,1)
<b>Tempo livre</b>		
Sozinho	2(7,1)	8(12,9)
Família	8(28,5)	23(37)
Família ou Amigos	4(14,2)	13(20,9)

Na tabela 6, é possível encontrar os resultados relativos à informação clínica dos participantes de ambos os grupos R e NR. Como se pode observar no grupo dos R o peso atual varia entre os 46kgs e os 80kgs (M=57,3 e DP=7,27) e no grupo dos NR o peso atual encontra-se entre os 32kgs e os 86kgs (M=53,86 e DP=989). Quanto ao IMC atual o grupo dos R apresenta como valor mínimo 17,85kgs/m<sup>2</sup> e como valor máximo 25,24kgs/m<sup>2</sup> (M=21,18 e DP=1,91). No entanto, no grupo dos NR é possível verificar que o valor mínimo é de 14,5kgs/m<sup>2</sup> e o máximo é de 33,52 kgs/m<sup>2</sup> (M=19,22 e DP=6,16). Quanto ao peso mais baixo desde o fim do tratamento no Serviço de Psiquiatria, nos indivíduos R este varia entre 30 e 68 kgs (M=50,13 e DP=8,03) e nos indivíduos NR varia entre 26 e 76kgs (M=35,50 e DP=20,16). Relativamente ao peso mais alto desde o fim do tratamento no Serviço de Psiquiatria, no grupo dos indivíduos R este varia entre os 44 e os 83 kgs (M=60,70 e DP=9,59) e no grupo dos NR entre 36 e 89kgs (M=46,48 e DP=25,40). Todos estes indivíduos frequentaram o Serviço de Psiquiatria entre 2001 e 2009, sendo que na altura da sua admissão no tratamento a maior parte dos participantes 57,1% (n=16) do grupo dos R apresentava o diagnóstico de AN. Tal se verifica também no grupo dos NR onde cerca de 53,2% (n=33) apresentava o diagnóstico de AN. A maioria dos participantes, quer do grupo dos R 96,2 (n=26) quer do grupo dos NR 72,1% (n=44) apresenta um padrão menstrual regular. Grande parte dos indivíduos R toma contraceptivo oral 60,7% (n=17). O mesmo se verifica no grupo dos indivíduos NR 54% (n=33). Relativamente aos problemas de saúde atuais, a maior parte dos participantes R 60,7% (n=17) não apresenta problemas de saúde. O mesmo se verifica no grupo dos NR onde cerca 72,5% (n=45). Quanto à toma de medicação psiquiátrica, quase todos os participantes do grupo dos R 92,8% (n=26) não toma

psicofármacos. No grupo dos NR, a maior parte dos indivíduos 59,6% (n=37) também não toma psicofármacos.

**Tabela 6. Informação clínica**

	Recuperados		Não Recuperados	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
<b>Peso Atual</b>	46,4-80	57,3 (7,27)	32-86	53,86 (9,89)
<b>Altura Atual</b>	1,50-1,78	1,64 (0,05)	1,36-1,74	1,62 (0,07)
<b>IMC Atual</b>	17,85-25,24	21,18 (1,91)	14,5-33,52	19,22 (6,16)
<b>Tempo do Peso Atual em Meses</b>	1-72	23,46 (19,31)	0-156	30,59 (32, 90)
<b>Peso Mais Baixo desde Fim de Tratamento</b>	30-68	50,13 (8,03)	26-76	35,50 (20,16)
<b>Peso Mais Alto desde Fim de Tratamento</b>	44-83	60,70 (9,59)	36-89	46,48 (25,40)
		n(%)		n(%)
<b>Diagnóstico no momento de admissão</b>				
	AN	16(57,1)		33(53,2)
	BN	7(25)		23(37)
	PCASOE	5(17,8)		6(9,6)
<b>Padrão Menstrual</b>				
	Ausência	1(3,7)		9(14,7)
	Irregular	-		8(13,1)
	Regular	26(96,2)		44(72,1)
<b>Contracetivo Oral</b>				
	Não	11(39,2)		28(45,9)
	Sim	17(60,7)		33(54)
<b>Problema de Saúde Atual</b>				

	Não	17(60,7)	45(72,5)
	Sim	11(39,2)	17(27,4)
<b>Medicação Psiquiátrica</b>			
	Não	26(92,8)	37(59,6)
	Sim	2(7,1)	25(40,3)

Na tabela 7 estão presentes os resultados referentes à caracterização do tratamento no Serviço de Psiquiatria. Podemos verificar que a duração do tratamento no grupo dos R varia entre 0.4 e 8 anos (M= 1.98 e DP= 1.62) sendo que no grupo dos NR a duração do tratamento varia entre 0.1 e 13 anos (M= 3.34 e DP= 3.00). No que respeita aos internamentos podemos verificar que a maioria 75% (n=21) do grupo dos R não sofreu internamento em semelhança do grupo dos NR 58% (n=36). No que respeita ao número de internamentos do grupo dos R este varia entre nenhum e 2 (M=0.29 e DP=0.53) e no grupo dos NR este varia entre nenhum e 10 (M=1.21 e DP=2.29). Relativamente à ida ao serviço de urgência a maioria 78,6% (n=22) do grupo dos R não recorreu a este serviço à semelhança do grupo dos NR 59,7% (n=37). No que respeita ao número de idas à urgência no grupo dos R verifica-se uma variância entre nenhuma ida e 15 (M=0.29 e DP=0.53), no grupo dos NR verifica-se uma variância entre nenhuma ida e 20 (M=1.82 e DP=3.79). Por fim, relativamente à finalização do tratamento verifica-se que no grupo dos R 35.7% (n=10) deixou de comparecer às consultas a meio de um processo terapêutico e 28,6% (n=8) refere que o seu terapeuta finalizou o tratamento. No que respeita ao grupo dos NR 35.5% (n=22) desistiu do tratamento e 25.8% (n=16) ainda mantém o tratamento.

**Tabela 7. Caracterização do tratamento no Serviço de Psiquiatria.**

	<b>Recuperados</b>		<b>Não Recuperados</b>	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
<b>Duração do Tratamento em Anos</b>	0,4-8	1,98 (1,62)	0.1-13	3,34 (3,00)
	n(%)		n(%)	
<b>Internamentos</b>				
	Não	21(75)	36(58)	
	Sim	7(25)	26(41,9)	

	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
<b>Número de Internamentos</b>	0-2	0,29 (0,53)	0-10	1,21 (2,29)
	n(%)		n(%)	
<b>Serviço de Urgência</b>				
	Não	22(78,6)	37(59,7)	
	Sim	6(21,4)	25(40,3)	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
<b>Número de Idas à Urgência</b>	0-15	1,25 (3,46)	0-20	1,82 (3,79)
	n(%)		n(%)	
<b>Finalização do Tratamento</b>				
	Ainda em tratamento	-	16(25,8)	
	Finalizado pelo terapeuta	8(28,6)	4(6,5)	
	Finalizado iniciativa própria	7(25)	5(8,1)	
	Dropout	10(35,7)	22(35,5)	
	Desistiu informando terapeuta	2(7,1)	6(9,7)	
	Outro motivo	1(3,6)	8(12,9)	

Na tabela 8 podemos verificar os resultados referentes a outros tratamentos efetuados após o fim do tratamento no Serviço de Psiquiatria. No que respeita ao grupo dos R, a totalidade dos participantes não procurou novo tratamento. Relativamente ao grupo dos NR 25,8% (n=16) procurou novo tratamento com um Psiquiatra. No que concerne a estar ainda em tratamento, a totalidade 100% (n=28) do grupo dos R já não se encontra em tratamento à semelhança do grupo dos NR 82,3% (n=51).

**Tabela 8. Outro tratamento após tratamento no Serviço de Psiquiatria.**

	<b>Recuperados</b>	<b>Não Recuperados</b>
	n(%)	n(%)
<b>Novo Tratamento</b>		
Não	28(100)	10(16,1)
Psiquiatra	-	16(25,8)
Psicólogo	-	11(17,7)
Psiquiatra e Psicólogo	-	6(9,7)
<b>Ainda em Tratamento</b>		
Não	28(100)	51(82,3)
Sim	-	11(17,7)

Na tabela 9 estão apresentados os resultados respeitantes à presença de acontecimentos de vida marcantes. Como podemos observar, a maioria 85,7% (n=24) dos participantes do grupo dos R vivenciou algum acontecimento marcante tal como no grupo dos NR 72,6% (n=45).

**Tabela 9. Acontecimentos de vida marcantes.**

	<b>Recuperados</b>	<b>Não Recuperados</b>
	n(%)	n(%)
<b>Vivenciou algum Acontecimento de Vida Marcante</b>		
Não	4(14,3)	3(4,8)
Sim	24(85,7)	45(72,6)

Na tabela 10 podemos verificar a perceção dos participantes sobre o seu estado clínico e a necessidade de ajuda para diversos sintomas. Relativamente ao grupo dos R a maioria 85,7% (n=24) já se sente recuperado. No que respeita ao grupo dos NR 41,9% (n=26) refere estar melhor mas a precisar de tratamento. No que respeita à necessidade de ajuda para sintomas de PCA 100% (n=28) do grupo dos R refere não necessitar de ajuda à semelhança do grupo dos NR 53,2% (n=33).

**Tabela 10. Percepção sobre estado clínico atual e necessidade de ajuda para diversos sintomas.**

		<b>Recuperados</b>	<b>Não Recuperados</b>
		n(%)	n(%)
<b>Estado Clínico Atual</b>			
	Recuperado	24(85,7)	23(37,1)
	Melhor mas a precisar de tratamento	4(14,3)	26(41,9)
	Igual	-	4(6,5)
	Pior	-	3(4,8)
<b>Necessidade de Ajuda para Sintomas do Comportamento Alimentar</b>			
	Não	28(100)	33(53,2)
	Sim	-	29(46,8)

Na tabela 11 é possível observar os resultados do teste Mann-Whitney. Aqui, o grande objetivo é averiguar se existem diferenças significativas entre estar ou não recuperado e as seguintes variáveis: duração do tratamento em meses, peso mais baixo desde fim de tratamento, peso mais alto desde fim do tratamento, número de internamentos, número de urgências, idade e diagnóstico geral. Como se pode observar, os resultados significativos deste teste, prendem-se às variáveis: peso mais baixo desde fim do tratamento e peso mais alto desde fim do tratamento. Posto isto, e uma vez que  $p < 0,05$  é possível verificar que de facto existem diferenças significativas entre estar ou não recuperado e o peso mais baixo desde fim do tratamento,  $U=330,5$ ,  $p=0$  e também entre estar ou não recuperado e o peso mais alto desde fim de tratamento,  $U=491$ ,  $p=0,013$ .

**Tabela 11. Resultados relativos à trajetória clínica dos grupos Recuperados e Não Recuperados.**

	<b>Recuperados</b>	<b>Não Recuperados</b>	<i>U</i>
	(n=28)	(n = 62)	
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	
<b>Número Internamentos</b>	38,68	48,58	677
<b>Número Urgências</b>	40,29	47,85	722
	(n=26)	(n=54)	

	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	
<b>Peso mais baixo desde fim de tratamento</b>	54,79	33,62	330,5*
	(n=27)	(n=55)	
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	
<b>Peso mais alto desde fim de tratamento</b>	50,81	36,93	491*
	(n=28)	(n=61)	
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	
<b>Duração do tratamento em meses</b>	37,39	48,49	641
	(n=28)	(n=62)	
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	
<b>Diagnóstico Geral</b>	48,63	44,09	780,5

\* p<0,05

Na tabela 12 é possível verificar que existe uma associação significativa entre o uso atual de psicofármacos e os grupos R vs NR. Este é significativo ( $\chi^2(1) = 11,706$ ; p = 0,001) uma vez que a grande maioria 92,9% (n=26) dos sujeitos R não utiliza psicofármacos.

**Tabela 12. Resultados relativos a toma de medicação psiquiátrica.**

	<b>Recuperados</b>	<b>Não Recuperados</b>	<i>p</i>
	n(%)	n(%)	
<b>Psicofármacos atuais</b>			
Sem Psicofármacos	26(92,9)	35(56,5)	0,001*
Com Psicofármacos	2(7,1)	27(43,5)	

\* p ≤ 0,001

Na tabela 13, apresentam-se os resultados relativos ao teste Mann-Whitney. Este teste foi utilizado com o objetivo de perceber se existem ou não, diferenças significativas entre estar recuperado ou não estar recuperado e as diferentes subescalas (restrição, preocupação com a forma, preocupação com a comida e preocupação com o peso) do EDE-Q. Como é possível observar, existe uma diferença significativa relativamente aos resultados subescala de preocupação com a forma. Sendo assim, e

uma vez que  $p < 0,05$ , diferenças significativas entre estar ou não recuperado e a subescala de preocupação com a forma,  $U = 133$ ,  $p = 0,049$ . O facto de estar recuperado ou não, vai influenciar de forma significativa a preocupação destes pacientes com a forma.

**Tabela 13. Resultados relativos às subescalas do EDE-Q entre os grupos Recuperados e Não Recuperados.**

	<b>Recuperados</b> ( <i>n=14</i> ) <i>Ordem Média</i>	<b>Não Recuperados</b> ( <i>n = 26</i> ) <i>Ordem Média</i>	<i>U</i>
<b>Subescalas</b>			
<b>Restrição</b>	18,54	21,56	154,5
	( <i>n=15</i> ) <i>Ordem Média</i>	( <i>n=28</i> ) <i>Ordem Média</i>	
<b>Preocupação com a Forma</b>	16,87	24,75	133*
<b>Preocupação com a Comida</b>	18,37	23,95	155,5
<b>Preocupação com o Peso</b>	17,80	24,25	147
	( <i>n=14</i> ) <i>Ordem Média</i>	( <i>n = 26</i> ) <i>Ordem Média</i>	
<b>Score Total</b>	16,57	22,62	127

\*  $p < 0,05$ , logo aceita-se H3 (existem diferenças significativas entre os indivíduos não recuperados e recuperados relativamente à preocupação com a forma)

Na tabela 14 que se segue pretende-se verificar se existem diferenças significativas entre os itens de diagnóstico: episódios bulímicos; número de episódios bulímicos como falta de controlo; número de dias de episódios bulímicos com falta de controlo; número de métodos compensatórios (vómito); número de métodos compensatórios (laxantes); e número de métodos compensatórios (exercício físico em excesso) e a variável estar ou não recuperado. Como se pode observar, os resultados significativos deste teste, prendem-se às variáveis: número de métodos compensatórios (laxantes) e número de métodos compensatórios (exercício físico em excesso). Assim sendo e uma vez que  $p < 0,05$  é possível verificar que há diferenças significativas entre o número de vezes em que há presença de métodos compensatórios usando laxantes e o

facto de estar recuperado ou não recuperado,  $U=150$ ,  $p=0,034$  e também existem diferenças significativas entre o número de vezes em que há presença de métodos compensatórios fazendo exercício físico excessivo e o facto de estar ou não recuperado,  $U= 144,5$ ,  $p=0,041$ .

**Tabela 14. Resultados relativos aos itens de diagnóstico do EDE-Q entre os grupos Recuperados e Não Recuperados.**

	<b>Recuperados</b> ( <i>n=15</i> ) <i>Ordem Média</i>	<b>Não Recuperados</b> ( <i>n = 27</i> ) <i>Ordem Média</i>	<i>U</i>
<b>Itens de Diagnóstico</b>			
<b>Laxantes</b>	18,00	23,65	150*
<b>Exercício Físico Excessivo</b>	17,63	23,65	144,5*
<b>Episódios Bulímicos</b>	19,67	22,52	175
	( <i>n=15</i> ) <i>Ordem Média</i>	( <i>n=27</i> ) <i>Ordem Média</i>	
<b>Episódios Bulímicos com falta de controlo</b>	18,63	22,37	159,5
<b>Episódios Bulímicos com falta de controlo (em dias)</b>	19,80	21,69	177
<b>Vómitos</b>	18,80	22,27	162

\*  $p<0,05$

Na tabela 15 estão descritos os resultados de outro teste de Mann-Whitney elaborado neste trabalho. Com este teste pretende-se averiguar se existem diferenças significativas relativamente ao facto estar ou não recuperado e as diferentes escalas do SCL-90 (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo). Como é possível verificar e uma vez que o valor de  $p> 0,05$ , confirma-se a  $H_0$ , ou seja, não há diferenças significativas entre estar recuperado ou não estar recuperado e as diferentes escalas clínicas do SCL-90.

**Tabela 15. Resultados relativos às diferenças entre os grupos Recuperados e Não Recuperados no SCL 90-R.**

	<b>Recuperados</b> ( <i>n</i> = 13) <i>Ordem Média</i>	<b>Não Recuperados</b> ( <i>n</i> = 28) <i>Ordem Média</i>	<i>U</i>
<b>Dimensões Sintomatológicas</b>			
Somatização	24,04	19,59	142,5*
Obsessão – Compulsão	22,88	20,13	157,5*
Sensibilidade interpessoal	20,96	21,02	181,5*
Depressão	21,81	20,63	171,5*
Ansiedade	22,69	20,21	160*
Fobia	22,69	20,21	160*
Ideação paranoide	20,92	21,04	181*
<hr/>			
	<b>Recuperados</b> ( <i>n</i> = 14) <i>Ordem Média</i>	<b>Não Recuperados</b> ( <i>n</i> = 28) <i>Ordem Média</i>	
Hostilidade	20,18	22,16	177,5*
Psicoticismo	20,57	21,96	183*
<hr/>			
	<b>Recuperados</b> ( <i>n</i> = 12) <i>Ordem Média</i>	<b>Não Recuperados</b> ( <i>n</i> = 28) <i>Ordem Média</i>	
<b>Índices Globais</b>			
Índice Sintomas Positivos	24,38	18,84	121,5*
Índice Global de Severidade	22,21	19,77	147,5*
Total Sintomas Positivos	22,21	19,77	147,5*

\* $p > 0,05$

Os resultados obtidos no EDE-Q, que representam uma sintomatologia mais específica e os resultados obtidos no SCL-90-R, onde se pode verificar a presença de uma sintomatologia psicológica ou um mal-estar psicológico geral, são apresentados através das medidas de tendência normal e de dispersão das escalas que compõem os instrumentos referidos, e encontram-se nas tabelas 16 e 17.

Na tabela 16, apresentam-se os resultados referentes às Subescalas e Score Total do EDE-Q no grupo dos R e NR. Sendo definidos como valores de corte do EDE-Q, valores iguais ou superiores a 4, é possível verificar nesta tabela, que todos (R e NR) se apresentam abaixo dos valores de corte do EDE-Q.

**Tabela 16. Médias e Desvios Padrão (M e DP) das pontuações das Subescalas e Score Total do EDE-Q no grupo dos Recuperados e Não Recuperados.**

Subescalas e Score Total <i>EDE-Q</i>										
	Recuperados					Não Recuperados				
	R	PF	PC	PP	ST	R	PF	PC	PP	ST
M	1,53	1,79	0,93	2,05	1,52	2,19	3,23	1,88	3,25	2,48
(DP)	(1,54)	(1,32)	(1,21)	(1,37)	(1,20)	(1,87)	(2,16)	(1,77)	(2,23)	(1,80)

Notas: (1) As iniciais “R”, “PF”, “PC”, “PP”, “ST” referem-se às subescalas do *EDE-Q* Restrição, Preocupação com a Forma, Preocupação com a Comida, Preocupação com o Peso e Score Total, respetivamente.

Na tabela 17, apresentam-se os resultados do *SCL 90-R*. No grupo dos R, é possível observar que os valores se apresentam quase na sua totalidade, acima dos valores de corte, sendo que apenas nas subescalas de Hostilidade e Ansiedade Fóbica os resultados se apresentam iguais ou abaixo dos valores de corte. No grupo dos NR a grande maioria apresenta valores acima dos valores de corte, sendo que apenas nas subescalas, Somatização, Obsessão-Compulsão, Ansiedade e Ansiedade Fóbica, os valores se encontram abaixo dos de corte.

**Tabela 17. Médias e Desvios Padrão (M e DP) das pontuações das Subescalas e Score Total do SCL 90-R no grupo dos Recuperados e Não Recuperados.**

Subescalas e Índice Gravidade Geral do <i>SCL 90-R</i>										
Recuperados										
	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P	GSI
M	1,38*	1,72*	1,77*	1,75*	1,37*	1,19	.0,6	1,47*	0,87*	1,47*
(DP)	(0,70)	(0,98)	(1,03)	(0,91)	(0,84)	(0,95)	(0,51)	(0,87)	(0,70)	(0,74)
Não Recuperados										
	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P	GSI
M	1,12	1,43	1,80*	1,67*	1,22	1,37*	0,60	1,63*	0,99*	1,32*
(DP)	(0,72)	(0,80)	(1,01)	(0,92)	(0,79)	(1,38)	(0,69)	(1,29)	(0,80)	(0,79)
<b>Valores de Corte</b>	1.14	1.47	1.26	1.4	1.36	1.19	.98	1.25	.76	1.2
										3

Notas: (1) As iniciais “S”, “OC”, “SI”, “D”, “A”, “H”, “AF”, “IP”, “P” e “GSI” referem-se às escalas do *SCL 90-R* Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide, Psicoticismo e Índice de Gravidade Geral, respetivamente.

Na tabela 18 é possível verificar os resultados da perceção subjetiva dos grupos R e NR face ao estado clínico atual. Verifica-se uma associação significativa nestes resultados, ( $\chi^2(1) = 18,273$ ;  $p < 0,001$ ). Ou seja, no grupo dos R, 85,7% ( $n=24$ ) refere ausência de sintomas. Por outro lado, no grupo dos NR 62,9% ( $n=39$ ) percecionam uma presença de sintomas.

**Tabela 18. Resultados da perceção dos grupos Recuperados e Não Recuperados face ao estado clínico atual**

	Recuperados n(%)	Não Recuperados n(%)	<i>p</i>
<b>Estado Clínico Atual</b>			
Ausência de sintomas	24(85,7)	23(37,1)	<0,001*
Presença de sintomas	4(14,3)	39(62,9)	

\*  $p \leq 0,001$

Na tabela 19 é possível verificar o resultado da perceção dos grupos R e NR face à necessidade de ajuda atual para sintomas de PCA. Sendo assim, existe uma associação significativa, ( $\chi^2(1) = 19,323$ ;  $p < 0,001$ ). Enquanto que nos participantes do grupo dos R, 100% ( $n=28$ ) refere não precisar de ajuda para os sintomas de PCA, também mais de metade 53,2% ( $n=33$ ) dos participantes do grupo NR não necessita de ajuda para os seus sintomas.

**Tabela 19. Resultado da perceção dos grupos Recuperados e Não Recuperados face à necessidade de ajuda atual para sintomas de PCA**

	Recuperados n(%)	Não Recuperados n(%)	<i>p</i>
<b>Necessidade de Ajuda Atual para Sintomas de PCA</b>			
Não	28(100)	33(53,2)	<0,001*
Sim	-	29(46,8)	

\*  $p \leq 0,001$

## 1.4. Discussão e Conclusões

Neste ponto do trabalho, iremos focar-nos primeiramente, na discussão dos principais resultados obtidos neste estudo, articulando os mesmos com estudos referenciados na literatura. Assim, iremos organizar esta secção do trabalho fazendo a ponte entre os diversos objetivos do estudo e as diferentes hipóteses de trabalho formuladas. Numa segunda parte, iremos debruçar-nos nas principais conclusões e limitações que podemos inferir deste estudo.

### 1.4.1. Discussão

Com este trabalho, um dos grandes objetivos primeiramente definidos incidiu em estimar em quantos sujeitos se verifica a total remissão dos sintomas e em quantos se afere que a totalidade dos mesmos se encontra ainda bastante evidente. De facto, segundo os critérios de organização definidos, onde se encontram indicadores de ordem clinica como  $IMC \leq 17,5 \text{ kgs/m}^2$ ; Finalização do Tratamento no Serviço de Psiquiatria do Hospital do Norte do País; Novo tratamento para PCA após Tratamento no Serviço de Psiquiatria do Hospital do Norte do País e indicadores relacionados com a perceção dos participantes como Estado Clínico Atual e Necessidade de Ajuda para Sintomas Atuais de PCA, verifica-se que grande parte dos participantes neste estudo, apresenta-se NR, 68,9% (n=62), sendo que, apenas 31,1% (n=28) dos participantes apresenta-se R. Os resultados obtidos vão ao encontro do que refere Bouça (1999, cit in., Lourenço *et al.*, 2006; Vanderlinden *et al.*, 2007) em que grande parte dos pacientes com uma PCA não recupera na totalidade. É importante aludir que quando são tidos em conta no conceito de recuperação, apenas critérios de cariz somático as percentagens são elevadas, no entanto, quando se tem em conta também critérios de ordem psicológica, estas percentagens decaem de forma significativa (Saccomani, Savoini, and Cirrincione, 1998, cit. in., Noordenbos & Seubring, 2006).

No que respeita ao diagnóstico no momento de admissão no Serviço de Psiquiatria, a maioria, quer pertençam ao grupo dos R quer ao grupo dos NR, apresentou um diagnóstico de AN, 57,1% (n=16) e 53,2% (n=33), respetivamente, seguindo o diagnóstico de BN com 25% (n=7) dos R e 37% (n=23) dos NR. Apenas 9,6% (n=6) dos NR e 17,8% (n=5) dos R apresentou o diagnóstico de PCASOE. Isto vai ao encontro do que referem Vanderlinden e colaboradores (2007), ao indicar que existe uma elevada prevalência de pacientes com o diagnóstico de AN e BN, porém, vários estudos referem que a maioria dos indivíduos que procura ajuda para o seu tratamento

apresenta-se com o diagnóstico de PCASOE (Machado *et al.*, 2004; Machado *et al.*, 2007; Fairburn & Bohn, 2005, cit. in., Vaz *et al.*, 2009).

Vários autores (Dalgarrondo, 2008 cit in., Filho, *et al.*, 2009; Hoek, 2002 cit in., Machado, 2010; Hoek, 2003 cit in., Bacalhau & Moleiro, 2010; Holk, 2006 cit in., Cañete, 2008; Machado *et al.*, 2004; Fernandes, 2007) parecem ser unânimes quanto à distribuição demográfica das PCA. De facto, parece existir um consenso na literatura ao referir que a maioria dos pacientes com uma PCA é do sexo feminino. Tal vai ao encontro dos resultados deste estudo, onde se verifica que cerca de 97,7% (n=88) dos participantes são de facto do sexo feminino e que apenas 2,22% (n=2) são do sexo masculino. Não só o género merece ser alvo de atenção quando se fala de PCA, também a faixa etária é assaz importante neste tipo de perturbações, uma vez que, conforme indicam os autores Bouça & Sampaio, 2002; Attia & Walsh, 2007 cit in Machado, 2010), quanto mais cedo se manifesta no sujeito a perturbação, maior probabilidade existe em vir a desenvolver um bom prognóstico. Neste sentido, é possível verificar que os resultados deste estudo corroboram esta afirmação, uma vez que a média de idades dos indivíduos do grupo dos R é de apenas 28,7 enquanto que a média de idades do grupo dos NR sobe para os 43,6. Relativamente às outras variáveis sócio-demográficas, como, estado civil, situação de emprego, filhos e outras, não se verifica neste estudo resultados significativos associados aos pacientes dos diferentes grupos.

A vida social e os contactos sociais dos sujeitos com PCA é outro tema muito abordado por diferentes autores. Maioritariamente, senão na sua totalidade, os autores referem que em pacientes com PCA, a dimensão social é uma das mais prejudicadas no curso da evolução da sua doença (Agras, 2010; Bouça & Sampaio, 2002; APA, 2002). Porém, os resultados deste estudo não seguem essa linha uma vez que, como se pode verificar não existem diferenças significativas entre sujeitos R e NR, senão vejamos, grande parte dos indivíduos do grupo NR, cerca 45,1% (n=28) ao nível dos contactos sociais apresenta contactos quer próximos quer superficiais, o mesmo acontece no grupo dos R onde cerca de metade destes sujeitos (n=14), também apresenta contactos sociais próximos e superficiais. Outra curiosidade que podemos retirar destes resultados refere-se ao facto de, ao contrário do que seria esperado e do que é suportado pela literatura, existe uma maior percentagem dos sujeitos do grupo R, 3,5%, face aos 1,6% dos sujeitos do grupo NR, a referir não ter “nenhum” contacto social.

No que toca aos indicadores físicos, sem dúvida um dos mais importantes é o padrão menstrual das pacientes, até porque está intimamente relacionado com polémico

o critério D de diagnóstico para uma AN presente no manual DSM-IV-TR (APA,2002). No nosso estudo, os resultados quanto a essa dimensão indicam que a maior parte das participantes, quer pertençam ao grupo dos R 96,2% (n=26), quer pertençam ao grupo dos NR 72,1% (n=44) apresentam um padrão regular. Porém verificamos também que grande parte das pacientes, quer R 60,7% (n=17), quer NR 54% (n=33) toma contraceptivo oral o que poderá contribuir para uma melhor regulação hormonal. Curioso, mas esperado, é verificar que nenhuma participante do grupo R apresenta um padrão menstrual irregular, ao contrário das participantes do grupo NR onde cerca de 13,1% (n=8) apresenta um padrão irregular. Importante também será mencionar que cerca de 14,7% (n=9) das participantes do grupo dos NR tem um padrão menstrual ausente. Como já foi mencionado acima neste trabalho, esta questão acerca do critério referente à amenorreia gira em torno de muita polémica. O IMC é outro indicador de ordem física bastante importante nesta dimensão das PCA e neste estudo é possível verificar que de facto existem diferenças significativas entre pacientes R e NR. Por exemplo, apesar de a média de IMC entre pacientes R e NR,  $21,18\text{kgs}\text{m}^2$  e  $19,22\text{kgs}\text{m}^2$ , respetivamente, não apresentarem diferenças muito díspares, o alvo de atenção nos resultados deste estudo recai para o IMC mínimo e máximo dos diferentes grupos, onde o IMC mínimo encontrado no caso dos participantes R é de  $17,85\text{kgs}\text{m}^2$ , estando este valor relativamente próximo, mas acima do limite mínimo para o preenchimento de critério de diagnóstico de uma AN ( $\text{IMC} \leq 17,5 \text{kgs}\text{m}^2$ ) (DSM-IV-TR, 2002). Por outro lado, quanto aos participantes do grupo dos NR, o IMC mínimo encontrado foi de  $14,5\text{kgs}\text{m}^2$  demonstrando assim uma grande diferença em relação ao anterior valor e ainda mais diferença em relação ao IMC mínimo encontrado nos participantes do grupo dos R.

Relativamente à informação acerca do tratamento dos participantes, mais concretamente à duração do tratamento em anos, a média dos participantes R é de 1,98 anos, enquanto que, a média dos participantes NR é substancialmente maior correspondendo a 3,34 anos.

Corroborando o que tem sido descrito na literatura de que as PCA são perturbações ininterruptas e de difícil tratamento (Fairburn & Harrison, 2003, Sullivan, 2002 cit in., Machado, 2010; Vanderlinden *et al.*, 2007), os resultados deste estudo revelam que nos participantes do grupo R o tempo máximo de tratamento foi de 8 anos e relativamente ao grupo NR o tempo máximo foi de 13 anos, como seria de esperar, superior face aos indivíduos do grupo R, reforçando outros autores que referem a existência de elevadas taxas de cronicidade destas perturbações (Wonderlich *et al.*,

2012; Dalgarrondo, 2008 cit in., Filho, *et al.*, 2009; George *et al.*, 1987 APA, 2002). Outro dado que não pode deixar de ser mencionado, diz respeito aos resultados relativos ao número de internamentos dos participantes deste estudo, onde podemos verificar que existem diferenças muito significativas quanto ao número máximo de internamentos dos participantes dos dois grupos. Senão vejamos, no máximo, os indivíduos do grupo R foram internados 2 vezes, por outro lado, este número relativamente aos indivíduos NR é 5 vezes superior, correspondendo a 10 vezes. Este resultado, está na linha do que indicam vários investigadores (Machado *et al.*, 2001; Vaz *et al.*, 2009; Assumpção & Cabral, 2002), ao referir que as PCA são doenças graves com elevadas taxas de mortalidade.

Nos resultados deste estudo, outro aspeto que merece especial atenção relativamente ao tratamento prende-se com as elevadas taxas de *dropout* encontradas nos participantes. É possível verificar que nos grupos R e NR as taxas de desistência do tratamento são elevadas e praticamente as mesmas, 35,7% e 35,5% respetivamente. Isto vai ao encontro do que referem Clinton (1996), Steel *et al.*, (2000) e Mahon, (2000) que durante o tratamento para uma PCA, a probabilidade de desistência do tratamento é elevada, interrompendo-se o processo terapêutico.

Praticamente a totalidade dos participantes do grupo dos R, cerca de 85,7% (n=24), demonstrou nos resultados que obtivemos, que em alguma fase da sua vida, vivenciou algum acontecimento de vida marcante. Este resultado torna-se interessante se considerarmos o estudo realizado por Nilsson & Hagglof (2006) que já foi anteriormente mencionado, que refere que praticamente todas as participantes do seu estudo, durante o seu processo de recuperação, em certa altura das suas vidas, ocorreu um acontecimento marcante levando-as a refletir sobre a gravidade da sua perturbação e os danos consequentes caso mantivessem o mesmo padrão comportamental disruptivo. Realmente, faz sentido fazer uma ponte entre estes resultados e o estudo anterior, levando-nos a crer que o acontecimento de vida marcante experienciado por cerca de 86% dos participantes R, poderá ter contribuído de forma fulcral para a sua recuperação.

Com este trabalho, tentamos perceber qual a perceção subjetiva dos indivíduos face ao seu estado clínico atual e necessidade de ajuda para diversos sintomas de PCA. Sendo assim, através dos nossos resultados percebemos que a grande maioria dos participantes do grupo R 85,7% (n=24) refere sentir-se como recuperado e apenas 14,3% (n=4), indica sentir-se melhor mas a precisar de mais tratamento. Isto vai ao encontro da nossa hipótese anteriormente formulada que refere que, indivíduos

recuperados tendem a perceber o seu estado clínico atual como ausente de sintomatologia. Deduz-se assim, que os nossos critérios de organização dos grupos R e NR, vão de certa forma ao encontro do que é percebido por estes participantes, relativamente ao seu Estado Clínico Atual. Por outro lado, 37,1% (n=23) dos participantes do grupo NR refere também como estando ausente de sintomatologia. Esta percentagem relativamente alta, vai ao encontro do estudo levado a cabo por Pettersen & Rosenvinge, (2002) onde é possível numa das suas conclusões, verificar que alguns participantes consideraram-se recuperados apesar de ainda apresentarem sintomatologia. Quanto à percepção dos participantes relativamente à necessidade de ajuda atual para sintomas de PCA, a totalidade 100% (n=28), dos integrantes no grupo R, indica não sentir necessidade de ajuda. Porém, quanto aos indivíduos do grupo NR os resultados são de facto curiosos, uma vez que, mais de metade dos sujeitos 53,2% (n=33) indica não necessitar de ajuda atual para os sintomas da sua perturbação. Este dado contrapõe a hipótese inicialmente formulada para este estudo que indicava que a maioria dos indivíduos não recuperados se associava a uma maior percepção de necessidade de ajuda atual. O resultado anteriormente obtido, pode estar intimamente ligado às elevadas taxas de *dropout* verificadas na literatura (Clinton, 1996; Steel *et al.*, 2000; Mahon, 2000), uma vez que, se os pacientes têm a percepção de que não necessitam de ajuda atual para sintomas de PCA, conseqüentemente, a probabilidade de estes desistirem dos seus processos terapêuticos poderá ser elevada.

No que concerne à presença/ausência de sintomas de PCA em sujeitos R e NR, os resultados mais significativos prendem-se com a preocupação com a forma e uso de métodos compensatórios como o abuso de laxante e a prática de exercício físico excessivo. Os resultados demonstram que nos participantes pertencentes ao grupo NR existe uma maior preocupação com a forma face aos indivíduos do grupo oposto. Estes resultados, confirmam a hipótese anteriormente formulada que referia que existem diferenças significativas entre os indivíduos não recuperados e recuperados relativamente à preocupação com a forma. No que toca ao uso de métodos compensatórios, existe de facto nos resultados, diferenças significativas entre os dois grupos, demonstrando que os participantes incluídos no grupo NR abusam de forma mais frequente de laxantes e também praticam mais regularmente exercício físico excessivo a fim de controlar o peso. Com estes resultados, vamos ao encontro do que está explanado na literatura, onde diversos autores mencionam que a preocupação com a forma, o abuso de laxantes e diuréticos, a prática de exercício físico excessivo, entre

outras, são as características principais de uma PCA (Fairburn, 2008; Bouça & Sampaio, 2002; Cordás, 2004; APA, 2002).

#### **1.4.2. Conclusões**

Várias conclusões podem ser inferidas neste estudo, nomeadamente, as referentes ao curso de evolução das PCA, à recuperação clínica das mesmas e à perceção subjetiva que os pacientes têm acerca destes dois anteriores fatores. Através dos resultados obtidos, este estudo permite concluir que existe de facto um elevado número de pacientes não recuperados, onde as PCA adquirem um estatuto de cronicidade estando os sintomas ainda bastante evidentes durante o passar dos anos, comprometendo assim várias áreas de desenvolvimento do sujeito, sendo elas de dimensão psicológica, física e social. Outra importante conclusão deste estudo, permite confirmar o que já vem sido dito por vários investigadores, onde citam que este tipo de perturbações ocorre maioritariamente em indivíduos do sexo feminino. No que refere à recuperação clínica deste tipo de perturbações, os resultados deste estudo permitem concluir que, para uma definição do conceito de recuperação quando se fala de PCA é assaz importante adotar uma lógica abrangente e de integração de diversos critérios, quer sejam eles de cariz somático, psicológico e até social. Nesta linha, podemos concluir também que, a fim de favorecer o processo de recuperação e possíveis reincidências destes pacientes, o seu processo terapêutico deve incidir numa lógica biopsicossocial. Com este estudo, conclui-se ainda que indivíduos com PCA, mais concretamente os dados como Recuperados, apresentam uma melhor perceção acerca do curso de evolução e recuperação da sua perturbação, uma vez que a maioria referiu sentir-se de facto recuperado. Por outro lado, é possível concluir com os resultados deste trabalho, que indivíduos integrados no grupo dos Não Recuperados percecionam-se muitas vezes como estando recuperados, isto leva-nos a crer que as elevadas taxas de *dropout* obtidas nos resultados deste estudo possam advir desta perceção subjetiva que estes pacientes têm quanto à sua condição, ou seja, é possível verificar que a forma como os indivíduos se posicionam acerca da sua perturbação, poderá influenciar o seu comportamento face ao processo de recuperação.

Apesar da pertinência, este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, quanto à utilização exclusiva de instrumentos de autorrelato, apenas baseados no

discurso do sujeito, que podem comprometer de certa forma a veracidade dos dados; o envio de instrumentos através do correio, o que leva a uma maior morosidade na recolha dos dados; e por fim, a utilização de contactos telefónicos de uma base de dados não atualizada do Serviço de Psiquiatria.

Com este trabalho, sentimos necessidade de perceber até que ponto as elevadas taxas de *dropout*, poderiam estar associadas à perceção dos pacientes quanto à sua condição. Deste modo, seria pertinente o desenvolvimento de estudos que se debruçassem sobre esta dimensão. Estudos com amostras expressivas, contribuem de forma benéfica para a investigação, sendo assim, seria importante a elaboração de estudos com uma amostra de maior dimensão, permitindo assim, obter resultados mais consistentes.

## Referências Bibliográficas

- Agras, W. (2010). *The Oxford Handbook of Eating Disorders*. Oxford Library of Psychology.
- APA (2012). DSM-5 Development [Em linha]. Disponível em: [www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=24#](http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=24#). [Consultado em 10/09/2012].
- APA (2012). DSM-5 Development [Em linha]. Disponível em: [www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=25#](http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=25#). [Consultado em 10/09/2012].
- APA (2012). DSM-5 Development [Em linha]. Disponível em: [www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=372#](http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=372#). [Consultado em 10/09/2012].
- Appolinário & Claudino (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 28-31.
- Assumpção, C., & Cabral, M. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 29-33.
- Bacalhau, S., & Moleiro, P. (2010). Perturbações do Comportamento Alimentar em Adolescentes: O que Procurar? *Acta Med Port*, 23, 777-784.
- Bardone-Cone, A., Harney, M., Maldonado, C., Lawson, M., Robinson, D., Smith, R., Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 194-202.
- Beaumont, J. V. (1988). Bulimia: Is It an Illness Entity? *International Journal of Eating Disorders*, 7(2), 167-176.

- Bjork, T., & Ahlstrom, G. (2008). The Patient's Perception of Having Recovered From an Eating Disorder. *Health Care for Women International*, 29, 926-944.
- Bouça, D., Sampaio, D. (2002). Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (2), 121-133.
- Cañete, M., Vitalle, M., Silva, F. (2008). Anorexia Nervosa: Estudo de Caso com um Abordagem de Sucesso. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 377-386.
- Claudino & Borges (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 7-12.
- Clausen, L. (2004). Time Course of Symptom Remission in Eating Disorders. *International Journal Eating Disorders*, 36, 296-306.
- Clinton, D. (1996). Why do eating disorder patients drop out? *Psychother Psychosom*, 65(1), 29-35.
- Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Diário da Republica, 2ª série – N.º 78 – 20 de Abril de 2011.
- Collings & King (1994). Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 80-87;
- Cordás & Claudino (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 3, 3-6;
- Cordás, T. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 154-7;
- Dixe, M. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(25) 559-567;

- Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fernandes, M. (2007). Anorexia nervosa e bulimia na adolescência: diagnóstico e tratamento. *Adolescência & Saúde*, 4 (3), 41-4;
- Filho, T., Magalhães, P. & Tavares, B. (2009). A Terapia Cognitivo-Comportamental e seus Efeitos no Tratamento dos Transtornos do Comportamento Alimentar. *Revista de Psicologia da IMED*, 1 (2), 160-8;
- Garfinkel, E. P., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, S.D., Kennedy, S., Kaplan, S. A. & Woodside, B. D. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1052–1058.
- George, D., Weiss, S., Gwirtsman, H., & Blazer, D. (1987). Hospital Treatment of Anorexia Nervosa: A 25 Year Retrospective Study from 1958 to 1982. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (2), 321-330.
- Gonçalves, T., Barbosa, M., Rosa, L., Rodrigues, A. (2008). Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 166-170.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 289-394.
- Hoeken, D., Veling, W., Sinke, S., Mitchell, E. J. & Hoek, W. H. (2009). The Validity and Utility of Subtyping Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 42, 595-602.

- Johnson-Sabine, E., Reiss, D. & Dayson, D. (1995). Bulimia nervosa: a 5-year follow-up study. *Academic Department of Psychiatry, Royal Free Hospital, London.*
- Lourenço, E., Salsa, M., & Mendes, C. (2006). Anorexia Nervosa: Para Além Da Imagem Reflectida No Espelho. *Universidade Católica de Braga.*
- 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. *Psychological Medicine, 31*, 881-890;
- Machado, B. (2010). Factores de Risco no Desenvolvimento da Anorexia Nervosa. *Universidade do Minho Escola de Psicologia.*
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S. & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 212-217.
- Machado, P. P., Soares, I., Sampaio, D., Torres, A., Gouveia, J., & Oliveira, C. (2004). Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços. *Revista de informação e divulgação científica do NDCA, 1, (1)*, 1-8.
- Mahon, J. (2000). Dropping Out from Psychological Treatment for Eating Disorders: What are the Issues? *European Eating Disorders Review, 8 (3)*, 198-216.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS – Saber Decidir, Fazer, Interpretar e Redigir.* Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Nilsson, K., & Hagglof, B. (2006). Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa. *Eating Disorders, 14*, 305-311.
- Noordenbos, G., & Seubring, A. (2006). *Criteria from Eating Disorders According to Patients and Therapists.* *Eating Disorders, 14*, 41-54.

- Pettersen, G., & Rosenvinge, J. H. (2002). *Improvement and Recovery from Eating Disorders: A Patient Perspective*. *Eating Disorders*, 10, 61-71
- Soares, M. (2007). Parar, pensar e avaliar a psicoterapia - contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses. *Universitat Ramon Llull. Centro da Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna, Departamento de Psicologia*.
- Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford-West, L., & Austin, J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 28 (2), 209-214.
- Strober, M., Freeman, R. & Morrel, W. (1997). The Long-Term Course of Severe Anorexia Nervosa in Adolescence: Survival Analysis of Recovery, Relapse, and Outcome Predictors over 10-15 Years in a Prospective Study. *Clinical Psychology Review*, 18 (4), 447-475
- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G. & Probst, M. (2007). Which Elements in the Treatment of Eating Disorders Are Necessary 'Ingredients' In the Recovery Process? – A Comparison Between the Patient's and Therapist's View. *European Eating Disorders Review*, 15, 357-365.
- Vaz, R. A., Conceição, M. E. & Machado, P. P. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 2 (27), 189-197.
- Wonderlich, S., Mitchell, J., Crosby, R., Myers, T. C., Kadlec, K., LaHaise, K., Swan-Kremeier, L., Dokken, J., Lange, M., Dinkel, J., Jorgensen, M. & Schander, L. (2012). Minimizing and Treating Chronicity in the Eating Disorders: A Clinical Overview. *International Journal Disorder*, 00, 000-000.

## **ANEXO I**

# QUESTIONÁRIO CLÍNICO E SÓCIO-DEMOGRÁFICO

(2010/2011)

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

DATA (início tratamento): \_\_\_\_\_

DATA (avaliação/contacto): \_\_\_\_\_

CONTACTO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_ 2. Data de Nascimento: dia \_\_\_ mês \_\_\_ ano \_\_\_\_\_

## 2. Estado civil:

1. ___ solteiro/a	4. ___ separado/a
2. ___ casado/a	5. ___ divorciado/a
3. ___ união de facto/vive junto	6. ___ viúvo/a

## 3. Filhos

1. ___ sem filhos
2. ___ com filhos; nº de filhos ___; data de nascimento dos filhos: dia ___ mês ___ ano _____ dia ___ mês ___ ano _____ dia ___ mês ___ ano _____ dia ___ mês ___ ano _____

## 4. Nível de escolaridade

1. ___ sem estudos	7. ___ frequentou o ensino superior
2. ___ completou ensino primário/1º ciclo do ensino básico	_____ (indique curso)
3. ___ completou ciclo preparatório/2º ciclo do ensino básico	8. ___ completou o ensino superior
4. ___ completou 9ºano/3º ciclo do ensino básico	_____ (indique licenciatura)
5. ___ frequentou o 12ºano/ensino básico secundário/liceu	9. ___ pós-graduação _____ (descreva)
6. ___ completou o 12ºano/ensino básico secundário/liceu	9. ___ outra (indique) _____

### 5. Situação de emprego

1. ___ estudante: _____	4. ___ desempregado/a ___ com subsídio ___ sem subsídio
2. ___ trabalhador estudante: _____	5. ___ profissão: _____
3. ___ empregado/a _____	
6. Há quanto tempo exerce profissão actual _____	
7. Identifique empregos anteriores _____ _____	

### 6. Agregado familiar (indique as pessoas com quem vive)

Parentesco	Idade	Escolaridade	Situação profissional	Profissão

### 7. Desde que iniciou o tratamento no HSJ, até hoje, refira as alterações ao nível da composição do seu agregado familiar

1. Com que deixou de viver _____ há quanto tempo _____ _____ há quanto tempo _____ _____ há quanto tempo _____ _____ há quanto tempo _____
2. Com que passou a viver _____ há quanto tempo _____ _____ há quanto tempo _____ _____ há quanto tempo _____ _____ há quanto tempo _____

### 8. Tem amigos/contactos sociais fora da família

1. ___ nenhum	4. ___ muitos superficiais
2. ___ alguns, superficiais	5. ___ muitos próximos
3. ___ alguns, próximos	6. ___ quer próximos/quer superficiais

**9. Como passa a maior parte do seu tempo livre**

1. \_\_\_ com a família

3. \_\_\_ com amigos

2. \_\_\_ sozinho/a

**10. Peso actual (despido/a) \_\_\_\_\_ kg**

**11. Altura actual (sem sapatos) \_\_\_\_\_ cm**

**12. Há quanto tempo tem o peso**

**actual?** \_\_\_\_\_

**13. Qual foi o peso mais baixo que atingiu desde que finalizou/desistiu do tratamento para Perturbações do Comportamento Alimentar no Hospital de São João?** \_\_\_\_\_

**14. Qual foi o peso mais elevado que atingiu desde que finalizou/desistiu do tratamento para Perturbações do Comportamento Alimentar no Hospital de São João?** \_\_\_\_\_

**15. Padrão menstrual**

1. \_\_\_ presença de períodos menstruais regulares (todos os meses)

2. \_\_\_ presença de períodos menstruais irregulares (apenas alguns meses)

3. \_\_\_ ausência de períodos menstruais \_\_\_\_\_ (assinale há quanto tempo estão ausentes)

4. \_\_\_ últimos 3 meses (assinale o número de períodos) \_\_\_\_\_

5. \_\_\_ últimos 6 meses (assinale o número de períodos) \_\_\_\_\_

**16. Está a tomar contraceptivo oral (a "pílula"):** \_\_\_ não \_\_\_ sim  
\_\_\_\_\_(há quanto tempo)

**17. Como foi finalizado o tratamento realizado no Hospital de São João?**

1. \_\_\_ finalizado pelo/a terapeuta porque, na opinião do/a terapeuta, os objectivos estavam alcançados
2. \_\_\_ finalizado por sua iniciativa por considerar que tinha melhorado o suficiente ou ter alcançado os objectivos
3. \_\_\_ desistiu do tratamento e deixou de comparecer às consultas
4. \_\_\_ desistiu do tratamento informando o terapeuta
5. \_\_\_ o/a terapeuta transferiu o seu tratamento para outro profissional \_\_\_\_\_ (qual)
6. \_\_\_ outro motivo \_\_\_\_\_ (indique qual)

**18. Qual foi a duração do seu tratamento para Perturbações do Comportamento Alimentar no Hospital de São João?**

**19. Durante o seu tratamento para Perturbações do Comportamento Alimentar no Hospital de São João foi alguma vez internado/a?**

1. \_\_\_ não
2. \_\_\_ sim
3. \_\_\_ (número de vezes)

**20. Durante o seu tratamento para Perturbações do Comportamento Alimentar no Hospital de São João dirigiu-se alguma vez ao serviço de urgência?**

1. \_\_\_ não
2. \_\_\_ sim;
3. \_\_\_ (número de vezes)
4. \_\_\_\_\_ (motivo)

**21. Como avalia o seu estado clínico actual**

1. \_\_\_ recuperado/a
2. \_\_\_ melhor mas preciso de mais tratamento
3. \_\_\_ igual
4. \_\_\_ pior

**22. Na sua opinião, o que é que pode ter contribuído para a sua recuperação?**


**23. Desde que finalizou o tratamento para Perturbações do Comportamento Alimentar no Hospital de São João procurou novo tratamento?**

1. ___ não	3. ___ sim, psicólogo
2. ___ sim, psiquiatra	4. ___ sim, nutricionista
5. _____ (outro, indique)	
6. Ainda se encontra em tratamento? ___ sim; ___ não.	
7. Quanto tempo dura/durou o tratamento _____	

**24. Actualmente tem algum tipo de problema de saúde associado à Perturbação do Comportamento Alimentar?**

1. ___ não	2. ___ sim
3. _____ _____ (indique problema)	

**25. Está, actualmente, a tomar algum tipo de medicação?**

1. ___ não	2. ___ sim
3. _____ _____ (indique qual)	

**26. Se está a tomar medicação indique de que tipo**

1. ___ tranquilizantes	4. ___ anti-depressivos
2. ___ pastilhas para dormir	5. ___ estimulantes
3. ___ analgésicos	6. _____ (outros)

**27. Desde que iniciou o tratamento no Hospital de São João viveu algum acontecimento marcante para si?**

1. ___ casamento
2. ___ alteração do estado civil (divórcio, viuvez, separação)
3. ___ início de um relacionamento significativo
4. ___ fim de um relacionamento significativo
5. ___ mudança de casa/cidade/país
6. ___ gravidez
7. ___ nascimento de filhos
8. ___ morte de alguém significativo
9. ___ início/fim de curso
10. ___ entrada no mercado de trabalho

11. ___mudança de emprego
12. ___desemprego
13. _____ _____ _____ _____ (outros)

**28. Desde que terminou o tratamento no Hospital de São João viveu algum acontecimento marcante para si?**

1. ___casamento
2. ___alteração do estado civil (divórcio, viuvez, separação)
3. ___início de um relacionamento significativo
4. ___fim de um relacionamento significativo
5. ___mudança de casa/cidade/país
6. ___gravidez
7. ___nascimento de filhos
8. ___morte de alguém significativo
9. ___início/fim de curso
10. ___entrada no mercado de trabalho
11. ___mudança de emprego
12. ___desemprego
13. _____ _____ _____ _____ (outros)

**29. Actualmente considera que precisa de ajuda para sintomas do comportamento alimentar?**

1. ___não	2. ___sim
3. _____ _____ _____ (indique sintomas)	

**30. Para além das questões que lhe foram colocadas, há algo mais que gostaria de referir?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---