



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**“EU QUERIA O BEBÉ
MAS NÃO QUERIA ESTAR GRÁVIDA”:
PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR
NA GRAVIDEZ**

JORDANA PINTO CARDOSO

**Orientador de Dissertação:
ANTÓNIO PIRES**

**Coordenador de Seminário de Dissertação:
ANTÓNIO PIRES**

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA
Especialidade em Psicologia Clínica**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António Pazo Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor António Pires, pela disponibilidade e orientação.

Aos participantes da investigação.

A todos os técnicos das instituições hospitalares contactadas que se envolveram na investigação, com um especial agradecimento ao Nuno Pimentel e à Isabel Lavinha.

À Ana Isabel Castro, que acompanhou a investigação desde o início, com quem partilhei diversos momentos na sua realização, e aos restantes colegas do seminário de dissertação.

À minha mãe e à minha avó, pela fé e constante apoio.

Aos meus Amigos, que demonstraram interesse pelo estudo e pelo meu bem-estar, apoiando-me em diversos momentos, das mais variadas formas.

Ao Zé, pelos momentos mais preciosos, pelo respeito, compreensão, disponibilidade, apoio e tudo mais que este nosso amor envolve (last but not least).

A todos que, de alguma forma, se envolveram neste projecto.

Muito obrigada.

ÍNDICE

REVISÃO DE LITERATURA - PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA GRAVIDEZ	1
RESUMO.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUÇÃO.....	4
PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	5
Factores que contribuem para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar e traços comuns.....	7
As relações	8
Os pais.....	9
O casal.....	9
A experiência do parceiro	11
A EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ	13
Na Mulher	13
No Homem	15
PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E GRAVIDEZ	18
Prevalência	21
Riscos associados	22
Técnicos de saúde: avaliação e intervenção	25
CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ARTIGO EMPÍRICO – “EU QUERIA O BEBÉ MAS NÃO QUERIA ESTAR GRÁVIDA”: PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA GRAVIDEZ	41
RESUMO.....	42
ABSTRACT.....	43
NOTA.....	44

REVISÃO DE LITERATURA

Perturbações do Comportamento Alimentar na Gravidez

RESUMO

Para além dos desafios enfrentados nos próprios diagnósticos de perturbações do comportamento alimentar, e do foco crescente das investigações na experiência do casal grávido, os estudos têm vindo a incidir igualmente no período fértil das mulheres com perturbações do comportamento alimentar, designadamente na gravidez. Esta revisão de literatura visa abordar os processos envolvidos nas perturbações do comportamento alimentar no período gravídico, nomeadamente no que respeita às vivências subjectivas das mulheres grávidas e dos seus companheiros. Apesar da escassez de estudos sobre a sua experiência neste período, sobretudo relativos às vivências dos intervenientes, é visível a variedade de respostas das grávidas que tiveram alguma perturbação do comportamento alimentar na sua história de vida. Para além da prevalência e dos riscos associados a estas perturbações para a grávida e para o bebé, analisa-se igualmente a precipitação, melhoria, manutenção ou agravamento de sintomas associados a perturbações do comportamento alimentar e possíveis factores envolvidos. Aborda-se, finalmente, a importância na avaliação e intervenção dos técnicos de saúde.

Palavras-chave: perturbações alimentares, gravidez, casal, parentalidade.

ABSTRACT

In addition to the challenges faced in the diagnose of eating disorders, and the increasing focus of research on the experience of the pregnant couple, studies have been also centered in the fertile period of women with eating disorders, particularly in pregnancy. This literature review aims to attempt the processes involved in eating disorders in the pregnancy period, in particular as regards the subjective experiences of pregnant women and their partners. Despite the shortage of studies on their experience in this period, particularly concerning experiences of stakeholders, there's a large variety of responses in pregnant women that had some eating disorder in their lives. In addition to the prevalence and risks associated with such disruptions to women and babies, we also analyze the precipitation, improvements, maintenance or worsening of symptoms associated with eating disorders and possible factors involved. We approach also the importance of assessment and interventions of the health professionals.

Key-words: eating disorders, pregnancy, couple, parenthood.

INTRODUÇÃO

Sendo a gravidez considerada como um período de transição de extrema importância para o casal, podem surgir factores que o vêm desafiar para uma posição ainda mais exigente, como é o caso da gravidez associada ao diagnóstico de uma perturbação do comportamento alimentar.

A prevalência de perturbações do comportamento alimentar na gravidez aponta para resultados de 0,1% para a anorexia nervosa, 0,7% a 8,4% para a bulimia nervosa e 0,1% a 23,4% para perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação (Behar, González, Ariza & Aguirre, 2008; Bulik, Holle, Hamer, Berg, Torgersen, Magnus, Stoltenberg, Siega-Riz, Sullivan e Reichborn-Kjennerud, 2007; Lai, Tang & Tse, 2006; Torgersen, Holle, Reichborn-Kjennerud, Berg, Hamer, Sullivan & Bulik; 2008; Turton, Hughes, Bolton & Sedgwick, 1999).

Apesar de existirem diversas revisões de literatura sobre a gravidez, e muitas outras sobre as perturbações do comportamento alimentar, existe uma grande escassez de estudos sobre a experiência da perturbação do comportamento alimentar na gravidez e esta escassez é muito superior abordando o casal. Assim, efectuou-se uma pesquisa sobre a literatura existente acerca da experiência das perturbações do comportamento alimentar na gravidez no casal, através do motor de busca EBSCO, incluindo as bases de dados *PsycINFO*, *PsycARTICLES*, *PEP Archive*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Academic Search Complete*, *Fuente Académica* e *MEDLINE*, bem como a base de dados *SAGE Publications*, a base de dados *Repositorium* da Universidade do Minho, a base de dados *SciELO*, a base de dados *Wiley InterScience*, a base de dados *Web of Knowledge*, a base de dados *Google Scholar* e o sistema de pesquisa Intranet do Centro de Documentação do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. As palavras-chave utilizadas para esta pesquisa foram *pregnancy*, *anore**, *bulimi**, *eating disorder**, *partner*, *couple*, *father**, bem como diferentes combinações das mesmas e os respectivos títulos em português. Tendo em conta a escassez de literatura acerca do tema, incluíram-se todas as investigações que, de alguma forma, cruzaram o tema das perturbações do comportamento alimentar com o tema da gravidez, obtendo finalmente 28 artigos empíricos, publicados entre 1986 e 2009.

Propomo-nos pesquisar investigações sobre o modo como a mãe e o pai estão envolvidos na gravidez cuja mulher teve ou tem diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar, como são capazes de reflectir acerca da sua experiência subjectiva, como experienciam as mudanças corporais, como vivenciam a experiência do(a) parceiro(a) e como se relacionam com a sua rede social.

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

As perturbações do comportamento alimentar são psicopatologias que afectam sobretudo indivíduos do sexo feminino, maioritariamente jovens.

A anorexia nervosa tem como principais características a recusa do indivíduo em manter um peso corporal na faixa normal mínima, um medo intenso em aumentar de peso, alterações na percepção da forma ou tamanho do corpo e amenorreia em mulheres pós-menarca (APA, 2002; Sánchez-Planell & Prats, 2006). As características essenciais da bulimia nervosa consistem em compulsões periódicas de ingestão alimentar e métodos compensatórios inadequados (acompanhados de sentimentos de culpa e perda de controlo) para evitar ganho de peso, sendo a auto-avaliação dos indivíduos excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo (American Psychiatric Association, 2002; Newton & Chizawsky, 2006; Sánchez-Planell & Prats, 2006).

Hoek e Hoeken (2003) estimam que, nos países desenvolvidos, uma em cada 100 mulheres serão diagnosticadas com uma perturbação do comportamento alimentar ao longo da sua vida, podendo aumentar até cinco vezes mais se se considerarem os sintomas que não preenchem todos os critérios de diagnóstico (Newton & Chizawsky, 2006). A anorexia nervosa apresenta uma prevalência na população entre 0 a 1%, chegando mesmo a ultrapassar estes valores quando se consideram os casos que não preenchem todos os critérios de diagnóstico. Apesar de os dados variarem consoante os critérios diagnósticos e método utilizado, estima-se que a prevalência da bulimia nervosa se situe entre os 0 e 4,5% (APA, 2002; Bulik et al., 2005; Hoek & Hoeken, 2003; Kehski-Rahkonen et al., 2007; Machado et al., 2007; Sánchez-Planell & Prats, 2006). Numa revisão de literatura, Hoek e Hoeken (2003) referem uma incidência entre 0,1 a 12 por 100000/ano para a anorexia nervosa e entre 6,8 e 12 por 100000/ano na bulimia nervosa. Os dados europeus apontam para uma prevalência de admissão hospitalar de 5 por cada 100000 habitantes (COST B6, 1994, citado por Machado et al., 2004).

Em Portugal os dados são escassos, mas os estudos realizados apontam para uma prevalência aproximadamente entre 0,4% e 0,6% na anorexia nervosa, e de 0,3 a 12,6% na bulimia nervosa (Machado et al., 2004; Machado et al., 2007). Num dos seus estudos, Machado et al. (2004) realizaram uma caracterização dos utentes que recorreram a um dos centros de tratamento de perturbações alimentares no Norte, Centro ou Sul do país. Os autores obtiveram 41,7% de casos diagnosticados com anorexia nervosa (32,8% do subtipo restritivo e 8% de subtipo ingestão compulsiva purga) e 48,3% com bulimia nervosa (43,4% de subtipo purgativo e 5% de subtipo não-purgativo). Dezoito vírgula sete por cento dos pacientes anorécticos relataram incapacidade de trabalho no ano anterior ao da admissão, 13,3% expuseram tentativa de suicídio

e 14,7% comportamentos de auto-mutilação. Dos pacientes bulímicos, 20,7% já tinham estado incapacitadas para trabalhar no ano anterior ao da admissão, 17,2% nomearam tentativa de suicídio e 31% comportamentos de auto-mutilação. No mesmo estudo, constatou-se que metade dos indivíduos que procuram os serviços de tratamento especializado em perturbações do comportamento alimentar têm entre 15 e 19 anos e, apesar de a proporção de pacientes anorécticos e bulímicos ser semelhante, os primeiros tendem a ser mais jovens. Os episódios de ingestão alimentar compulsiva, o vómito e o abuso de laxantes como estratégia de compensação são mais comuns nos indivíduos bulímicos, a dieta restritiva e o exercício físico são os mecanismos de controlo de peso usados pelas anorécticas. Os resultados apontam igualmente para possíveis níveis superiores de sofrimento subjectivo por parte dos pacientes bulímicos, sugerindo que se sentem mais afectados com os sintomas da perturbação que os anorécticos. Os autores constataram que, embora os pacientes anorécticos representem a amostra comunitária, o mesmo não acontece com os bulímicos, sugerindo que estes apenas procuram os serviços em situações mais graves.

No entanto, na maior parte dos casos, os indivíduos que procuram tratamento para uma perturbação do comportamento alimentar não preenchem os critérios necessários para o diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar, adoptando as perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação o diagnóstico mais comum nos escassos estudos de prevalência (Machado et al., 2007; Ward, 2008). Segundo Fairburn e Bohn (2005), a maioria dos pacientes é diagnosticado com uma perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (60%), contrastando com 14,5% de anorexia nervosa e 25,5% de casos de bulimia nervosa. As perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação representam igualmente a maioria das perturbações alimentares presentes na comunidade, com uma prevalência de 2,4% na população portuguesa (Machado et al., 2007). Num estudo destes autores (2007) acerca da tipologia de sintomas bulímicos em jovens portuguesas, obtiveram 14,5% de participantes com relatos de compulsão alimentar, 2,3% com vómitos, 2,5% das participantes utilizavam diuréticos e laxativos e 11,5% praticava exercício físico de forma excessiva. Fairburn e Harrison (2003) apontam a tendência para os pacientes passarem por mais do que uma categoria de diagnóstico ao longo da sua vida. Assim, alguns autores (Fairburn & Bohn, 2005; Fairburn & Harrison, 2003; Fairburn, Cooper, Bohn, O'Connor, Doll & Palmer, 2007) apontam para a necessidade de questionar a validade das categorias diagnósticas actuais, com mais características em comum do que diferenciais.

Em geral, os dados apontam para um aumento substancial de casos de perturbações do comportamento alimentar nas últimas décadas, sobretudo nos últimos 20 anos, apesar de alguns estudos considerarem uma estabilização dos valores.

Factores que Contribuem para o Desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar e Traços Comuns

Os investigadores referem vários factores que podem contribuir para o desenvolvimento da perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente familiares, culturais, individuais e sociais. Crip (1980, citado por Tiller & Treasure, 1998) aponta também para a imaturidade psicosexual e conflitos sexuais nesta lista multi-determinada. Numa perspectiva Adleriana, a atmosfera familiar, sentimentos de inferioridade, estilo de vida, sentimentos de protecção e pertença, e interesse social abrangem vários factores significantes para compreender melhor este tipo de perturbações (Belangee, 2007). As perturbações alimentares só podem ser, então, abordadas segundo um ponto de vista biopsicosocial (Sánchez-Planell & Prats, 2006).

A baixa auto-estima, perfeccionismo, obsessão e auto-percepção negativa são traços comuns nos indivíduos com perturbações do comportamento alimentar (Bulik, Sullivan, Weltzin & Kaye, 1995; Casper, 1990; Kaye, Weltzin & Hsu, 1993; Kleifield, Sunday, Hurt & Halmi, 1994; Mazzeo, Landt, Jones, Mitchell, Kendler, Neale, Aggen & Bulik, 2006; Mitchell-Gielegghem, Mittelstaedt & Bulik, 2002; Srinivasagam, Kaye, Plotnicov & Greeno, 1995; Strober, Lampert, Morrell & Burroughs, 1990; Vitousek & Manke, 1994; Waller, Guillon, Petty & Hardy, 1993). Muitos autores psicanalistas abordam o assunto com base em conflitos em torno da oralidade e de aspectos primitivos na sexualidade feminina, sendo a não-ingestão de alimentos, o vómito e a perda de peso com amenorreia uma defesa contra fantasias inconscientes do campo oral (Mogul, 1989).

Em fases mais agudas, a personalidade de mulheres bulímicas caracteriza-se sobretudo por isolamento social, baixa auto-estima, neuroticismo e impulsividade, obsessão, procura de novidade, perfeccionismo e desregulação afectiva (APA, 2002; Bulik et al., 1995; Casper, Hedeker & McClough, 1993; Kleifield et al., 1994; Mitchell-Gielegghem et al., 2002; Newton, Freeman & Munro, 1993; Russell, 1979; Sánchez-Planell & Prats, 2006; Vitousek & Manke, 1994). O perfeccionismo e obsessões por simetria e exactidão podem persistir depois da recuperação da bulimia (Kaye, Greeno, Moss, Fernstrom, Fernstrom, Lilenfeld, Weltzin & Mann, 1998; Mitchell-Gielegghem et al., 2002). É igualmente importante complementar este quadro com os possíveis

transtornos de personalidade que podem estar associados à bulimia nervosa e que são extremamente determinantes da evolução da perturbação (Sánchez-Planell & Prats, 2006).

A anorexia nervosa está frequentemente associada a depressão, labilidade de humor, isolamento social, irritabilidade (sobretudo face a reacções familiares), insónia, hiperactividade, grande necessidade de controlo, ideal de perfeição, inflexibilidade e pouca expressão emocional, bem como um grande interesse por culinária e assuntos subjacentes (Martins & Bernardo, 2000; Sánchez-Planell & Prats, 2006). Segundo Mogul (1989), na anorexia nervosa há repúdio pela sexualidade ao nível do interesse psicológico e do funcionamento fisiológico. Para Bruch (1994), as anorécticas utilizam a função alimentar num esforço de resolução de problemas relativos a diversas áreas da sua vida, com uma falha perceptiva na diferenciação entre necessidades físicas (como a fome) e psicológicas.

As Relações

As mulheres com perturbações do comportamento alimentar e, mais frequentemente, as anorécticas, têm como objectivo um ideal do eu inalcançável e ostentam uma posição de onnipotência e controlo que lhes permite defenderem-se de situações de frustração, dependência, decepção ou mesmo excitação. Todo o seu mundo relacional é conflitual. Para Jeammet (1993), as anorécticas podem também ter dois tipos de relações de objecto: uma relação do tipo passional, com fraca diferenciação entre sujeito e objecto, ou relação de evitamento e retraimento narcísico. Nos dois casos encontram-se investimentos massivos e ausência de defesas sólidas mas flexíveis, tornando toda a relação interpessoal como ameaça ao equilíbrio narcísico. A anorexia representa, então, um substituto objectal e uma defesa contra o medo de ser invadida pelo objecto, sendo o comportamento a única coisa que o objecto não pode controlar e afirmando a sua identidade através da recusa de tudo o que possa surgir como partilha de prazer com os outros (Jeammet, 1993). Lawrence (2002) também sugere que muitas das mulheres anorécticas têm um objecto intrusivo, que podem não ser resultado de intrusões da realidade externa. Para além de outros motivos para a escassa expressão das suas vivências com o outro, Ben-Meir, Bucci e Bers (2009) apontam para a dificuldade que as anorécticas enfrentam ao não encontrarem palavras que expressem e descrevam as suas emoções, o que dificulta o próprio trabalho com o terapeuta.

Os Pais

Os pacientes com perturbações do comportamento alimentar são, normalmente, crianças sobre-ajustadas. Os pais das pacientes com anorexia costumam descrever os seus lares como felizes e as suas filhas como satisfatórias e cooperativas (Bruch, 1994). No entanto, as “famílias anorécticas” são tipicamente orientadas para a protecção e sobrevigilância psicobiológica da criança, devolvendo a anoréctica essa vigilância sobre ela própria e sobre as suas acções (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). A procura incessante de magreza é uma luta contra o poder dos pais, estando a anoréctica perante uma situação de grande dependência sobretudo em relação à mãe. A literatura descreve a figura materna como uma das mais importantes na anorexia nervosa, na medida em que surge como excessivamente intrusiva, sobreprotectora, especialmente nas fases iniciais de desenvolvimento, o que pode proporcionar dificuldades de autonomia e na constituição de uma identidade sólida, estável e diferenciada da figura materna, não sendo capazes de identificar as suas próprias sensações e acções (Bruch, 1985; Nodim & Leal, 2005). O pai surge como fraco, passivo, obsessivo (Nodim & Leal, 2005), caloroso, permissivo (Marcelli & Branconnier, 2004), com um grau considerável de sucesso mas dependente das aparências exteriores, esperando o mesmo dos filhos (Bruch, 1985;1994). Jeammet (1993) considera que o pai surge como demasiado ausente ou excitante para poder assumir o seu papel diferenciador e separador.

O Casal

Se já é exigente para o casal manter um relacionamento estável e saudável, a exigência é crescente se existe uma perturbação psicológica, nomeadamente uma perturbação do comportamento alimentar, tendo em conta que têm de lidar com questões físicas, psicológicas e interpessoais por longos períodos de tempo (Belangee, 2007). Boskind-Lodahl (1976, citado por Schembri & Evans, 2008) apresenta a ideia de que as mulheres com sintomas bulímicos tentam mudar-se com o objectivo de ir ao encontro do ideal percebido pelo homem, abrangendo um grande medo de rejeição por parte do mesmo. A autora aponta características como confiar nos outros (particularmente nos homens) para se sentirem valorizadas, tentar aceder ao ideal de feminilidade num sentido de submissão, e sentirem que não são boas o suficiente para agradar aos parceiros nas relações sexuais. Já Richter (2001, citado por Schembri & Evans, 2008) descreve-as como parecendo necessitadas e dependentes, orientadas para o prazer do parceiro e frequentemente socializadas para exercer o papel feminino, com incertezas sobre si próprias e necessidade de aprovação dos outros, especialmente dos parceiros. Consideram-se, assim, processos adversos nos relacionamentos íntimos, nomeadamente ligação ansiosa (caracterizada

por um forte desejo de proximidade ao parceiro e medo do abandono, com uma visão positiva do parceiro e sentimentos de não merecimento de amor), auto-silêncio (e comportamentos submissos devido ao receio de prejudicar a relação com os seus pensamentos, emoções e comportamentos, podendo contribuir para uma perda do self e envolvendo a substituição por um self mais aceitável) e auto-consciência durante as relações sexuais (ligado às ansiedades da mulher sobre a sua aparência física e à sua adequação perante o parceiro) (Schembri & Evans, 2008).

A não-satisfação com o seu corpo e aparência física pode colocar problemas nos relacionamentos amorosos. Friedman, Dixon, Brownell, Whisman e Wilfley (1999), bem como Markey, Markey e Birch (2001) demonstraram uma associação entre a não-satisfação corporal, perturbações alimentares e baixa satisfação nos relacionamentos, podendo mesmo demonstrar menos interesse em relações amorosas (Thelen, Farmer, McLaughlin-Mann & Pruitt, 1990; citado por Evans & Stukas, 2007) e, nos casos mais agudos, dificuldade no desenvolvimento de vinculações seguras com os seus parceiros (Cash, Thériault & Annis, 2004). Evans e Stukas (2007) constataram que existe uma influência mútua entre parceiros no que diz respeito ao auto-conceito, especialmente na aparência e peso corporal.

Newton, Boblin, Brown e Ciliska (2005) encontraram diversas experiências relacionais em mulheres com anorexia nervosa, caracterizadas por temas dialéticos de proximidade-afastamento, que actuam como impulsionadores básicos de mudança e manutenção relacionais. Para estas mulheres, a proximidade é enfatizada sobretudo por estados de ligação física e emocional alcançados na relação, incluindo sentimentos de compreensão e suporte por parte dos parceiros, alcançada através da abertura no diálogo (Newton et al., 2005). O distanciamento foi descrito por estados de desligamento afectivo e emocional, potenciados pelo secretismo, medo de exposição ao julgamento e de rejeição, bem como foco interno na atribuição da perturbação (Newton et al., 2005).

No que respeita à comunicação, os casais em que um dos parceiros tem uma perturbação do comportamento alimentar parecem ter menos capacidades para comunicar eficazmente, tentando, apesar disso, evitar um estilo de comunicação destrutivo (Broucke, Vandereycken & Vertommen, 1995). Estes casais têm valores mais reduzidos de comportamentos não-verbais positivos e valores mais elevados nos comportamentos não-verbais negativos (Broucke et al., 1995).

A Experiência do Parceiro

Apesar de se conhecer o impacto das atitudes dos cuidadores de pessoas com perturbação do comportamento alimentar e da importância de aceder às necessidades destes cuidadores, existe uma falha no que diz respeito às experiências dos parceiros de pessoas com perturbações alimentares (Huke & Slade, 2006). Estes autores (2006) identificaram cinco aspectos emergentes no estudo realizado acerca das experiências dos parceiros de pessoas com bulimia nervosa: viver com secretismo e decepção, lutar para compreender e encontrar razões, descobrir a sua impotência, “ter de crescer para viver com isso”, e experienciar tensões e forças na relação, tendo estes temas tendência a interligarem-se entre si. Ao mesmo tempo, a maioria dos parceiros expressou desejo de compreender melhor as perturbações alimentares, desejando igualmente um papel na ajuda às parceiras, apesar de se sentirem frequentemente frustrados (Huke & Slade, 2006). Os autores sugerem a construção de laços no relacionamento, encorajar um diálogo mais aberto acerca das necessidades individuais, promover uma compreensão mútua acerca das dificuldades do parceiro e desenvolvimento de respostas congruentes na adaptação à situação (Huke & Slade, 2006). Os parceiros podem, assim, ter um papel fundamental no processo terapêutico. No entanto, é importante não esquecer as questões éticas aqui envolvidas, nomeadamente a aprovação da parceira (Huke & Slade, 2006).

Num estudo de Broucke e Vandereycken acerca do relacionamento conjugal de pacientes com perturbações alimentares (1989), os autores constataram que os maridos de pacientes com perturbações revelaram pontuações neuróticas, parecendo ser mais neuróticos e com mais sintomas psiquiátricos que os outros homens. Tal como as suas esposas, estes homens percebem as suas mães como sobreprotectoras (Broucke & Vandereycken, 1989). Tanto as pacientes como os maridos não se mostraram satisfeitos com aspectos do seu relacionamento conjugal, mas a qualidade afectiva da relação foi cotada de forma mais negativa pelos maridos do que pelas esposas (Broucke & Vandereycken, 1989).

Broucke, Vandereycken e Vertommen (1994) concluíram que os parceiros de mulheres com perturbações do comportamento alimentar não apresentam mais perturbações psicológicas que os parceiros do grupo de controlo “sem perturbações psicológicas”, apresentando menos sensibilidade interpessoal e hostilidade que os parceiros do grupo de controlo “com perturbações psicológicas”.

Os estilos de vida, os estilos parentais e os estilos relacionais do século XXI parecem proporcionar um aumento de casos de perturbações alimentares, o que exige aos técnicos de saúde uma constante atenção da realidade e do quotidiano de cada um para uma melhor compreensão destas perturbações.

A EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ

Com a revolução industrial e a evolução do século XX, o papel da mulher sofreu modificações a diversos níveis, nomeadamente no que diz respeito à sua posição na família e no mercado de trabalho. Numa sociedade em constante mudança também o homem, conseqüentemente, viu um conjunto de transformações tomar lugar no seu quotidiano e nas suas experiências de vida. A própria parentalidade começa a focar-se cada vez mais não só na mulher mas também no homem e nas suas vivências enquanto pais, procurando dar ênfase às suas experiências pessoais, rompendo com as ideias assentes nos papéis parentais tradicionais.

Na Mulher

Este período é um processo dinâmico, de construção e desenvolvimento (Canavarro, 2001). Cada gravidez é única e cada mulher experiencia o período gravídico da sua própria forma, reagindo inclusive de forma diferente de gravidez para gravidez (Colman & Colman, 1994). No entanto, existem experiências comuns entre mulheres, que caracterizam de forma geral este processo (Colman & Colman, 1994).

Cada trimestre da gravidez comporta experiências mais ou menos distintas, desde a vivência da concepção, a confirmação e aceitação da gravidez, os exames pré-natais, a imagem do corpo, a sexualidade, a ligação pré-natal, o relacionamento entre o casal, entre outros (Colman & Colman, 1994). O período gravídico implica transformações biológicas, sociais e pessoais, colocando ênfase em sentimentos, comportamentos e significados experienciados ao longo da gravidez pelos indivíduos (Colman & Colman, 1994). Estas alterações exigem um reequilíbrio ao nível dos mecanismos de defesa para uma melhor adaptação à mudança, integrando, elaborando e vivenciando as experiências de forma diferente, consoante a estrutura de personalidade da mulher, o suporte conjugal, familiar e social, o desejo e significado da gravidez e o projecto de maternidade (Correia, 2005). Como Leal (2005) postula, “tudo se passa dentro da própria mulher”, focando-se em si própria, investindo no seu próprio corpo, na sua imagem e na vida que cresce dentro de si, para além do confronto com a sua identidade sexual. Quando existe um processo adaptativo de maternidade, a gravidez funciona como um período de preparação para o “ser mãe”, comportando os ensaios cognitivos de papéis e tarefas maternas, a ligação afectiva ao bebé, o início do processo de reestruturação de relações para a inclusão do novo elemento, o incorporar da existência do novo filho na sua identidade e a aprendizagem no sentido da aceitação como pessoa única, com vida própria (Canavarro, 2001).

A mulher pode confrontar-se com alterações nas suas reacções emocionais ou na percepção por si própria, ou apenas quando os outros notam estas transformações (Colman & Colman, 1994). Exemplo disso é a chamada “labilidade emocional”, que se define como uma série de estados de espírito que variam rapidamente em resposta a situações que geralmente não despoletariam estas reacções e que podem variar consoante a sua personalidade, o tipo de stress a que está sujeita, a qualidade do suporte social recebido (Colman & Colman, 1994), bem como o possível historial psicopatológico. Este período pode igualmente ser caracterizado por um equilíbrio constante entre experiências positivas e negativas, expansão e regressão, alegria, antecipação, criatividade e hilaridade, ansiedade, ambivalência, perda e medo (Colman & Colman, 1994). Os mesmos autores (1994) apontam para a possibilidade de melhor adaptação à situação de maternidade após o nascimento quando estão mais conscientes das alterações da gravidez.

A comunicação entre a mãe e o feto ocorre através das substâncias químicas que passam através do sangue para a placenta e através da audição e do tacto, que se desenvolvem e são perceptíveis no cérebro do feto (Colman & Colman, 1994). A maior parte dos bebés parece igualmente responder a alterações do humor da mãe, sendo estas experiências positivas, tendo em conta que estarão expostos a diversas situações e alterações quando nascerem, beneficiando ao terem uma mãe que se confronta com os seus próprios pensamentos, emoções e experiências (Colman & Colman, 1994).

As grávidas podem identificar-se com objectos, sentir-se atraídas ou repelidas por determinados objectos que, noutra fase, pareceriam insignificantes, e podem também interessar-se por temas como a morte (Colman & Colman, 1994). Existe um constante contacto íntimo com o seu mundo interior, estando os processos inconscientes mais à superfície, e sendo as fantasias e sonhos as provas das alterações psicológicas que vão surgindo (Colman & Colman, 1994). Uma crescente vulnerabilidade está relacionada com medo de perigos desconhecidos (interiores e exteriores) (Colman & Colman, 1994). A comida é igualmente um factor importante no decorrer da gravidez, tendo em conta o aumento de peso, o controlo do peso e da dieta alimentar, ou dificuldades de aceitação do próprio corpo ou de partes dele (Colman & Colman, 1994). A satisfação com a imagem corporal emerge não só da avaliação da sua beleza e aparência física, mas também do seu bem estar físico e psicológico. As grávidas com maiores índices de depressão revelam níveis de satisfação corporal mais baixos, ao contrário das mulheres mais satisfeitas com a sua imagem corporal durante a gravidez demonstram menos sintomas negativos e, principalmente, menos raiva do que as primeiras. Uma pior imagem corporal durante o terceiro trimestre de gravidez parece estar associada a uma ligação materno-fetal mais pobre e mais dificuldades em lidar com a criança (Huang, Wang & Chen, 2004).

Para além disso, existe uma grande necessidade de suporte social neste período. Num estudo de Rini, Schetter, Hobel, Glynn e Sandman (2006), os autores constataram que as avaliações acerca da eficácia do suporte do parceiro baseavam-se na orientação interpessoal (vinculação no adulto, orientação da rede, individualismo-colectivismo dos parentes e competências sociais) e nas características dos seus relacionamentos com os parceiros (qualidade relacional, proximidade emocional e intimidade, e equidade). As mulheres que se perceberam com maior suporte por parte dos parceiros apresentaram menos ansiedade ao longo da gravidez (Rini et al., 2006). Também Collins, Schetter, Lobel e Scrimshaw (1993) verificaram que as mulheres que recebem mais suporte tinham melhor progressão no parto e bebés com valores mais elevados do Índice de Apgar, as mulheres com maior qualidade de suporte têm bebés com valores mais elevados do Índice de Apgar e experienciam menos frequentemente depressão pós-parto e aquelas com maiores redes sociais têm bebés com mais peso à nascença. No entanto, o suporte material e informacional parece mais importante nos valores do Índice de Apgar e o suporte material e de confiança contribui para a progressão no parto (Collins et al., 1993). Os autores encontraram ainda alguma evidência de efeitos de stress ligado a protecção no suporte percebido. Os dados encontrados no estudo de Priel e Besser (2002) apontam para o papel do suporte social como mediador entre a percepção de relacionamentos precoces das novas mães com as suas próprias mães e sintomatologia depressiva no período pós-parto, percepções acerca da criança e valores do Índice de Apgar. Segundo os autores, as percepções maternas de relacionamentos e as suas percepções de suporte social disponível são antecedentes para o seu bem-estar, para percepções positivas acerca do bebé e valores do Índice de Apgar.

No Homem

O pai vive também de forma intensa a gravidez. A transição para a paternidade passa, segundo Estêvão (1995), pela interiorização da primeira gestação e desenvolvimento do feto, que se prolonga durante vários meses e sem termo propriamente definido, preparando o homem nas aprendizagens, práticas e alterações comportamentais para o papel de pai.

Exige-se, então, uma reorganização em diferentes aspectos da sua vida nesta transição, que passa por questões como as novas responsabilidades, tarefas e exigências que enfrenta (Gomez, 2005); o apoio prestado à companheira (Estêvão, 1995); o relacionamento conjugal (Figueiredo, 2006); a sexualidade (Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2006); a partilha das ansiedades, fantasias e conflitos (Estêvão, 1995); a abertura de um “espaço” físico e emocional disponível para o novo membro da família (Colman & Colman, 1994); o confronto e a ligação ao feto

(Estêvão, 1995); a reestruturação na rede de relações familiares e sociais (Figueiredo, 2006); as pressões culturais no envolvimento paterno (Gomez, 2005); ou mesmo a elevada incidência de sintomas somáticos característicos da gravidez, normalmente denominado por Síndrome de Couvade. (Gomez, 2005). O futuro pai tenta integrar o novo papel na sua identidade e obter o reconhecimento externo desse papel, do que depende o seu envolvimento (Jordan, 1990).

Com esta inclusão do pai na grande temática da gravidez, surgiram vários estudos que confirmam a importância do envolvimento paterno durante a gravidez como factor que reforça a sua identidade enquanto agente participativo e que influencia a adaptação da mãe (Gomez, 2005). Num estudo acerca do envolvimento paterno durante a gestação, Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge (2004) encontraram resultados que apontam para diversas formas de envolvimento durante a gestação. Os autores indicam a existência de ligação emocional à gestante e ao feto, mas alguns dos pais entrevistados apresentaram dificuldades de envolvimento com o filho, parecendo que não o percepcionavam como real e com baixa ligação emocional com a gestação. Estes dados apontam para profundas alterações da paternidade durante a gestação. May (1980, 1982) aponta para a existência de fases e estilos de envolvimento parental no pai-expectante e foca o aumento da auto-estima e estima pelas parceiras, bem como uma maior vinculação entre pai e bebé, demonstrando a ligação precoce existente entre o pai e o bebé no período pré-natal. Por outro lado, segundo a mesma autora, as grávidas com parceiros envolvidos têm menor sintomatologia depressiva. Já Phares (1992a, 1992b) indica possíveis consequências no desenvolvimento da criança e do adolescente.

No entanto, os estudos passaram a focar-se também na compreensão e possíveis efeitos e consequências deste período para o homem (Gomez, 2005). Brazelton e Cramer (1989), abordaram os sentimentos dos futuros pais face ao relacionamento conjugal, obtendo como principais os sentimentos de exclusão, inveja e competição, apesar de serem normalmente considerados positivos, já que fomentam a vinculação ao bebé e reforçam os laços conjugais. No que respeita às preocupações com acontecimentos de vida, Conde e Figueiredo (2007) obtiveram resultados que apontam para o mesmo perfil de preocupações entre géneros, no que respeita à presença, intensidade e variação das preocupações, principalmente nas áreas económico-financeira e da actual gravidez. No entanto, o modo como cada um a vivencia é distinto. Assim, as mulheres parecem preocupar-se mais quanto à globalidade dos acontecimentos adversos da vida, enquanto os homens parecem focar-se mais em aspectos específicos da sua vida, como a vida educacional e a aceitação actual da gravidez. Segundo o mesmo estudo, a manutenção das preocupações económico-sociais, ao longo do tempo, pode contribuir para o stress crónico mas as preocupações relativas a questões familiares e interpessoais (como o bem-estar do bebé) são

mais pontuais, tendendo a diminuir à medida que os pais se vão adaptando ao novo papel parental. As preocupações parentais decrescem em geral ao longo dos últimos meses de gravidez. Brazelton e Cramer (1989) destacam ainda sentimentos como as preocupações financeiras e habitacionais, a saúde da grávida e do feto e sentimentos de isolamento. Os sentimentos sobre a futura paternidade são também importantes, nomeadamente nos pais-pela-primeira-vez, que se focam nos aspectos que desconhecem, colocando questões acerca das suas prestações enquanto pais e realizando auto-avaliações com muita frequência (Colman & Colman, 1994). Estas auto-avaliações preparam a paternidade e podem mesmo evocar memórias e emoções de como foi ser filho, podendo originar sentimentos de ambivalência, que coexistem com sentimentos de orgulho, realização, alegria e amor (Colman & Colman, 1994; Cordeiro, 1987, citado por Gomez, 2005). Contudo, alguns destes sentimentos e vivências podem contribuir para mal-adaptações à gravidez. Colman e Colman (1994) referem as “fugas” dos pais que se confrontam com a ansiedade desta mudança e que não conseguem estar presentes, optando por actividades “fora de casa” como viagens de negócios, maior convivência com os amigos ou relações extra-conjugais. Tem também sido investigada nesta linha a depressão paterna na gravidez e no pós-parto, nomeadamente em Portugal, por Gomez e Leal (2006) que verificaram que o risco de depressão aumenta da gravidez para o pós-parto nos homens e que a co-morbilidade no casal aumenta no período pós-natal inicial.

Sendo a experiência da gravidez, como já vimos, um período exigente na vida do casal-expectante, que experiências vivenciam se a gravidez for considerada de risco, como no caso do diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar associado a este período?

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E GRAVIDEZ

A gravidez caracteriza-se por alterações que requerem ajustamentos físicos, psicológicos e sociais. Ao engravidar, a mulher experiencia diversas transformações sobre as quais não tem controlo, nomeadamente a aparência do seu corpo, bem como uma grande imprevisibilidade (Larsson & Andersson-Ellström, 2003; Mitchell-Gielegem et al., 2002). Assim, se a gravidez já é um período de transição importante e de alterações significativas na vida do casal-expectante, a exigência é superior quando respeita a uma gravidez associada ao diagnóstico passado ou actual de perturbação do comportamento alimentar. É, então, pertinente o estudo da experiência das perturbações do comportamento alimentar no período gravídico, tendo em conta as mulheres com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar que engravidam, bem como as que desenvolvem estas perturbações durante a gravidez, no panorama da escassez de conhecimentos acerca da temática.

As perturbações do comportamento alimentar surgem com frequência nos anos férteis das mulheres. Ao mesmo tempo, verificam-se frequentemente alterações nas atitudes e comportamentos alimentares durante este período (Fahy & O'Donoghue, 1991), mesmo em indivíduos sem perturbações alimentares, como as relatadas por Fairburn, Stein e Jones (1992), nomeadamente comer de forma saudável, comer em excesso, fortes aversões a comidas, bebidas ou cheiros específicos, ou os chamados “desejos” ou forte vontade de comer determinada comida, bebida ou cheirar determinada substância. Os acontecimentos de vida percebidos pelo indivíduo como stressantes podem também contribuir para a precipitação (Schmidt, Tiller & Treasure, 1993), recaída ou agravamento de perturbações do comportamento alimentar (Welch, Doll & Fairburn, 1997). A gravidez tem um impacto inevitável e complexo nas atitudes face ao peso e forma corporal e nos sintomas de perturbações do comportamento alimentar (Senior, Barnes, Emberson & Golding, 2005). A própria gravidez e a experiência da parentalidade podem ser temidas pelas suas consequências negativas como a falta de controlo sobre o peso e a própria vida (Striegel-Moore, 1994, citado por Tiller & Treasure, 1998), impulsionando o ciclo de risco da perturbação.

Apesar de se saber, hoje em dia, que a fertilidade não está afectada e que existe possibilidade de engravidar, considerou-se durante algum tempo que a gravidez em mulheres com perturbações alimentares, sobretudo com anorexia nervosa, era rara, devido aos factores endocrinológicos, psicológicos e psicossociais associados à perturbação (Strimling, 1984; Weinfeld, Dubay & Burchell, 1977; citado por Bulik et al., 2005). Morgan, Lacey e Sedgwick (1999) constataram inclusive uma elevada taxa de gravidez não planeada na bulimia nervosa já

que as irregularidades menstruais eram erradamente associadas à infertilidade. No que respeita à anorexia nervosa, tal como afirmam Bonne, Rubinoff e Berry (1996), a gravidez é frequentemente detectada mais tarde do que nas outras mulheres.

Estudos demonstraram que a gravidez pode, por um lado, agravar, manter, reduzir, despoletar recaídas, ou mesmo evitar comportamentos de risco em mulheres com história passada ou actual de perturbações do comportamento alimentar, ou precipitar ou manter afastadas destes comportamentos as mulheres sem sintomatologia (Blais, Becker, Burwell, Flores, Nussbaum, Greenwood, Ekeblad & Herzog, 2000; Crow, Agras, Crosby, Halmi & Mitchell, 2008; Crow, Keel, Thuras & Mitchell, 2004; Edelstein, 2007; Hollifield & Hobdy, 1990; Lemberg & Phillips, 1989; Mitchell-Gielegem et al., 2002; Newton & Chizawsky, 2006; Ramchandani & Whedon, 1988), podendo estas alterações ser permanentes ou transitórias (Blais et al., 2000; Newton & Chizawsky, 2006). Siega-Riz, A.; Haugen, M.; Meltzer, H.; Holle, A.; Hamer, R., Torgersen, L.; Knopf-Berg, C.; Reichborn-Kjennerud, T. & Bulik, C. (2008) constataram que as mulheres com bulimia nervosa antes e durante a gravidez exibiam padrões dietéticos diferentes das grávidas sem perturbações do comportamento alimentar. Mulheres com episódios recentes de perturbação do comportamento alimentar parecem ter maior preocupação acerca do seu peso e forma corporal e mais comportamentos compensatórios (como utilização de laxantes, vômito auto-induzido e exercício físico) que as mulheres sem perturbação durante a gravidez (Micali, Treasure & Simonoff, 2007). Comparadas com mulheres sem perturbação do comportamento alimentar, as grávidas com bulimia nervosa no primeiro trimestre apresentam níveis mais elevados de abuso físico e sexual, bem como depressão maior e sintomas de ansiedade e depressão (Berg, Bulik, Holle, Torgersen, Hamer, Sullivan & Reichborn-Kjennerud; 2008). Num estudo de Senior et al. (2005), os autores indicam maior tendência para a incidência de sintomas associados a perturbações do comportamento alimentar em grávidas com história anterior de abuso sexual e outros tipos de abuso, ou pais alcoólicos ou deprimidos. A não-satisfação com o corpo pode igualmente melhorar (Davies & Wardle, 1994) ou piorar com a gravidez (Crow et al., 2004).

Algumas mulheres pioram ou mesmo recomeçam estes comportamentos (Edelstein, 2007; Kouba, Hälström, Lindholm & Hirschberg, 2005; Newton & Chizawsky, 2006), sendo o principal impulsionador as alterações físicas e psicológicas que advêm da gravidez (Makino, Hashizume & Tsuboi, 2007), nomeadamente o medo relativo ao aumento de peso (Lemberg & Phillips, 1989). Num estudo de Rand, Willis e Kuldau (1987), este medo surgiu com maior frequência no primeiro trimestre de gravidez e segundo mês do período pós-parto. Lingam e McCluskey (1996) revelam que a hiperemese gravídica pode também precipitar a bulimia nervosa em mulheres mais

vulneráveis. Muitas destas mulheres experienciam medo de contribuir para o mal-estar do bebé (Lemberg & Phillips, 1989; Lewis & Grange, 1994), não prevenindo muitas vezes comportamentos de risco (Lewis & Grange, 1994). O medo da perda de controlo é um medo muito comum nas mulheres com perturbações do comportamento alimentar neste período (Lemberg & Phillips, 1989; Lewis & Grange, 1994; Tiller & Treasure, 1998), apesar de poder também surgir medo que a criança venha a desenvolver perturbações do comportamento alimentar, medo de não estar apta para tratar da criança ou o medo de perder a atenção do cônjuge (Lemberg & Phillips, 1989). Bakan, Birmingham e Goldner (1991) sugerem que a gravidez e as complicações natais podem constituir-se enquanto factores de risco para a cronicidade na anorexia nervosa. Berg et al. (2008) revelaram que a incidência da bulimia nervosa no primeiro trimestre estaria associada a sintomas ansiosos e depressão, bem como baixa auto-estima e satisfação. Behar, González, Ariza e Aguirre (2008) indicam que as mulheres da sua amostra, grávidas com perturbações do comportamento alimentar, apresentam baixa auto-estima e dificuldades na identificação de sensações e emoções.

No entanto, muitas mulheres, como as relatadas no estudo de Madsen, Horder e Stoving (2009), apresentam remissão da perturbação do comportamento alimentar na gravidez com melhoria de sintomas como dieta restritiva e vômito auto-induzido. Os autores apontam para possíveis causas psicológicas, sociais e endocrinológicas como factores de remissão da perturbação no período gravídico. Outros autores (Berg et al., 2008) associam a remissão de sintomas na gravidez a níveis elevados de satisfação e auto-estima. Um estudo de Rocco, Orbitello, Perini, Pera, Ciano e Balestrieri (2005) demonstra melhoria de sintomas a meio do período gravídico, mas retorno a níveis anteriores à gravidez no período pós-parto.

No período pós-parto, a maioria dos indivíduos com perturbações do comportamento alimentar tem, então, recaídas. Tendo em conta que, no período gravídico, muitas mulheres podem ingerir alimentos por preocupação com a saúde do bebé ou “comem por dois”, o nascimento do bebé confronta estas mulheres com a anulação destas duas condicionantes, bem como com a parentalidade de um filho que, na maioria das vezes, não foi planeado, associado ao elevado risco de depressão pós-parto (Edelstein, 2007; Mitchell-Gielegem et al., 2002). Morgan et al. (1999), num estudo realizado com grávidas bulímicas, constataram que 57% das participantes tinham sintomas bulímicos mais acentuados que no período pré-parto, mas 34% já não tinham o diagnóstico associado. Assim, sugerem quatro factores preditores de recaída em comportamentos bulímicos: comportamentos bulímicos persistentes durante a gravidez, história de anorexia nervosa antes do diagnóstico de bulimia nervosa, diabetes gestacional e gravidez não planeada. Num outro estudo (Lai et al., 2006) com uma amostra de indivíduos sem diagnóstico

de perturbação do comportamento alimentar, os autores encontraram valores de perturbações alimentares duas vezes superiores nos seis meses pós-parto, sendo os preditores do estudo a falta de suporte do companheiro, fraca ligação mãe-bebé, perturbação alimentar durante a gravidez e depressão pós-parto. Também Crow et al. (2008) constataram que os episódios de compulsão alimentar, purgação e cognições de perturbação alimentar melhoram com a gravidez, apesar de tenderem a níveis pré-gravídicos no período pós-parto. Factores psicossociais como a ligação mãe-feto, o suporte do companheiro e o estado de saúde mental pós-parto podem estar associados à perturbação alimentar durante a transição da mulher para a maternidade, na medida em que, se a mulher tiver uma forte ligação ao feto, suporte por parte do companheiro e/ou saúde mental, tende a ter comportamentos mais saudáveis no período pós-parto e um melhor ajustamento na transição para a maternidade (Lai et al., 2006). Astrachan-Fletcher, Veldhuis, Lively, Fowler e Marcks (2008) referem que as exigências da maternidade e as preocupações com a imagem corporal intensificadas pelas alterações corporais da gravidez podem predispor as mulheres a uma exacerbação dos sintomas de perturbações do comportamento alimentar, bem como o desenvolvimento de perturbações do humor no período pós-parto.

Prevalência

Relativamente à prevalência de perturbações do comportamento alimentar na gravidez, foram encontrados apenas quatro estudos. Um estudo norueguês de Bulik, Holle, Hamer, Berg, Torgersen, Magnus, Stoltenberg, Siega-Riz, Sullivan e Reichborn-Kjennerud (2007) apresentou resultados na ordem dos 0,1% para a anorexia nervosa, 0,7% para a bulimia nervosa, 3,5% nos episódios de compulsão alimentar periódica e 0,1% para a perturbação alimentar sem outra especificação. 78% dos indivíduos com perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação estava em remissão, bem como 40% na bulimia nervosa tipo purgativo, 39% na compulsão alimentar periódica, 34% na bulimia nervosa de qualquer tipo e 29% na bulimia nervosa tipo não-purgativo. A taxa de incidência para a compulsão alimentar periódica foi de 1.1 por 1000 por semana. Num outro estudo com mulheres chinesas relativo a sintomas bulímicos, os autores obtiveram resultados de 8,4% durante a gravidez e 19,08% no período pós-parto (Lai et al., 2006). O estudo de Turton, Hughes, Bolton e Sedgwick (1999) aponta para 4,9% de mulheres com resultados superiores a 20 no EAT (*Eating Attitudes Test*), apesar de a maioria dos resultados não preencher todos os critérios para o diagnóstico de uma perturbação do comportamento alimentar. No mesmo, estudo, os autores indicam 8% de mulheres com sintomas de anorexia nervosa (experienciando sintomatologia ansiosa associada à alimentação e

ao peso). Os autores revelam também, em mulheres com sintomatologia associada a perturbação do comportamento alimentar, menos sintomas durante a gravidez do que nos dois anos anteriores à concepção, mas um terço destas mulheres reportaram sintomatologia durante a gravidez. Os mesmos autores encontraram fortes associações entre sintomatologia depressiva e sintomas associados a perturbações do comportamento alimentar. Um outro estudo (Torgersen, Holle, Reichborn-Kjennerud, Berg, Hamer, Sullivan & Bulik; 2008) reporta o dobro dos valores de náuseas e vômitos em grávidas com bulimia nervosa purgativa e bulimia nervosa de outros tipos, comparadas com grávidas sem perturbações do comportamento alimentar. As mulheres com perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação do tipo purgativo evidenciaram também valores elevados no que respeita ao vômito. Setenta por cento de grávidas revelaram náuseas e 35% vômitos. Os autores concluem assim que as mulheres com perturbações do comportamento alimentar com comportamentos purgativos auto-induzidos apresentam níveis mais elevados de náusea e vômitos do que as grávidas sem perturbação. Behar et al. (2008) encontraram na sua amostra 23,4% de grávidas com perturbações do comportamento alimentar, apesar de a maioria dos casos se referir a sintomas que não preenchem todos os critérios de diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa. A necessidade de investigações incidentes na prevalência de perturbações do comportamento alimentar assenta também no papel fundamental que os técnicos de saúde têm no acompanhamento de riscos e na atenção dos casos para possíveis intervenções (Dunker, Alvarenga & Alves, 2009).

Riscos Associados

Apesar de, actualmente, já se saber que estas mulheres têm possibilidade de engravidar com frequência, sendo que a fertilidade não está comprometida, o decorrer saudável da gravidez parece comportar riscos significativos e alterações no seu bem-estar, assim como no dos fetos e mesmo no bem-estar das pessoas significativas que as rodeiam (como é o caso dos familiares ou cônjuges).

O baixo peso da mulher e/ou o ganho de peso inadequado durante a gravidez podem contribuir para o aparecimento de anemia, o desenvolvimento de doença crónica (como doença cardiovascular), ou nascimento por cesariana (Barker, Gluckman & Godfrey, 1993; Bulik et al., 2005; Franko, Blais, Becker, Delisky, Greenwood, Flores, Ekeblad, Eddy, Herzog, 2001; James, 2001), chegando mesmo a existir relatos de morte associada ao diagnóstico de anorexia nervosa na gravidez (Ahmed, Balakrishnan, Minogue, Ryan & McKiernan, 1999). Os riscos incluem igualmente crescimento intra-uterino retardado, malformações congénitas, problemas no

desenvolvimento do SNC, aborto espontâneo, nascimentos prematuros, nascimentos de nados-mortos, baixo peso à nascença, baixos valores do Índice de Apgar, ou fissura no palato ou lábio ou microcefalia (Bulik et al., 2005; Edelstein, 2007; James, 2001; Kouba et al., 2005; Lacey & Smith, 1987; Mitchell-Gielegem et al., 2002; Newton & Chizawsky, 2006; Stewart, 1992). Bebés prematuros e com baixo peso à nascença podem igualmente desenvolver problemas como hipoglicémia, hipotermia, risco aumentado de infecções, efeitos neurológicos adversos e morte (Kouba et al., 2005; Stewart, 1992). Sollid, Wisborg, Hjort & Secher (2004) apontam que o risco de baixo peso à nascença, nascimentos prematuros e desenvolvimento retardado do feto é superior em mulheres com perturbações do comportamento alimentar. Estes riscos são mais frequentemente observados em indivíduos com diagnóstico de anorexia do que em indivíduos bulímicos (Bulik et al., 2005; Edelstein, 2007). Namir, Melman e Yager (1986) descobriram que a taxa de possíveis complicações na gravidez e de problemas no nascimento são iguais às da população não anoréctica quando as pacientes ganham o peso adequado ao longo da gravidez.

Com as frequentes recaídas no período pós-parto, em que as mulheres são responsáveis pela alimentação dos filhos, as interacções mãe-bebé podem ser prejudicadas pelo facto de não estarem preparadas e se sentirem sobrecarregadas pela responsabilidade da maternidade, bem como pelas suas ideias sobre peso e forma estarem distorcidas devido à sua perturbação, com consequências inclusive ao nível da alimentação do bebé (Edelstein & King, 1992; Lewis & Grange, 1994). As mulheres com perturbação do comportamento alimentar tendem a amamentar os filhos por períodos de tempo mais curtos que as mulheres sem perturbação (Larsson & Andersson-Ellström, 2003; Namir et al., 1986). Ao mesmo tempo, enquanto alguns autores alegam que a prematuridade, as complicações obstétricas e o baixo peso podem aumentar o risco de desenvolvimento de anorexia nervosa mais tarde, denominado o “ciclo de risco” (Bulik et al., 2005), outros autores consideram que episódios traumáticos no início de vida não parecem aumentar a susceptibilidade para o desenvolvimento de sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar (Feingold, Sheir-Neiss, Melnychuk, Bachrach & Paul, 2002).

Os riscos para a mãe e para o bebé podem ser aumentados devido ao consumo de tabaco (Cliver, Goldenberg, Cutter, Hoffman, Copper, Gotlieb, & Davis, 1992) ou a outros factores de risco como os factores psicossociais já referidos por Lai, Tang e Tse (2006), o que nos leva a inferir que o suporte social, nomeadamente o suporte prestado pelo companheiro, pode diminuir a taxa de riscos para a mãe e o bebé. O factor com maior peso que Blais et al. (2000) encontraram no seu estudo, no que diz respeito ao momento do parto, foi o estatuto conjugal. Os autores descobriram que, na sua amostra, as mulheres casadas tiveram maior número de nascimentos-vivos que as mulheres solteiras. Também Lewis e Grange (1994) verificaram que as mulheres

com perturbação do comportamento alimentar mais grave na gravidez foram as mesmas que se separaram ou divorciaram depois, o que levanta a hipótese de que as mulheres com percepção de relações estáveis estavam mais aptas a controlar os sintomas bulímicos durante a gravidez do que as que tendiam a ter problemas interpessoais, resultados que estão de acordo com outros autores (como Lacey & Smith, 1987). Por outro lado, as mulheres podem sentir as relações conjugais como tendo efeitos negativos, nomeadamente no que respeita às suas inseguranças acerca da aparência e aos comentários dos cônjuges quanto às quantidades de comida ingerida (Namir et al., 1986).

As alterações de humor e sintomas afectivos na gravidez influenciados por perturbações alimentares estão escassamente descritos na literatura. As alterações endócrinas da gravidez e do puerpério podem estar associadas a sintomas depressivos e flutuações de humor (Tiller & Treasure, 1998). Um estudo de Mazzeo et al. (2006) aponta que o perfeccionismo, traço observado com frequência em pacientes com perturbações alimentares, pode predispor indivíduos com estas perturbações a problemas de humor antes e depois do parto. A comorbilidade entre humor negativo e perturbações do comportamento alimentar revelam-se sobretudo numa visão negativa do futuro, ao mesmo tempo que os pacientes lutam com as estratégias de manutenção da magreza (Mazzeo et al., 2006). Shoebridge e Gowers (2000) revelam que existe maior ansiedade e preocupação durante a gravidez em mulheres com anorexia nervosa.

Após o nascimento do bebé, as mulheres com perturbação do comportamento alimentar presente ou no passado (inclusive as mulheres com remissão de sintomas na gravidez e no período pós-parto) apresentam um elevado risco de desenvolver depressão pós-parto (Abraham, 1998; Carter, McIntosh, Joyce, Frampton & Bulik, 2003; Franko et al., 2001; Morgan, 1999; Morgan, Lacey & Chung, 2006), tendo em conta que cerca de metade está já deprimida durante a gestação (Edelstein, 2007). Os valores de depressão pós-parto parecem ser, então, mais elevados em mulheres que têm ou tiveram perturbações de comportamento alimentar, quer tenham tido recaídas neste período ou tenham persistido com estes comportamentos no período gravídico (Mazzeo et al., 2006). No estudo realizado por estes autores, 60% das mulheres com bulimia nervosa e 40% das mulheres com anorexia nervosa desenvolveram depressão pós-parto. As alterações físicas e psicológicas do período gravídico parecem afectar não só a reincidência de sintomas no período gravídico mas também sintomatologia associada a depressão pós-parto (Makino, Hashizume & Tsuboi, 2007). As mulheres com história de perturbação do comportamento alimentar demonstram igualmente níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa na gravidez e no período pós-parto (Micali & Treasure, 2009).

Técnicos de Saúde: Avaliação e Intervenção

Os estudos indicam que o tratamento da anorexia nervosa durante a gravidez pode contribuir para a normalização do aumento de peso e, assim, para a diminuição dos riscos para os intervenientes (Namir et al., 1986). No entanto, os técnicos de saúde podem não conseguir identificar as perturbações do comportamento alimentar, já que (1) os pacientes apresentam relutância em revelar a sua problemática, mesmo quando o diagnóstico se refere à sua história passada (Edelstein & King, 1992; Franko & Spurell, 2000; Franko & Walton, 1993; Lemberg & Phillips, 1989; Mitchell-Gielegem et al., 2002; Newton & Chizawsky, 2006; Norre, Vandereycken & Gordts, 2001; Stewart, 1992), normalmente associado a sentimentos de vergonha (Newton & Chizawsky, 2006) (2) muitas vezes, os sintomas mais visíveis, nomeadamente na anorexia nervosa (como é o caso da amenorreia), não estão presentes no período gravídico, (3) nem sempre as perturbações são evidenciadas pelo aspecto físico, como no caso da bulimia nervosa, que abrange indivíduos com qualquer peso (Newton & Chizawsky, 2006), (4) outros sintomas podem esconder o diagnóstico (como a hiperemese gravídica, que pode esconder bulimia nervosa) (Lingam & McCluskey, 1996), e (5) as perturbações são egosintónicas, podendo traduzir-se em negação da perturbação (Newton & Chizawsky, 2006). Além desta omissão frequente aos clínicos, as mulheres com perturbações do comportamento alimentar na gravidez podem inclusive esconder a perturbação ou tentar minimizar alguns comportamentos específicos aos cônjuges, familiares, amigos ou terapeuta.

Apesar de a maioria das mulheres ser pesada durante a gravidez, a maioria dos obstetras não questiona as grávidas acerca de sintomatologia depressiva, controlo do peso ou sintomas de perturbações do comportamento alimentar (Abraham, 2001). Neste estudo, o autor indica ainda que os obstetras do sector privado apresentam menor tendência para questionar as mulheres acerca de possível historial de depressão e para referenciá-las a técnicos de saúde mental (Abraham, 2001). Surgem, então, exigências aos técnicos no sentido da importância da detecção precoce pelas equipas de cuidados primários (Manzato, Zanetti & Gualandi, 2009) e o desenvolvimento de estratégias de identificação e diagnóstico alternativas, como o acesso à história reprodutiva (nomeadamente aos ciclos menstruais) e psicossocial, a medição regular do peso, o exame físico (incluindo perturbações na mucosa oral, deterioração dos dentes, nitrogénio de ureia no sangue, entre outros) e questões específicas acerca de possíveis sintomas (“como se sente ao ser pesada todas as consultas?”, “como se sente acerca do aumento de peso?”, “como se sente com as alterações físicas na forma do seu corpo?”) e estratégias utilizadas, dependendo das respostas fornecidas (Mitchell-Gielegem et al., 2002; Newton & Chizawsky, 2006). Quer no

desenvolvimento como após a conclusão do diagnóstico, o indivíduo beneficia de uma intervenção ao nível multidisciplinar, inclusive no período pós-parto. Como afirmam Crow et al. (2008), a gravidez pode ser uma altura crucial para a identificação e tratamento de casos, nunca esquecendo que as pacientes com perturbações alimentares devem continuar a ser seguidas com frequência, mesmo depois da remissão, tendo em conta que o risco de recaída é muito grande. Propõe-se igualmente a intervenção dos técnicos no sentido da promoção do ajustamento dos pais neste período de grande exigência face às inúmeras alterações, nunca esquecendo que o papel do parceiro é essencial, quer como agente fundamental no diagnóstico e compreensão, quer como agente de suporte.

Porém, segundo Namir et al. (1986), as mulheres podem por si só utilizar diversas estratégias para lidar com a sua nova forma e o seu novo corpo, como alterações do foco da barriga para as coxas (onde ocorrem menos alterações), repetição de frases de encorajamento (como “isto não é gordura, é um bebé”), entre outras formas que definem a gravidez como prova de que são normais e de que recebem atenção do seu marido por estarem grávidas e não pela perturbação diagnosticada. A preocupação pelo bem-estar do feto parece ser a motivação principal para as alterações de comportamentos no sentido positivo (Lemberg & Phillips, 1989; Mitchell-Gielegem et al., 2002). No entanto, a gravidez por si só pode surgir como impulsionadora de sentido de maturidade e responsabilidade (Lemberg & Phillips, 1989), promovendo cognições e comportamentos saudáveis. O facto de poderem conceber pode restaurar sentimentos de normalidade, sentindo-se melhores e saudáveis (Namir et al., 1986). Segundo os mesmos autores, um outro benefício contemplado por mulheres grávidas com perturbações do comportamento alimentar é a percepção que podem ter com a satisfação dos cônjuges em relação à gravidez, recebendo igualmente maior atenção positiva dos mesmos, ao contrário da atenção negativa que recebiam pela perturbação do comportamento alimentar. Ao mesmo tempo pode também sentir-se “forçadas” a cuidar de si devido à saúde do feto.

CONCLUSÃO

Apesar da grande variedade de estudos acerca das perturbações do comportamento alimentar e acerca da gravidez, com a revisão de literatura realizada confirmou-se a grande escassez de estudos relativos à experiência da perturbação do comportamento alimentar na gravidez, não tendo sido encontrados estudos específicos que aborde esta temática no casal. Os estudos encontrados focam-se sobretudo em factores quantitativos, como os riscos associados, e não na experiência propriamente dita da mulher ou do parceiro. Os estudos qualitativos encontrados foram sobretudo estudos de caso, incidentes apenas na problemática da mulher e, raramente, na sua experiência subjectiva. No que respeita à abordagem das perturbações, a maioria dos estudos incide simultaneamente nas duas principais perturbações (a anorexia nervosa e a bulimia), não as diferenciando na sua abordagem.

Considera-se, por isso, fundamental o estudo das experiências vivenciadas pela mulher e pelo seu parceiro quando se relaciona o período gravídico com uma perturbação do comportamento alimentar, tendo em conta que as duas situações em separado já são exigentes para o casal. Assim, estudos futuros acerca da temática deverão abordá-la de forma qualitativa, tentando compreender como a mulher e o parceiro são capazes de reflectir acerca da sua experiência subjectiva, como experienciam as mudanças corporais, como vivenciam a experiência do(a) parceiro(a), como se relacionam com a sua rede social e que estratégias de adaptação à situação utilizam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, S. (1998). Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 491-502. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Abraham, S. (2001). Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(3), 159-163. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte *Web of Knowledge*.
- Ahmed, S.; Balakrishnan, V.; Minogue, M.; Ryan, C. & McKiernan, J. (1999). Sudden maternal death in pregnancy complicated by anorexia nervosa. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 19(5), 529-531. Consultado em Fevereiro 3, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- American Psychiatric Association (2002). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi.
- Astrachan-Fletcher, E.; Veldhuis, C.; Lively, N.; Fowler, C. & Marcks, B. (2008). The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *Journal of Women's Health*, 17(2), 227-239. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte *Web of Knowledge*.
- Bakan, R.; Birmingham, C. & Goldner, E. (1991). Chronicity in anorexia nervosa: pregnancy and birth complications as risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 10(6), 631-645. Consultado em Fevereiro 3, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Barker, D.; Gluckman, P.; Godfrey, K.; Harding, K.; Owens, J. & Robinson, J. (1993). Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. *Lancet*, 341, 938-941. Consultado em Novembro 17, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Behar, R.; González, J.; Ariza, M. & Aguirre, A. (2008). Transtornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 155-162. Consultado em Outubro 14, 2009, através da fonte *SciELO*.
- Belangee, S. (2007). Couples and eating disorders: an individual psychology approach. *The Journal of Individual Psychology*, 63(3), 294-305. Consultado em Novembro 17, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Ben-Meir, M.; Bucci, W. & Bers, S. (2009). The language of anorexia nervosa: implications for The "talking cure". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 181-187.

- Berg, C.; Bulik, C.; Holle, A.; Torgersen, L.; Hamer, R., Sullivan, P. & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian mother and child cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 396-404. Consultado em Novembro 25, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Blais, M.; Becker, A.; Burwell, R.; Flores, A.; Nussbaum, K.; Greenwood, D.; Ekeblad, E. & Herzog, D. (2000). Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 140-149. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Bonne, O.; Rubinoff, B. & Berry, E. (1996). Delayed detection of pregnancy in patients with anorexia nervosa: two case reports. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 423-425. Consultado em Fevereiro 3, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Broucke, S. & Vandereycken, W. (1989). The marital relationship of patients with an eating disorder: a questionnaire study. *International Journal of Eating Disorders*, 8(5), 541-556. Consultado em Novembro 17, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Broucke, S.; Vandereycken, W. & Vertommen, H. (1994). Psychological distress in husbands of eating disorder patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(2), 270-279. Consultado em Novembro 17, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Broucke, S.; Vandereycken, W. & Vertommen, H. (1995). Marital communication in eating disorder patients: a controlled observational study. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 1-21. Consultado em Novembro 17, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Bruch, H. (1985). Anorexia nervosa. In Reiser, M. (Ed.), *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1994). *Conversations with anorexics: a compassionate and hopeful journey through the therapeutic process*. Northvale: Jason Aronson.

- Bulik, C.; Holle, A.; Hamer, R.; Berg, C.; Torgersen, L.; Magnus, P.; Stoltenberg, C.; Siega-Riz, A.; Sullivan, P. & Reichborn-Kjennerud, T. (2007). Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Psychological Medicine*, 37(8), 1109-1118. Consultado em Novembro 17, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Bulik, C.; Reba, L.; Siega-Riz, A. & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *The International Journal of Eating Disorders*, 37, 2-9. Consultado em Novembro 17, 2008, através da fonte *Wiley InterScience*.
- Bulik, S.; Sullivan, P.; Weltzin, T. & Kaye, W. (1995). Temperament in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17(3), 251-261. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, M. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto.
- Carter, F.; McIntosh, V.; Joyce, P.; Frampton, C. & Bulik, C. (2003). Bulimia nervosa, childbirth, and psychopathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 357-361. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Cash, T.; Thériault, J. & Annis, N. (2004). Body image in an interpersonal context: adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(1), 89-103. Consultado em Dezembro 15, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Casper, R. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52(2), 156-170. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Casper, R.; Hedeker, D. & McClough, J. (1993), Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Pediatrics*, 92(6), 760-763. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Cliver, S.; Goldenberg, R.; Cutter, G.; Hoffman, H.; Copper, R.; Gotlieb, S. & Davis, R. (1992). The relationships among psychosocial profile, maternal size, and smoking in predicting fetal growth retardation. *Obstetrics And Gynecology*, 80(2), 262-267. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

- Collins, N.; Schetter, C.; Lobel, M. & Scrimshaw, S. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243-1258. Consultado em Maio 16, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Colman, A. & Colman, L. (1994). *Gravidez. A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 381-398.
- Correia, M. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In Leal, I. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.49-60). Lisboa: Fim de século.
- Crow, S.; Agras, W.; Crosby, R.; Halmi, K. & Mitchell, J. (2008). Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 277-279. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Crow, S.; Keel, P.; Thuras, P. & Mitchell, J. (2004). Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 220-223. Consultado em Novembro 6, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Davies, K. & Wardle, J. (1994). Body image and dieting in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(8), 787-799. Consultado em Dezembro 2, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Dunker, K.; Alvarenga, M. & Alves, V. (2009). Transtornos alimentares e gestação – uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 60-68. Consultado em Outubro 14, 2009, através da fonte SciELO.
- Edelstein, C. (2007). Eating disorders and pregnancy: an overview. *Women's Health in Primary Care*, 10, 32-44. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Edelstein, C. & King (1992). Pregnancy and eating disorders. In Yager, J. (Ed.), *Special Problems in Managing Eating Disorders* (pp.163-184). Washington: American Psychiatric Association. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Estêvão, A. (1995). Fantasias paternas no último trimestre da gravidez. *Análise Psicológica*, 13(1/2), 195-202.

- Evans, L. & Stukas, A. (2007). Self-verification by women and responses of their partners around issues of appearance and weight: “do I look fat in this?”. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1163-1188. Consultado em Novembro 17, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Fahy, T. & O'Donoghue, G. (1991). Eating disorders in pregnancy. *Psychological Medicine*, 21(3), 577-580. Consultado em Novembro 25, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Fairburn, C. & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome 'not otherwise specified' (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 691-701. Consultado em Novembro 10, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Fairburn, C. & Cooper, P. (1984). The clinical features of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 238-246. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database. Consultado em Janeiro 13, 2008, através da fonte Google Scholar.
- Fairburn, C.; Cooper, Z.; Bohn, K.; O'Connor, M., Doll, H. & Palmer, R. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for the DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1705-1715. Consultado em Novembro 23, 2009, através da fonte ScienceDirect.
- Fairburn, C. & Harrison, P. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416. Consultado em Novembro 23, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Fairburn, C.; Stein, A. & Jones, R. (1992). Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 54, 665-672.
- Feingold, E.; Sheir-Neiss, G.; Melnychuk, J.; Bachrach, S. & Paul, D. (2002). Eating disorder symptomatology is not associated with pregnancy and perinatal complications in a cohort of adolescents who were born preterm. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 202-209. Consultado em Fevereiro 3, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Figueiredo, B. (2006). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In Canavarro, M. C. (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto.

- Franko, D.; Blais, M.; Becker, A.; Delinsky, S.; Greenwood, D.; Flores, A.; Ekeblad, E.; Eddy, K. & Herzog, D. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1461-1466. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Franko, D. & Spurrell, E. (2000). Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 942-946. Consultado em Dezembro 2, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Franko, D. & Walton, B. (1993). Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 41-48. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Friedman, M.; Dixon, A.; Brownell, K.; Whisman, M. & Wilfley, D. (1999). Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 81-85. Consultado em Dezembro 15, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Gomez, R. (2005). O pai: paternidade em transição. In Leal, I. (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.257-278). Lisboa: Fim de Século.
- Gomez, R. & Leal, I. (2006). Depressão na gravidez e período pós-natal nos dois progenitores: dados de um estudo exploratório com casais portugueses. In Leal, I.; Ribeiro, J.L.P. & Jesus, S.N. (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.227-233). Faro: Universidade do Algarve.
- Hoek, H. & Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396. Consultado em Novembro 18, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Hollifield, J. & Hobdy, J. (1990). The course of pregnancy complicated by bulimia. *Psychotherapy*, 27(2), 249-255. Consultado em Fevereiro 3, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Huke, K. & Slade, P. (2006). An exploratory investigation of the experiences of partners living with people who have bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14, 436-447. Consultado em Novembro 17, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- James, D. (2001). Eating disorders, fertility, and pregnancy: relationships and complications. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15(2), 36-48. Consultado em Fevereiro 3, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

- Jeammet, P. (1993). L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 41(5-6), 235-244.
- Jordan, P. (1990). Laboring for relevance: expectant and new fatherhood. *Nursing Research*, 39(1), 11-16.
- Kaye, W.; Greno, C.; Moss, H.; Fernstrom, J.; Fernstrom, M.; Lilenfeld, L.; Weltzin, T. & Mann, J. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 927-935. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Kaye, W.; Weltzin, T. & Hsu, G. (1993). Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviors. *Psychiatric Annals*, 23(7), 365-373. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Keski-Rahkonen, A.; Hoek, H.; Susser, E.; Linna, M.; Sihvola, E.; Raevuori, A.; Bulik, C.; Kaprio, J. & Rissanen, A. (2007). Epidemiología y curso de la anorexia nerviosa en la población. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1259-1265. Consultado em Novembro 18, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Kleifield, E.; Sunday, S., Hurt, S. & Halmi, K. (1994). The tridimensional personality questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 28(5), 413-423. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Kouba, S.; Hälström, T.; Lindholm, C. & Hirschberg, A. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 255-260. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte GreenJournal.
- Lacey, J. & Smith, G. (1987). Bulimia nervosa: the impact of pregnancy on mother and baby. *British Journal of Psychiatry*, 150, 777-781. Consultado em Novembro 18, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Lai, B; Tang, C. & Tse, W. (2006). A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among chinese women in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 303-311. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Larsson, G. & Andersson-Ellström, A. (2003). Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 116-124. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

- Lawrence, M. (2002). Body, Mother, Mind: Anorexia, Femininity and the Intrusive Object
International Journal of Psycho-Analysis, 83(4), 837-850. Consultado em Novembro 27, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In Leal, I. (Ed.),
Psicologia da gravidez e da parentalidade (pp.9-19). Lisboa: Fim de Século.
- Lemberg, R. & Phillips, J. (1989). The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia.
International Journal of Eating Disorders, 8(3), 285-295. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Lewis, L. & Grange, D. (1994). The experience and impact of pregnancy in bulimia nervosa: a series of case studies. *European Eating Disorders Review*, 2(2), 93-105. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Lingam, R. & McCluskey, S. (1996). Eating disorders associated with hyperemesis gravidarum. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 231-234. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Machado, P.; Machado, B., Gonçalves, S. & Hoek, H.(2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *The International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217. Consultado em Novembro 18, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Machado, P.; Soares, I.; Sampaio, D.; Torres, A.; Gouveia, J. & Oliveira, C. (2004). Perturbações alimentares em Portugal: padrões de utilização dos serviços. *Comportamento Alimentar*, 1(1), 1-8. Consultado em Novembro 10, 2008, através da fonte *Repositorium* da Universidade do Minho.
- Madsen, I.; Horder, K. & Stoving, R. (2009). Remission of eating disorders during pregnancy: five cases and brief clinical review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30(2), 122-126. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte *Web of Knowledge*.
- Makino, M.; Hashizume, M. & Tsuboi, K. (2007). Effects of pregnancy on eating disorders. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 147-150.
- Manzato, E.; Zanetti, T. & Gualandi, M. (2009). Pregnancy in severe anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 84-86. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte *Web of Knowledge*.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2004). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

- Martins, C. & Bernardo, P. (2000). Anorexia – “um longo caminho a percorrer”. In Ribeiro, J.; Leal, I. & Dias, M. (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 231-239). Lisboa: ISPA.
- Markey, C.; Markey, P. & Birch, L. (2001). Interpersonal predictors of dieting practices among married couples. *Journal of Family Psychology*, 15(3), 464-475. Consultado em Dezembro 15, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- May, K. (1980). A typology of detachment/involvement styles adopted during pregnancy by first-time fathers. *Western Journal of Nursing Research*, 2, 445-342.
- May, K. (1982). Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, 31(6), 337-342.
- Mazzeo, S.; Landt, M.; Jones, I.; Mitchell, K.; Kendler, K.; Neale, M.; Aggen, S. & Bulik, C. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 202-211. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Micali, N. & Treasure, J. (2009). Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *European Eating Disorders Review*, 17, 448-454. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Micali, N.; Treasure, J. & Simonoff, E. (2007). Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 297-303. Consultado em Novembro 25, 2009, através da fonte *Web of Knowledge*.
- Minuchin, S.; Rosman, B. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University.
- Mitchell, J.; Seim, H.; Glotter, D; Soll, E. & Pyle, R. (1991). A retrospective study of pregnancy in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 209-241. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Mitchell-Gielegem, A.; Mittelstaedt, M. & Bulik, C. (2002). Eating disorders and childbearing: concealment and consequences. *Birth*, 29(3), 182-191. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Mogul, S. (1989). Sexuality, pregnancy, and parenting in anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17(1), 65-88. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

- Morgan, J. (1999). Eating disorders and reproduction. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 39(2), 167-173. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Morgan, J.; Lacey, J. & Chung, E. (2006). Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68, 487-492. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Morgan, J.; Lacey, H. & Sedgwick, P. (1999). Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174, 135-140. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Namir, S.; Melman, K. & Yager, J. (1986). Pregnancy in restrictor-type anorexia nervosa: a study of six women. *The International Journal of Eating Disorders*, 5(5), 837-845. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Newton, M.; Boblin, S.; Brown, B. & Ciliska, D. (2005). “An engagement-distancing flux”: bringing a voice to experiences with romantic relationships for women with anorexia nervosa. *European Eating Disorders*, 13, 317-329. Consultado em Dezembro 15, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Newton, M. & Chizawsky, L. (2006). Treating vulnerable populations: the case of eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(1), 5-7. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Newton, R.; Freeman, C. & Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(6), 389-394. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Nodim, N. & Leal, I. (2005). Representações paternas na anorexia nervosa. *Análise Psicológica*, 23(2), 201-208.
- Norre, J.; Vandereycken, W. & Gordts, S. (2001). The management of eating disorders in a fertility clinic: clinical guidelines. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22(2), 77-81. Consultado em Dezembro 2, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Phares, V. (1992a). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: make room for daddy. *Psychological Bulletin*, 111(3), 387-412. Consultado em Maio 16, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

- Phares, V. (1992b). Where's poppa?: the relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. *American Psychologist*, 47(5), 656-664. Consultado em Maio 16, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Piccinini, C.; Silva, M.; Gonçalves, T.; Lopes, R. & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314.
- Pinheiro, A.; Bulik, C.; Sullivan, P. & Machado, P. (2008). An empirical study of the typology of bulimic symptoms in young portuguese women. *The International Journal of Eating Disorders*, 41, 251-258. Consultado em Novembro 18, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Priel, B. & Besser, A. (2002). Perceptions of early relationships during the transition to motherhood: the mediating role of social support. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 343-360. Consultado em Maio 16, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Ramchandani, D. & Whedon, B. (1988). The effect of pregnancy on bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7(6), 845-848. Consultado em Fevereiro 3, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Rand, C.; Willis, D. & Kuldau, J. (1987). Pregnancy after anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5), 671-674. Consultado em Fevereiro 3, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Rini, C.; Schetter, D.; Hobel, C.; Glynn, L. & Sandman, C. (2006). Effective social support: antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships*, 13, 207-229. Consultado em Maio 16, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Rocco, P.; Orbitello, B.; Perini, L.; Pera, V.; Ciano, R. & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 175-179. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte *Web of Knowledge*.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Sánchez-Planell, L. & Prats, M. (2006). Transtornos de la conducta alimentaria. In Vallejo Ruiloba, J. (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (6ª ed.) (pp.295-319). Barcelona: Masson.

- Schembri, C. & Evans, L. (2008). Adverse relationship processes: the attempts of women with bulimia nervosa symptoms to fit the perceived ideal of intimate partners. *European Eating Disorders Review*, 16, 59-66. Consultado em Novembro 17, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Shmidt, U.; Tiller, J. & Treasure, J. (1993). Psychosocial factors in the origins of bulimia nervosa. *International Review of Psychiatry*, 5, 51-59. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Senior, R.; Barnes, J.; Emberson, J. & Golding, J. (2005). Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms both lifetime and during pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 187, 268-273. Consultado em Novembro 25, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Shoebridge, P. & Gowers, S. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa: A case-control study to investigate direction of causality. *British Journal of Psychiatry*, 176(2), 132-137. Consultado em Dezembro 16, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Siega-Riz, A.; Haugen, M.; Meltzer, H.; Holle, A.; Hamer, R., Torgersen, L.; Knopf-Berg, C.; Reichborn-Kjennerud, T. & Bulik, C. (2008). Nutrient and food group intakes of women with and without bulimia nervosa and binge eating disorder during pregnancy. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1346-1355. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte Web of Knowledge.
- Sollid, C.; Wisborg, K.; Hjort, J. & Secher, N. (2004). Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(1), 206-210. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte *Web of Knowledge*.
- Srinivasagam, N.; Kaye, W.; Plotnicov, K. & Greeno, C. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1630-1634. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Stewart, D. (1992). Reproductive functions in eating disorders. *Annals of Medicine*, 24(4), 287-291. Consultado em Dezembro 2, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Strober, M.; Lampert, C.; Morrell, W. & Burroughs, J. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9(3), 239-253. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

- Tiller, J. & Treasure, J. (1998). Eating disorders precipitated by pregnancy. *European Eating Disorders Review*, 6, 178-187. Consultado em Outubro 29, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Torgersen, L.; Holle, A.; Reichborn-Kjennerud, T.; Berg, C.; Hamer, R.; Sullivan, P. & Bulik, C. (2008). Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 772-727. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Turton, P.; Hughes, P.; Bolton, H. & Sedgwick, P. (1999). Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 448-452. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte *Web of Knowledge*.
- Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Waller, D.; Guillon, C. ; Petty, F. & Hardy, B. (1993). Tridimensional personality questionnaire and serotonin in bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 48(1), 9-15. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Ward, V. (2008). Eating disorders in pregnancy. *British Medical Journal*, 336, 93-96. Consultado em Novembro 24, 2009, através da fonte *Web of Knowledge*.
- Welch, S.; Doll, H. & Fairburn, C. (1997), Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. *Psychological Medicine*, 27, 515-522. Consultado em Novembro 24, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

ARTIGO EMPÍRICO

**“Eu queria o bebé mas não queria estar grávida”:
Perturbações do Comportamento Alimentar na Gravidez**

RESUMO

As perturbações do comportamento alimentar encenam diversas especificidades, sobretudo no período gravídico. Face à escassez de estudos sobre a experiência da perturbação do comportamento alimentar na gravidez, o presente trabalho tem como objectivo compreender os processos envolvidos no período gravídico quando existe história de perturbações do comportamento alimentar na mulher. Tenciona-se analisar as vivências subjectivas dos participantes no que respeita à gravidez, expectativas, alterações corporais e relação com o suporte social, inclusive com os técnicos de saúde. Para tal, foram entrevistados 3 participantes em instituições hospitalares. Utilizou-se um questionário sócio-demográfico e uma entrevista semi-estruturada para os pais durante a gravidez, com análise dos dados segundo o método da Grounded Theory. Na análise dos dados foram igualmente utilizados excertos de 4 entrevistas de uma investigação anterior. A gravidez despoletou a presença de sintomas em 3 casos sem sintomatologia antes da gravidez, a manutenção de sintomas num dos casos, e a melhoria de alguns sintomas numa outra participante. O processo mais visível é o de ambivalência, sobretudo entre as alterações da imagem corporal resultantes da gravidez (e repulsa e sofrimento daí resultantes), e a ligação estabelecida com o bebé (com consequentes emoções e comportamentos de protecção e preocupação com o seu bem-estar). Existe um grande risco de reincidência ou agravamento dos sintomas no período pós-parto, inclusive verificado na participante sem sintomas durante a gravidez.

Palavras-chave: perturbações alimentares, gravidez, casal, parentalidade.

ABSTRACT

Eating disorders entail many specificities, especially during pregnancy. Given the shortage of studies on the experience of eating disturbance in pregnancy, this work aims to understand the processes involved in pregnancy when there is a history of eating disorders in women. We tend to analyse the subjective experiences of the participants in relation to pregnancy, expectations, bodily changes and social support, including health professionals. Three participants were interviewed in hospital institutions. We used a socio-demographic questionnaire and a semi structured interview for parents during pregnancy, with made data analysis by Grounded Theory. In the data analysis was also used parts of 4 interviews of a previous research. Pregnancy triggered the presence of symptoms in 3 cases without symptoms before pregnancy, the maintenance of symptoms in one participant and improved some symptoms in another case. The most visible process is the ambivalence experienced by these women, especially between body changes resulting from pregnancy (and consequent repulsion and suffering), and the bond with the baby (with consequent emotions and behaviors for protection and concern for their welfare). There is a great risk of recurrence or worsening of symptoms in the postpartum period, including the case of the participant without symptoms during pregnancy.

Key-words: eating disorders, pregnancy, couple, parenthood

Nota: Dada a natureza confidencial dos dados apenas a informação não sensível é fornecida.