



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

# *EVOLUÇÃO CLÍNICA E RECUPERAÇÃO NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR – UM ESTUDO RETROSPECTIVO*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Josefina Cecília Fernandes Pereira*

Trabalho efetuado sob a orientação de

*Bárbara Freire de Brito César Machado*

Porto, Julho de 2012

Ao que me apaixona.

Ao que me move.

À Psicologia.

## **AGRADECIMENTOS**

Pelo acompanhamento atento, pela disponibilidade, pela atenção, pelas oportunidades, pela forma como sempre me acolheu e sobretudo pelo caminho percorrido, que não teria sido possível sem a sua ajuda, agradeço de forma muito especial à minha orientadora Professora Doutora Bárbara César Machado.

Pela disponibilidade atenta e pelo acolhimento, agradeço ao Dr. António Roma-Torres e à Dra. Isabel Brandão.

Porque somos também por aqueles que nos dão a oportunidade de formação, agradeço a todos os meus professores da Faculdade de Educação e Psicologia. Pelo novo significado que deram ao conceito de percurso académico, pela influência, pelo crescimento e pela presença atenta. A todos, o meu profundo e reconhecido agradecimento.

Pelo caminho que se tornou seguro. Um profundo agradecimento ao Professor Doutor Óscar Gonçalves.

Aos meus pais e à minha irmã, pela certeza de um amor incondicional. Pelas oportunidades repetidas. Pelo esforço. Pela distância que se encurta na certeza dos reencontros seguros. Porque por eles, tudo acontece. Obrigada.

Ao Sanches, pela simplicidade com que torna tudo melhor, pela infundável paciência e pela compreensão. Por me fazer sorrir. E rir. Por nunca me deixar desistir, e por tornar tudo possível na imensidão de um silêncio que acolhe, que compreende e que transforma. Por fazer do nosso mundo um sítio feliz. Pelo amor dedicado. Sempre. Lindíthimo! Obrigada.

À Di, sempre. E para sempre. Por todos estes anos que foram de luta. E de concretizações. Por todas as experiências que são nossas. Por tudo aquilo que nos une. Porque nada se perde. Nunca. À Marta, pela presença reconfortante. Pelo apoio e pela estrutura. Sempre pelo exemplo. Por nunca ter duvidado. Pelo companheirismo e cumplicidade que é tão nossa. Por todos estes anos de partilha. Únicos. Porque há amizades que transformam a nossa existência. A vossa. Obrigada.

À Nené, por ter dado um novo significado à palavra disponibilidade. Pela certeza de que bastará sempre uma palavra. Pela grandeza do coração (que é inacreditável). Por existir e me dar a honra de fazer parte da minha vida. Por saber melhor, sempre. Pela sua linda família, que partilha comigo o prazer de saber que não se está só. Por ser tão deliciosamente indescritível. Ao Celso, pelo carinho e pela atenção. Pelos projectos e pela concretização de sonhos. Pelas longas conversas e pelo entendimento. Pela compreensão.

Por estar presente, sempre, ao longo desta caminhada. Aos dois, o meu profundo agradecimento.

À Marta (Tuxa ou Tuxinha), pela insistência, por todas as vezes que tocou à campainha, por todas as vezes que não arredou pé. Pela presença compreensiva e por todas as longas horas que simplesmente e carinhosamente passou a meu lado. À sua linda mãe, pelo carinho e amizade que me dedica. À Joana (Piolha ou Pi), por nunca se esquecer, por me acompanhar sempre, e até, pelos caminhos de Portugal profundo. Pela forma como rapidamente transforma cada reencontro numa verdadeira festa. Pela Extrema Ju. Às duas, muito obrigada.

À Marta (Tuxa ou Tuxinha), à Joana (Pi ou Piolha), à Mariana (Mimi ou Mimocas, ou Marianne des Champs) e à Sara, por terem sido as melhores companheiras, de sempre, deste percurso académico. Por terem feito destes anos que passaram dos anos mais felizes de que há memória. Por tantas histórias para contar. Por terem feito com que tudo fosse simplesmente maravilhoso. A todas, pelo amoras power, obrigada.

À Iolanda, ao Zé, à avó Mimi e à Guida, por me acolherem com tanto carinho. Pelos domingos de família. Por me mimarem tanto. Obrigada.

À Andreia (Vénus), pela energia contagiante. Por aceitar o desafio. Pela bela equipa que formámos, pela luta. Porque conseguimos. Por todos os momentos que tenho a certeza, nunca serão esquecidos. Por confiar. À Liliana (Pinky) e à Sandra, pelo carinho e preocupação, pelo conforto dos encontros. A todas, o meu profundo agradecimento.

## RESUMO

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) constituem-se como perturbações graves em que, durante o curso e evolução de uma PCA, um elevado número de indivíduos, mantém um diagnóstico de PCA durante vários anos, de forma crónica; a longevidade e severidade dos quadros sintomatológicos desenvolvidos afectam de forma muito significativa a vida destes indivíduos e a das suas famílias. O desenvolvimento de uma PCA está frequentemente associado ao desenvolvimento de outros quadros sintomatológicos e é também frequente presenciar comorbilidade com outras perturbações mentais. **Objectivos:** Avaliar a trajectória clínica e recuperação de indivíduos com o diagnóstico de uma PCA. **Método:** 54 indivíduos, do sexo feminino, que iniciaram tratamento para uma PCA num Serviço de Psiquiatria, entre 2001 e 2009, foram avaliadas. Inicialmente as participantes foram avaliadas com um questionário clínico e sócio-demográfico, seguidamente foram avaliadas com os seguintes instrumentos de auto-relato: Eating Disorders Examination - Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994), the Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R, Derogatis, 1977) and the Self-Injury Questionnaire (SIQ-TR, Claes & Vandereycken, 2007). **Resultados:** No momento de admissão, 34 (63%) participantes tinham Anorexia Nervosa (AN), 18 (33.3%) tinham Bulimia Nervosa (BN) e 2 (3.7%) tinham uma Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE). Para obter os grupos Recuperadas e Não Recuperadas foram seleccionados os seguintes critérios: 1) IMC  $\leq$  17.5; 2) Finalização de Tratamento; 3) Estado Clínico Actual; 4) Novo Tratamento 5) Necessidade de Ajuda para sintomatologia actual. **Discussão:** A prevalência de indivíduos não recuperados foi superior à de indivíduos, não recuperados, indicando existirem cursos da perturbação crónicos no primeiro grupo. A taxa de abandono do tratamento no Serviço de Psiquiatria foi elevada nos 2 grupos. A rede de suporte social e familiar e os acontecimentos de vida marcantes foram identificados associados ao processo de recuperação.

## **ABSTRACT**

Eating disorders (ED) are serious disorders and may continue throughout a significantly high number of individual's life, the long-term course of an ED refers to the progression of its core features in terms of longevity and severity and can have an overwhelming impact on individuals and their families. ED often co-occurs with other mental disorders. Aims: Assess the clinical trajectory and recovery process of individuals diagnosed with an ED. Method: 54 feminine individuals who initiated treatment in an ED treatment unit, between 2001 and 2009, were evaluated. First with a clinical and social-demographic interview, then, with the Eating Disorders Examination - Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994), the Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R, Derogatis, 1977) and the Self-Injury Questionnaire (SIQ-TR, Claes & Vandereycken, 2007). Results: At admittance in the ED treatment unit Fifty-four subjects were evaluated; 34 (63%) had anorexia nervosa at intake, 18 (33.3%) bulimia nervosa and 2 (3.7%) an Eating Disorder not Otherwise Specified. The Recovered and Not Recovered Groups were found based on the following criteria: 1) body mass index ( $\leq 17,5$ ); 2) still in treatment; 3) clinical state at the moment of evaluation; 4) New treatment and 5) individuals perception of needing help for ED symptoms. Discussion: The number evaluated of not recovered individuals was higher than recovered ones, this indicates the presence of long-term course of ED in the first group. The rates of dropout from treatment at the ED unit treatment were significantly high on both groups. The social and family support and significant life events were associated to the process of recovery.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>i</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>v</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>v</b>
<b>LISTA DE ANEXOS</b> .....	<b>vii</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	<b>viii</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>3</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>3</b>
1. Breve Resenha Histórica .....	<b>3</b>
2. Classificação e Diagnóstico das Perturbações de Comportamento Alimentar .....	<b>4</b>
3. Caracterização Clínica das Perturbações de Comportamento Alimentar .....	<b>7</b>
4. Perturbações de Comportamento Alimentar e outras Perturbações Mentais .....	<b>10</b>
5. Evolução Clínica e Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar .....	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>19</b>
<b>ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>19</b>
1. Evolução Clínica e Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar – Um Estudo Retrospectivo .....	<b>19</b>
1.1. Introdução .....	<b>19</b>
1.2. Metodologia .....	<b>19</b>
1.2.1. Participantes .....	<b>19</b>
1.2.2. Instrumentos .....	<b>20</b>
1.2.3. Procedimento .....	<b>21</b>
1.2.4. Análise Estatística .....	<b>22</b>
1.3. Resultados .....	<b>22</b>
1.4. Discussão e Conclusões .....	<b>34</b>
1.4.1. Discussão .....	<b>34</b>
1.4.2. Conclusões .....	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXO I</b>	
<b>ANEXO II</b>	

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Resultados relativos à caracterização sócio-demográfica da amostra. ....	23
Tabela 2. Resultados relativos à frequência de presença ou ausência de sintoma.....	24
Tabela 3. Resultados relativos à frequência de participantes Recuperadas e Não Recuperadas. ....	24
Tabela 4. Caracterização sócio-demográfica dos grupos Recuperadas e Não Recuperadas. ....	25
Tabela 5. Caracterização da vida social e tempo livre. ....	25
Tabela 6. Informação clínica.....	27
Tabela 7. Percepção sobre estado clínico actual e necessidade de ajuda. ....	28
Tabela 8. Caracterização do tratamento no Serviço de Psiquiatria.....	28
Tabela 9. Outro tratamento após tratamento no Serviço de Psiquiatria. ....	29
Tabela 10. Acontecimentos de vida marcantes.....	29
Tabela 11. Resultados relativos à frequência de ferimentos auto-flagelatórios.....	30
Tabela 12. Resultados relativos à trajectória clínica dos grupos Recuperadas e Não Recuperadas. ....	30
Tabela 13. Resultados relativos às diferenças entre os grupos Recuperadas e Não Recuperadas no EDE-Q. ....	31
Tabela 14. Resultados relativos às diferenças entre os grupos Recuperadas e Não Recuperadas no SCL 90-R. ....	32
Tabela 15. Médias e Desvios Padrão (M e DP) das pontuações das Sub-escalas e Score Total do EDE-Q no grupo Não Recuperadas. ....	33
Tabela 16. Médias e Desvios Padrão (M e DP) das pontuações das Sub-escalas e Score Total do EDE-Q no grupo Não Recuperadas. ....	33
Tabela 17. Resultados relativos ao questionário clínico e sócio-demográfico.....	34

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO I** – Tabela de resultados relativos à frequência dos tipos de acontecimentos de vida marcantes.

**ANEXO II** – Tabela de resultados relativos à frequência e tempo dos ferimentos auto-flagelatórios.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AN – Anorexia Nervosa

APA – American Psychiatric Association

BN – Bulimia Nervosa

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

IAC – Ingestão Alimentar Compulsiva

LBM – Lean body Mass

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

PCASOE – Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

PIAC – Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

## INTRODUÇÃO

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são, consensualmente consideradas na literatura, perturbações sérias e graves. A Anorexia Nervosa (AN) é a perturbação mental que apresenta as taxas mais elevadas de mortalidade (Farber, Jackson, Tabin Bachar, 2007; Fichter & Quadflieg, 1999; Steinhausen, 2002). As PCA, apesar de largamente reconhecidas, continuam a constituir-se como perturbações complexas, em que o número de indivíduos que mantém um diagnóstico ao longo de vários anos e mesmo de toda a vida, sem muitas vezes nunca recuperar, continua a ser muito elevado (Fichter & Quadflieg, 1999; Pike, 1998; Wonderlich, et al., 2012). A longevidade e severidade clínica, muitas vezes associadas a estas perturbações, têm um impacto extremamente significativo na vida dos indivíduos com um diagnóstico de PCA, tendo também implicações na vida das suas famílias.

O sistema de classificação apresentado pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) e proposto pela *American Psychiatric Association* (APA), inclui três categorias diagnósticas de PCA. São elas; AN, Bulimia Nervosa (BN) e as Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE), e assumem, segundo esta proposta de classificação, uma distinção qualitativa entre elas (Gordon, Denoma & Joiner, 2005). Das PCA, a AN e a BN são aquelas que melhor se encontram definidas e caracterizadas na literatura, caindo todos os diagnósticos que não preencham critérios para estas categorias, nas PCASOE (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

O desenvolvimento de uma PCA ocorre, diversas vezes, em simultâneo com outras perturbações mentais, assim, as taxas de comorbilidade entre PCA e outras perturbações psiquiátricas tendem a ser elevadas (Steinhausen & Weber 2009).

Noordenbos e Seubring (2006) referem que não existe consenso na literatura quando se trata de definir o conceito de recuperação. Consequentemente ao facto de não existir uma definição estabelecida para este conceito, apesar dos estudos realizados neste âmbito, as percentagens de recuperação, propostas e disponíveis, variam em larga medida, dependendo de como esta é avaliada e medida (Jarman & Walsh, 1999).

O presente trabalho está dividido em três partes. Na primeira parte consta um enquadramento teórico, em que se pretende delinear a apresentação de uma revisão da literatura sobre os temas que são considerados mais pertinentes para a realização do estudo em questão. Na segunda parte é desenvolvido o estudo empírico e são apresentados os resultados relativos ao mesmo. Finalmente, na terceira parte é apresentada a discussão dos principais resultados obtidos, integrados com os estudos

desenvolvidos nesta área. Nesta terceira parte, são também apresentadas as conclusões e considerações finais.

## **CAPÍTULO I**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **1. Breve Resenha Histórica**

Na história das PCA, estas perturbações não se constituem, enquanto fenómeno de abstenção voluntária de ingestão de alimentos, um fenómeno recente. Ao longo da história, e ainda durante séculos, este fenómeno não era visto como um fenómeno patológico (Bemporad, 1997). Durante o período da Antiguidade Clássica não existem descrições destas práticas, estas, começam a surgir no período Helenístico em que o ocidente sofre a influência de crenças orientais, em que as práticas de jejum extremo faziam parte de rituais religiosos e espirituais (Pearce, 2004).

Richard Morton foi o primeiro médico a apresentar uma descrição clínica de um diagnóstico que seria de uma AN (Attia & Walsh, 2007; Pearce, 2004). É na segunda metade do século XIX que a recusa alimentar e o jejum são reconhecidos como uma entidade clínica distinta, através dos contributos do psiquiatra Inglês, William Gull e do médico francês, Charles Lasègue. Ambos caracterizaram a AN como uma doença “nervosa”, enfatizando, no entanto, diferentes aspectos clínicos da condição (Bemporad, 1997; Striegel-Moore & Bulik, 2007). Quanto ao tratamento, ambos se focavam na restauração nutricional. No século XX começam a surgir vários modelos teóricos associados à AN (Striegel-Moore & Bulik, 2007). Os primeiros casos de AN, descritos na literatura, em Portugal, são da autoria do psiquiatra Elysio de Moura (cf. Moura, 2005, obra original publicada em 1947). Elysio de Moura, a partir da sua experiência clínica e através da descrição dos casos de anorexia que acompanhou, aproxima-se em larga medida das descrições actuais sobre o curso e evolução da AN.

Segundo Beumont (1988), o primeiro relatório médico a conter uma descrição sobre o fenómeno de ingestão alimentar compulsiva (IAC) é da autoria de Binswanger, em 1944, relativo a um dos seus casos clínicos. No entanto, Stunkard (1993) identifica James, em 1743, como um dos primeiros autores a descrever este fenómeno. Na literatura, o fenómeno da ingestão excessiva de alimentos foi, inicialmente, associado a indivíduos com deficiência mental. William Gull, em 1974, associou alguns episódios de IAC aos seus casos clínicos (Beumont, 1988). A BN foi descrita como uma “ameaçadora variante da AN” por Russel em 1979, no entanto, Boskind-Lodahl, em 1976, tinha já formulado esta síndrome como uma síndrome relacionada com uma cultura ocidental cada vez mais obcecada, particularmente, com a magreza feminina e com as restrições de género no que diz respeito aos papéis estereotipados (Striegel-Moore & Bulik, 2007). Steinhilber & Weber (2009), escrevem que

a BN se mantém uma perturbação grave com taxas de recuperação pouco satisfatórias e taxas de cronicidade muito elevadas. Beumont (1988) afirmava já que o curso e evolução da BN nas mulheres eram muito pouco compreendidos e que o progresso nesta área era em parte dificultado devido à heterogeneidade da perturbação.

No virar do milénio, as PCA, enquanto fenómenos patológicos, constituem-se como um fenómeno reconhecido, no entanto, uma clara compreensão das causas das mesmas, assim como a melhor forma de prevenção e de tratamento continuam inexistentes, apesar da investigação dedicada a esta área (Polivy & Herman, 2002).

## **2. Classificação e Diagnóstico das Perturbações de Comportamento Alimentar**

Existem, actualmente, no sistema de classificação apresentado pelo Manual DSM-IV-TR, proposto pela APA, três categorias diagnósticas de PCA. Assim, AN, BN e as PCASOE, constituem as principais categorias das PCA e assumem, segundo a proposta do DSM-IV-TR, uma distinção qualitativa entre elas (Gordon et. al, 2005). Das PCA, a AN e a BN são aquelas que melhor se encontram definidas e caracterizadas na literatura, caindo todos os diagnósticos que não preencham critérios para estas categorias, nas PCASOE (Wilson et. al, 2007). De acordo com o DSM-IV-TR, os critérios de diagnóstico da AN são: a) recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura (por exemplo, perda de peso que leva a manter um peso inferior aos 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 auto-avaliação, ou negação da gravidade do grande emagrecimento actual; 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). Podem ser especificados dois tipos: Tipo Restritiva, se durante o episódio actual de AN a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes (e.g. vômito ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas; ou Tipo Ingestão Compulsiva / Tipo Purgativa, se durante o episódio actual de AN a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos (vómitos ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas). Relativamente à BN, e também segundo o DSM-IV-TR, os seus critérios de diagnóstico são: a) episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, sendo um episódio caracterizado pelos dois 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 acto de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos). São também critérios de diagnóstico: 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 duas vezes por semana e em três meses consecutivos; d) a auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais; e) a perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de AN. Podem igualmente ser especificados dois tipos: Tipo Purgativo, se durante o episódio de BN a pessoa induz regularmente o vómito ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas, ou Tipo não Purgativo, se, durante o episódio actual de BN, a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejum ou exercício físico excessivo, mas não induz o vómito nem abusa de laxantes, diuréticos e enemas.

A realização de um diagnóstico de uma PCA tem sido alvo de muita reflexão na comunidade científica. No momento presente, particularmente, por dois motivos. Primeiro, porque está a ser planeada pela APA uma quinta edição revista do Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-5), e nesse âmbito levantam-se algumas questões, consideradas de extrema relevância, relativamente à possível, e eventual, alteração dos critérios de diagnóstico destas perturbações (Peat, Mitchell, Hoek & Wonderlich, 2009). O segundo motivo prende-se com a representação maioritária dos diagnósticos das PCASOE, no âmbito do grupo das PCA (Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007; Thomas, Vartanian & Brownell, 2009). Dada a complexidade das mesmas, e da variedade de quadros sintomatológicos a que podem estar associadas, existem indivíduos que poderão apresentar constelações sintomatológicas múltiplas com um grau de severidade elevado, e clinicamente significativo, sem no entanto preencher todos os critérios de diagnóstico propostos pelo DSM-IV-TR para AN ou BN, sendo desta forma incluídos na categoria diagnóstica de PCASOE. As características do grupo das PCASOE são muito heterogéneas, o que dificulta a sua caracterização (Fairburn & Bohn, 2005; Dalle Grave, Calugi, Brambilla & Marchesin, 2008; Mitchell et. al, 2007, cit. in Walsh & Sysko, 2009). Neste grupo poderemos encontrar uma adolescente que preenche todos os critérios para uma AN, à excepção de amenorreia, ou então, um homem adulto que apresenta um quadro sintomatológico grave de episódios de IAC. No entanto, ambos receberão o diagnóstico de PCASOE. Esta variedade de diferenças de características individuais e desenvolvimentais vem sublinhar a heterogeneidade do grupo desta categoria diagnóstica, e consequentemente, as suas limitações (Walsh & Sysko, 2009). Apesar de as PCASOE

serem as perturbações mais diagnosticadas no âmbito das PCA, são poucos os estudos que lhes dedicam a sua atenção. Consequentemente, pouco se sabe acerca desta categoria diagnóstica. Como se desenvolve, quais os principais resultados a que está associada, e quais as melhores opções de tratamento para os indivíduos a quem foi efectuado este diagnóstico (Rockert, Kaplan & Olmsted, 2007).

Segundo First (2010), o principal objectivo dos sistemas de classificação adoptados, por exemplo, pelo DSM, é essencialmente o de auxiliar os profissionais de saúde a melhorar os cuidados prestados aos indivíduos. Assim, o DSM-5 (2012), disponibilizado em versão provisória na página da APA, propõe uma revisão da classificação actual das PCA. Segundo Wilfley, Bishop, Wilson e Agras (2007), a literatura tem vindo a validar, através de estudos de *follow-up*, a inclusão da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) na classificação das PCA. Na versão provisória do DSM-5, podemos averiguar que uma das principais alterações previstas na classificação destas perturbações está relacionada com a inclusão da PIAC como uma categoria diagnóstica independente, e não contemplada na categoria PCASOE. Quanto à revisão dos critérios de diagnóstico de AN, a proposta avançada prende-se com o critério D do actual manual de classificação, que implica, nas jovens após a menarca, amenorreia (ausência de 3 ciclos menstruais), esta ausência deverá ser consecutiva, (APA, 2000). Na nova proposta de classificação do DSM, a ser publicada, este critério não consta no conjunto de critérios de diagnóstico de AN. Apesar da utilidade deste critério, que pela sua objectividade permite a identificação de possíveis disfunções fisiológicas decorrentes da perturbação (Attia & Roberto, 2009), a sua inclusão para a realização de um diagnóstico apresenta limitações a vários níveis. Este critério não é representativo quando é considerada a realização de um diagnóstico a um indivíduo do sexo masculino e para além disso as jovens que não iniciaram o seu ciclo menstrual, não podem também ser consideradas no âmbito deste critério (Andersen, Bowers & Watson, 2001 *cit. in* Wilfley et. al, 2007). Attia e Roberto (2009) apresentam num estudo alguns argumentos que defendem a exclusão deste critério na nova versão do DSM (APA). Assim, segundo estes autores, incluir na categoria diagnóstica PCASOE indivíduos do sexo feminino que preenchem todos os critérios para AN, menos o critério de amenorreia, pode ser delicado na medida em que um diagnóstico de PCASOE pode não ser representativo dos quadros sintomatológicos severos que poderão estar presentes. O critério da amenorreia também não tem valor diagnóstico quando se trata de mulheres que se encontram na menopausa, ou quando estão a usar substitutos hormonais, tais como contraceptivos orais. Finalmente, e reportando à revisão da classificação da categoria diagnóstica BN, existem duas grandes alterações propostas. A primeira recai sobre o critério de diagnóstico C do actual manual de diagnóstico, que nos diz que os episódios de IAC deverão ocorrer pelo menos duas vezes

por semana, durante três meses consecutivos (APA, 2000). Wilson e Sysko (2009) referem que a evidência empírica do critério de diagnóstico acima referido relativamente à validade, ou mesmo utilidade do mesmo, é muito reduzida, se não inexistente. Como alternativa à frequência de episódios de IAC exigida pelo DSM-IV-TR (APA, 2000) no critério de diagnóstico C, o DSM-5 (APA) propõe a presença de uma frequência de um episódio de IAC por semana, mantendo-se a duração no tempo de três meses consecutivos. Garfinkel e colaboradores (1995) acrescentam ainda que uma das vantagens da adopção de um critério que reporte a apenas, no mínimo, um episódio de IAC por semana seria a possibilidade de incluir no diagnóstico de BN indivíduos que actualmente têm um diagnóstico de PCASOE e que apresentam níveis clinicamente significativos de compulsão alimentar. Actualmente, na realização de um diagnóstico de BN, deve ser especificado o tipo, Tipo Purgativo ou Tipo não Purgativo (APA, 2000). Na versão provisória do DSM-5 esta especificação deixará de existir, tendo em conta que não existe suficiente validade empírica que fundamente esta distinção, para além disso os indivíduos que se encontram dentro da categoria diagnóstica BN Tipo Purgativo, muito provavelmente deveriam ser diagnosticados com PIAC (Hoeken, Veling, Sinke, Mitchell & Hoek, 2009; Wilfley et. al, 2007).

### **3. Caracterização Clínica das Perturbações de Comportamento Alimentar**

As PCA são maioritariamente prevalentes na população feminina adolescente e nas jovens mulheres (Vanderlinden, Buis, Pieters & Probst, 2007). No que diz respeito à caracterização das categorias diagnósticas, AN e BN, Attia & Walsh (2007) classificam a AN como uma doença mental séria, caracterizada pela manutenção de um baixo peso corporal inapropriado, por uma busca rígida de magreza e finalmente, por crenças distorcidas em relação à forma e o peso corporais. A AN é uma perturbação grave e está descrita na literatura como a Perturbação Mental que apresenta as taxas mais elevadas de mortalidade (Farber et. al, 2007; Fichter & Quadflieg, 1999; Steinhausen, 2002). Quanto à BN, esta é caracterizada por episódios recorrentes de IAC, seguidos de comportamentos compensatórios disfuncionais, os indivíduos diagnosticados com BN sobrevalorizam de forma excessiva a forma e o peso corporais (Feixas, Montebruno, Castillo & Compañ, 2010).

Apesar de haver uma diferenciação clara a nível da categorização diagnóstica destas perturbações, alguns autores chamam a atenção para o facto de estas apresentarem em comum um número significativo de características tidas como centrais na sua caracterização (e.g. Fairburn & Harrison, 2003; Fairburn, 2008). Assim, as semelhanças partilhadas pelo conjunto das PCA ganham maior relevância em relação às características que as distinguem, para além disso e no que diz respeito à evolução das PCA, tem sido descrito na literatura a frequente migração temporal existente entre as diferentes categorias

diagnósticas dos indivíduos com estas perturbações (Fairburn & Harrison, 2003; Fairburn, 2008; Vaz, Conceição & Machado, 2009) Desta forma, seguidamente será feita uma breve descrição das características comuns acima referidas e que se constituem como a psicopatologia nuclear das PCA em geral (Fairburn, 2008).

Fairburn (2008) classifica as PCA como “perturbações cognitivas” tendo em conta que a psicopatologia nuclear, acima referida, que as caracteriza e que é geralmente transversal a todas as categorias diagnósticas, é essencialmente de natureza cognitiva. Esta psicopatologia define-se pela sobrevalorização do peso e forma corporais, independentemente do género e dos indivíduos se encontrarem na adolescência ou na idade adulta. A particularidade desta sobrevalorização do peso e forma corporais encontra-se no facto de ser um dos únicos factores considerados pelos indivíduos com diagnóstico de PCA para julgarem o seu valor pessoal, assim como a competência percebida no seu controlo (Fairburn & Harrison, 2003; Fairburn, 2008). A distinção entre sobrevalorização do peso e forma corporais e insatisfação com a forma corporal deve ser clara. A insatisfação com a forma corporal reporta à insatisfação com a aparência e é comum na população em geral, não implicando o desenvolvimento de padrões cognitivos disfuncionais que se manifestam num mal-estar clinicamente significativo (Fairburn, 2008). Ainda segundo este autor, a expressão da psicopatologia nuclear assume várias formas, tornando assim as restantes características associadas a estas perturbações periféricas e secundárias aos efeitos da psicopatologia nuclear. A maioria dos indivíduos com uma PCA preocupa-se excessivamente com o peso corporal e forma corporais, sendo a principal manifestação comportamental desta preocupação excessiva a restrição alimentar. Para além da restrição alimentar, a pesagem frequente, assim como a verificação e observação repetida do corpo, ou de partes do corpo, ou então pela recusa em saber o peso e pelo evitamento da observação do corpo, são também consequências decorrentes da sobrevalorização do peso e forma corporais (Shafran, Fairburn, Robinson & Lask, 2004). De acordo com Fairburn (2008), a restrição alimentar, acima referida, é uma das principais características das PCA, e é resultado das constantes tentativas de limitar e restringir os alimentos ingeridos, de forma, na maioria das vezes, totalmente inflexível. Esta restrição alimentar extrema acaba por resultar numa dieta alimentar que se rege por diversas regras particulares. Regras essas muito específicas no que diz respeito à qualidade dos alimentos que poderão ser ingeridos, para além de serem muito exigentes, tendo em conta que são concebidas para limitar a quantidade de comida ingerida. Se as tentativas para limitar a quantidade e controlar a qualidade dos alimentos ingeridos forem bem sucedidas, resultam num processo de sub-alimentação progressivo que por sua vez implica perdas de peso corporal significativas, o que leva a que este atinja valores significativamente abaixo do peso normal. Esta perda

ponderal tem consequências que podem ser muito graves a nível fisiológico, tendo também consequências a nível psicossocial. O aumento de peso, independentemente do valor do aumento, o facto de poderem ficar “gordos” e o sentirem-se “gordos”, também independentemente do peso actual, geram na maioria dos indivíduos, sentimentos de temor. Muitos sobrevalorizam, para além ou independentemente do peso e forma corporais, a percepção de auto-controlo decorrente das dietas alimentares restritivas, rígidas e intensas que adoptam (Fairburn, 2008).

No que diz respeito ao peso, este é um dos factores que permite uma distinção clara entre as categorias diagnósticas AN e BN propostas pelo sistema de classificação vigente. Assim, os indivíduos com AN deverão, por definição, apresentar um peso abaixo dos limites considerados normais (i.e. índice de massa corporal / IMC  $\leq$  17.5), apresentando os indivíduos com BN um peso que se encontra, por norma, dentro dos limites considerados normais de peso. No entanto, na categoria diagnóstica PASOE, podem existir casos de indivíduos que apresentem um IMC  $\leq$  17.5, sem no entanto preencherem os restantes critérios que permitam um diagnóstico de Anorexia Nervosa (Fairburn, 2008).

Como expressão da psicopatologia nuclear das PCA surge ainda a IAC. Os episódios de IAC são caracterizados pela ingestão de uma grande quantidade de alimentos, dadas as circunstâncias, em que existe a percepção e um sentimento de falta e perda de controlo (Fairburn & Wilson, 1993; Fairburn, 2008; White & Grilo, 2011). Por sua vez, a preocupação excessiva com a capacidade de controlar a alimentação, o peso e a forma corporal, é aumentada pela ocorrência destes episódios, em que a falta de controlo percebida é muito elevada, o que, conseqüentemente, incita a manutenção de uma dieta alimentar restritiva aumentando por sua vez a probabilidade de acontecimento de novos episódios de IAC; sendo desta forma desencadeado um poderoso sistema de auto-perpetuação (Fairburn, Stice, Cooper, Doll, Normal & O'Connor, 2003).

Como característica comum às PCA, e de acordo com Fairburn (2008), devemos também contemplar a utilização de métodos purgativos, que por sua vez determinam o subtipo dos diferentes diagnósticos. Existem dois tipos de comportamentos purgativos. Estes podem ser de natureza compensatória, surgindo no contexto dos episódios de ingestão alimentar percebidos como excessivos, de forma a minimizar as consequências decorrentes dos mesmos na influência do peso corporal. Podem também ser de natureza não compensatória, sendo estes comportamentos adoptados para servir a função de controlo do peso corporal.

Finalmente, a prática de exercício físico, de forma excessiva, é também comum nos indivíduos com diagnóstico de uma PCA, principalmente nos indivíduos com baixo peso.

Apesar de variarem, as motivações para esta prática, estão na sua maioria relacionadas com a intenção de influenciar o peso e forma corporais (Fairburn, 2008).

O Modelo Transdiagnóstico (*cf.* Fairburn, 2008) assume que as PCA partilham mais características entre si que as une do que aquelas que as distingue. Factor corroborado por Forbush e colaboradores (2010), que afirmam que as três principais categorias diagnósticas existentes (AN, BN e IAC, categoria inserida nas PCASOE) partilham entre si um grande número de sintomas comportamentais e cognitivos. Este modelo pretende ultrapassar as limitações decorrentes da heterogeneidade associada ao sistema de classificação categorial em que estão actualmente organizadas as PCA (Fairburn, 2008; Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson & Crosby, 2007). A frequente migração temporal existente entre as diferentes categorias diagnósticas dos indivíduos com PCA descrita na literatura (e.g. Fairburn & Harrison, 2003; Fairburn, 2008; Steinhausen & Weber, 2009; Vaz, Conceição & Machado, 2009), surge como argumento para a importância de se olhar para estas perturbações como pertencendo a um único diagnóstico e não a categorias diagnósticas qualitativamente distintas. O Modelo Transdiagnóstico levanta igualmente questões relativas ao tratamento das PCA. O facto de estas estarem classificadas em categorias distintas tem implicações a nível do desenvolvimento de intervenções que se adequem a cada categoria diagnóstica. No entanto, se durante o decurso destas perturbações o diagnóstico inicial evoluir para outra categoria diagnóstica dentro da classificação das mesmas, pode considerar-se que existem características “transdiagnósticas” que poderão estar a manter a PCA, independentemente da sua categoria diagnóstica (Fairburn, 2008). Ao tornar a psicopatologia nuclear das PCA o seu principal foco de intervenção, o Modelo Transdiagnóstico, pretende disponibilizar uma proposta de intervenção que possa reflectir-se em tratamentos capazes de contemplar os mecanismos acima referidos que mantêm a perturbação, independentemente da categoria diagnóstica actual a que correspondem (*cf.* Ekstrand & Villanueva, 2011; Fairburn, 2008; Vaz, Conceição & Machado, 2009).

#### **4. Perturbações de Comportamento Alimentar e outras Perturbações Mentais**

As taxas de comorbilidade entre PCA e outras perturbações psiquiátricas tendem a ser elevadas (Steinhausen & Weber 2009). Existem estudos que indicam que as PCA e as Perturbações de Ansiedade ocorrem, com frequência, em simultâneo (e.g. Pike, 1998; Swinbourne & Touyz, 2007). Das Perturbações de Ansiedade, aquelas que apresentam maiores taxas de comorbilidade com as PCA são a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Fobia Social (Swinbourne & Touyz, 2007).

A nível de quadros sintomatológicos desenvolvidos durante, ou mesmo após o processo de recuperação de uma PCA, Holtkamp, Muller, Heussen, Remschmidt, Herpertz-

Dahlmann (2005) realizaram um estudo em que foi possível demonstrar que sintomatologia depressiva, ansiosa, e obsessiva persiste após três anos de total remissão de sintomatologia associada às PCA. A maioria dos sintomas acima referidos manteve-se relativamente estável e não se alterou, mesmo nos anos posteriores de follow-up (anos 7 e 10). Estes resultados foram corroborados num estudo realizado por Wagner e colaboradores (2006), em que se confirmou que existem sintomas que não remitem durante o processo de recuperação de uma PCA. Os níveis de ansiedade, depressão e sintomas de obsessão tendem a ser elevados em pacientes que recuperaram destas perturbações quando comparados com pessoas que nunca tiveram este diagnóstico. Quadros sintomatológicos de depressão e ansiedade tendem a persistir nestas participantes, também. As participantes recuperadas tendem a apresentar menores níveis de distúrbios de humor do que participantes com diagnóstico presente. Também se observou que as obsessões e compulsões são mais elevadas em indivíduos recuperados do que em pessoas que nunca tiveram um diagnóstico de PCA. Uma grande variedade de sintomas característicos destas perturbações persiste após a recuperação das mesmas, e não diferem, independentemente do subtipo, isto poderá sugerir que estas características poderão ser traços, e não estados, relacionados com os distúrbios (Wagner et. al, 2006). Estes autores também levantam uma questão interessante. Será que, apesar de estes sintomas se manterem presentes de forma tão continuada, se poderá afirmar que um indivíduo está de facto recuperado? As suas pesquisas têm demonstrado, a partir de estudos realizados com indivíduos considerados recuperados, que mesmo após vários anos depois de um estado de recuperação estável, estes indivíduos continuam a apresentar marcadas preocupações no que diz respeito à comida, ao peso, e às suas formas corporais. Podemos considerar que estes resultados vêm reforçar o cuidado que deve ser tido em conta na escolha de critérios para a definição de recuperação. Serão, de facto, os critérios relativos aos quadros sintomatológicos, secundários e consequentes, da psicopatologia central das PCA, desnecessários para se considerar que um indivíduo está recuperado, independentemente de estes quadros ainda estarem presentes?

## **5. Evolução Clínica e Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar**

O curso de uma perturbação define-se pela progressão das suas principais características ao longo do tempo, em termos da sua duração, severidade, estabilidade, variabilidade e mal-estar clinicamente significativo (Pike, 1998).

No curso e evolução de uma PCA, um número elevado de indivíduos com um diagnóstico de AN ou BN lida com quadros sintomatológicos, que, e apesar de poderem variar ao longo do tempo, se mantêm estáveis no que diz respeito à sua longevidade e

severidade, afectando de forma significativa a vida destes indivíduos em diversas áreas. A possibilidade de cronicidade destas perturbações, aliada às taxas elevadas de mortalidade a que elas estão associadas, justifica, em larga medida, a relevância extrema e urgente desta temática.

Keel, Dorer, Franko, Jackson e Herzog (2005), à semelhança de outros estudos, concluíram que os valores que representam as taxas de recaídas nas PCA podem estar situados num intervalo de 22% a 51%. A identificação de factores que poderão ser preditores de recaídas ganham especial relevância, essencialmente, por dois motivos, para ajudar a aumentar a compreensão da psicopatologia das PCA e também para providenciar linhas orientadoras para o desenvolvimento de intervenções que visem, também, a prevenção das mesmas. Os estudos de follow-up desenvolvidos nesta área têm demonstrado que um número significativo de indivíduos com uma PCA poderá experienciar vários sintomas associados a esta Perturbação, ao longo de vários anos (Berkman, Lhor & Bulik, 2007; Fichter & Quadflieg, 1999; Pike, 1998), ou mesmo manter um diagnóstico permanentemente, sem nunca recuperar (Wonderlich, et. al, 2012). Wonderlich e colaboradores (2012) evocam várias questões relacionadas com o conceito de cronicidade. Uma importante questão prende-se, logo à partida, com a definição deste conceito, e quais os critérios a considerar, para tal. Os autores consideram, essencialmente, 4 pontos que dificultam a definição deste conceito. São eles, a ambiguidade do conceito de ausência de mudança quando nos referimos a uma PCA, o tempo que deve passar até que se possa considerar que a ausência de mudança é significativa o suficiente para que se possa ponderar estar perante uma PCA dita crónica, deverá a idade e o estado de desenvolvimento em que os indivíduos se encontram ser um critério a considerar quando definimos cronicidade, e finalmente, qual a influência que a história de tratamento de um indivíduo tem na tomada de decisão relativamente à definição. A necessidade urgente de refinar a definição do conceito de cronicidade surge no âmbito do número alargado de indivíduos que mantêm um diagnóstico de PCA.

Na literatura, os estudos de follow-up tendem a indicar que os sintomas que caracterizam as PCA não remitem simultaneamente, no entanto, os resultados apresentados não permitem determinar se os sintomas físicos remitem antes dos sintomas psicológicos (Clausen, 2004). Yackobovitch-Gavan e colaboradores (2009) identificaram diversas variáveis, descritas na literatura, associadas à não remissão de sintomas na AN, as variáveis, identificadas e descritas, são de ordem psicológica, clínica e relacionadas com o tratamento.

Agras, Crow, Mitchell, Halmi e Bryson (2009), realizaram um estudo em que compararam a evolução das PCASOE com a evolução da AN, da BN e PIAC. Para o efeito, durante 4 anos de *follow-up*, efectuaram avaliações periódicas que tinham lugar todos os 6 meses. Neste estudo foi possível concluir que existiu uma diferença temporal significativa entre as 4 categorias diagnósticas, no que diz respeito ao tempo decorrido até à primeira remissão. O período mais curto de tempo para a remissão foi associado às PCASOE e PIAC, sendo este período de tempo quase idêntico. A estas seguiu-se a AN e finalmente, a BN, com os períodos de tempo identificados, mais longos.

Dellava, Policastro e Hoffman (2009), realizaram um estudo onde exploraram as consequências da AN a nível da composição corporal e do metabolismo energético de indivíduos recuperados. Estes autores dizem-nos que uma das maiores alterações na composição corporal associada à AN tem a ver com a perda de LBM (Lean Body Mass), esta é a massa corporal à qual é subtraída a massa gorda (armazenamento de lípidos). Este estudo concluiu que o Coeficiente Respiratório, quantidade de CO<sub>2</sub> dividido pela quantidade de O<sub>2</sub> consumido, (este coeficiente indica que tipo de substrato o organismo está a oxidar) em indivíduos recuperados é mais baixo que em mulheres saudáveis, independentemente da composição corporal, o que sugere que a oxidação de gordura nos indivíduos recuperados é mais elevada do que nas mulheres saudáveis. Esta aparente diferença metabólica pode ser devida às dietas prolongadas no tempo. Também é possível que os níveis mais elevados de oxidação de gordura possam resultar da prática de exercício físico de forma crónica e excessiva, factor associado a uma oxidação reforçada. Estes dados sugerem que existem, a longo-prazo, diferenças a nível do metabolismo energético nos indivíduos recuperados.

Os défices nutricionais são um factor importante a ser considerado quando estamos a falar da evolução clínica, ou mesmo do processo de recuperação de uma PCA. As dietas prolongadas e a restrição severa de alimentos podem produzir défices nutricionais graves nos indivíduos com estas perturbações. Castro, Deufoleu, Gila, Puig e Toro (2004) concluíram que, num estudo realizado com indivíduos que tinham recuperado um peso adequado, mesmo após uma dieta regular e um peso normalizado, os indivíduos recuperados apresentavam baixos níveis de hemácias no plasma, folatos nas hemácias e ácido fólico também no plasma. A partir da análise destes dados, os autores puderam concluir que a adição de suplementos na dieta alimentar dos indivíduos, na fase de normalização do peso, poderia ser benéfica, e rapidamente compensar os nutrientes em défice no organismo, que não são recuperados através de programas de dietas de alimentação regulares. Ao compensar os nutrientes em défice no organismo, estes

suplementos poderiam ser essenciais na melhoria de anomalias fisiológicas associadas ao desenvolvimento destas perturbações.

O baixo peso extremo, verificado em alguns dos pacientes com diagnóstico de PCA, pode ter como consequência complicações físicas graves. Neste âmbito, aquelas que mais surgem, e são clinicamente significativas, são as complicações físicas relacionadas com os sistemas, cardiovascular, gastrointestinal, reprodutivo e electrolítico (Walsh, 2007, cit. in Attia & Walsh, 2007). Estas reacções fisiológicas, devidas à inanição, tendem a normalizar à medida que o peso destes pacientes é restaurado, não apresentando necessidade de cuidados posteriores a longo prazo, se o peso adequado for mantido. No entanto, a redução de densidade óssea verificada nos pacientes com estas Perturbações, deverá ser alvo de uma atenção particular, já que a presença prolongada de uma AN poderá ser um factor de risco para o desenvolvimento de osteoporose, consequência da redução de densidade óssea verificada nesse período (Attia & Walsh, 2007).

No que diz respeito ao tratamento, um dos grandes desafios com que os terapeutas se podem deparar, no curso de uma PCA, está relacionado com as taxas de dropout. Por dropout, deve entender-se, a decisão unilateral, do terapeuta, ou do indivíduo, de concluir um processo terapêutico (Fassino, Pierò, Tomba & Abbate-Daga, 2009). As taxas de dropout nos indivíduos com PCA são significativamente altas (Bjork, Bjork, Clinton, Sohlberg & Norring, 2009; Fassino et. al, 2009; Hoste et. al, 2007). Avaliar e compreender as circunstâncias em que este fenómeno ocorre, assim como, quais as principais características associadas aos indivíduos que decidem concluir o tratamento sem alta terapêutica, são ingredientes essenciais para delinear orientações terapêuticas que permitam prevenir e reduzir as taxas de dropout (Hoste et. al, 2007).

A definição do conceito de recuperação de uma PCA, na comunidade científica, continua pouco clara. Não existe consenso para a definição dos critérios que determinam o que é a recuperação de uma PCA (Noordenbos & Seubring, 2006) e a escolha de diferentes critérios determina a forma como ela poderá ser compreendida pelos terapeutas e pelos indivíduos com este diagnóstico. A definição de critérios que definam o conceito de recuperação está também dependente da forma como as PCA são classificadas. Será também importante distinguir o conceito de remissão e o de recuperação. Segundo Frank e colaboradores (1992), qualquer definição de recuperação deve referir-se a um período estável, pelo menos até que a ocorrência de sintomas possa ser considerada uma recaída (cit. in Keller, Herzog, Lavori, Bradburn & Mahoney, 1992).

Durante muito tempo, os critérios considerados pela comunidade científica eram restritos à recuperação de peso corporal e à normalização dos comportamentos alimentares

inadaptativos (Noordenbos & Seubring, 2006). Ainda segundo estes autores, para que a recuperação seja considerada total, e mesmo para prevenir recaídas, devem ser sempre considerados critérios, não só relativos aos comportamentos alimentares e ao peso corporal, mas também critérios de ordem psicológica, emocional e social.

Strober, Freeman e Morrel (1997) introduziram na literatura o conceito de “recuperação total”. Este conceito implica que as características centrais da AN e da BN estejam ausentes durante, pelo menos, oito semanas consecutivas, em que o peso corporal é normal, os indivíduos não utilizem métodos compensatórios, não tenham atitudes negativas face ao peso, nem fobia ao peso. Estes autores também concluíram que a recuperação total é um processo demorado e complexo, mas quando é efectivamente realizado, as percentagens de recaídas são muito baixas.

Ben-Tovim e colaboradores (2001) concluíram, num estudo prospectivo, que quando se define recuperação a partir dos critérios de diagnóstico de uma Perturbação do Comportamento Alimentar, aproximadamente 50% dos pacientes com Anorexia Nervosa e 75% dos pacientes com Bulimia Nervosa poderiam ser considerados recuperados, após 5 anos de follow-up. No entanto, existem dados na literatura que nos dizem que, quando são apenas considerados critérios somáticos, a percentagem de pacientes anorécticos recuperados é de 79%, mas que, quando considerados, também, critérios de ordem psicológica, esta percentagem cai para os 49% (Saccomani, Savoini & Cirrincione, 1998, cit. in, Noordenbos & Seubring, 2006).

O juízo clínico que irá determinar quais os critérios que devem ser considerados para a definição de recuperação é sempre influenciado pela abordagem de tratamento escolhida pelo terapeuta. Diferentes abordagens de tratamento irão dar mais relevância a determinados factores do que a outros. Uma determinada abordagem terapêutica poderá dar mais relevância a sintomas comportamentais, às emoções, às disfunções cognitivas, aos conflitos relacionados com a identidade, à auto-estima, ou mesmo às relações familiares. Assim, quando a recuperação é definida apenas pelos terapeutas e pelo seu juízo clínico, outros factores importantes na recuperação podem estar a ser esquecidos (Pettersen & Rosenvinge, 2002).

Num estudo realizado por Noordenbos & Seubring (2006), em que se pretendia determinar quais os critérios que deveriam ser tidos em conta na definição de recuperação, e qual o grau de importância desses critérios, foi clara a elevada concordância entre ex-pacientes e terapeutas. Assim, foram avaliados como mais importantes, critérios relativos aos comportamentos alimentares e ao peso corporal, mas também critérios de ordem psicológica, emocional e social. Também neste estudo, as pacientes avaliadas, no fim dos

seus tratamentos, tinham recuperado a nível da recuperação de peso corporal e da sua manutenção, a nível dos comportamentos alimentares, mas não tinham recuperado, ainda, a nível da percepção da imagem corporal (esta seria ainda distorcida) e do funcionamento somático, psicológico, emocional e social. O tempo de recuperação nestas últimas áreas pode chegar até aos dois anos após o último tratamento (Noordenbos & Seubring, 2006).

Nilsson e Hagglof (2006), num estudo realizado com pacientes recuperadas de AN, que se desenvolveu durante a adolescência, conseguiram obter informações sobre a perspectiva destas, após aproximadamente dezasseis anos. Todas as participantes conseguiram identificar um momento chave durante os seus processos de recuperação, que se constituiu como um “momento de viragem”. Os eventos relatados estavam relacionados com o facto de se consciencializarem que as consequências dos seus comportamentos poderiam resultar em danos físicos graves, ou mesmo em morte. Estes “momentos de viragem” resultavam muitas vezes no reconhecimento da severidade da doença e passavam a ser o início do processo de aceitação da mesma, que muitas vezes levava à recuperação. Para além destes eventos significativos, também foram mencionados como factores importantes para o processo, a presença de outros significativos, tais como, familiares, pessoas envolvidas no tratamento, amigos e parceiros amorosos. Com este estudo, os autores puderam concluir que apesar de as influências externas serem consideradas, pelas participantes, muito importantes para se dar início ao processo de recuperação, as forças e características internas, e os processos de tomada de decisão eram essenciais para dar continuidade ao mesmo.

Bardone-Cone e colaboradores (2010), num estudo que pretende investigar diversos aspectos do auto-conceito em diferentes fases de uma PCA, focando-se em medidas de auto-estima, auto-eficácia, auto-direccionamento e fenómeno do impostor. Os autores detiveram especial interesse na forma como as participantes totalmente recuperadas se auto-experenciavam. Para definir o conceito de recuperação, os autores optaram por basear a sua decisão em critérios físicos (e.g. peso, fluxo menstrual), comportamentais (e.g. sem episódios de IAC) e psicológicos (e.g. sentimentos e percepções sobre a comida, comer). Segundo estes critérios foi possível criar dois grupos, o grupo das participantes totalmente recuperadas e o grupo das participantes parcialmente recuperadas. O primeiro grupo teria de preencher os critérios físicos, comportamentais e psicológicos, o segundo grupo teria de preencher, pelo menos, os critérios físicos e comportamentais. Foi possível, a partir da definição do conceito de recuperação adoptada, concluir, de forma clara, que diferenças relativas ao auto-conceito emergiram, entre os dois grupos. Assim, os resultados indicam que o grupo de participantes totalmente recuperadas apresenta valores de auto-conceito positivos, na semelhança de indivíduos que nunca tiveram um diagnóstico de PCA,

já o grupo das participantes parcialmente recuperadas, apresenta valores de auto-conceito que se assemelham a valores de indivíduos com um diagnóstico de PCA. Os resultados deste estudo sugerem que na maioria das situações, um diagnóstico de PCASOE é transitório para o momento em que deixa de existir qualquer diagnóstico, ou de uma situação de não existência de diagnóstico para um diagnóstico de PCA. Um estudo retrospectivo relativo ao grupo das PCASOE concluiu que a maioria das participantes teve no passado um diagnóstico de PCA. Estes resultados são consistentes com o facto de pacientes com um diagnóstico de PCA transitarem para uma situação de remissão através de um diagnóstico de PCASOE. Os autores puderam assim concluir que, na sua maioria, os diagnósticos de PCASOE são sem outra especificação durante um período temporal, podendo ter sido, muito provavelmente, uma PCA no passado, ou então evoluir para uma PCA no futuro.

Bjork e Ahlstrom (2008), realizaram um estudo que pretendia definir e descrever a percepção dos processos de recuperação de indivíduos que tinham desenvolvido uma PCA. Foram definidos critérios para a definição daquela, no entanto, considerou-se que a partir do momento em que as participantes tenham uma percepção de si como recuperadas, não seria necessário preencher todos os critérios para tal. Não obstante, as diferenças individuais, no que diz respeito a preocupações relativas à comida ou ao peso, devem ser sempre consideradas na avaliação da recuperação. A descrição das participantes, relativamente à sua recuperação, permitiu aos autores constituírem quatro grandes categorias que reflectem como aquelas se relacionam, no presente, com a comida, com o seu corpo, com elas próprias e com os seus ambientes sociais, numa lógica de aceitação. Pôde assumir-se que a auto-estima recentemente adquirida, teve uma influência em todas as áreas das suas vidas e que proporcionou uma base sólida para assumirem a responsabilidade pelo seu bem-estar e pela forma como construíam o seu futuro. Finalmente, com este estudo, os autores puderam concluir que é possível alcançar uma recuperação que inclua mudanças nos padrões comportamentais mas, e também, mudanças nos padrões cognitivos.

Pettersen e Rosenvinge (2002), também realizaram um estudo em que foi considerada a perspectiva dos indivíduos sobre o processo de recuperação. Estes autores consideram que, se os objectivos da terapia forem definidos apenas pela redução de sintomatologia comportamental, os indivíduos poderão não sentir melhorias a nível da qualidade de vida. As participantes deste estudo consideraram-se recuperadas apesar da presença de sintomatologia relacionada com distúrbios alimentares, ansiedade ou depressão. Logo, foi possível aos autores concluir, que a recuperação não é percebida como um ponto final, mas sim como um processo contínuo e uma experiência subjectiva.

Essencialmente, este estudo permitiu aos autores concluir, através da percepção das participantes, que, é essencial os indivíduos chegarem a um momento das suas vidas em que aceitam o facto de terem uma perturbação, compreenderem as suas consequências e sentirem-se capazes de agir para a mudança.

Apesar da relativa previsibilidade, explorada e descrita na literatura, dos quadros sintomatológicos desenvolvidos no decurso de uma PCA, e daqueles que surgem em consequência da mesma, no processo de recuperação, este é, e será sempre um processo muito subjectivo. Esta subjectividade advém das variadas problemáticas a que estas Perturbações estão associadas, e que não se limitam a problemáticas comportamentais e/ou somáticas. Estas Perturbações, são também Perturbações com uma forte componente cognitiva e emocional, tornando-se desta forma essencial a definição clara de quais os critérios que devem ser considerados como sendo cruciais para o desenvolvimento deste mesmo processo. Independentemente dos critérios escolhidos para a sua definição, a recuperação de uma PCA deverá ser sempre vista como um processo em constante evolução, e este processo deve ser visto à luz de um *continuum* desenvolvimental, e não como um estado final, ou finalizado.

## **CAPÍTULO II**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

#### **1. Evolução Clínica e Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar – Um Estudo Retrospectivo**

##### **1.1. Introdução**

O presente estudo pretende descrever a evolução clínica e o processo de recuperação de mulheres que tenham iniciado o tratamento para uma PCA no Serviço de Psiquiatria de um Hospital do Norte do País entre 2001 e 2009. Este estudo tem como principal objectivo avaliar a trajectória clínica e recuperação de indivíduos com o diagnóstico de uma PCA. Nesse sentido, três objectivos específicos foram delineados: 1) Avaliar a prevalência de indivíduos recuperados e indivíduos não recuperados 2) descrever indicadores clínicos associados ao curso e evolução de uma PCA; 3) avaliar a presença/ausência de sintomatologia do comportamento alimentar (remissão ou presença de sintomas); 4) Identificar variáveis psicossociais possivelmente associadas ao processo de recuperação. Deste modo, esperamos encontrar dois grupos de sujeitos: aqueles que se encontram recuperados, não apresentando sintomatologia actual para o diagnóstico de uma PCA, e ainda, aqueles que apresentam sintomas para o diagnóstico de uma PCA. Temos por hipótese que os indivíduos que se encontram recuperados tenham finalizado o seu processo terapêutico iniciado no Serviço de Psiquiatria e não tenham procurado novo tratamento e aqueles que apresentem sintomatologia mantenham o tratamento inicial ou tenham procurado novo tratamento para uma PCA. Temos também por hipótese que os indivíduos que não estão recuperados estão associados a um diagnóstico de AN ou BN apresentando taxas mais elevadas de cronicidade. Finalmente, temos por hipótese que os indivíduos recuperados, em comparação com os indivíduos não recuperados, apresentam uma rede de suporte social mais alargada e um maior número de acontecimentos de vida marcantes.

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

###### **1.2.1. Participantes**

A amostra deste estudo foi constituída por 54 indivíduos, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 46 anos ( $M= 29.72$  e  $DP= 6.25$ ). Quanto à proveniência da amostra, toda as participantes do estudo iniciaram tratamento para uma PCA num Serviço de Psiquiatria entre 2001 e 2009. No momento do tratamento, a maioria das participantes 34 (63%) tinham um diagnóstico de AN, destes indivíduos, 25 (46.3%) pertenciam ao subtipo restritivo e 9 (16.7%) pertenciam ao subtipo purgativo. 18 (33.3%) das

participantes tinha um diagnóstico de BN, e estas dividiam-se em, subtipo purgativo, 16 (29.6%) e 2 (3.7%) subtipo não purgativo.

### **1.2.2. Instrumentos**

Questionário Clínico e Sócio-Demográfico: constitui-se como uma entrevista estruturada, tendo sido elaborada para o efeito do presente estudo. Este questionário compreende um total de 29 questões que visam definir uma caracterização global da amostra em questão. Assim, as questões compreendidas no questionário permitem, inicialmente, caracterizar a situação demográfica dos indivíduos, para depois avaliar, para além de alguns indicadores clínicos para o diagnóstico de uma PCA, também a percepção subjectiva dos indivíduos sobre o estado clínico em que se encontram no momento da avaliação. Este questionário permite-nos também, definir as principais alterações sociais e ambientais, assim como os principais acontecimentos de vida marcantes, na vida do indivíduo ao longo da sua trajectória clínica e de recuperação.

Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE–Q 5.2; Fairburn & Beglin, 1994; traduzido e adaptado por Machado et al., 2007) é um questionário de auto-relato, de fácil administração, constituído por 28 itens que se focam essencialmente nas características centrais dos quadros clínicos das PCA. É possível obter 4 sub-escalas (Restrição, Preocupação com o peso, Preocupação com a Comida e Preocupação com a Forma). Os itens relativos a estas sub-escalas utilizam uma escala tipo Lickert com 7 possibilidades de escolha que nos permitem obter o número de dias em que determinados comportamentos, sentimentos e atitudes ocorreram, nos últimos 28 dias. Sendo os valores de 4, 5 ou 6 interpretados como indicadores de severidade clínica. Este questionário também avalia a frequência de comportamentos alimentares disfuncionais e métodos compensatórios para controlo de peso corporal no mês de avaliação do sujeito, os itens que se reportam a essa mesma frequência são calculados em termos do número de dias nos quais estes ocorrem.

Symptom Check List – 90 – Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994) é um questionário de auto-relato, e tal como o nome indica, é constituído por 90 itens que permitem medir 9 dimensões sintomatológicas distintas providenciando desta forma uma visão abrangente sobre os quadros sintomatológicos dos indivíduos, assim como a sua presente intensidade. As escalas obtidas a partir dos itens do questionário são, Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Os itens são cotados numa escala tipo Lickert com 5 possibilidades de escolha, estas permitem determinar a frequência com que determinado fenómeno ocorre desde, Nunca a Múltiplas vezes. É também possível obter um total de 3 Índices Globais, são eles, o Índice Global de Severidade, que permite medir o

desconforto psicológico na sua globalidade, o Índice Sintomas Positivos, que nos indica a intensidade dos sintomas e, finalmente, o Total de Sintomas Positivos, que se refere ao número de sintomas assinalados no questionário.

The Self-Injury Questionnaire – Treatment Related (SIQ-TR; Claes & Vandereycken; traduzido por Gonçalves, 2007) é um questionário de auto-relato que pretende avaliar os ferimentos auto-flagelatórios enquanto comportamentos que deliberadamente causam dano ao corpo, mas que não compreendem qualquer intenção suicida. Este instrumento permite avaliar, para além dos aspectos taxonómicos dos ferimentos auto-flagelatórios, permite também avaliar os pensamentos e atitude relativos aos mesmos. Assim, são avaliados, os tipos de ferimentos auto-flagelatórios; a região do corpo onde os ferimentos são infligidos; a frequência do acto, a dor experienciada durante a dor, assim como a sua intensidade; os pensamentos associados aos ferimentos auto-flagelatórios; os sentimentos também a eles associados e finalmente, a função que serve o ferimento auto-flagelatório.

### **1.2.3. Procedimento**

Para a realização deste estudo, a recolha de dados, foi efectuada a partir de uma lista de utentes do Serviço de Psiquiatria de um Hospital do Norte do país, que teriam iniciado um processo terapêutico para uma PCA entre 2001 e 2009.

Numa primeira fase, os sujeitos foram contactados através de uma chamada telefónica, a partir da Clínica Universitária de Psicologia (CUP) da Universidade Católica Portuguesa - Porto. Inicialmente, nesta chamada, era apresentado o entrevistador, era dado a conhecer a forma como este tinha acedido ao contacto da participante, o que se pretendia com este telefonema e finalmente, o estudo em questão, assim como os seus principais objectivos. Logo de seguida eram informadas sobre a aplicação do Questionário Clínico e Sócio-Demográfico que iria acontecer no decorrer do telefonema. Após esta primeira apresentação, as participantes eram então, entrevistadas. Todas as participantes do presente estudo foram entrevistadas após obtenção de consentimento oral para o efeito. No final da entrevista as participantes eram informadas sobre a segunda fase do estudo, que compreendia a recepção de um envelope, por correio, nas suas moradas. Nos respectivos envelopes iriam encontrar, uma carta de apresentação do Director de Serviço de Psiquiatria onde tinham iniciado o processo terapêutico relativo a uma PCA e os questionários de auto-relato definidos para a realização deste estudo (EDE-Q; SCL-90-R; SIQ-TR). Todos os questionários eram codificados de forma a manter o anonimato de cada uma das participantes. Finalmente, para além da carta de apresentação e dos questionários de auto-relato, iriam encontrar um envelope, selado e endereçado para que pudessem reenviar os questionários para a morada previamente definida. Foram dadas instruções para que

procedessem ao preenchimento dos questionários em questão, salvaguardando o anonimato ao informar que não necessitariam de colocar os seus nomes e sobrenomes já que os questionários estavam devidamente codificados. Em seguida deveriam apenas colocar os questionários preenchidos no envelope que continha a morada para onde deveriam ser enviados e depositá-los num marco ou estação de correio.

#### **1.2.4. Análise Estatística**

Relativamente ao tratamento de dados, estes foram, num primeiro momento, organizados e os instrumentos cotados para, num segundo momento, serem introduzidos e tratados numa base de dados elaborada para o efeito. Os dados quantitativos foram tratados a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0 para Windows. Num segundo momento, foram realizadas análises de Estatística Descritiva, que permitiu a definição, descrição e caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra, assim como, análises de Estatística Inferencial, para se proceder ao estudo da trajetória clínica e recuperação, assim como do curso e evolução da PCA. Foram usados, como Teste de Associação, o teste de *Qui-Quadrado*, e como Teste de Diferenças, o teste não paramétrico *Mann-Whitney*. Através destes testes pretende avaliar-se se existe uma relação entre variáveis, podendo assim averiguar que a variação de uma variável está associada à variação de outra e também comparar-se dois grupos, estabelecendo que diferenças existem entre os mesmos (Almeida & Freire, 2007; Martins, 2011).

Pretende-se com este método verificar se a evolução clínica e o processo de recuperação da amostra deste estudo confirma o que é previsto pela teoria. Seguindo assim o princípio da abordagem quantitativa que pretende verificar se um determinado fenómeno e as respectivas relações estabelecidas nesse âmbito, confirmam o que está descrito e previsto nessa mesma teoria (Gelo, Braakmann & Benetka, 2008).

### **1.3. Resultados**

Os resultados serão apresentados segundo a seguinte estrutura: Num primeiro momento serão apresentados os principais dados descritivos da amostra. Num segundo momento, serão apresentados os dados relativos ao curso, evolução e recuperação nas PCA. Assim, a amostra foi dividida em dois grupos, estes grupos seriam separados segundo 5 critérios definidos de modo a poder obter um grupo que representasse as participantes da amostra que estariam recuperadas e um outro grupo que representasse as participantes da amostra que não estariam recuperadas. Os critérios seleccionados para proceder a esta divisão seguiram uma selecção que permitisse incluir indicadores clínicos e indicadores de ordem subjectiva de recuperação nas PCA. Os critérios seleccionados foram os seguintes, 1)  $IMC \leq 17.5$ ; 2) Finalização de Tratamento; 3) Estado Clínico Actual; 4) Novo Tratamento

após Tratamento no Serviço de Psiquiatria do Hospital do Norte do País e 5) Necessidade de Ajuda para Sintomatologia Actual. A presença de sintoma em qualquer um dos critérios seleccionados para a divisão dos grupos, implicaria a inclusão no grupo Não Recuperadas. Inicialmente serão apresentados os dados relativos aos critérios de separação dos grupos de Recuperadas e Não Recuperadas, e posteriormente, para terminar, serão apresentados os dados relativos à comparação dos grupos.

Na tabela 1 estão apresentados os resultados que dizem respeito à caracterização demográfica do total da amostra. Cerca de metade das participantes 29 (53.7%) é solteira e 17 (31.5%) participantes são casadas. A maioria não tem filhos 37 (68.5%). Quanto ao agregado familiar, mais de um quarto das participantes 15 (27.8%) vive com marido ou companheiro e filhos. No que diz respeito às habilitações literárias das participantes, 36 (66.7%), completaram o ensino superior. Finalmente e no que se refere à situação de emprego a maioria 39 (72.2%) estão empregadas.

Tabela 1. Resultados relativos à caracterização sócio-demográfica da amostra.

	N(%)
<b>Estado Civil</b>	
Solteira	29(53.7)
Casada	17(31.5)
União de Facto	7(13)
Divorciada	1(1.9)
<b>Filhos</b>	
Sem filhos	37(68.5)
Com filhos	17(31.5)
<b>Agregado familiar</b>	
Só	4(7.4)
Marido/Companheiro	8(14.9)
Marido/Companheiro e Filhos	15(27.8)
Pais	14(25.9)
Outros Familiares	13(26.3)
<b>Habilitações Literárias</b>	
Licenciatura	36(66.7)
Ensino Secundário	11(20.4)
3º Ciclo do Ensino Básico	5(9.3)
2º Ciclo do Ensino Básico	2(3.7)
<b>Situação de emprego</b>	
Estudante	8(14.8)
Trabalhador/Estudante	1(1.9)
Empregada	39(72.2)
Desempregada	6(11.1)

Na tabela 2 é possível observar os dados que se referem aos critérios que foram utilizados para a obtenção dos grupos Recuperadas e Não Recuperadas. Relativamente ao critério  $IMC \leq 17.5$ , a maioria das participantes 44 (81.5%) apresentam ausência de sintoma; quanto ao critério Finalização de Tratamento, a maioria das participantes 44 (81.5%) apresentam ausência de sintoma; no que diz respeito ao critério Novo Tratamento após

Tratamento no Hospital mais de metade das participantes 29 (53.7%) apresenta ausência de sintoma; quanto ao critério Estado Clínico Actual mais de metade das participantes 31 (57.4%) apresenta ausência de sintoma; finalmente, quanto ao critério Necessidade de Ajuda Actual para Sintomas de PCA, a maioria das participantes 40 (74.1%) apresenta, igualmente, ausência de sintoma.

Tabela 2. Resultados relativos à frequência de presença ou ausência de sintoma.

	Ausência de Sintoma	Presença de Sintoma
	n(%)	n(%)
IMC	44(81.5)	10(18.5)
Finalização de Tratamento	44(81.5)	10(18.5)
Novo Tratamento após Tratamento no Hospital	29(53.7)	25(46.3)
Estado Clínico Actual	31(57.4)	23(42.6)
Necessidade de Ajuda para Sintomatologia Actual	40(74.1)	14(25.9)

Na tabela 3 estão apresentados os resultados obtidos na divisão dos grupos Recuperadas e Não Recuperadas segundo os critérios anteriormente mencionados. Assim, no grupo Recuperadas estão compreendidas 16 (29.6%) participantes e no grupo Não Recuperadas 38 (70.4%).

Tabela 3. Resultados relativos à frequência de participantes Recuperadas e Não Recuperadas.

Grupos obtidos	n(%)
	Recuperadas
Não Recuperadas	38(70.4)

Na tabela 4 estão apresentados os resultados relativos à caracterização sócio-demográfica dos grupos Recuperadas e Não Recuperadas. Como é possível observar, a idade do grupo Recuperadas varia entre 18 e 41 anos de idade (M= 28.2 e DP= 5.82) e a do grupo Não Recuperadas entre 22 e 46 anos de idade (M= 30.4 e DP= 6.39). No que diz respeito ao estado civil, metade do grupo Recuperadas, 8 (50%) é solteira e no grupo Não Recuperadas mais de metade das participantes 21 (55.3%) é também solteira. Quanto aos filhos, no grupo Recuperadas, a maioria não tem filhos, 11 (68.8%) e no grupo Não Recuperadas, também a maioria não tem filhos 26 (68.4%). Em relação ao agregado familiar, no grupo Recuperadas 5 (31.3%) participantes vive com os pais e o mesmo número de participantes, 5 (31.3%) vive com marido ou companheiro e filhos, no grupo Não Recuperadas, perto de um quarto das participantes 9 (23.7%) vive com os pais, e mais de um quarto das participantes 10 (26.3%), vive com marido ou companheiro e filhos. Finalmente, e no que diz respeito à situação de emprego, no grupo Recuperadas a maioria

10 (62.5%) estava empregada e o mesmo se verificou, no grupo Não Recuperadas, 29 (76.3%) participantes estavam também empregadas.

Tabela 4. Caracterização sócio-demográfica dos grupos Recuperadas e Não Recuperadas.

	<b>Recuperadas</b>		<b>Não Recuperadas</b>	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
<b>Idade</b>	18-41	28.2 (5.8)	22-46	30.4 (6.4)
	n(%)		n(%)	
<b>Estado Civil</b>				
	Solteira	8(50)	21(55.3)	
	Casada	5(31.3)	12(31.6)	
	União de Facto	3(18.8)	4(10.5)	
	Divorciada	-	1(2.6)	
<b>Filhos</b>				
	Sem filhos	11(68.8)	26(68.4)	
	Com filhos	5(31.3)	12(31.6)	
<b>Agregado familiar</b>				
	Só	1(6.3)	3(7.9)	
	Marido/Companheiro	3(18.8)	5(13.2)	
	Marido/Companheiro e Filhos	5(31.3)	10(26.3)	
	Pais	5(31.3)	9(23.7)	
	Outros Familiares	2(12.6)	11(27.9)	
<b>Situação de emprego</b>				
	Estudante	2(12.5)	6(15.8)	
	Trabalhador/Estudante	1(6.3)	-	
	Empregada	10(62.5)	29(76.3)	
	Desempregada	3(18.8)	3(7.9)	

Na tabela 5 é possível observar os resultados relativos aos contactos sociais e tempo livre. Assim, no grupo Recuperadas, a maioria das participantes tem amigos próximos 15 (93.9%) e no grupo Não Recuperadas a maioria das participantes refere ter amigos superficiais 33 (86.8%). No que diz respeito a como o seu tempo livre é passado, mais de metade, no grupo Recuperadas 9 (56.6%) passa-o com a família, amigos e namorado, o mesmo se verifica no grupo Não Recuperadas 25 (65.8%).

Tabela 5. Caracterização da vida social e tempo livre.

	<b>Recuperadas</b>	<b>Não Recuperadas</b>
	n(%)	n(%)
<b>Contactos sociais</b>		
	Nenhum	-
	Próximos	15(93.9)
	Superficiais	1(6.3)
<b>Tempo livre</b>		
	Sozinha	1(6.3)
	Família	6(37.5)
	Família, amigos e namorado	9(56.6)
		4(10.5)
		9(23.7)
		25(65.8)

A tabela 6 apresenta os valores relativos à informação clínica dos grupos. No momento de admissão, no grupo Recuperadas, a maioria das participantes 11 (68.8%) tinha

um diagnóstico de AN, 3 (18.8%) tinham um diagnóstico de BN e 2 (12.5%) um diagnóstico de PCASOE; no grupo Não Recuperadas, também a maioria das participantes 23 (60.5%) tinha um diagnóstico de AN, e 15 (39.5%) tinha um diagnóstico de BN. No que diz respeito ao padrão menstrual, a totalidade do grupo Recuperadas 16 (100%) refere ter um padrão menstrual regular e no grupo Não Recuperadas a maioria 32 (84.2%) refere também ter um padrão menstrual regular. Quanto à toma de contraceptivo oral, no grupo Recuperadas a maioria 10 (62.5%) toma algum tipo de contraceptivo oral, e no grupo Não Recuperadas, mais de metade 20 (52.6%), também toma algum tipo de contraceptivo oral. Quanto à presença de uma problemática de saúde consequência da PCA, no grupo Recuperadas, mais de metade 9 (56.3%) refere não ter qualquer problemática de saúde relacionada com o diagnóstico de PCA e no grupo Não Recuperadas, a maioria 27 (71.1%) também não menciona a presença de uma problemática de saúde relacionada com o diagnóstico de PCA. Relativamente à toma de psicofármacos, a quase totalidade do grupo Recuperadas 15 (93.8%), não toma psicofármacos e a maioria do grupo Não Recuperadas 24 (63.2%) também refere não tomar psicofármacos. No que diz respeito ao peso actual, no grupo Recuperadas, este, varia entre 46.4 e 70 kg (M= 57.34 e DP= 6.83) e no grupo Não Recuperadas, entre 37 e 76 kg (M= 54.53 e DP= 8.84). Quanto ao IMC, este, varia entre 18.35 e 24.80 (M= 21.49 e DP= 1.93) no grupo Recuperadas e entre 14.71 e 26.30 (M= 18.84 e DP= 6.24) no grupo Não Recuperadas.

Tabela 6. Informação clínica

	Recuperadas		Não Recuperadas	
	n(%)		n(%)	
<b>Diagnóstico no momento de admissão</b>				
AN	11(68.8)		23(60.5)	
BN	3(18.8)		15(39.5)	
PCASOE	2(12.5)		-	
<b>Padrão Menstrual</b>				
Ausência	-		3(7.9)	
Regular	16(100)		32(84.2)	
Irregular	-		3(7.9)	
<b>Contraceptivo Oral</b>				
Sim	10(62.5)		20(52.6)	
Não	6(37.5)		18(47.4)	
<b>Problema de Saúde Actual</b>				
Sim	7(43.8)		11(28.9)	
Não	9(56.3)		27(71.1)	
<b>Medicação Psiquiátrica</b>				
Sim	1(6.3)		14(36.8)	
Não	15(93.8)		24(63.2)	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
<b>Peso Actual</b>	46.4-70	57.34 (6.83)	37-76	54.53 (8.82)
<b>Altura Actual</b>	1.50-1.72	1.63 (0.06)	1.52-1.74	1.63 (0.06)
<b>IMC</b>	18.4-24.8	21.49 (1.93)	14.7-26.3	18.84 (6.24)
<b>Tempo do Peso Actual em Meses</b>	1-72	25.50 (19.86)	1-132	28.11 (32.65)
<b>Peso Mais Baixo desde Fim de Tratamento</b>	39-62	50.70 (6.91)	26-69	44.32 (8.92)
<b>Peso Mais Alto desde Fim de Tratamento</b>	47-80	60.75 (8.31)	42-80	58.19 (9.64)

Na tabela 7 é possível observar os resultados relativos ao estado clínico actual e necessidade de ajuda para sintomas actuais. Relativamente ao estado clínico actual, no grupo Recuperadas a totalidade 16 (100%) refere estar recuperada, e no grupo Não Recuperadas, perto de metade 17 (44.7%), refere estar melhor mas a precisar de tratamento. No que diz respeito à percepção de necessidade de ajuda, a totalidade do grupo Recuperadas 16 (100%) refere não necessitar de ajuda para sintomatologia actual e a maioria do grupo Não Recuperadas 24 (63.2%), também refere não necessitar de ajuda para sintomatologia actual.

Tabela 7. Percepção sobre estado clínico actual e necessidade de ajuda.

		<b>Recuperadas</b> n(%)	<b>Não Recuperadas</b> n(%)
<b>Estado Clínico Actual</b>			
	Recuperada	16(100)	15(39.5)
	Melhor mas a precisar de tratamento	-	17(44.7)
	Igual	-	-
	Pior	-	-
<b>Necessidade de Ajuda para Sintomas do Comportamento Alimentar</b>			
	Sim	-	14(36.8)
	Não	16(100)	24(63.2)

A tabela 8 apresenta os resultados que se referem ao tratamento no Hospital. Assim, no grupo Recuperadas, a duração do tratamento varia entre 0.8 e 8 anos (M= 2.35 e DP= 1.76) e no grupo Não Recuperadas, varia entre 0.1 e 10 anos (M= 3.10 e DP= 2.81). No que diz respeito aos internamentos relacionados com a PCA, no Hospital, no grupo Recuperadas a maioria 12 (63.2%), nunca esteve internada e no grupo Não Recuperadas mais de metade 21 (63.2%), também refere não ter estado internada. Quanto a idas ao Serviço de Urgência, no grupo Recuperadas a maioria 13 (81.3%), não recorreu ao Serviço de Urgência e no grupo Não Recuperadas, também a maioria 23 (60.5%), não precisou de recorrer ao Serviço de Urgência. Finalmente, e relativamente à forma como foi finalizado o tratamento no Hospital, no grupo Recuperadas mais de metade 9 (56.3%) abandonou o tratamento, no grupo Não Recuperadas a maioria 24 (63.2%) também abandonou o tratamento no hospital.

Tabela 8. Caracterização do tratamento no Serviço de Psiquiatria.

		<b>Recuperadas</b>		<b>Não Recuperadas</b>	
		Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
<b>Duração do Tratamento em Anos</b>		0.8-8	2.35 (1.76)	0.1-10	3.10 (2.81)
		n(%)		n(%)	
<b>Internamentos</b>					
	Sim	4(25)		17(44.7)	
	Não	12(75)		21(55.3)	
<b>Serviço de Urgência</b>					
	Sim	3(18.8)		15(39.5)	
	Não	13(81.3)		23(60.5)	
<b>Finalização do Tratamento</b>					
	Ainda em tratamento	-		6(15.8)	
	Finalizado pelo terapeuta	7(43.8)		4(10.5)	
	Dropout	9(56.3)		24(63.2)	
	Outro motivo	-		4(10.5)	

Na tabela 9 é possível observar os resultados que dizem respeito a outros tratamentos após o término do tratamento no Hospital. Relativamente a ter procurado novo tratamento, a totalidade, no grupo Recuperadas 16 (100%), não procurou novo tratamento e no grupo Não Recuperadas 19 (50%) participantes refere ter procurado novo tratamento.

Quanto a estar actualmente em novo tratamento, no grupo Recuperadas a totalidade 16 (100%), não está actualmente em novo tratamento e no grupo Não Recuperadas a maioria 33 (86.8%) não está, igualmente, actualmente em novo tratamento.

Tabela 9. Outro tratamento após tratamento no Serviço de Psiquiatria.

		<b>Recuperadas</b>	<b>Não Recuperadas</b>
		n(%)	n(%)
<b>Novo Tratamento</b>			
	Não	16(100)	13(34.2)
	Psiquiatra	-	8(21.1)
	Psicólogo	-	6(15.8)
	Psiquiatra e Nutricionista	-	1(2.6)
	Psiquiatra e Psicólogo	-	4(10.5)
<b>Ainda em Tratamento</b>			
	Sim	-	5(13.2)
	Não	16(100)	33(86.8)

A tabela 10 apresenta os resultados referentes à vivência de acontecimentos de vida marcantes. No grupo recuperadas a maioria 13 (81.3%) refere ter experienciado um acontecimento de vida marcante e no grupo Não Recuperadas também a maioria 30 (78.9%) menciona a experiência de um acontecimento de vida marcante. Os resultados referentes a cada um dos acontecimentos de vida marcante podem ser observados no anexo I.

Tabela 10. Acontecimentos de vida marcantes.

		<b>Recuperadas</b>	<b>Não Recuperadas</b>
		n(%)	n(%)
<b>Vivenciou algum Acontecimento de Vida Marcante</b>			
	Sim	13(81.3)	30(78.9)
	Não	3(18.8)	2(5.3)

Na tabela 11 estão apresentados os resultados relativos à frequência de comportamentos auto-flagelatórios. Os dados relativos à frequência destes comportamentos e há quanto tempo ocorreram podem ser observados no anexo II. Como é possível observar, em mais de metade das categorias: arranhar-se 5 (22.7%); cortar-se 3 (13.6%); queimar-se 4 (18.2%) e morder-se 4 (18.2%), a frequência de comportamentos auto-flagelatórios é superior no grupo Não Recuperadas.

Tabela 11. Resultados relativos à frequência de ferimentos auto-flagelatórios.

		<b>Recuperadas</b> n(%)	<b>Não Recuperadas</b> n(%)
<b>Arranhar-se</b>			
	Sim	2(22.2)	5(22.7)
	Não	6(66.7)	15(68.2)
<b>Magoar-se até fazer nódoas negras</b>			
	Sim	2(22.2)	2(9.1)
	Não	5(55.6)	18(82.8)
<b>Cortar-se</b>			
	Sim	2(22.2)	3(13.6)
	Não	5(55.6)	17(77.3)
<b>Queimar-se</b>			
	Sim	-	4(18.2)
	Não	8(88.9)	15(68.2)
<b>Morder-se</b>			
	Sim	1(11.1)	4(18.2)
	Não	6(66.7)	16(72.7)
<b>Outro tipo de ferimento auto-infligido</b>			
	Sim	1(11.1)	1(4.5)
	Não	2(22.2)	8(36.4)

Os resultados relativos à trajectória clínica, durante e após o período de tratamento no Centro Hospitalar do Norte do país, podem ser observados no quadro 12.

Como podemos observar, existem diferenças significativas apenas na variável Peso Mais Baixo Desde Fim de Tratamento,  $U = 131$ ,  $p = .017$ . A variável Número de Internamentos apresenta valores marginalmente significativos ( $p < .10$ ),  $U = 228$ ,  $p = .098$ . Estes dados indicam que o grupo Recuperadas apresenta valores mais baixos de peso corporal desde o fim do tratamento quando comparado com o grupo Não Recuperadas, estes dados também indicam que o grupo Não Recuperadas apresenta um número superior de idas ao Serviço de Urgência face ao grupo Recuperadas.

Tabela 12. Resultados relativos à trajectória clínica dos grupos Recuperadas e Não Recuperadas.

	Recuperadas ( $n = 16$ ) <i>Ordem Média</i>	Não Recuperadas ( $n = 38$ ) <i>Ordem Média</i>	<i>U</i>
<b>Duração Tratamento em Meses</b>	25.94	27.46	279
<b>Peso mais baixo desde fim de tratamento</b>	30.27	20.23	131*
<b>Peso mais alto desde fim de tratamento</b>	27.31	23.09	211
<b>Número de internamentos</b>	22.75	29.50	228T
<b>Número de urgências</b>	23.84	29.04	245.50

T $p < .10$ ; \* $p < .05$

Os resultados relativos à importância dada ao peso, à forma corporal, ao medo de engordar e ao sentimento de estar gorda, assim como, os resultados relativos à frequência de comportamentos alimentares disfuncionais e métodos compensatórios para controlo de

peso corporal, na auto-avaliação do sujeito, no mês de avaliação, podem ser observados na tabela 13.

Como é possível observar, existem diferenças significativas entre os grupos Recuperadas e Não Recuperadas ao nível das sub-escalas, Restrição,  $U = 49$ ,  $p = .053$ , Preocupação com a Forma,  $U = 42.50$ ,  $p = .014$ , Preocupação com o Peso,  $U = 49.50$ ,  $p = .031$  e, finalmente, no Score total,  $U = 46$ ,  $p = .021$ . A sub-escala Preocupação com a comida apresenta valores marginalmente significativos ( $p < .10$ ),  $U = 60$ ,  $p = .085$ . Estes resultados, ao apresentarem diferenças significativas e marginalmente significativas em todas as variáveis, indicam que as participantes do grupo Não Recuperadas apresentam maiores graus de preocupação relativamente ao peso, à forma corporal, a engordar ou a ganhar peso e também relativamente a estar gorda, quando comparado com o grupo Recuperadas. A partir da observação dos dados, podemos verificar que a variável método compensatório, vômito, número de vezes, apresenta valores marginalmente significativos ( $p < .10$ ),  $U = 66.50$ ,  $p = .088$ . Não existem outras diferenças significativas. Estes dados indicam que o grupo de Não Recuperadas apresenta um maior número de episódios de utilização do vômito como método compensatório para controlo de peso corporal, quando comparado com o grupo Recuperadas.

Tabela 13. Resultados relativos às diferenças entre os grupos Recuperadas e Não Recuperadas no EDE-Q.

	Recuperadas ( $n = 9$ ) Ordem Média	Não Recuperadas ( $n = 22$ ) Ordem Média	$U$
<b>Sub-escalas</b>			
Restrição	10.44	17.05	49*
Preocupação com a forma	9.72	18.57	42.50**
Preocupação com a comida	11.67	17.77	60T
Preocupação com o peso	10.50	18.25	49.50*
Score total	10.11	18.41	46*
<b>Frequência de Comportamentos Alimentares Disfuncionais</b>			
Episódios bulímicos	13.33	17.09	75
Episódios bulímicos com falta de controlo	12.78	17.32	70
Episódios bulímicos DIAS com falta de controlo	12.78	17.32	70
Vômito	12.39	17.48	66.50T
Laxantes	13.50	17.02	76.50
Exercício físico	12.83	17.30	70.50

Tp < .10; \*p < .05; \*\*p < .01

Os resultados relativos aos quadros sintomatológicos identificados, na auto-avaliação do sujeito, e à sua intensidade podem ser observados no quadro 14.

Como podemos verificar, através dos dados apresentados, no que diz respeito às escalas avaliadas, a variável Hostilidade apresenta valores marginalmente significativos ( $p < .10$ ),  $U = 57.50$ ,  $p = .07$ , não existem diferenças significativas nas restantes escalas. No que diz respeito aos índices Gerais, também avaliados, não existem diferenças significativas.

Tabela 14. Resultados relativos às diferenças entre os grupos Recuperadas e Não Recuperadas no SCL 90-R.

	Recuperadas ( $n = 9$ ) Ordem Média	Não Recuperadas ( $n = 22$ ) Ordem Média	U
<b>Dimensões Sintomatológicas</b>			
Somatização	13.56	17	77
Obsessão – Compulsão	12.89	17.27	71
Sensibilidade interpessoal	15.22	16.32	92
Depressão	13.22	17.14	74
Ansiedade	12.94	17.25	71.50
Hostilidade	11.39	17.89	57.50T
Fobia	13.56	17	77
Ideação paranoide	15.11	16.36	91
Psicoticismo	13.28	17.11	74.50
<b>Índices Globais</b>			
Índice Sintomas Positivos	14.72	16.52	87.50
Índice Global de Severidade	13	17.23	72
Total Sintomas Positivos	13	17.23	72

$Tp < .10$

Os resultados relativos às características centrais dos quadros clínicos das PCA, obtidos através do *EDE-Q* e os resultados que dizem respeito sintomatologia psicológica ou mal-estar psicológico geral, obtidos através do *SCL 90-R*, são apresentados através das medidas de tendência central e de dispersão das escalas que constituem os instrumentos mencionados, e figuram nas Tabelas 15 e 16, respectivamente. Como é possível observar, no que diz respeito aos resultados do *EDE-Q*, todas as sub-escalas se situam abaixo do ponto de corte, à exceção das sub-escalas Restrição e Score Total, no grupo NR, em que os valores obtidos se destacam, substancialmente de forma superior, dos pontos de corte. Quanto aos resultados do *SCL 90-R*, no grupo R, é possível observar nas sub-escalas, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ideação Paranoide, Psicoticismo e no Índice de Gravidade Geral, os resultados se situam acima do ponto de corte, as restantes sub-escalas situam-se abaixo dos mesmos; no grupo NR, a totalidade das sub-escalas, à exceção de Ansiedade Fóbica, se situaram acima do ponto de corte.

Tabela 15. Médias e Desvios Padrão (M e DP) das pontuações das Sub-escalas e Score Total do EDE-Q no grupo Não Recuperadas.

Sub-escalas e Score Total <i>EDE-Q</i>										
Recuperadas						Não Recuperadas				
	<b>R</b>	<b>PF</b>	<b>PC</b>	<b>PP</b>	<b>ST</b>	<b>R</b>	<b>PF</b>	<b>PC</b>	<b>PP</b>	<b>ST</b>
M	1.22	1.22	.87	1.69	1.28	10.88*	3.58	2.10	3.63	8.65*
(DP)	(1.47)	(1.47)	(1.50)	(1.25)	(1.14)	(36.68)	(2.10)	(1.77)	(2.17)	(15.09)

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

Tabela 16. Médias e Desvios Padrão (M e DP) das pontuações das Sub-escalas e Score Total do EDE-Q no grupo Não Recuperadas.

Sub-escalas e Índice Gravidade Geral do <i>SCL 90-R</i>										
Recuperadas										
	<b>S</b>	<b>OC</b>	<b>SI</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>H</b>	<b>AF</b>	<b>IP</b>	<b>P</b>	<b>GSI</b>
M	1.11	1.40	1.86*	1.58*	1.17	.80	.40	1.47*	.81*	1.27*
(DP)	(.58)	(.67)	(.85)	(.62)	(.55)	(.51)	(.34)	(1.07)	(.65)	(.61)
Não Recuperadas										
	<b>S</b>	<b>OC</b>	<b>SI</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>H</b>	<b>AF</b>	<b>IP</b>	<b>P</b>	<b>GSI</b>
M	1.35*	1.70*	1.90*	1.87*	1.52*	1.47*	.66	1.61*	1.14*	1.52*
(DP)	(.63)	(.89)	(1.08)	(.98)	(.78)	(.99)	(.59)	(.94)	(.80)	(.75)

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, respectivamente.

Os resultados que se reportam ao questionário clínico e sócio-demográfico podem ser observados no quadro 17.

Como é possível observar, a partir dos dados da tabela anterior, existe uma associação significativa entre os grupos Recuperadas e Não Recuperadas e a toma actual de psicofármacos, Teste de Fisher,  $p = .02$ ; em ambos os grupos, a maioria, Recuperadas (93.8%) e Não Recuperadas (63.2%), não está, actualmente a tomar psicofármacos. Podemos também observar que a variável Diagnóstico de AN ou BN vs EDNOS apresenta valores marginalmente significativos ( $p < .10$ ),  $p = .084$ ; no grupo Recuperadas a maioria 14 (87.5%) foi diagnosticada com AN ou BN, no grupo Não Recuperadas a totalidade das participantes 38 (100%) foi diagnosticada com AN ou BN.

Tabela 17. Resultados relativos ao questionário clínico e sócio-demográfico.

	Recuperadas n(%)	Não Recuperadas n(%)	<i>p</i>
<b>Psicofármacos actuais</b>			
Com Psicofármacos	1(6.3)	14(36.8)	.024
Sem Psicofármacos	15(93.8)	24(63.2)	
<b>Diagnóstico AN/BN vs EDNOS</b>			
AN/BN	14(87.5)	38(100)	.084
PCASOE	2(12.5)	-	

#### 1.4. Discussão e Conclusões

Este capítulo será organizado em torno de quatro aspectos centrais: 1) prevalência de indivíduos recuperados e indivíduos não recuperados; 2) indicadores clínicos associados ao curso e evolução de uma PCA; 3) presença ou ausência de sintomatologia do comportamento alimentar e possível presença de novos quadros sintomatológicos e, finalmente, 4) presença de variáveis psicossociais possivelmente associadas ao processo de recuperação. Assim, propomo-nos a reflectir sobre a pertinência dos principais resultados obtidos, elaborando a articulação e integração teórica dos mesmos, procurando contribuir, desta forma, para a compreensão do curso e evolução de uma PCA enquanto processo, reflectindo sobre algumas características centrais que fazem parte desse mesmo processo.

No final do capítulo, serão apresentadas as principais conclusões do estudo presente, através da sistematização e integração dos resultados obtidos. Serão ainda apresentadas as principais limitações associadas a este estudo e também propostas para investigações futuras, cujo contributo possa permitir uma compreensão mais clara sobre as PCA, a sua evolução e processo de recuperação.

##### 1.4.1. Discussão

###### Prevalência de indivíduos recuperados e não recuperados

Neste estudo - a divisão dos grupos segundo indicadores de ordem clínica (IMC  $\leq$  17.5; Finalização de Tratamento e Novo Tratamento após Tratamento no Serviço de Psiquiatria) e indicadores de ordem subjectiva (Estado Clínico Actual e Necessidade de Ajuda para Sintomatologia Actual), numa aproximação de definição de recuperação abrangente das PCA - os resultados indicam uma taxa de 70.4% de participantes não recuperados em oposição a 29.6% de participantes recuperados. A elevada taxa de participantes não recuperados, no presente estudo, vai de encontro ao que tem sido descrito na literatura, em estudos anteriores, em que as taxas de não recuperação são também significativas (Pike, 1998; Fichter & Quadflieg, 1999 & Wonderlich, et al., 2012), tanto mais, quanto for considerada uma definição de recuperação que inclua critérios de ordem clínica e

critérios de ordem psicológica (Ben-Tovim et. al, 2001 & Saccomani, Savoini, and Cirrincione, 1998, cit. in, Noordenbos & Seubring, 2006).

### **Indicadores clínicos associados ao curso e evolução de uma PCA**

Neste ponto, serão focados os principais indicadores clínicos e os principais indicadores relativos a critérios de trajetória clínica, identificados, no curso e evolução de uma PCA. Assim, e no que diz respeito aos principais indicadores clínicos identificados, no momento de admissão, a maioria dos diagnósticos atribuídos, 63%, eram coincidentes com um diagnóstico de AN. Das participantes não recuperadas, 60.5% apresentava um diagnóstico de AN e 39.5% apresentava um diagnóstico de BN. Destas participantes, nenhuma foi admitida em tratamento com um diagnóstico de PCASOE. Estes resultados são consistentes com os resultados avançados por diversos autores (Pike, 1998; Fichter & Quadflieg, 1999; Steinhausen, 2002; Farber, Jackson, Tabin Bachar, 2007; Berkman, Lhor & Bulik, 2007) que chamam a atenção para o facto de as PCA, sobretudo a AN e a BN, continuarem a ser consideradas perturbações mentais sérias e muitas vezes associadas a um curso de doença de grande severidade clínica e muitas vezes crónico. Estes resultados confirmam também a hipótese formulada no início deste estudo que prediz que os indivíduos não recuperados estão maioritariamente associados a um diagnóstico de AN ou BN, apresentando taxas elevadas de cronicidade. No entanto, das participantes recuperadas, também um número elevado de participantes apresentava uma percentagem elevada de diagnóstico de AN e BN, no momento de admissão do tratamento no Serviço de Psiquiatria. Estes dados poderão apontar para a existência de outras variáveis que deverão ser tidas em conta na predição de indivíduos recuperados e não recuperados. Seguimos com a discussão dos resultados obtidos ao nível dos indicadores físicos, como o padrão menstrual, a toma de contraceptivo oral e o IMC. Foi possível observar que 84.2% das participantes não recuperadas tem, actualmente, um padrão menstrual regular e 52.6% toma um contraceptivo oral. Este resultado poderá apontar para uma questão pertinente levantada em torno dos critérios de diagnóstico de AN a figurar na próxima edição do DSM-5 (APA) por Attia e colaboradores (2009). Estes autores discutem a exclusão do critério Amenorreia, argumentando que, para além de outros argumentos apresentados, a toma de um regulador hormonal, como um contraceptivo oral, poderá simular uma possível amenorreia que poderia estar presente na ausência do regulador hormonal. A média do IMC das participantes não recuperadas foi de 18.84, o valor mínimo identificado foi 14.71 e o máximo 26.30. Embora a média de IMC obtida tenha sido superior ao valor mínimo exigido para critério de diagnóstico de AN ( $IMC \leq 17.5$ ) (DSM-IV-TR, 2000), podemos verificar que o valor mínimo obtido está substancialmente abaixo do valor anteriormente mencionado, o que está

em consonância com o critério de diagnóstico de uma AN. No que diz respeito aos indicadores da trajetória clínica, serão discutidos os principais critérios identificados. São eles: A duração, em anos, do tratamento no Serviço de Psiquiatria; o número de internamentos, a forma como foi finalizado o tratamento no Serviço de Psiquiatria e finalmente a procura de novo tratamento após tratamento no Serviço de Psiquiatria. Quanto à duração do tratamento no Serviço de Psiquiatria, a média de duração de tratamento, em anos, no grupo de participantes não recuperadas foi ligeiramente superior à média no grupo de participantes recuperadas, 3.10 e 2.35, respectivamente. No que diz respeito ao número de internamentos, este, foi superior nas participantes não recuperadas, 44.7% das participantes deste grupo foi internada no hospital, pelo menos uma vez no âmbito da PCA. Yakobovitch-Gavan e colaboradores (2009), identificaram como factores associados à predição da não remissão sintomática da AN, entre outros factores, um maior número de hospitalizações e uma maior duração do tratamento em ambulatório. Os resultados anteriormente apresentados vão de encontro aos dados relativos ao estudo previamente referido, tendo em conta a elevada taxa de diagnóstico de AN no grupo das participantes não recuperadas. Relativamente à finalização do tratamento no Serviço de Psiquiatria, 15.8% das participantes não recuperadas ainda se encontra em tratamento no serviço anteriormente referido. As taxas de dropout em ambos os grupos de participantes, recuperadas e não recuperadas, foram elevadas, 56.2% e 63.2%, respectivamente. Estes resultados vão de encontro ao que tem sido descrito, na literatura, como um fenómeno recorrente nas PCA, por outros autores (Fassino, Pierò, Tomba & Abbate-Daga, 2009; Bjork, Bjork, Clinton, Sohlberg & Norring, 2009). Um maior conhecimento sobre os preditores associados a um abandono precoce do tratamento, assim como uma compreensão das estratégias que poderão fazer parte de uma permanência no tratamento, possibilitaria o desenvolvimento de intervenções focadas, também, na prevenção de dropout (Hoste, Zaitsoff, Hewell & Le Granje, 2007). Finalmente, ao nível da procura de novo tratamento após tratamento no Serviço de Psiquiatria, a totalidade das participantes recuperadas não procurou novo tratamento e 50% das participantes não recuperadas refere ter procurado novo tratamento. Relativamente à trajetória clínica das participantes, predizemos, anteriormente, neste estudo, que as participantes recuperadas finalizaram o processo terapêutico no Serviço de Psiquiatria e não procuraram novo tratamento e que as participantes não recuperadas mantêm o tratamento inicial ou procuraram novo tratamento. Quanto às participantes recuperadas, foi confirmado que estas, na sua totalidade, não procuraram novo tratamento, no entanto a maioria decidiu pôr fim ao tratamento sem alta terapêutica, não confirmando a hipótese de que teriam terminado o tratamento com alta terapêutica; quanto às participantes não recuperadas, apenas 15.8% se mantinha em processo terapêutico, iniciado no Serviço de Psiquiatria, no entanto 50% procuraram novo

tratamento após o primeiro tratamento. Estes dados não confirmam a hipótese inicialmente apresentada, tendo em conta que 34.2% das participantes não recuperadas não procurou novo tratamento.

### **Presença ou ausência de sintomatologia do comportamento alimentar e possível presença de novos quadros sintomatológicos**

Ao nível da presença ou ausência de sintomatologia do comportamento alimentar e possível presença de novos quadros sintomatológicos, os resultados obtidos a partir da análise do EDE-Q, que nos permite avaliar as características centrais dos quadros clínicos das PCA, apontam para diferenças significativas entre as participantes recuperadas e as participantes não recuperadas, no que diz respeito a todas as sub-escalas e score total daquele instrumento. Estes resultados indicam que as participantes não recuperadas apresentam maiores graus de preocupação relativamente ao peso, à forma corporal, a engordar ou a ganhar peso e também relativamente a estar gorda. No que diz respeito à frequência de comportamentos alimentares disfuncionais e métodos compensatórios para controlo de peso corporal, os resultados obtidos indicam que as participantes não recuperadas apresentam um maior número de episódios de utilização do vômito como método compensatório para controlo do peso corporal, quando comparadas com as participantes recuperadas. Estes resultados corroboram aquilo que tem vindo a ser descrito na literatura, e que, apesar de, enquanto fenómenos patológicos, as PCA serem já um fenómeno largamente reconhecido, uma clara compreensão das causas das mesmas, assim como a melhor forma de prevenção e de tratamento, continuam inexistentes (Polivy & Herman, 2002). Estes resultados, ao se apresentarem como resultados que descrevem continuidade no tempo, assim como severidade clínica, vão igualmente de encontro ao conceito de cronicidade ilustrado na literatura (Pike, 1998; Fichter & Quadflieg, 1999 & Wonderlich, et al., 2012). No que diz respeito a outros quadros sintomatológicos que possam ter surgido no curso da PCA, a partir dos resultados obtidos através do SCL 90-R, que providencia uma visão abrangente sobre os quadros sintomatológicos dos indivíduos, assim como a sua presente intensidade, na comparação dos grupos das participantes recuperadas e não recuperadas, foram apenas observadas diferenças a nível da variável Hostilidade. No entanto quando analisados individualmente, podemos verificar que os valores apresentados no grupo das participantes não recuperadas, na totalidade das sub-escalas, à excepção de Ansiedade Fóbica, se situam acima dos valores de corte calculados para este instrumento (Machado, 2003). Os pontos de corte representam um ponto específico em que as distribuições das populações clínicas e não-clínicas se sobrepõem, o que indica ser mais provável que quando os valores obtidos se situam *abaixo do ponto de*

*cut-off* pertençam à população normal e não à população clínica, verificando-se o oposto quando os resultados estão situados *acima do ponto de corte* (Machado, 2003). Os dados relativos às participantes não recuperadas vão de encontro ao descrito por autores como Steinhausen & Weber (2009) e Wagner e colaboradores, que referem que as taxas de comorbilidade entre PCA e outras perturbações psiquiátricas, ou outros quadros sintomatológicos tendem a ser elevadas. Os dados referentes aos resultados obtidos através do SIQ-TR, que permite avaliar os ferimentos auto-flagelatórios enquanto comportamentos que deliberadamente causam dano ao corpo, mas que não compreendem qualquer intenção suicida, não se constituíram, na sua maioria como clinicamente significativos, tendo em conta que tinham ocorrido havia mais de um ano.

### **Presença de variáveis psicossociais possivelmente associadas ao processo de recuperação**

Finalmente, e relativamente às variáveis psicossociais possivelmente associadas ao processo de recuperação, os resultados que mais se destacaram a esse nível referem-se à vivência de acontecimentos de vida marcantes, aos contactos sociais e ao tempo livre. Relativamente aos acontecimentos de vida marcantes, ambos os grupos, de participantes recuperadas e de participantes não recuperadas, referem ter experienciado um acontecimento de vida marcante desde que terminaram o tratamento no Serviço de Psiquiatria, 81.3% e 78.9%, respectivamente. No que diz respeito à rede de suporte social, 93.9% das participantes referiu ter amigos próximos, já 86.8% das participantes não recuperadas afirmou ter, maioritariamente amigos superficiais. Estes resultados vão de encontro à hipótese formulada no início deste estudo, em que o grupo de participantes recuperadas apresenta um número mais elevado de acontecimentos de vida marcantes e uma rede de suporte social mais estruturada e alargada. Quanto ao tempo livre, os dois grupos de participantes, recuperadas e não recuperadas, passa a maior parte do seu tempo livre com a família, amigos e namorado. No que diz respeito à presença de variáveis psicossociais possivelmente associadas ao processo de recuperação, os dados do presente estudo estão em consonância com os dados obtidos num estudo realizado por Nilsson e Hagglof (2006), em que, para além de outros factores, foram identificados como factores relevantes para o processo de recuperação de uma PCA, a vivência de acontecimentos de vida marcantes e a presença de outros significativos, como familiares, amigos e parceiros amorosos durante o processo de recuperação.

#### **1.4.2. Conclusões**

Com este estudo foi possível concluir que um elevado número de indivíduos com diagnóstico de PCA apresenta um curso de doença crónico, caracterizado pela manutenção de sintomas do comportamento alimentar ao longo do tempo, pela severidade clínica desses sintomas e pelo compromisso da vida social. Também se concluiu, com a realização deste estudo, que a presença de uma rede de suporte social e familiar, assim como a vivência de acontecimentos de vida marcante, está associado a um estado clínico de recuperação. Estes resultados permitem constatar a necessidade de um olhar abrangente e integrativo na definição de critérios de recuperação de uma PCA. Uma abordagem que compreenda uma definição de recuperação, clínica, psicológica, emocional e social poderá constituir-se como os próximos passos a seguir para o aumento da prevenção de recaídas, assim como o aumento das taxas de indivíduos totalmente recuperados.

Uma importante conclusão a que o estudo presente permite chegar, está relacionada com o número elevado de dropout identificado nos indivíduos com diagnóstico de PCA. Estes resultados alertam-nos para a urgência de identificação de variáveis: psicológicas; clínicas; de tratamento; contextuais e familiares. Esta identificação tornaria possível a identificação de preditores deste fenómeno, visando a prevenção do mesmo ao ser contemplado nas linhas orientadoras de intervenções terapêuticas para o tratamento de PCA. Seria de esperar que a decisão de abandono do tratamento, tomada apenas pelo indivíduo sem alta terapêutica, estivesse associada a piores prognósticos no que diz respeito ao processo de recuperação dos indivíduos com diagnóstico de PCA. No entanto, neste estudo, as taxas de dropout foram elevadas independentemente de o estado clínico actual coincidir com um estado de recuperação ou de não recuperação.

Finalmente, foi possível concluir que os quadros sintomatológicos desenvolvidos no curso de uma PCA não se cingem a sintomatologia do comportamento alimentar, aumentando, desta forma, a complexidade desses mesmos quadros sintomatológicos.

Das principais limitações associadas à elaboração deste estudo, destacamos as seguintes: 1) a realização das avaliações do Questionário Clínico e Sócio-Demográfico através de chamadas telefónicas; 2) Contactos telefónicos não actualizados na base de dados do Serviço de Psiquiatria; 3) Envio de questionários de auto-relato por correio.

Futuros estudos, que compreendam um aumento da amostra, inclusivamente ao nível de indivíduos com diagnóstico de PCASOE, permitiriam realizar uma caracterização da evolução clínica e recuperação dos indivíduos incluídos nesta categoria diagnóstica, tendo em conta a baixa prevalência dos mesmos, no nosso estudo.

Dada a extensão dos dados obtidos em relação a esta amostra, não foi possível explorar as questões relativas à caracterização sócio-demográfica da mesma e dos grupos Recuperadas e Não Recuperadas, na discussão do nosso estudo. Assim, para uma maior definição da caracterização desta população, seria interessante explorar estas questões em estudos exploratórios futuros

Seria interessante, em futuras investigações, avaliar e identificar as variáveis associadas aos indivíduos que decidiram abandonar o tratamento, de forma a caracterizar este grupo e definir, a existirem associações, quais as variáveis associadas aos estados de recuperação e não recuperação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J. E., Halmi, K. A. & Bryson, S. (2009). A 4-Year Prospective Study of Eating Disorder NOS Compared With Full Eating Disorder Syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 565-570. doi: 10.1002/eat.20708

Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

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 11/06/2012].

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 11/06/2012].

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 11/06/2012].

Attia, E. & Roberto, A. C. (2009). Should Amenorrhea Be a Diagnostic Criterion for Anorexia Nervosa? *International Journal of Eating Disorder*, 42, 581-589. doi: 10.1002/eat.20720

Attia, E. & Walsh, B. T. (2007). Anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 164 (12), 1805-1810.

Bardone-Cone, A., Schaefer, L., Maldonado, C., Ftizsimmons, E., Harney, M., Lawson, M., Robinson, D. P., Tosh, A. & Smith, R. (2010). Aspects of Self-Concept and Eating Disorder Recovery: What Does the Sense of Self Look Like When an Individual Recovers from an Eating Disorder?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 821-846.

Beaumont, J. V. (1988). Bulimia: Is It an Illness Entity?. *International Journal of Eating Disorders*, 7(2), 167-176.

- Bemporad, J. R. (1997). Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theoretical Medicine*, 18, 401-420.
- Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., & Esterman, A. (2001). *Outcome in patients with eating disorders: A 5-year study*. *Lancet*, 357(9264), 1254–1257.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N. & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of Eating Disorders: A Systematic Review of the Literature. *International Journal Eating Disorders*, 40, 293-309. doi: 10.1002/eat.20369. doi 10.1002/eat
- Bjork, T., Bjork, C., Clinton, D., Staffan, S. & Norring, C. (2009). What Happened to the Ones Who Dropped Out? Outcome in Eating Disorder Patients Who Complete or Prematurely Terminate Treatment. *European Eating Disorders Review*, 17, 109-119. doi: 10.1002/erv.911
- Bjork, T., & Ahlstrom, G. (2008). *The Patient's Perception of Having Recovered From an Eating Disorder*. *Health Care for Women International*, 29, 926-944. doi: 10.1080/07399330802269543
- Castro, J., Deufoleu, R., Gila, A., Puig, J., & Toro, J. (2004) *Persistence of Nutritional Deficiencies after Short-term Weight Recovery in Adolescents with Anorexia Nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 169-178. doi: 10.1002/eat.10249
- Clausen, L. (2004). Time Course of Symptom Remission in Eating Disorders. *International Journal Eating Disorders*, 36, 296-306. doi: 10.1002/eat.20043
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Brambilla, F. & Marchesin, G. (2008). Personality Dimensions and Treatment Drop Out Among Eating Disorder Patients Treated with Cognitive Behavior Therapy. *Psychiatry Research*, 158, 381-388. doi: 10.1016/j.psychres.2007.07.028.
- Dellava, J. E., Policastro, P., & Hoffman, D. J. (2009). *Energy Metabolism and Body Composition in Long-Term Recovery from Anorexia Nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 415-421. doi: 10.1002/eat.20619
- Ekstrand, A. & Villanueva, E. (2011). Terapia Cognitivo-Conductual para los Trastornos de la Conducta Alimentaria Según la Visión Transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33.

Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.

Fairburn, C. & Bohn, K. (2005). Eating Disorders NOS (EDNOS): An Example of the Troublesome “Not Otherwise Specified” (NOS Category in DSM-IV [Em linha]. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2785872/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2785872/). [Consultado em 15/05/2012].

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407–416.

Fairburn, C., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H., Norman, P. & O’Connor, M. (2003). Understanding Persistence in Bulimia Nervosa: A 5-Year Naturalistic Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 103-109. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.103

Fairburn, C. & Wilson, T. (1993). Binge Eating: Definition and Classification. In C. Fairburn & T. Wilson (Eds), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment* (pp. 3-14). New York: The Guilford Press.

Farber, S. K., Jackson, C. C., Tabin, J. K. & Bachar, E. (2007). Death and Annihilation Anxieties in Anorexia Nervosa, Bulimia and Self-Mutilation. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 289-305. doi: 10.1037/0736-9735.24.2.289

Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. & Abbate-Daga, G. (2009). Factors Associated With Dropout from Treatment for Eating Disorders: A Comprehensive Literature review [Em linha]. Disponível em: [www.biomedcentral.com/1471-244X/9/67](http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/67). [Consultado em 23/06/2012].

Feixas, G., Montebruno, C., Castillo, M. & Compañ, V. (2010). Self Construction, Cognitive Conflicts and Polarization in Bulimia Nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 445-457.

Fichter, M. & Quadflieg, N. (1999). Six-Year Course and Outcome of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 359-385.

First, B. M. (2010). Clinical Utility in the Revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 465-473. doi: 10.1037/a0021511

Forbush, T. K., South, C. S., Krueger, F. R., Iacono, G. W., Clark, A. L., Keel, K. P., Legrand, N.L. & Watson, D. (2010). Locating Eating Pathology Within an Empirical Diagnostic Taxonomy: Evidence From a Community-Based Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 282-292. doi: 10.1037/a0019189

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.

Gelo, O., Braakmann, D. & Benetka, G. (2008). Quantitative and Qualitative Research: Beyond the Debate. *Integr Psychological Behavior*, 42, 266-290. doi 10.1007/s12124-008-9078-3

Gordon, K., Denoma, J. & Joiner, T. (2005). The Classification of Eating Disorders. In J. E. Mitchell & C. B. Peterson (Eds), *Assessment of Eating Disorders* (pp. 17-31), New York: The Guilford Press.

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. doi: 10.1002/eat.20719

Holtkamp, K., Muller, B., Heussen, N., Remschmidt, H., & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). *Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(2), 106-110. doi 10.1007/s00787-005-0431-5

Hoste, R. R., Zaitsoff, S., Hewell, K. & Le Grange, D. (2007). What Can Dropouts Teach Us About Retention in Eating Disorder Treatment Studies?. *International Journal Eating Disorders*, 40, 668-671. doi: 10.1002/eat.20421

Jarman, M., & Walsh, S. (1999). *Evaluating recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa: Integrating lessons learned from research and clinical practice*. *Clinical Psychology Review*, 19(7), 773–788.

Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C. & Herzog, D. B. (2005). Postremission Predictors of Relapse in Women With Eating Disorders. *Am J Psychiatry*, 162, 2263-2268.

Keller, M. B., Herzog, D. B., Lavori, P. W., Bradburn, I. S. & Mahoney, E. M. (1992). The Naturalistic History of Bulimia Nervosa: Extraordinarily High Rates of Chronicity, Relapse, Recurrence, and Psychosocial Morbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 12(1), 1-9.

Machado, B. (2003). *Anorexia Nervosa: Validação divergente de uma narrative protótipo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade do Minho

Machado, P. P., Machado, C. B., Gonçalves, S. & Hoek, W. H. (2007). The Prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212–217. doi 10.1002/eat.20358

Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS – Saber Decidir, Fazer, Interpretar e Redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Moura, E. (2005). *Anorexia Mental*. Lisboa: NDCA – Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar. (obra original publicada em 1947).

Nilsson, K., & Hagglof, B. (2006). *Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa*. *Eating Disorders*, 14, 305-311. doi: 10.1080/10640260600796234

Noordenbos, G., & Seubring, A. (2006). *Criteria from Eating Disorders According to Patients and Therapists*. *Eating Disorders*, 14, 41-54.

Pearce, J. M. S. (2004). Richard Morton: Origins of Anorexia Nervosa. *European Neurology*, 52, 191-192. doi: 10.1159/000082033

Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W. & Wonderlich, S. A. (2009). Validity and Utility of Subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (7), 590-594.

Pike, K. (1998). Long-Term Course of Anorexia Nervosa: Response, Relapse, Remission, and Recovery. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 447-475.

Pettersen, G., & Rosenvinge, J. H. (2002). *Improvement and Recovery from Eating Disorders: A Patient Perspective*. *Eating Disorders*, 10, 61-71.

Polivy, J. & Herman, P (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187–213

Rockert, W., Kaplan, A. S. & Olmsted, M. P. (2007). Eating Disorder Not Otherwise Specified: The view from a tertiary care treatment center. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 99-103. doi: 10.1002/eat.

Shafran, R., Fairburn, G. C., Robinson, P. & Lask, B. (2004). Body Checking and its Avoidance in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 35, 93-101.

Steinhausen, H. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20<sup>th</sup> Century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293. doi: 10.1002/eat.10228

Steinhausen, H. & Weber, S. (2009). The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings from One-Quarter Century of Research. *American Journal Psychiatry*, 166, 1331-1341.

Striegel-Moore, R. H. & Bulik, C. M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.

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*, Vol. 18 (4), 447-475

Stunkard, A. (1993). Binge Eating: Definition and Classification. In C. Fairburn & T. Wilson (Eds), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment* (pp. 15-34). New York: The Guilford Press.

Swinbourne, J. M. & Touyz, S. W. (2007). The Co-Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *European Eating Disorders Review*, 15, 253-274. doi: 10.1002/erv.784

Thomas, J., Vartanian, L. & Brownell, K. (2009). The Relationship Between Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) and Officially Recognized Eating Disorders: Meta-Analysis and Implications for DSM. *Psychological Bulletin*, 135(3), 407-433. doi: 10.1037/a0015326

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. doi: 10.1002/erv.768

Vaz, R. A., Conceição, M. E. & Machado, P. P. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 2(XXVII), 189-197.

Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Henry, S. E., Vogel, V., Plotnicov, K., McConaha, C., & Kaye, W. H. (2006). *Personality Traits after Recovery from Eating Disorders: Do Subtypes Differ?*. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 276-284. doi: 10.1002/eat.20251

Walsh, B. T., & Sysko, R. (2009). *Broad Categories for the Diagnosis of Eating Disorders (BCD-ED): An Alternative System for Classification*. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 754-764. doi: 10.1002/eat.20722

White, A. M. & Grilo, M. C. (2011). Diagnostic Efficiency of DSM–IV Indicators for Binge Eating Episodes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 75-83.

Wilfley, E. D., Bishop, E. M., Wilson, T. G. & Agras, S. W. (2007). Classification of Eating Disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorder*, 40, 123-129. doi: 10.1037/a0022210

Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T. & Agras, W. S. (2007). Classification of Eating Disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 123-129. doi: 10.1002/eat.20436

Wilson, T. G., Grilo, M. C. & Vitousek, M. K. (2007). Psychological Treatment of Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.199

Wilson, T. G. & Sysko, R. (2009). Frequency of Binge Eating Episodes in Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Diagnostic Considerations. *International Journal of Eating Disorder*, 42, 603-610. doi: 10.1002/eat.20726

Wonderlich, A. S., Joiner, E. T., Keel, K. P., Williamson, A. D. & Crosby, D. R. (2007). Eating Disorder Diagnoses Empirical Approaches to Classification. *American Psychologist*, *62*(3), 167-180.

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. doi: 10.1002/eat.20978.

Yackobovitch-Gavan, M., Golan, M., Valevski, A., Kreitler, S., Bachar, E., Lieblich, A., Mitrani, E., Weizman, A. & Stein, D. (2009). An integrative quantitative model of factors of influencing the course of anorexia nervosa over time. *International Journal of Eating Disorders*, *42* (4), 306-317.

## ANEXO I

Tabela 18. Resultados relativos à frequência dos tipos de acontecimentos de vida marcantes.

		<b>Recuperadas</b>	<b>Não Recuperadas</b>
		n(%)	n(%)
<b>Tipo de Acontecimento de Vida Marcante</b>			
<b>Casamento</b>			
	Sim	2(12.5)	3(7.9)
	Não	14(87.5)	29(76.3)
<b>Alteração de Estado Civil</b>			
	Sim	1(6.3)	2(5.3)
	Não	15(93.8)	30(78.9)
<b>Início de Relacionamento Significativo</b>			
	Sim	-	7(18.4)
	Não	16(100)	25(65.8)
<b>Terminou Relacionamento Significativo</b>			
	Sim	-	2(5.3)
	Não	16(100)	30(78.9)
<b>Mudança de Casa/Cidade/País</b>			
	Sim	1(6.3)	6(15.8)
	Não	15(93.8)	26(68.4)
<b>Gravidez</b>			
	Sim	2(12.5)	6(15.8)
	Não	14(87.5)	31(81.6)
<b>Ter filhos</b>			
	Sim	3(18.8)	10(26.3)
	Não	12(75)	21(55.3)
<b>Morte de Outro Significativo</b>			
	Sim	2(12.5)	8(21.1)
	Não	14(87.5)	24(63.2)
<b>Entrada para o Mercado de Trabalho</b>			
	Sim	4(25)	2(5.3)
	Não	12(75)	30(78.9)
<b>Mudança de Emprego</b>			
	Sim	-	1(2.6)
	Não	16(100)	31(81.6)
<b>Desemprego</b>			
	Sim	-	1(2.6)
	Não	16(100)	31(81.6)
<b>Início/Fim de Curso</b>			
	Sim	3(18.8)	4(10.5)
	Não	13(81.3)	29(76.3)

## ANEXO II

Tabela 19. Resultados relativos à frequência e tempo dos ferimentos auto-flagelatórios.

		<b>Recuperadas</b>	<b>Não Recuperadas</b>
		n(%)	n(%)
<b>Arranhar-se</b>			
	Sim	2(22.2)	5(22.7)
	Não	6(66.7)	15(68.2)
<b>Há quanto tempo se arranhou</b>			
	Uma semana	-	3(13.6)
	Um mês	-	-
	Vários meses	-	-
	Há mais de um ano	2(22.2)	2(9.1)
	Nunca	6(66.7)	15(68.2)
<b>Magoar-se até fazer nódoas negras</b>			
	Sim	2(22.2)	2(9.1)
	Não	5(55.6)	18(82.8)
<b>Há quanto tempo se magoou até fazer nódoas negras</b>			
	Uma semana	-	-
	Um mês	-	-
	Vários meses	-	-
	Há mais de um ano	2(22.2)	2(9.1)
	Nunca	5(55.6)	18(82.8)
<b>Cortar-se</b>			
	Sim	2(22.2)	3(13.6)
	Não	5(55.6)	17(77.3)
<b>Há quanto tempo se cortou</b>			
	Uma semana	-	-
	Um mês	-	-
	Vários meses	-	-
	Há mais de um ano	2(22.2)	3(13.6)
	Nunca	5(55.6)	17(77.3)
<b>Queimar-se</b>			
	Sim	-	4(18.2)
	Não	8(88.9)	15(68.2)
<b>Há quanto tempo se queimou</b>			
	Uma semana	-	-
	Um mês	-	-
	Vários meses	-	-
	Há mais de um ano	-	4(18.2)
	Nunca	8(88.9)	15(68.2)
<b>Morder-se</b>			
	Sim	1(11.1)	4(18.2)
	Não	6(66.7)	16(72.7)
<b>Há quanto tempo se mordeu</b>			
	Uma semana	-	-
	Um mês	-	-
	Vários meses	-	1(4.5)
	Há mais de um ano	1(11.1)	3(13.6)
	Nunca	6(66.7)	16(72.7)
<b>Outro tipo de ferimento auto-infligido</b>			
	Sim	1(11.1)	1(4.5)
	Não	2(22.2)	8(36.4)
<b>Há quanto tempo ocorreu esse comportamento</b>			
	Uma semana	-	1(4.5)
	Um mês	-	-
	Vários meses	-	-
	Há mais de um ano	2(22.2)	2(9.1)
	Nunca	-	-