

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



A QUALIDADE DE VIDA NA ANOREXIA NERVOSA

João Paulo Baltazar Bernardo

12520

Tese submetida como requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

A QUALIDADE DE VIDA NA ANOREXIA NERVOSA

João Paulo Baltazar Bernardo

Dissertação orientada por Prof. Doutor Machado Caetano

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Machado Caetano, 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

Devo este trabalho a todas as pessoas que me apoiaram no meu percurso de estudante. Tive o privilégio de estudar numa grande instituição de ensino superior, conhecer seres humanos excepcionais, aprender e crescer em conhecimentos teóricos, práticos mas sobretudo relacionais.

Correndo o risco de me esquecer de algum nome quero agradecer muito em especial a todos os que tornaram possível este trabalho. Agradeço ao Prof. Doutor Machado Caetano por me permitir aprender com a sua vasta experiência de docente. Ao Dr. Abel Santos por todo o apoio que me deu na recolha dos dados, no contacto com o Hospital Santa Maria. Ao Prof. Doutor Daniel Sampaio por ter tornado possível essa recolha de dados junto das pacientes do serviço que dirige. Ao Dr. João Maroco pelo apoio na elaboração do trabalho estatístico.

Não posso deixar de referir o quanto estou grato a todos os que me ajudaram a manter o esforço de trabalho até ao fim desta etapa da minha vida. Sem apresentar nomes porque todos eles sabem o quanto foram importantes para que eu tivesse energia e disponibilidade para terminar este curso.

A todos um muito bem hajam.

RESUMO

O estudo da qualidade de vida impõe-se numa lógica de psicologia positiva. O objectivo foi comparar a qualidade de vida de pacientes com anorexia nervosa com a qualidade de vida normativa da população portuguesa. Utilizou-se o SF-36 aplicando-o a trinta pacientes do sexo feminino seguidos em consulta de comportamento alimentar com diagnóstico médico de anorexia nervosa. Verificou-se uma qualidade de vida significativamente diminuída nestas pacientes, sobretudo na dimensão Saúde Mental.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Anorexia Nervosa; Psiconeuroendocrinoimunologia.

QUALITY OF LIFE IN ANOREXIA NERVOSA

ABSTRACT

The study of quality of life must be a logic of positive psychology. The aim was to compare the quality of life of patients with anorexia nervosa with the quality of life of the normative population. We used the SF-36 applying it to thirty female patients followed in consultation with feeding behavior of medical diagnosis of anorexia nervosa. There was a significantly diminished quality of life in these patients, especially in the dimension Mental Health.

Key-words: Quality of life; Anorexia Nervosa; Psychoneuroendocrineimmunology.

ÍNDICE

Introdução	pág. 01
Desenvolvimento Teórico.	pág. 03
Perspectiva histórica.	pág. 03
Critérios de diagnóstico.	pág. 05
Etiologia	pág. 06
Tipos de Anorexia Nervosa.	pág. 09
Características do paciente com Anorexia Nervosa. . .	pág. 10
Imagem corporal.	pág. 10
Qualidade de vida.	pág. 11
Psiconeuroendocrinoimunologia	pág. 13
Método	pág. 19
Resultados	pág. 22
Conclusão/Discussão.	pág. 24
Referências Bibliográficas	pág. 26
Anexos.	pág. 31
Anexo I - Questionário	pág. 32
Anexo II – <i>Outputs</i> e tabelas de resultados	pág. 37

INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde, inicialmente focada nas patologias e no seu tratamento, tem vindo a debruçar-se sobre as questões relacionadas com o optimismo, a qualidade de vida e o bem-estar subjectivo numa lógica de psicologia positiva (Silva, 2006). Assim, aumentam as preocupações não só com o estar doente, mas também com o estar saudável (Ribeiro, 2005). Para além disso, a Psicologia da Saúde tem vindo a desafiar a divisão corpo-mente (Teixeira, 2007) defendendo uma perspectiva holística para a reflexão acerca de patologias, como a que este estudo propõe considerar (i.e., Anorexia Nervosa). A anorexia nervosa é uma patologia que, sucintamente, se caracteriza pela recusa do paciente em manter um peso corporal mínimo e que habitualmente se inicia na adolescência sendo raro o seu surgimento depois dos 40 anos (APA, 2000).

O conceito *qualidade de vida* tem sido largamente discutido e utilizado em diversos estudos na área da psicologia da saúde (Martin, Gros, Queiroz & Guedes, 2006) (Abrunheiro & Sendas, 2006) (Oliveira & Meneses, 2006) (Marques & Ribeiro, 2006) (Pedro & Ribeiro, 2006) (Santos, 2006). As principais marcas deste conceito são a sua subjectividade, pois está relacionado com o que o sujeito identifica como factores que acrescentam ou subtraem qualidade, felicidade, alegria, satisfação, realização (e etc.) à sua vida e a sua mutabilidade, ao longo do ciclo de vida do indivíduo. Dependendo das possibilidades ou limitações do momento e do modo de encará-las, o sujeito vai valorizando certos factores em detrimento de outros, adequando assim a sua perspectiva de qualidade de vida. Habitualmente ligado a um bom estado de saúde, é possível encontrar pessoas em situação de doença grave que apresentem níveis relativamente altos de qualidade de vida (Ribeiro, 2005).

Têm sido realizados alguns estudos sobre a qualidade de vida na população sobre a qual este estudo se debruça (i.e. pacientes com anorexia nervosa), tanto utilizando o mesmo instrumento que nos propomos utilizar, a saber, SF-36 (Rie, Noordenbos, Donker & Furth, 2007) (Engel et al., 2006) (Rie, Noordenbos & Furth, 2005), como utilizando uma forma ainda mais reduzida do mesmo instrumento (i.e. SF-12) (Abraham et al., 2006) (Mond et al., 2005). Contudo, em Portugal são desconhecidos estudos sobre qualidade de vida, utilizando este instrumento, na população com a qual nos propomos trabalhar, a saber, pacientes diagnosticadas com anorexia nervosa, independentemente do tipo de anorexia de que padeçam (i.e. Tipo restritivo e Tipo ingestão compulsiva/Tipo purgativo).

Por tudo isto os objectivos deste trabalho são muito relevantes no panorama nacional de cuidados de saúde. Em primeiro lugar pela população sobre a qual se debruça. Apesar de a prevalência da anorexia nervosa em Portugal poder ser considerada baixa, é relevante o facto de atingir uma faixa etária onde pode comprometer de forma muito limitadora, o desenvolvimento e maturação dos pacientes, causando atrasos no crescimento (Sampaio, Bouça, Carmo & Jorge, 1999). Para além dos referidos transtornos, e tal como vários estudos na área da psiconeuroendocrinoimunologia demonstram, a anorexia nervosa afecta todo o indivíduo nas suas dimensões psicológicas e fisiológicas (sistemas neurológico, endócrino e imunológico). Assim, com este estudo, aumentar-se-á a compreensão desta patologia em Portugal, podendo comparar-se com resultados de estudos similares realizados noutros países. Este estudo pretende ainda ser um instrumento útil para que, em conjunto com outros estudos, que utilizem outros instrumentos, se possa correlacionar a qualidade de vida com outros sintomas psicológicos nestes pacientes.

DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

A anorexia nervosa (AN) é uma patologia com maior incidência em mulheres, sobretudo na adolescência. Contudo, têm surgido casos de AN em rapazes – 5 a 10% dos casos (Sampaio, 2002) – e em mulheres mais velhas, inclusivamente casos de mulheres que desenvolvem a patologia já na menopausa.

Perspectiva histórica

A AN é uma patologia com manifestações descritas há já muitos séculos mas muito mal compreendida até há poucos anos.

Apesar da primeira descrição médica da doença ter sido feita no século XVII, já no século XVI o médico napolitano Porta, publicara uma obra intitulada “Considerações sobre o caso da jovem della Magna que viveu dois anos sem comer nem beber” (Luban-Plozza & Pöldinger, 1979). Mas outros casos houve na história de manifesta anorexia nervosa.

No século XIV, Catarina de Siena foi, provavelmente, vítima de anorexia. Religiosa muito activa e interventiva nas mais altas esferas do clero, Catarina de Siena, nascida em 1347 numa fratria de 21 irmãos. Em nome das suas convicções religiosas, desde cedo decide seguir uma vida de sacrifício, renegando a vida sexual, alimentando-se muito pouco e autoflagelando-se frequentemente (Sampaio, 2002).

No século XVI surge a descrição da jovem Margaret Weiss, de dez anos de idade, que segundo um médico da época não terá comido durante três anos, mantendo uma actividade física normal. Outro caso semelhante é relatado por um médico italiano em 1611. Segundo este uma jovem de 13 anos que, esquelética, terá mantido uma actividade física semelhante às outras crianças sem contudo comer há três anos.

Mais recentemente, tal como descreve Sampaio (2002), muitas outras mulheres célebres foram consideradas anorécticas. Elisabete da Áustria que com um metro e setenta e dois não se permitia passar dos cinquenta quilos de peso. A sua biografia é acompanhada por um humor compatível com uma depressão, para além de uma série de acontecimentos trágicos, que foram agravando os seus quadros patológicos. As escritoras Virginia Wolf (1882-1941) e Karen Blixen (1885-1962) também são tidas por alguns autores como anorécticas tendo esta última falecido com 35 quilos. A filósofa francesa Simone Weil (1909-

1943) que deixou em seu diário que “*dado o dilema geral e permanente da humanidade neste mundo, comer até que se esteja saciado é um abuso*”, faleceu durante um internamento onde recusava alimentar-se. Mais recentemente, a princesa Diana de Gales, que na abertura de um congresso internacional sobre doenças do comportamento alimentar assumiu a sua patologia – anorexia bulímica.

A primeira descrição médica da doença foi feita em 1689 pelo inglês Norton, mas só no século XIX foi claramente identificada como entidade clínica pelo francês Lasègue e o inglês Gull, que em 1873 criou o termo ainda hoje utilizado (Anorexia Nervosa). Outro termo que também foi utilizado para identificar a patologia é Anorexia Mental (Neto, 1989).

Lasègue estabeleceu um quadro clínico em que incluía a tríade sintomática: anorexia por atitude distorcida face à alimentação, amenorreia de origem psicogénica e emagrecimento, sempre secundário à anorexia. Apesar do termo *anorexia* designar *falta de appetite* (an – negação; orexis – desejo, appetite), Lasègue verificou não haver uma verdadeira falta de appetite, mas sim uma recusa alimentar deliberada: “Gradualmente a anoréctica reduz a alimentação. Ao fim de algumas semanas já não há uma suposta repugnância temporária, mas uma recusa de comida que pode ser prolongada indefinidamente” (Lasègue, citado por Carmo, I. 1994).

Apesar de identificados alguns factores do quadro sintomático, a doença chegou a ser confundida como uma insuficiência da glândula hipofisária. Só após a década de setenta, do século passado, é que se iniciou a investigação mais profunda sobre a patologia (Sampaio, 2002).

São pioneiros dessa investigação Hilde Bruch, Arthur Crisp e Gerald Russell (Sampaio, 2002).

Brush é o primeiro a chamar a atenção para a perturbação da imagem corporal de que sofrem muitas vezes os pacientes.

Crisp criou o conceito da AN como uma *fobia do peso*, devido ao mórbido receio que estes doentes têm de aumentar de peso, relacionando-a com as dificuldades psicológicas de lidar com as alterações próprias do desenvolvimento promovido pela puberdade. Este autor aponta, pela primeira vez, para questões etiológicas, actualmente consideradas pertinentes, como sejam o contexto familiar (família protectora vs. desejo de autonomia), a reacção ao stress introduzido pelo período de mudança (mudança corporal e maturação sexual) que levaria a uma *fuga ao crescimento* para um padrão infantil, característico da AN.

Em 1970 Russell estabeleceu pela primeira vez as três características fundamentais da AN: comportamento persistente com o objectivo de perder peso; alterações psicológicas

características, causadas pelo medo de engordar; existência duma perturbação originada por alterações endócrinas, que se traduz em amenorreia nas mulheres e em disfunção eréctil / desinteresse sexual nos homens.

Critérios de diagnóstico

Actualmente, segundo o DSM-IV (APA, 2002) considera-se como características essenciais da AN a recusa do indivíduo em manter um peso corporal na faixa normal mínima, um imenso temor de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo. Além disso, é característico haver alterações menstruais, as mulheres pós-menarca são amenorreicas e as pré-menarca adiam-na.

Considera-se que um indivíduo preenche o *Critério A* da AN (DSM-IV) quando este atinge um limiar de peso inferior a 85% do peso considerado normal para a sua idade e altura. Em Portugal, no entanto, este critério é mais rígido, seguindo o padrão do CID-10, que exige, para preenchimento deste critério, que o indivíduo tenha um índice de massa corporal igual ou inferior a $17,5 \text{ Kg/m}^2$. Contudo, nem sempre é necessário que o indivíduo atinja tal estado de magreza, pois tendo em conta a história ponderal, pode-se perceber a existência de AN quando há uma rápida redução de peso, por redução alimentar quase total e/ou exercício físico intenso e excessivo.

Neste transtorno alimentar considera-se satisfeito o *Critério B* (DSM-IV), quando o indivíduo tem um medo exacerbado de ganhar peso, medo esse, que não diminui com a perda real de peso. Enquanto os indivíduos saudáveis que procuram reduzir o seu peso, cessam a sua restrição alimentar quando atingem o peso desejado, os anorécticos restabelecem novos objectivos de redução de peso, sempre que atingem o anteriormente estabelecido, aumentando também a preocupação com um possível aumento de peso.

O *Critério C* da AN (DSM-IV) pode-se resumir como sendo uma perspectiva deformada do próprio corpo. Por vezes vêem um excesso de peso global, apesar da evidente magreza, outros porém, entendendo que estão magros, centram-se em certas partes do corpo que consideram especialmente gordas (por exemplo: nádegas e pernas), definindo-se assim, um quadro de *distúrbio da imagem corporal*.

O *Critério D* (DSM-IV) é a existência de amenorreia, nas mulheres pós-menarca e o atraso da menarca nas que desenvolveram a patologia antes da mesma. A amenorreia, em

geral, é consequência da perda de peso, no entanto, numa minoria de casos, pode mesmo precedê-la.

Os *Critérios* do DSM-IV apontam para questões que importa explorar e especificar com maior pormenor mais adiante.

Etiologia

Após um breve olhar sobre a História e uma breve definição clínica, importa neste momento olhar para a *Etiologia* da AN.

A *anorexia* tem causas ainda difíceis de definir claramente. No entanto, podemos considerar que existem uma série de factores, que contribuem para o seu surgimento, e que encetam entre si um conjunto de constantes inter-relações dinâmicas.

Uma vez que não podemos ter uma atitude enquistada perante esta questão, torna-se importante demonstrar uma série de perspectivas sobre a *etiologia* da AN.

1. Analíticas

Vários autores desenvolveram algumas teorias psicanalíticas para as causas da AN (Corte-Real et al., 1999). Dos quais gostaria de destacar:

Freud – Considera haver uma repressão excessiva do comportamento erótico na AN;

K. Abraham – Desenvolveu investigação sobre a fase pré-genital inicial da líbido, sublinhando o papel do sadismo oral na inibição do apetite;

Kaufman – Refere-se à fantasia da gravidez oral;

Kestenberg – Desenvolveu a tese da fusão relativa entre o Eu actual e o Ideal do eu, com a hipertrofia do último, o que condiciona uma profunda indistinção entre as diversas zonas erógenas, com a consequente confusão entre genitalidade e oralidade;

H. Bruch – Relaciona as más interacções alimentares precoces mãe-bebé, com perturbação do esquema corporal e perturbação dos limites do Eu, com consequente perturbação no reconhecimento e discriminação dos estímulos corporais.

2. Cognitivo Comportamental

Segundo estas escolas, o sujeito funciona mais através do processo de *acomodação* do que pelo processo de *assimilação*. Este funcionamento é característico dos estádios pré-operatório e das operações concretas. Assim, são considerados traços característicos destas personalidades: a imaturidade emocional; o perfeccionismo; os traços obsessivos; a grande dependência dos pais e dos seus desejos; e a ansiedade fóbica. Também são

considerados característicos os conflitos centrados na Identidade, Sexualidade e Agressividade.

3. Sistémica

Esta escola, que se baseia na consideração da organização familiar, aponta para as questões da harmonia, da relação entre os cônjuges, da super-protecção da mãe (dominada pela preocupação alimentar tende a desenvolver mecanismos obsessivos na filha; relação ambivalente mãe-filha e conseqüente dificuldade de separação); pais exigentes em relação à filha.

Graham (s/d citado por Corte-Real et al., 1999) aponta ainda para as questões sócio-culturais de padrões elevados de comportamento moral, sobre-valorização do rendimento escolar e uma cultura mediática fundada em estereótipos de beleza e atractividade dependentes da magreza.

4. Biológicas

As perspectivas biológicas dividem-se em três vertentes: hipotalâmica; genética; e neurotransmissores.

- a. Hipotalâmica – nesta perspectiva é explorado o funcionamento neuronal, nomeadamente: dos núcleos laterais do hipotálamo (centro regulador da fome); dos núcleos ventromeridianos (centro regulador da saciedade). Assim a AN seria uma consequência da desregulação destes centros. Contudo, para além do hipotálamo, existem outras estruturas implicadas nesta regulação. Estas estruturas (sistema límbico; estruturas neo-corticais e estriadas; e rinocéfalo) estão mais relacionadas com as funções emocionais e afectivas.

Para além da disfunção primária das referidas estruturas outros factores são nomeados como possíveis indutores de tais disfunções: actividade aumentada de uma dieta proteica desequilibrada; glicose celular e circulante no sangue; alteração dos centros de termorregulação; vulnerabilidade endócrina subjacente; estímulos sensoriais, ambientes sócio-culturais e familiares, situações de stress, puberdade, e perturbações afectivas; factores genéticos.

- b. Genética – Existem vários indicadores que, embora necessitados de dados conclusivos, que nesta perspectiva podem considerar-se: predisposição familiar; questões genótípicas (estudos de gémeos homozigóticos);

concomitância com outras doenças como Diabetes Mellitus, Síndrome de Turner, Espinha Bífida, e outras más-formações congénitas; e relação com a Depressão endógena.

- c. Neurotransmissores – Nesta perspectiva os autores valorizam a importância das alterações nos sistemas de neurotransmissores e suas monoaminas. Alguns desses autores referem as alterações nos sistemas adrenérgico, serotoninérgico e dopaminérgico.

Como se pode observar a etiologia da AN continua a despoletar apaixonadas teorizações. No entanto importa perceber que existem alguns factores potenciadores deste distúrbio alimentar que recolhem maior consenso.

Tal como refere Neto (1989) os factores genéticos traduzidos em termos bioquímicos e neuro-endocrinológicos interferirão e serão interferidos pelas relações de objecto e estabelecidas precocemente e estas, por sua vez, interferidas por factores sócio-culturais.

É evidente que os factores sócio-culturais têm potenciado maiores comportamentos dietéticos e que o padrão de beleza se tem alterado relacionando-o com a magreza. Mas a assunção desses factores serem suficientemente influentes na indução dos distúrbios alimentares é de difícil fundamentação. Contudo, a realidade mostra-nos que vários indivíduos iniciam comportamentos de restrição alimentar, que param quando atingem o peso pretendido, enquanto outros continuam e agudizam essa restrição. Assim, fica apenas o facto do contexto sócio-cultural, claramente, atrasar a percepção dos sintomas, ou seja, com a banalização e maior aceitação das dietas, só mais tardiamente o paciente e sobretudo a sua família se apercebem de estarem perante uma patologia.

Também é muito consensual, e referido por muitos autores, a importância dos factores familiares. Uma família onde existe uma elevada exigência e altas expectativas intelectuais, onde é comum um desinvestimento emocional e afectivo, onde o rigor e estabelecimento de metas e objectivos de muitas ordens se sobrepõem aos interesses lúdicos. Estas famílias aparentemente funcionais, valorizam bastante a razão, união e sentido do dever, mas as emoções são pouco evidenciadas (Martins & Bernardo, 2000). É igualmente comum encontrar, nas famílias das anoréxicas, perturbações relacionais, derivadas das dificuldades de aceitação da autonomia e sexualidade dos adolescentes, por atitudes maternas intrusivas/ambivalentes e por atitudes paternas marcadas pela pouca intervenção deste na dinâmica familiar.

Tal como nos descreve Neto (1989) pensamos que, quanto à organização da personalidade, a anorexia se caracteriza, em síntese, por conflitos expressos com o corpo, através duma linguagem total; conflitos radicados na fase oral, anal e edipiana; conflitos de dependência/separação, autonomia; conflitos centrados na identidade, na sexualidade, na agressividade.

Os factores bioquímicos e neuro-endócrinos são difíceis de isolar, contudo várias investigações têm sido realizadas no sentido de melhor compreender a interferência destes na génese e sobretudo na manutenção da AN. Estes estudos têm vindo a ser encetados por novas disciplinas que os relacionam com os factores de ordem psicológica, numa lógica holística de compreensão desta perturbação alimentar. Algumas dessas disciplinas são a Psicologia da Saúde, a Psicossomática, a Psiconeuroimunologia e a Psiconeuroendocrinoimunologia, sendo que estas três últimas são consideradas por alguns autores, não como disciplinas, mas como áreas interdisciplinares. Todas estas disciplinas se baseiam no princípio de que o cérebro é um órgão sistémico composto por funções e respostas comportamentais que são moduladas por experiências intraorgânicas, regulação cibernética e experiências da vida externa (organização da personalidade, aprendizagem-educação, experiências precoces, conflitos).

Tipos de Anorexia Nervosa

Neste distúrbio alimentar podemos falar em dois tipos de anorexia: a Anorexia Restritiva e a Anorexia Purgativa.

A anorexia restritiva caracteriza-se pela quase total abstinência alimentar. O paciente inicia a restrição retirando os alimentos mais calóricos, mas prossegue no controlo «obsessivo» das calorias ingeridas, ao ponto de se limitar a ingerir uns poucos alimentos, nutritivamente muito pobres, iludindo a sensação de fome com o aumento da ingestão de líquidos. A perda de peso pretendida é obtida também pelo exercício físico intenso e excessivo.

Na anorexia purgativa, para além das restrições alimentares, ainda se verificam comportamentos compulsivos, quer de ingestão, quer purgativos. Os pacientes com este sub-tipo de anorexia têm episódios de descontrolo das suas defesas obsessivas que resultam em comportamentos compulsivos. Contudo nem todos os pacientes com este sub-tipo de anorexia fazem ingestões alimentares compulsivas sendo suficiente para este diagnóstico a

existência de compulsões purgativas como sejam o vômito, o uso desadequado e excessivo de laxantes e diuréticos.

Características do paciente com AN

No paciente com anorexia, os interesses são restringidos ao exercício físico, que é mantido apesar da manifesta debilidade, ao investimento intelectual e à dieta. Tal como escreve Beaumont (s/d citado por Sampaio, 2002) “nunca estar sentado quando se pode ficar de pé, nunca permanecer de pé quando se pode andar, nunca andar se se pode correr”. A hiperactividade e o intelectualismo, com a sua conotação de poder e perfeição, permitem assim um distanciamento em relação às satisfações ligadas à sexualidade e às fisiológicas, como o sono, a fome e a fadiga, promovendo uma falta de resposta e má percepção dos sintomas. Esta falta de percepção dos sintomas ajuda a tornar esta patologia tão perigosa porque, tal como refere Teixeira (1991), a percepção dos sintomas é fulcral no movimento de procura de ajuda especializada.

É de sublinhar que a intelectualização e a racionalização são mecanismos de defesa muito característicos destes pacientes. São frequentemente utilizados como forma de desactivação e de manifestação do desejo de autonomia em relação à família, habitualmente muito protectora. Outro interesse em que os pacientes se centram é a dieta. Estes pacientes estão constantemente a pensar em comida, o que se torna manifesto no seu interesse em preparar refeições para os outros e colecção de receitas. Desta forma a qualidade de vida é afectada pelo desinvestimento afectivo e relacional que muitas vezes resulta em isolamento social.

A Imagem Corporal – Conceito, desenvolvimento e distúrbio na AN

É consensual que uma das afectações importantes e fulcrais no desenvolvimento e manutenção da AN é o *distúrbio da imagem corporal*.

Entende-se por *imagem corporal* a figuração do corpo na nossa mente, ou seja, esta não é apenas o somatório das sensações nem apenas a totalidade dos conteúdos da imaginação relacionada com o corpo.

Tal como Capisano (1992, *in* Filho, 1992) refere “A imagem do corpo estruturaliza-se em nossa mente, no contacto do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Sob o primado do inconsciente, entram em sua formação contribuições anatómicas, fisiológicas, neurológicas, sociológicas, etc.”. Esta questão poder-se-ia colocar em relação ao conhecimento de qualquer objecto da realidade, pois o conhecimento dos objectos reais é sempre realizada por essas duas vias: a percepção (mais objectiva e determinada pelos órgãos dos sentidos) e a projecção (mais subjectiva e determinada pelo mundo interno do sujeito). Contudo, ainda assim, o autor refere que “os movimentos dirigidos ao nosso corpo são psicológica e fisiologicamente diferentes dos movimentos referidos aos objectos”.

A observação dos *Desenhos da Figura Humana* ou dos *Auto-retratos* fazem perceber que, a forma como o corpo é percebido e colocado como imagem mental se vai desenvolvendo à medida que todo o indivíduo se vai desenvolvendo. Desde os desenhos das crianças abaixo dos cinco anos, onde as assimetrias e as deformações predominam e onde o corpo é o conjunto das suas partes, justapostas e mal articuladas, até ao desenho dos pré-adolescentes, onde a assimetria já está mais diluída e surge a preocupação de impressionar favoravelmente os adultos, o movimento das imagens é contínuo. Assim, e sem subestimar o papel da coordenação visuo-manual, percebe-se que a *imagem corporal* é continuamente mutável, acompanhando a mutabilidade da vida psíquica.

Capisano (1992, *in* Filho, 1992) afirma que as modificações da *imagem corporal* estão também dependentes de toda a insatisfação que está ligada ao distúrbio libidinal, que existe uma nítida relação entre a *imagem corporal* e as zonas erógenas, e que, os seus traços dependem de atitudes emocionais repetidas. Isto permite perceber um pouco melhor a problemática do *distúrbio da imagem corporal* na AN, se considerarmos todas as implicações libidinais e emocionais da patologia.

Qualidade de Vida – Do conceito à percepção na AN

O conceito de qualidade de vida é, antes de mais, de percepção pessoal, muito subjectivo, multifactorial e que varia com o tempo (Schiper, Clinch & Powell, 1990 citados por Meneses, Ribeiro & Silva, 2002). Como já referimos na introdução deste trabalho, a qualidade de vida depende da auto-percepção dos sintomas, da auto-percepção corporal e dos factores da vida que cada sujeito mais valoriza ou ignora em cada momento da sua vida.

Uma auto-percepção dos sintomas diminuída não permite que estes afectem a qualidade de vida, porque embora alguns desses sintomas possam provocar limitações ou mal-estar a sua negação elimina esse efeito. O contrário é igualmente válido, basta pensar no hipocondríaco que, sobrevalorizando qualquer sintoma sente a sua vida ameaçada, desencadeia uma resposta de stress e ansiedade diminuidora da qualidade de vida.

Na relação com a qualidade de vida, a auto-percepção corporal é também um factor importante. Semelhante à auto-percepção dos sintomas, a auto-percepção corporal deve permitir uma correcta avaliação das capacidades e limitações físicas mesmo na ausência de outros sintomas.

Os factores indicadores de qualidade de vida são também muito variáveis de sujeito para sujeito. Em diferentes situações e contextos cada indivíduo valoriza mais ou menos determinados aspectos que acrescentam ou subtraem qualidade, felicidade, alegria, satisfação, realização (etc.) à sua vida. Isto faz com que sujeitos em estados de saúde mais precários consigam obter valores de qualidade de vida muito próximos dos normais. Neste caso não é porque os sintomas, as limitações, ou a realidade seja negada, mas porque são valorizados outros aspectos prazerosos. Isto mesmo é testemunhado por Hennezel e Leloupe (1998) nos relatos da primeira enquanto psicóloga a trabalhar com doentes terminais.

Contudo, como já foi referido, tanto a auto-percepção dos sintomas como a auto-percepção corporal estão comprometidas na AN. Assim, surge a hipótese de, pelo menos em algumas dimensões da qualidade de vida, estas pacientes não revelarem valores muito abaixo dos normativos.

Abraham, Brown, Boyd, Luscombe e Russell (2006) demonstram que a utilização de uma medida de Qualidade de Vida – Estado de Saúde é uma boa ferramenta para avaliar a Qualidade de Vida em doentes com perturbações do comportamento alimentar. Contudo, Mond, Hay, Rodgers, Owen e Beumont (2005) referem que a utilização de apenas um meio de medida pode ser limitador de bons resultados, sobretudo em pacientes de anorexia nervosa restritiva. Rie, Noordenbos, Donker e Furth (2007), no seu estudo sobre a percepção de Qualidade de Vida em pacientes com perturbações do comportamento alimentar, demonstram a grande importância do apoio social na qualidade de vida desses pacientes, nomeadamente, relacionado com um bom sentimento de pertença ao núcleo familiar.

Psiconeuroendocrinoimunologia – Do(s) conceito(s) aos fenômenos na AN

Antes de entrar especificamente na Psiconeuroendocrinoimunologia na AN, importa tentar definir esta disciplina ou área interdisciplinar.

O termo *psiconeuroendocrinoimunologia* surgiu em 1975 por Robert Ader e Nicholas Cohen, da Universidade de Rochester, para designar a área do conhecimento especializada que estuda as interações entre o psiquismo, o sistema nervoso, o sistema endócrino e o sistema imunitário. Contudo o conhecimento nesta área tem-se vindo a construir já há alguns anos com um crescimento exponencial nos últimos.

Tal como Moreira e Filho (1992) referem, clínicos de todos os tempos foram observando e aprendendo sobre a importância dos estados emocionais dos pacientes na evolução de algumas doenças.

Os estudos nesta área iniciaram-se com a Psicoimunologia a partir do artigo de Solomon (1964, citado por Teixeira, 1995) intitulado *Emotional, Immunity, and Disease: A Speculative Theoretical Integration*. Posteriormente, o mesmo autor, em 1969, publicou um estudo a propósito dos efeitos supressores da imunidade relacionados com o stress.

O stress foi, aliás, o primeiro factor psicológico a ser estudado na sua relação com o adoecer corporal por Selye (Maia, 2002) e hoje, após os desenvolvimentos dos últimos vinte anos, podemos afirmar com segurança que factores psicológicos podem modular as respostas imunológicas (Teixeira, 1995). Outros factores psicopatológicos têm sido estudados como possíveis influências no sistema imunitário, como por exemplo a depressão e o humor depressivo (Herbert & Cohen, 1993, citados por Maia, 2002). Para além destes têm sido desenvolvidos estudos para perceber a influência de outros factores como o suporte social e outras variáveis psicossociais. Lenart-Levy (1964, 1965, citado por Moreira & Filho, 1992) aponta para situações como exposição a ruídos, aglomeração urbana, isolamento, trabalho monótono e repetitivo como potenciadoras de *stress social*, muito comum nas grandes cidades. Estes estudos não se têm limitado à influência no adoecer, mas também à identificação de factores protectores e potenciadores de remissão da doença, bem como da manutenção da saúde. Têm sido produzidos estudos sobre a influência de técnicas de intervenção psicológica sobre a imunidade. Desta forma a psicoimunologia, a psiconeuroimunologia e a *psiconeuroendocrinoimunologia* têm ultrapassado os limites da Psicossomática e têm-se tornado em áreas interdisciplinares da maior importância na Psicologia da Saúde (Teixeira, 1995).

Todas as investigações nesta área têm revelado que o sistema neurológico é influenciado pelo psiquismo (stress pontual, stress crónico, depressão, estados depressivos, suporte social, estratégias de *coping*, etc.), que por sua vez influencia e é influenciado pelos sistemas endócrino e imunológico, que também se influenciam entre si. Por fim, a influência provocada ao sistema neurológico traduz-se também em comportamento e em resposta adaptativa, ou desadaptativa, do ponto de vista psíquico.

Sistema neurológico

O *sistema neurológico ou sistema nervoso* é basicamente constituído pelo sistema nervoso central e pelo sistema nervoso periférico. O sistema nervoso central é constituído por duas grandes estruturas: o encéfalo e a espinal medula. Por sua vez o sistema nervoso periférico divide-se em sistema nervoso periférico somático (SNP somático) e sistema nervoso periférico autónomo (SNP autónomo). O SNP somático é constituído pelo conjunto de vias nervosas motoras (neurónios motores ou eferentes) e pelo conjunto de vias nervosas sensoriais (neurónios sensoriais ou aferentes). O SNP autónomo é constituído pelos neurónios que inervam os órgãos internos, vasos sanguíneos e glândulas, dividindo-se em SNP autónomo simpático e SNP autónomo parassimpático.

Das estruturas do encéfalo importa salientar a amígdala, o tálamo e o hipotálamo. Todas estas estruturas estão situadas na zona mediana/ventral do encéfalo. Muito sucintamente as funções destas estruturas são:

- Amígdala – envolvida com as emoções;
- Tálamo – estrutura mediadora das comunicações entre os neurónios dos sentidos (pele, ouvidos, olhos) e o córtex cerebral;
- Hipotálamo – executor de muitas das funções primitivas, controla o SNP autónomo para preparar o organismo para a acção e relação com o exterior. É também o centro de comando das respostas corporais por intermédio das conexões com a hipófise;

Assim, de uma forma muito simplista, estas estruturas percebem-se fulcrais na regulação de como é percebido e agido o exterior (tálamo e amígdala) e como é percebido e agido o interior (hipotálamo).

Sistema endócrino

O *sistema endócrino* é formado por um grupo de órgãos, denominados glândulas de secreção interna, cuja tarefa principal é produzir e segregar hormonas para a circulação sanguínea. A função das hormonas consiste em actuar como mensageiros, de forma que se coordenem as actividades de diferentes partes do organismo.

Os órgãos principais do sistema endócrino são a hipófise, a glândula tiróide, as glândulas paratiróides, os ilhéus do pâncreas, as glândulas supra-renais, os testículos e os ovários. A hipófise coordena muitas funções das outras glândulas endócrinas. Algumas hormonas hipofisárias têm efeitos directos, outras apenas controlam a velocidade a que diversos órgãos endócrinos segregam as suas hormonas. A hipófise controla a taxa de secreção das suas próprias hormonas através de um mecanismo conhecido como «retroalimentação», em que os valores no sangue de outras hormonas indicam à hipófise se deve diminuir ou aumentar a sua produção.

Nem todas as glândulas endócrinas estão sob o controlo da hipófise; algumas respondem de forma directa ou indirecta às concentrações de substâncias no sangue:

- As células do pâncreas que segregam insulina respondem à glicose e aos ácidos gordos;
- As células da glândula paratiróide respondem ao cálcio e aos fosfatos;
- A secreção da medula supra-renal (parte da glândula supra-renal) é produto da estimulação directa do sistema nervoso parassimpático.

Outros órgãos segregam hormonas ou substâncias semelhantes a hormonas sem contudo serem considerados como parte do sistema endócrino. Por exemplo, o cérebro produz muitas hormonas cujos efeitos estão limitados principalmente ao sistema nervoso.

Sobretudo pelo papel da hipófise, percebe-se a ligação deste sistema ao sistema nervoso, e pelo facto dos seus produtos serem segregados para o sangue, vão estar em contacto com todas as estruturas do sistema imunológico, incluindo as células constituintes deste sistema, que usa como veículo o sangue, para além do seu sistema privilegiado de circulação, o sistema linfático.

Sistema imunológico

Este sistema divide-se em duas grandes partes: o *sistema imunológico não específico* e o *sistema imunológico específico*. O sistema imunológico não específico é o conjunto de defesas congénitas que são sempre activados independentemente do contacto com agentes patogénicos (por exemplo: a camada ácida da pele). O sistema imunológico específico é

composto pelo conjunto de defesas desenvolvidas após um primeiro contacto com o agente patogénico.

Os órgãos do sistema imunitário dividem-se em órgãos linfóides primários e órgãos linfóides secundários. Os órgãos linfóides primários são o timo e a medula óssea. Os órgãos linfóides secundários são, por exemplo, o baço, os gânglios linfáticos e o tecido linfóide associado a mucosas.

Os órgãos linfóides primários são os locais de maturação de dois tipos de células imunológicas que importa referir: os linfócitos T (que são maturados no Timo) e os linfócitos B (que terminam a sua maturação na Medula Óssea). Posteriormente à sua maturação estas células migram para os órgãos linfóides secundários.

Para além das células já referidas importa referir: as células *natural killer* (NK), que são um dos produtos das células precursoras das células T; os eritrócitos e os fagócitos. São também de maior importância para este trabalho, e para a compreensão do funcionamento do sistema imunológico na sua interacção com os outros sistemas referidos, os anticorpos e as citocinas. Os anticorpos fazem parte da imunologia de memória, são produzidos pelos linfócitos B e estão especializados para a interacção com um determinado agente patogénico (antigénio). As citocinas são, de uma forma simplista, os mensageiros do sistema imunitário. São segregadas pelas células do sistema imunitário e amplificam ou inibem alguns aspectos do sistema imunitário.

Com estas breves explanações sobre estes três sistemas é mais simples perceber a complexa interacção entre eles e os estudos que iremos referir para demonstrar essa mesma interacção, fundamento da *psiconeuroendocrinoimunologia*.

Segundo a citação de alguns autores por Moreira & Filho (1992) o despovoamento celular do timo em ratos surgiu em consequência da indução de lesões no hipotálamo. Outras lesões efectuadas no sistema nervoso central de animais, alteravam a resposta imunológica, ou a composição celular relativa, em órgão linfóides secundários. A destruição do hipotálamo dorsal provoca a supressão da resposta de anticorpos.

Tal como estes estudos demonstram, alterações no sistema nervoso provocam alterações no sistema imunológico. O mesmo acontece com alterações da actividade eléctrica córtico-cerebral provocadas pelo sistema imunitário (Besedowsky, 1977 citado por Moreira & Filho, 1992).

Pensa-se que os três sistemas em questão interagem sobretudo no sistema límbico, que faz interagir as percepções córtico-cerebrais com o hipotálamo. Este, pela contiguidade com a

hipófise e pelas substâncias que segrega (por exemplo: dopamina e norepinefrina), orchestra a resposta aos agentes de stress.

A libertação de neuropeptídeos a partir das terminações nervosas em diversos órgãos, e também por células como as linfóides, é também um exemplo da interacção entre os sistemas nervoso e imunológico.

Para além das formas de interacção referidas existem outras, o que coloca as células do sistema imunitário sob uma extensa e complexa rede de influência dos sistemas nervoso e endócrino.

A influência dos factores psicológicos sobre estes sistemas tem, também, sido estudadas com a realização de estudos que exploram o efeito das características da personalidade sobre o funcionamento destes sistemas. Maia (2002), ao citar vários estudos, conclui que, “algumas características da personalidade, especialmente relacionadas com a utilização de estratégias repressivas para lidar com os problemas e emoções, parecem estar relacionados com mais problemas imunológicos.” Isto é tanto mais importante quando colocamos em evidência o facto de, uma das características comumente observadas nos pacientes com anorexia, ser precisamente a repressão, o excesso de racionalização e a intelectualização. Outra característica da AN é o isolamento social que impõe ao pacientes. Desde logo porque as refeições são, também, actos sociais, de convívio familiar e social. Esta característica é mais um factor de risco na AN pois, segundo Maia (2002), o efeito do isolamento no sistema imunológico é semelhante ao de outros factores de risco como fumar, pressão sanguínea elevada, colesterol, entre outros. Por outro lado, o efeito de boas relações interpessoais é positivo, com a redução de hormonas de stress, melhor resposta imunológica e diminuição do risco de contracção de vários tipos de infecções.

Até aqui temos referido estudos que demonstram a interacção tripartida entre os sistemas imunológico, endócrino e nervoso com os factores psíquicos realizados com animais e humanos saudáveis, ou com patologias diferentes da AN. Contudo, vários estudos têm sido realizados para tentar compreender os efeitos que a AN (com as suas causas e consequências) tem sobre estes sistemas. Marcos (2000) chama a atenção para o perigo imunológico em que a desnutrição coloca estas doentes. Apontando para o facto de haver vários estudos que não são conclusivos e alguns contraditórios quando à afectação do sistema imunológico nestas doente, o autor, reconhece a necessidade de se aprofundar o conhecimento dos papéis que os outros sistemas têm nesta patologia. Também Allende et al. (1998) haviam percebido que a má nutrição tem implicações pouco compreendidas no sistema imunitário que são reversíveis com a reposição de uma nutrição saudável. Contudo, estes autores, apercebendo-se da desregulação

nas citocinas devido à interacção entre o sistema nervoso e o imunitário, chamam a atenção para a necessidade de não descorar a importância da perturbação psiquiátrica na imunodeficiência. Holden e Pakula (1999), num trabalho publicado na *Medical Hypotheses*, relacionam causas psicológicas com alguns efeitos a nível endócrino (alterações na produção de insulina), a nível neurológico (alterações no metabolismo da glicose no sistema límbico) e a nível imunológico (alteração de várias interleucinas).

Alguns autores têm referido alterações no funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (HPA) provocadas pelo estado patológico da AN. Wheatland (2005) aponta para o efeito desregulador que os elevados níveis de autoanticorpos ACTH (adrenocorticotropina – hormona segregada pela hipófise) têm sobre o eixo HPA. Por sua vez, estes altos níveis de autoanticorpos ACTH, provocam o surgimento de sintomas de insuficiência de adrenocortical e distúrbios psicológicos, pois os corticosteróides são imprescindíveis para lidar com o stress diário. Também Chiappelli et al. (1991) haviam verificado alterações no funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal em pacientes com AN, quando comparados com sujeitos normais.

Outros autores identificaram alterações na imunidade mediada por células (Cason, Ainley, Wolstencroft, Norton & Thompson, 1986), nas concentrações dos linfócitos T (Mustafa, Ward, Treasure & Peakman, 1997), na actuação de granulócitos (Palmlblad, Fohlin & Lundström, 1977) (Gotch, Spry, Mowat, Beeson & Maclennan, 1975), células mononucleares e na circulação de citocinas (Nova, Gómez-Martínez, Morandé & Marcos, 2002) (Polack et al, 1993).

A temperatura corporal também é alterada na AN (Birmingham, 2003). Os pacientes com AN, mesmo com infecções bacterianas, não sofrem aumento de temperatura acima dos 37° C. Este facto, para além de atrasar o diagnóstico de infecção bacteriana, pode ser um marcador de uma resposta imunitária diminuída.

MÉTODO

Delineamento:

Este estudo situa-se no paradigma de investigação descritivo. Será realizada uma abordagem quantitativa. Essa abordagem surge com o objectivo de mensurar os factores de qualidade de vida.

Participantes:

Foram estudados 30 pacientes, seleccionados segundo um único critério: serem doentes acompanhadas em consulta de perturbação do comportamento alimentar, com diagnóstico médico de anorexia nervosa, independentemente do tipo, idade e sexo, embora só se tenham recolhido informações de pacientes do sexo feminino. Assim, este estudo foi realizado com 30 participantes do sexo feminino, acompanhadas em consulta do comportamento alimentar do serviço de psiquiatria e saúde mental do Centro Hospital Lisboa Norte, nas instalações do extinto Hospital Santa Maria.

Procedimento:

Os sujeitos foram contactados através da consulta de distúrbio do comportamento alimentar do serviço de psiquiatria e saúde mental do Centro Hospital Lisboa Norte (i.e. antigo Hospital Santa Maria). O critério de selecção foi terem o diagnóstico médico de anorexia nervosa quer fosse de tipo restritivo quer fosse de tipo purgativo.

Os questionários foram respondidos por auto-preenchimento. Para além do SF-36, foram também respondidas algumas questões acerca dos dados demográficos dos participantes.

A análise dos resultados foi feita tendo em conta os valores normativos encontrados por Ribeiro (2005) aquando da validação do instrumento para a população portuguesa. Pelo facto de todos os participantes serem do sexo feminino, comparámos os resultados

encontrados, para a totalidade das participantes, com os valores que Ribeiro (2005) encontrou, para a totalidade dos participantes do sexo feminino, na validação do questionário. Assim, com os aspectos apresentados analisámos os resultados das 36 questões, segundo a divisão de 35 delas, pelas oito dimensões do questionário. A questão restante (questão 2) analisámos separadamente.

Todas as comparações realizadas tiveram por base a média. Para tal confirmámos que a nossa amostra segue uma distribuição normal (teste de ajustamento Kolmogorov-Smirnov). Por desconhecermos o desvio-padrão na população (população portuguesa), realizámos a comparação das médias com os valores apresentados por Ribeiro (2005), utilizando o teste *t-Student*. Assim pudemos inferir acerca da posição das médias dos nossos participantes, em relação às médias encontradas no estudo de normatividade, e, verificar se a qualidade de vida nas pacientes com anorexia nervosa está acima, ou abaixo, da qualidade de vida da população normal.

Instrumentos:

Foi utilizado o questionário de resposta fechada SF-36, versão 1, validado para a população portuguesa por Ribeiro (2005). Um exemplar deste questionário pode ser consultado no Anexo I.

Sf-36 v.1 é um questionário de avaliação da Qualidade de Vida/Estado de Saúde. É constituído por 36 itens dos quais 35 são distribuídos por oito dimensões ou sub-escalas – Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Percepção Geral de Saúde, Vitalidade, Saúde Mental, Funcionamento Social e Desempenho Emocional – que por sua vez se distribuem em dois componentes – Componente Físico e Componente Mental. Componente Físico – Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Percepção Geral de Saúde. Componente Mental – Vitalidade, Saúde Mental, Funcionamento Social e Desempenho Emocional. As características psicométricas deste questionário são-nos facultadas pela obra de Ribeiro (2005). Quanto à validade dos itens é demonstrado que têm uma adequada distribuição pelas dimensões. A correlação entre os itens de uma mesma dimensão é sempre superior ao valor crítico (0,40), pois o mais baixo foi 0,52 para o Funcionamento Social. A correlação entre itens de dimensões diferentes é, tal como exigível, mais baixa. Quanto à correlação entre dimensões esta é adequadamente moderada, situando-se entre os valores críticos (0,40 e 0,70), excepto entre Vitalidade e Saúde Mental onde é de 0,73. Quanto à

fidelidade das dimensões, o questionário apresenta consistência interna de 0,94 para o Funcionamento Físico, 0,87 para o Desempenho Físico, 0,88 para a Dor Corporal, 0,83 para a Saúde Geral, 0,83 para a Vitalidade, 0,87 para a Saúde Mental, 0,69 para o Funcionamento Social e 0,78 para o Desempenho Emocional. Sempre perto dos máximos obtidos em estudos internacionais. Quanto à validade da escala, esta foi analisada nas diferenças entre saudáveis e doentes, nas diferenças entre sexos, na comparação de grupos de idade e na correlação com o «comportamento de doente» pois é suposto ter capacidade para diferenciar os participantes em função da idade, do sexo, do estado de saúde e do tratamento ou da evolução do estado de saúde. Concluiu-se que a escala apresenta uma boa sensibilidade que confirma a sua validade.

RESULTADOS

Os participantes deste estudo foram 30 mulheres entre os 12 e os 39 anos, uma média de idade de 19,37, com diagnóstico médico de Anorexia Nervosa. A idade mais representada foi a dos 17 anos. Quanto aos dados sócio-demográficos: 28 das participantes são solteiras, uma casada e uma vive em união de facto; a maioria frequentou ou está a frequentar o ensino secundário (14), sendo que, nove possuem a escolaridade do ensino básico, três frequência universitária e quatro com formação superior concluída; a grande maioria é estudante (24), duas desempregadas e quatro empregadas; 26 das participantes vivem em centros urbanos, enquanto quatro vivem em meio rural. Os quadros (*outputs*) de caracterização desta população podem ser consultados no Anexo II.

A segunda resposta, que não entra no valor de nenhuma das oito dimensões do SF-36, mostra que, no último ano, a maioria das pacientes sente, pelo menos, algumas melhoras (53,3%). Os resultados nesta questão indicam que: 26,7% das pacientes vê o seu estado de saúde *muito melhorado* em relação há um ano atrás; 26,7% das pacientes vê o seu estado de saúde *com algumas melhoras* em relação há um ano atrás; 13,3% das pacientes vê o seu estado de saúde *aproximadamente igual* em relação há um ano atrás; 23,3% das pacientes vê o seu estado de saúde *um pouco pior* em relação há um ano atrás; e 10,0% das pacientes vê o seu estado de saúde *muito pior* em relação há um ano atrás.

Quanto às várias dimensões do SF-36, para o total de participantes, realizámos um teste t-Student para a diferença entre duas médias populacionais, afim de comparar as médias encontradas no nosso estudo com as médias encontradas no estudo realizado por Ribeiro (2005) e que nos fornece os valores normativos para a população portuguesa. Foram utilizados os valores normativos para a totalidade das participantes do sexo feminino. As participantes deste estudo não foram divididas em classes de idades, como aconteceu no estudo normativo, porque para além do número ser reduzido, o mínimo de idades não coincidia, pelo que tínhamos participantes que não se poderiam considerar em nenhuma das classes do estudo normativo. Assim podemos comparar as médias verificando se existem diferenças significativas na qualidade de vida média das populações em causa. Se $p\text{-value} < \alpha=0,05$ então, rejeita-se a hipótese (H_0) das médias não terem diferenças estatisticamente

significativas ($H_0: \mu_{AN} = \mu_{EN}$ vs. $H_1: \mu_{AN} \neq \mu_{EN}$). A estatística de teste foi realizada manualmente pelo facto do SPSS não realizar esta prova. Os testes descritivos da amostra foram realizadas com o SPSS (v. 15). Os resultados para as oito dimensões do SF-36 para um $\alpha = 0,05$ são:

- Funcionamento físico – obteve-se uma média de 81,17 que não é significativamente diferente da média da população normativa – 77,24 ($p\text{-value} = 0,44 > 0,05$);
- Desempenho físico – obteve-se uma média de 42,13 que é significativamente diferente da média da população normativa – 72,47 ($p\text{-value} = 2,38 \times 10^{-5} < 0,05$);
- Dor corporal – obteve-se uma média de 66,23 que não é significativamente diferente da média da população normativa – 65,80 ($p\text{-value} = 0,93 > 0,05$);
- Percepção geral da saúde – obteve-se uma média de 46,8 o que é significativamente diferente da média da população normativa – 62,32 ($p\text{-value} = 1,05 \times 10^{-4} < 0,05$);
- Vitalidade – obteve-se uma média de 47,33 que é significativamente diferente da média da população normativa – 54,88 ($p\text{-value} = 0,04 < 0,05$);
- Funcionamento Social – obteve-se uma média de 52,50 que é significativamente diferente da média normativa – 70,37 ($p\text{-value} = 1,64 \times 10^{-4} < 0,05$);
- Desempenho emocional – obteve-se uma média de 44,44 que é significativamente diferente da média normativa – 64,39 ($p\text{-value} = 7,68 \times 10^{-3} < 0,05$);
- Saúde Mental – obteve-se uma média de 42,13 que é significativamente diferente da média normativa – 62,42 ($p\text{-value} = 1,19 \times 10^{-7} < 0,05$).

Assim, os resultados indicam-nos que as pacientes com AN, que participaram neste estudo, apenas têm percepção positiva do seu Funcionamento Físico (FF) e da sua Dor Corporal (DC). Em ambas as dimensões, a média das participantes é mesmo superior à média da população normativa não tendo contudo, diferenças estatisticamente significativas. Em todas as restantes dimensões as pacientes com AN têm uma percepção mais negativa da sua condição. As médias são inferiores às da população normativa e apresentam diferenças estatisticamente significativas. Damos especial relevo à dimensão Saúde Mental (SM) em que essa diferença é muito significativa.

Os quadros de apresentação destes resultados podem ser consultados no Anexo II.

CONCLUSÃO/DISCUSSÃO

Os valores encontrados neste estudo permitem concluir que existem diferenças significativas na Qualidade de Vida dos pacientes com AN.

Estes resultados são assim concordantes com os resultados encontrados por Rie, Noordenbos e Furth (2005) para a generalidade das perturbações do comportamento alimentar, onde verificaram que estas perturbações têm um impacto severo em muitos domínios da qualidade de vida.

É muito significativa a percepção do seu mau estado de Saúde Mental, que aponta para a noção que actualmente, os pacientes que sofrem desta patologia, têm de estarem a lidar com um problema psíquico. É também digno de apreciação o elevado valor encontrado na percepção do funcionamento físico. Tal como foi descrito ao longo deste trabalho, apesar do emagrecimento e da debilidade física, as pacientes mantêm um Funcionamento Físico intenso, que por vezes se traduz na prática de exercício físico excessivo. Sublinhe-se que esta dimensão é medida por duas questões que remetem para actividades de esforço físico, uma para esforço físico intenso (correr, levantar pesos, participar em desportos violentos) e outra para esforço físico moderado (deslocar uma mesa, aspirar a casa). Embora apresentem um resultado médio superior (mas semelhante) à população normativa, não se apresentam satisfeitas com o seu Desempenho Físico, que surge significativamente diminuído em comparação com a população normativa. As pacientes consideram *fazer menos do que queriam e sentirem-se limitadas no tipo de trabalho ou outras actividades*.

A dimensão Saúde Mental, sentida como muito afectada, faz aumentar a preocupação em relação à imunocompetência destes pacientes. A existência de algumas perturbações psíquicas, não especificadas neste estudo, fazem antever essas problemáticas psiconeuroendocrinoimunológicas. É uma limitação deste estudo o facto de não terem sido pesquisadas quais as patologias psíquicas que assolam estes pacientes. Essa pesquisa permitiria identificar os níveis de stress, ansiedade e depressão, que são factores psicológicos mais facilmente relacionados com as perturbações imunológicas.

Quando reflectimos sobre o resultado deste estudo, quanto à dimensão Saúde Mental, não podemos descorar o facto de ele ter sido realizado com pacientes seguidas em consulta de saúde mental. Nestas consultas existe uma abordagem nutricional, mas a abordagem é sobretudo sobre a *psiché*, com consultas de psiquiatria e psicologia. Assim, é possível que a

percepção de má saúde mental esteja facilitada pelo facto de já haver uma adesão ao acompanhamento especializado, ficando a dúvida se os mesmos resultados poderiam ser encontrados noutras pacientes que, como é característico, têm grande resistência à ajuda especializada.

Os resultados na dimensão Funcionamento Físico fazem-nos sugerir a necessidade de um estudo mais profundo sobre a percepção que estas pacientes têm do seu corpo. É sabido que a AN se centra, entre outras coisas, numa perturbação da imagem corporal. Deste modo seria útil juntar a este estudo dados sobre a actividade física das doentes, o seu Índice de Massa Corporal (IMC), e a sua imagem corporal para despistar a possibilidade dos resultados nesta dimensão estarem a ser afectados pelas problemáticas de auto-percepção dos sintomas. Contudo, salguarde-se que a Qualidade de Vida é, como já referimos, um conceito pessoal, subjectivo e mutável no tempo. O que importa é perceber o que as pacientes sentem como a *sua* qualidade de vida - estado de saúde. Pois esse sentimento é determinante do nível de sofrimento dos pacientes e, por conseguinte, determinante dos seus níveis de stress e riscos para a saúde, nomeadamente riscos imunológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, S. F., Brown, T., Boyd, C., Luscombe, G. & Russell, J. (2006). Quality of life: eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatrists*, 40, 150-155.
- Abrunheira, L. & Sendas, S. (2006). A qualidade de vida no doente após transplante hepático. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro & S. N. Jesus (Ed.), *Proceedings of the 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 99-104). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Allende, L. M. et al. (1998). Immunodeficiency associated with anorexia nervosa is secondary and improves after refeeding. *Immunology*, 94 (4), 543-551.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed. rev.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1994)
- Birmingham, C. L., Hodgson, D. M., Fung, J., Brown, R., Wakefield, A., Bartrop, R. & Beumont, P. (2003). Reduced febrile response to bacterial infection in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 34 (2), 269-272.
- Carmo, I. (1994). *A vida por um fio*. Lisboa: Relógio d'Água
- Carmo, I. (1997). *Magros, gordinhos e assim-assim: perturbações alimentares dos jovens*. Porto: Edinter.
- Cason, J., Ainley, C. C., Wolstencroft, R. A., Norton, K. R. & Thompson, R. P. (1987). Cell-mediated immunity in anorexia nervosa. *Clinical & Experimental Immunology*, 64 (2), 370-375.
- Chiappelli, F. et al. (1991). Pituitary-adrenal-immune system in normal subjects and in patients with anorexia nervosa: the number of circulating helper T lymphocytes

(CD4) expressing the homing receptor Leu8 is regulated in part by pituitary-adrenal products. *Psychoneuroendocrinology*, 16 (5), 423-432.

Corte-Real, A., Santos, A., Tavares, M. A., Santos, C., Lopes, G., Silva, M. J. F. & Santos, M. F. (1999). Anorexia Nervosa. In G. Lopes (Ed.), *Temas C L de Psiquiatria, Psicossomática e Psicologia* (pp.169-188). Lisboa: Grupo Português de Psiquiatria Consiliar-Ligação e Psicossomática.

Engel, S. G., Wittrock, D. A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E. & Kolotkin, R. L. (2006). Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 62-71.

Filho, J. M. et al. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Forja, H. P. A. (1994). *Introdução à Psiconeuroimunologia* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Gaspar, S. (1997). Anorexia nervosa feminina: Algumas contribuições sociológicas. In J. L. P. Ribeiro (Ed.), *Proceeding of the 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 325-339)

Gotch, F. M., Spry, C. J., Mowat, A. G., Beeson, P. B. & MacLennan, I. C. (1975). Reversible granulocyte killing defect in anorexia nervosa. *Clinical & Experimental Immunology*, 21 (2), 244-249.

Holden, R. J. & Pakula, I. S. (1999). Tumor necrosis factor-alpha: is there a continuum of liability between stress, anxiety states and anorexia nervosa?. *Medical Hypotheses*, 52 (2), 155-162.

Luban-Plozza, B. & Poldinger, W. (1979). *Terapêutica dos doentes psicossomáticos*. Lisboa: Roche.

- Marcos, A. (2000). Eating disorders: a situation of malnutrition with peculiar changes in the immune system. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54, 61-64.
- Marques, S. & Ribeiro, J. L. P. (2006). Estudo comparativo da qualidade de vida e esperança em mães de adolescentes com multideficiência e mães de adolescentes sem multideficiência. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro & S. N. Jesus (Ed.), *Proceedings of the 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 147-154). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Martin, I., Gros, M., Queiroz, M. C. & Guedes, J. (2006). Variáveis ambientais condicionadoras da saúde, bem-estar e qualidade de vida na institucionalização de idosos. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro & S. N. Jesus (Ed.), *Proceedings of the 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 91-97). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Martins, C. & Bernardo, P. (2000). Anorexia – “Um longo caminho a percorrer”. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro & M. Dias (Eds.), *Proceedings of the 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 231-239). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Maia, A. C., (2002). Emoções e Sistema Imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2 (2), 207-225.
- Meneses, R. F., Ribeiro, J. L. P., Silva, A. M. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia. I: Dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 61-88.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C. & Beumont, P. J. V. (2005). Assessing quality of life in eating disorder patients. *Quality of Life Research*, 14, 171-178.
- Moreira, M. D. & Filho, J. M. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mustafa, A., Ward, A., Treasure, J. & Peakman, M. (1997). T lymphocyte subpopulations in anorexia nervosa and refeeding. *Clinical Immunology and Immunopathology*, 82 (3), 282-289.

- Neto, I. (1989). Anorexia Mental. in *Psiquiatria de Ligação e Psicossomática* (pp. 161-190). Lisboa: Hospital de Santa Maria.
- Nova, E., Gómez-Martínez, S., Morandé, G. & Marcos, A. (2002). Cytokine production by blood mononuclear cells from in-patients with anorexia nervosa. *British Journal of Nutrition*, 88 (2), 183-188.
- Oliveira, V. & Meneses, R. (2006). Qualidade de vida/estado de saúde em sujeitos com queixas de acufenos: Comparação entre doentes e acompanhantes. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro & S. N. Jesus (Ed.), *Proceedings of the 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 127-139). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Palmlblad, J., Fohlin, L. & Lundström, M. (1977). Anorexia nervosa and polymorphonuclear (PMN) granulocyte reactions. *Scand J Haematol*, 19 (4) 334-342.
- Pedro, L. & Ribeiro, J. L. P. (2006). Revisão de instrumentos de qualidade de vida na esclerose múltipla. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro & S. N. Jesus (Ed.), *Proceedings of the 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 121-126). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Polack, E., Nahmod, V. E., Emeric-Sauval, E., Bello, M., Costas, M., Finkielman, S. & Arzt, E. (1993). Low lymphocyte interferon-gamma production and variable proliferative response in anorexia nervosa patients. *Journal of Clinical Immunology*, 13 (6), 445-451.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O Importante é a Saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Rie, S. M., Noordenbos, G. & Furth, E. F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*, 14, 1511-1522.
- Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M. & Furth, E. (2005). The patient's view on quality of life and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 13-20.

- Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I. & Jorge, Z. (1999). *Doenças do Comportamento Alimentar: manual para o clínico geral*. Lisboa: Bial.
- Sampaio, D. (2002). *Vivemos livres numa prisão*. Braga: Círculo de Leitores.
- Santos, C. (2006). Saúde e qualidade de vida dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Trás-os-Montes e Alto Douro: O papel dos serviços de saúde ocupacional. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro & S. N. Jesus (Ed.), *Proceedings of the 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 141-146). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Silva, I. (2006). Optimismo, saúde, bem-estar subjectivo e qualidade de vida. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro & S. N. Jesus (Ed.), *Proceedings of the 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 1-6). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Teixeira, J. C. (1991). *Psicologia da Saúde e Sida* (Trabalho de síntese apresentado para provas de aptidão pedagógica e capacidade científica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Teixeira, J. C. (1993). *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Teixeira, J. C. (1995). Psico-Neuro-Imunologia Área de interesse em Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 13 (3), 327-329.
- Teixeira, J. C. (2007). *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Wheatland, R. (2005). Chronic ACTH autoantibodies are a significant pathological factor in the disruption of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in chronic fatigue syndrome, anorexia nervosa and major depression. *Medical Hypotheses*, 65 (2), 287-295.

ANEXOS

ANEXOS I

Questionário (Folha de rosto e exemplo do SF-36)

INFORMAÇÕES

O objectivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida e os níveis de ansiedade, stress e depressão em pacientes com perturbações do comportamento alimentar. Assim, compreender-se-á melhor a realidade de quem se encontra na mesma situação para se poderem prestar cuidados mais satisfatórios.

Este estudo realiza-se com a resposta a dois questionários de resposta fechada durante cerca de 20 a 30 minutos. Posteriormente as respostas serão tratadas para se avaliar as características dos participantes

Este inquérito é anónimo e confidencial. A confidencialidade é garantido porque todos os dados recolhidos que possam identificar o participante são para utilização exclusiva do investigador.

Salienta-se que a participação é absolutamente voluntária dependendo do participante a interrupção imediata do estudo em qualquer momento do processo.

Obrigado pela sua colaboração.

DADOS DEMOGRÁFICOS:

Data de Nascimento: ___/___/___

Idade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Localidade: _____

Urbana: Rural:

Nº : _____

Nº : _____

Nome: _____

Telefone: _____

Questionário do Estado de Saúde SF-36

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde.

1. Em geral, como diria que a sua Saúde é:

- Ótima 1
 Muito boa 2
 Boa 3
 Razoável 4
 Fraca 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve, o seu estado geral actual:

- Muito melhor 1
 Com algumas melhoras 2
 Aproximadamente igual 3
 Um pouco pior 4
 Muito pior 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua Saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
A. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
B. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia	1	2	3
D. Subir vários lanços de escada	1	2	3
E. Subir um lanço de escada	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se	1	2	3
G. Andar mais de 1 Km	1	2	3
H. Andar vários quarteirões	1	2	3
I. Andar um quarteirão	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-me sozinho	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de Saúde física?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- Absolutamente nada 1
- Pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Imenso 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- Nenhumas 1
- Muito fracas 2
- Ligeiras 3
- Moderadas 4
- Fortes 5
- Muito Fortes 6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada 1
 Um pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Imenso 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua Saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre 1
 A maior parte do tempo 2
 Algum tempo 3
 Pouco tempo 4
 Nunca 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Por favor assinale um número em cada linha)	Totalmente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Totalmente falso
A. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha Saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha Saúde é ótima	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXOS II

Outputs e Tabelas de resultados

- Caracterização da população (*Outputs* de frequências)

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	1	3,3	3,3	3,3
	14	2	6,7	6,7	10,0
	15	5	16,7	16,7	26,7
	16	2	6,7	6,7	33,3
	17	6	20,0	20,0	53,3
	18	2	6,7	6,7	60,0
	19	2	6,7	6,7	66,7
	20	3	10,0	10,0	76,7
	21	1	3,3	3,3	80,0
	24	1	3,3	3,3	83,3
	25	2	6,7	6,7	90,0
	31	1	3,3	3,3	93,3
	33	1	3,3	3,3	96,7
	39	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteira	28	93,3	93,3	93,3
	União_de_facto	1	3,3	3,3	96,7
	Casada	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Básico	9	30,0	30,0	30,0
	Secundário	14	46,7	46,7	76,7
	Frequência_Universitária	3	10,0	10,0	86,7
	Ensino Superior	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Profissão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Estudante	24	80,0	80,0	80,0
	Desempregada	2	6,7	6,7	86,7
	Empregada	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tipo de localidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Urbano	26	86,7	86,7	86,7
	Rural	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

- Resultados da população em estudo

Frequências das respostas à 2ª questão do SF-36

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito_melhor	8	26,7	26,7	26,7
Com algumas_melhoras	8	26,7	26,7	53,3
Aproximadamente_igual	4	13,3	13,3	66,7
Um_pouco_pior	7	23,3	23,3	90,0
Muito_pior	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Estatísticas Descritivas das 8 dimensões do SF-36

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	30	12	39	19,37	6,054
Nota Transformada Funcionamento Físico	30	40,00	100,00	81,1667	14,83724
Nota Transformada Desempenho Físico	30	,00	100,00	50,8333	39,10823
Nota Transformada Dor Corporal	30	22,00	100,00	66,2333	27,26458
Nota Transformada Percepção Geral da Saúde	30	20,00	87,00	46,8000	14,27658
Nota Transformada Vitalidade	30	,00	85,00	47,3333	23,10894
Nota Transformada Funcionamento Social	30	,00	100,00	52,5000	29,06592
Nota Transformada Desempenho Emocional	30	,00	100,00	44,4443	37,48212
Nota Transformada Saúde Mental	30	8,00	88,00	42,1333	21,46968
Valid N (listwise)	30				

Resultados do teste *t-Student* para a diferença entre duas médias populacionais

	FF	DF	DC	SG	VT	SM	FS	DE
Xmed_EN ¹	77,24	72,47	65,8	62,32	54,88	62,42	70,37	64,39
SD_EN ²	28,11	38,84	26,21	21,61	19,97	20,35	25,18	40,2
n_EN ³	753	761	765	765	752	752	748	763
Xmed_AN ⁴	81,17	42,13	66,23	46,8	47,33	42,13	52,5	44,44
SD_AN ⁵	14,84	21,47	27,26	14,28	23,11	21,47	29,07	37,48
n_AN ⁶	30	30	30	30	30	30	30	30
S ⁷	27,73101	38,34112	26,24914	21,38625	20,09553	20,392742	25,33612	40,10354
t ⁸	-0,76121	4,251239	-0,08802	3,899105	2,017965	5,3440756	3,787966	2,672677
G liberdade ⁹	781	789	793	793	780	780	776	791
p-value	0,446762	2,38E-05	0,929886	0,000105	0,043937	1,19E-07	0,000164	0,00768

- ¹ – Média da população do estudo normativo
² – Desvio padrão da população do estudo normativo
³ – Número de participantes do estudo normativo
⁴ – Média das participantes deste estudo (AN)
⁵ – Desvio padrão das participantes deste estudo (AN)
⁶ – Número de participantes deste estudo (AN)
^{7; 8; 9} – Cálculos da estatística do teste

FF – Funcionamento Físico
DF – Desempenho Físico
DC – Dor Corporal
SG – Saúde Geral
VT – Vitalidade
SM – Saúde Mental