



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RITA SAMPAIO DE FREITAS LIMA

PSICOPATOLOGIA ALIMENTAR NO PERÍODO PERINATAL

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:
INVESTIGADORA DOUTORA ANA TELMA PEREIRA
Dr^a. JOANA MARQUES PINTO

ABRIL 2023

Psicopatologia Alimentar no Período Perinatal.

Eating psychopathology in the perinatal period.

Lima, Rita¹; Pereira, Ana Telma^{1,2}; Pinto, Joana^{1,2}

1 Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

2 Instituto de Psicologia Médica.

Endereço de correio eletrónico: ritasflima@gmail.com



Partes deste trabalho foram submetidas para apresentação, sob a forma de poster, no 23º Congresso da Associação Mundial de Psiquiatria, a decorrer de 28 de setembro a 1 de outubro, em Viena, Áustria.

Referência 1:

Ana Telma Pereira, Rita Lima, Joana Pinto, Daniela Pereira, Bruna Barbosa, Cristiana Marques, Ana Araújo, António Macedo (2023). The Portuguese version of the Screen for Disordered Eating: Validity and reliability in the perinatal period. Abstract submetido ao 23rd WPA World Congress of Psychiatry, a realizar em Vienna, Austria, 28th September – 1st October 2023 (Anexo I).

Referência 2:

Rita Lima, António Macedo, Joana Pinto, Daniela Pereira, Bruna Barbosa, Cristiana Marques, Ana Telma Pereira (2023). Validity and reliability of the Eating Disorder Examination-Questionnaire-7 Portuguese version in the perinatal period. Abstract submetido ao 23rd WPA World Congress of Psychiatry, a realizar em Vienna, Austria, 28th September – 1st October 2023 (Anexo II).

ÍNDICE

ABREVIATURAS	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
MATERIAIS E MÉTODOS	10
Procedimento	10
Instrumentos e variáveis.....	10
Participantes	13
Análise estatística	16
RESULTADOS.....	18
DISCUSSÃO	35
CONCLUSÃO	38
AGRADECIMENTOS.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	44

ABREVIATURAS

α – Coeficiente Alfa de *Cronbach*

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

CF – Carga Fatorial

CFI – *Comparative Fit Index*

CITC – Correlação Item-Total Corrigido

CITDC – Correlação Item-Total Dimensional Corrigido

DP – Desvio Padrão

DR – Dieta Restritiva

EDE-Q7 – *Eating Disorders Examination Questionnaire*

GFI – *Goodness of Fit Index*

IIC – Insatisfação com a Imagem Corporal

IM – Índices de Modificação

IMC – Índice de Massa Corporal

HPPLV – História de Perturbação Psiquiátrica ao Longo da Vida

M – Média

NS – Não significativo

PC – Ponto de Corte

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

PCASOE – Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

PIC – Perturbação de Ingestão Compulsiva

RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*

SDE – *Screen for Disordered Eating*

SPFC – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal

TLI – *Tucker-Lewis Index*

X²/gl – Qui-quadrado por graus de liberdade

RESUMO

Introdução: A elevada prevalência e as graves consequências negativas das perturbações do comportamento alimentar (PCA) no período perinatal, não apenas para a mulher, mas também para os filhos, sublinham a importância da deteção e diagnóstico atempados destes problemas. Para tal, é, também, necessário dispor de instrumentos válidos e fidedignos.

Objetivos: 1. Analisar as propriedades psicométricas das versões portuguesas do *Screen for Disordered Eating* (SDE) e do *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q7) para a avaliação da psicopatologia alimentar em mulheres no período perinatal. 2. Com base no ponto de corte recomendado pelos autores do SDE, estimar a prevalência de casos com sintomatologia clinicamente relevante na gravidez e no pós-parto (até ao décimo segundo mês após o parto). 3. Comparar os níveis de psicopatologia alimentar entre a gravidez e o pós-parto.

Métodos: Estudo psicométrico, descritivo e comparativo realizado com uma amostra de 346 mulheres no período perinatal (grávidas a partir da 13^a semana de gestação e no pós-parto até 12 meses após o parto). Através das redes sociais e de convite no Centro de Saúde Norton de Matos, preencheram um formulário de autorresposta *online* que incluía os seguintes questionários validados ou a validar no âmbito deste estudo: SDE e EDE-Q7.

Resultados: O estudo psicométrico das escalas SDE e EDE-Q7 demonstrou que estes instrumentos têm boa validade de construto e boa consistência interna, mostrando-se válidos para a amostra em causa e em todos os períodos estudados – gravidez, pós-parto e período perinatal. Estes dois questionários apresentam uma boa validade concorrente, com os coeficientes de correlação entre eles a confirmarem-se significativos, positivos e de magnitude moderada a elevada.

No estudo descritivo e comparativo, verificamos que existe uma elevada percentagem de mulheres no período perinatal com potencial sofrimento relacionado com um comportamento alimentar perturbado. Na comparação das duas subamostras, houve diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à sintomatologia de perturbação alimentar, sendo esta mais elevada no pós-parto.

Conclusão: Concluimos que estas duas ferramentas são úteis, válidas e podem continuar a ser aplicadas na investigação e na clínica, nomeadamente, para melhorar a deteção, prevenção e intervenção precoce das PCA no período perinatal. Verificamos, ainda, que o período perinatal é uma fase em que a psicopatologia alimentar se apresenta clinicamente relevante e com uma elevada prevalência, sobretudo no período pós-parto, em comparação com a gravidez.

Palavras-chave: Perturbações comportamento alimentar; Gravidez; Pós-Parto.

ABSTRACT

Introduction: The high prevalence and the serious negative consequences of eating disorders (PCA) in the perinatal period, not only for women but also for their children, highlight the importance of timely detection and diagnosis of these problems. This also requires valid and reliable instruments.

Objective: 1. To analyze the psychometric properties of the Portuguese versions of the Screen for Disordered Eating (SDE) and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q7) for the assessment of eating psychopathology in women in the perinatal period. 2. Based on the cut-off point recommended by the SDE authors, to estimate the prevalence of cases with clinically relevant symptoms in pregnancy and postpartum (until the twelfth month after delivery). 3. Compare the levels of eating psychopathology between pregnancy and postpartum.

Methods: Psychometric, descriptive and comparative study conducted with a sample of 346 women in the perinatal period (pregnant women from the 13th week of gestation and postpartum up to 12 months after birth). Through social networks and by invitation at Centro de Saúde Norton de Matos, they completed an online self-report form that included the following questionnaires validated or to be validated within the scope of this study: SDE and EDE-Q7.

Results: The psychometric study of the SDE and EDE-Q7 scales showed that these instruments have good construct validity and good internal consistency, proving to be valid for the sample in question and in all periods studied - pregnancy, postpartum and perinatal period. These two questionnaires have good concurrent validity, with the correlation coefficients between them proving to be significant, positive and of moderate to high magnitude.

In the descriptive and comparative study, we found that there is a high percentage of women in the perinatal period with potential distress related to disturbed eating behavior. In the comparison of the two subsamples, there were statistically significant differences regarding eating disturbance symptomatology, this being higher in the postpartum period.

Conclusion: We conclude that these two tools are useful, valid, and can continue to be applied in research and clinical settings, particularly to improve the early detection, prevention, and intervention of PCA in the perinatal period. We also found that the perinatal period is a time when eating psychopathology is clinically relevant and has a high prevalence, especially in the postpartum period compared to pregnancy.

Keywords: Eating disorders; Pregnancy; Postpartum.

INTRODUÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são um grupo de doenças caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado com a alimentação que comprometem, de forma significativa, a saúde individual e o funcionamento psicossocial.¹

Apesar de haver cada vez mais conhecimento acerca da prevalência e consequências destas doenças, elas continuam a ser subdiagnosticadas e subtratadas.² Sendo mais comuns em mulheres em idade fértil³, a gravidez e o pós-parto poderão ter um papel determinante na incidência e no curso destas patologias.⁴ O período perinatal, nomeadamente a gravidez e o primeiro ano após o parto, é um período, a todos os níveis, complexo e desafiante para a mulher, o que inclui uma maior vulnerabilidade para o início ou agravamento de qualquer quadro psiquiátrico.⁵ Do mesmo modo, as alterações do corpo e forma corporal, próprias desta fase, podem intensificar as preocupações com o peso e a imagem corporal, bem como o comportamento alimentar perturbado.⁶

Apesar de a psicopatologia alimentar, particularmente na anorexia nervosa, poder estar associada a disfunção menstrual e problemas de ovulação que podem afetar negativamente a fertilidade^{7,8}, mulheres com PCA podem engravidar.⁸ Num estudo recente, verificou-se que cerca de 7.5% das mulheres grávidas preenchem critérios de diagnóstico com prevalências de 0.5%, 0.1% e 1.8% respetivamente para anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão compulsiva (PIC). Para a perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (PCASOE), a prevalência era de 5%.^{3,9}

A revisão mais recente sobre este tópico reportou evidências mais alarmantes, com cerca de 15% das mulheres grávidas com história de PCA ao longo da vida e, aproximadamente, 5% na gravidez.³

Para a maioria das grávidas com PCA, os sintomas tendem a melhorar à medida que a gravidez progride.^{4,10} Isto acontece, possivelmente, devido a uma mudança de foco, para as necessidades nutricionais do bebé.^{4,11} No entanto, para algumas mulheres com PCA, particularmente para as que têm uma PIC, os sintomas podem persistir, agravar ou iniciar durante a gravidez.^{4,12} Nesta fase, a remissão, se existir, é geralmente temporária.³

Quanto ao período pós-parto, parece haver um agravamento de casos pré-existentes, com um risco acrescido de recaídas e de início de PCA. As alterações no apetite, no peso e na forma corporal da mulher, que, em média, demoram seis a doze meses a voltar aos padrões

pré-gravidez, podem levar a um aumento da insatisfação com a imagem corporal e ao uso de estratégias para tentar diminuir o peso.^{13,14} Para além disso, alguns aspetos criam um contexto favorável ao retorno a comportamentos alimentares perturbados, como, por exemplo: a alteração das rotinas, a disrupção dos horários (nomeadamente das refeições), o facto de as mulheres passarem grande parte do dia apenas com o bebé e de este já não depender da ingestão nutricional da mãe.^{14,15}

Por outro lado, há evidências crescentes de que as PCA no período perinatal podem estar associadas a *outcomes* obstétricos adversos, como aumento do risco de aborto espontâneo, restrição do crescimento intrauterino, nascimento prematuro e baixo peso ao nascer. Quando o sintoma predominante é a compulsão alimentar, verifica-se um risco aumentado de elevado peso ao nascer.^{15,16}

A elevada prevalência e as graves consequências negativas das PCA no período perinatal, não apenas para a mulher, mas também para os filhos, sublinham a importância da deteção e diagnóstico atempados destes problemas. Para tal, é, também, necessário dispor de instrumentos válidos e fidedignos.

Assim, este estudo tem como objetivos:

1. Analisar as propriedades psicométricas das versões portuguesas do *Screen for Disordered Eating* (SDE)^{17,18} e do *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q)^{19,20} para a avaliação da psicopatologia alimentar em mulheres no período perinatal.
2. Com base no ponto de corte (PC) recomendado pelos autores do SDE¹⁷, estimar a prevalência de casos com sintomatologia clinicamente relevante na gravidez e no pós-parto (até ao décimo segundo mês após o parto).
3. Comparar os níveis de psicopatologia alimentar entre a gravidez e o pós-parto.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo faz parte do projeto: “Patologia do comportamento alimentar no período perinatal”, tendo sido aprovado pela comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo III) e desenvolvido segundo os princípios éticos da Declaração de Helsínquia.

Procedimento

O convite à participação neste estudo foi realizado pelas redes sociais, em grupos e sites relacionados com a gravidez e maternidade. Os dados foram recolhidos através de dois formulários *online*, no *Google Forms*, cada um dirigido à fase de gravidez ou pós-parto. Nestes constava o consentimento informado e os questionários de autorresposta (Anexos IV e V), tendo um tempo de preenchimento de, aproximadamente, 15 minutos. Para que este estudo fosse realizado de acordo com as normas éticas e legais, as participantes teriam, primeiro, de assinar o consentimento informado, garantindo a sua participação voluntária após a leitura dos procedimentos e objetivos do estudo.

Os supracitados questionários foram divulgados e preenchidos entre 02 e janeiro de 2023 e 15 de fevereiro de 2023.

Para além desta forma de recrutamento, foram contactadas mulheres grávidas, a partir da 13^a semana de gestação, a ser seguidas no Centro de Saúde Norton de Matos, convidando-as a participar no estudo, com a respetiva autorização do estabelecimento.

Foram excluídas todas as respostas de grávidas com menos de 13 semanas de gestação e de mulheres cujos filhos tenham mais do que 12 meses de idade.

Por último, de notar que a proteção dos dados das participantes e a confidencialidade foi mantida ao longo de todo o processo.

Instrumentos e variáveis

Os inquéritos foram construídos com a junção de questionários previamente validados ou a validar no âmbito deste estudo (Anexos IV e V).

Foram incluídas questões para avaliar variáveis sociodemográficas; variáveis clínicas com história médica; variáveis relacionadas com a gravidez e pós-parto; história de perturbação psicológica/psiquiátrica; variáveis psicológicas como sintomas de psicopatologia alimentar.

Versão Portuguesa Preliminar do *Screen for Disordered Eating* (SDE)

O *Screen for Disordered Eating*¹⁷ é um instrumento recentemente desenvolvido que permite o rastreio de PCA nos cuidados de saúde primários em populações de todas as faixas etárias. Este questionário não exclui a PIC, que só passou a ser considerada uma PCA desde a publicação do DSM-5.¹

O SDE é composto por cinco itens, extraídos de outros instrumentos de patologia alimentar previamente validados. A resposta a estes itens é do tipo dicotómico – sim ou não. A resposta “Sim” a duas ou mais perguntas é um resultado de rastreio positivo e indica que será necessária uma avaliação mais aprofundada.¹⁷

Versão Portuguesa Reduzida do *Eating Disorder Examination – Questionnaire* (EDE-Q7)

A versão original do EDE-Q²¹, constituída por 28 itens, é o questionário de autorresposta mais comum e amplamente utilizado para a avaliação da presença e gravidade dos sintomas de PCA. No entanto, a estrutura fatorial originalmente proposta tem sido difícil de replicar^{22,23}, o que também se aplica à versão portuguesa.^{20,24}

Mais recentemente, foi desenvolvida uma versão modificada, mais curta, com sete itens que surgem organizados em três fatores: Dieta Restritiva (DR); Sobrevalorização do Peso e Forma Corporais (SPFC); Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC). Esta versão tem sido replicada em diversas amostras²⁵, como, por exemplo, na população portuguesa, com estudos psicométricos realizados com raparigas, rapazes, estudantes portuguesas²⁶, doentes com PCA diagnosticada²⁷ e mulheres na meia-idade com excesso de peso.²⁸

Assim, é solicitado aos inquiridos que assinalem o número de dias ou em que grau, nas últimas quatro semanas, ocorreu cada um dos comportamentos, atitudes ou sentimentos referidos. É utilizada uma escala tipo *Likert* de sete pontos para as respostas, com as pontuações mais elevadas a refletir maior gravidade ou frequência dos sintomas.²⁸

Variáveis avaliadas na gravidez e pós-parto.

1. Variáveis sociodemográficas

Neste grupo, foram questionados os seguintes pontos: idade, nacionalidade, país e local de residência, estado civil, escolaridade, profissão, situação laboral atual.

A idade foi tratada como uma variável contínua.

O local de residência poderia ser caracterizado dicotomicamente como rural ou urbano.

Em relação ao estado civil, as hipóteses de escolha eram cinco: solteira; casada/em união de facto; divorciada/separada; viúva; outro, qual?.

Quanto à escolaridade, existiam oito opções: 1.º ciclo (até ao quarto ano); 2.º ciclo (até ao sexto ano); 3.º ciclo (até o nono ano); secundário; licenciatura; mestrado; doutoramento; outro, qual?.

No que concerne à situação profissional atual, as hipóteses de escolha eram: A trabalhar; De baixa/atestado; Desempregada; outro, qual?. Na categoria “outro, qual?”, 18 participantes referiram que se encontravam de licença de maternidade.

2. Variáveis relacionadas com a história clínica.

Deste grupo fazem parte: história atual ou passada de doenças diagnosticadas pelo médico; história de outra perturbação psicológica/psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV). Estas variáveis foram avaliadas com um conjunto de questões já utilizadas no âmbito de outros projetos de investigação focados no período perinatal²⁹ e adaptadas aos critérios de diagnóstico do DSM-5.¹

2.1. História de outra perturbação psicológica/psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV).

Para avaliar a HPPLV, esta secção iniciava com a questão: “Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?”. Caso a resposta fosse “Sim”, a participante prosseguia para a parte seguinte onde poderia explicar melhor a sua situação.

Nesta, existiam, então, três perguntas de resposta binária (sim ou não):

- “Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?”.
- “Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?”.
- “Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?”.

Destas 3 últimas questões, bastava uma resposta afirmativa a, pelo menos, uma delas, para considerarmos que existia HPPLV.

Variáveis avaliadas na gravidez.

No questionário apenas destinado às mulheres grávidas, foi interrogado: o número de semanas de gravidez, o planeamento ou não dessa mesma gravidez, a paridade, a altura e peso antes da gravidez (para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)).

O número de semanas de gravidez foi tratado como variável contínua.

Variáveis avaliadas no pós-parto.

No questionário apenas destinado às mulheres no período de até 12 meses depois do parto, averiguou-se a idade do bebé, a modalidade de alimentação do mesmo, o tipo de parto e problemas de saúde após o parto.

1. Idade do bebé, modalidade de alimentação e tipo de parto.

Para saber a idade do bebé foi solicitada a sua data de nascimento e a idade, em meses, no momento de preenchimento do questionário.

As questões usadas para avaliar a alimentação do bebé e o tipo de parto foram as seguintes: “Como está a alimentar o seu bebé?”; “Que tipo de parto teve?”.

Para a primeira pergunta, existiam três respostas possíveis: mama; biberão; misto (mama e biberão).

Em relação à segunda, as hipóteses de resposta eram cinco: normal; cesariana; com ferros; com ventosa; com ferros e ventosa.

2. Problemas de saúde depois do parto.

Nesta secção, a pergunta era a seguinte: “Teve alguma complicação ou problema de saúde depois do parto?”. As mulheres podiam responder “Não” ou “Sim”. Se “Sim”, caracterizariam, ainda, estes problemas em: problemas médicos ligeiros, problemas médicos graves ou problemas psiquiátricos.

Participantes

Neste estudo, participaram 346 mulheres, dos 18 aos 42 anos, com uma média de idades de 31.68 (\pm 4.061). 85.1% nasceu em Portugal e 8.6% no Brasil, distribuindo-se as restantes por outros países. 98.7% reside em Portugal, neste momento. A presente análise conta com uma ausência de resposta a estes itens em 125 das participantes.

Na subamostra da gravidez, a média de idades foi de 31.47 anos (± 4.174), havendo mulheres desde os 18 aos 41 anos. Tal como na amostra total, a maior parte nasceu (85.6%) e reside (98.1%) em Portugal. A média do IMC antes da gravidez foi de 23.36 (± 4.137), variando desde 13 a 40. 75% das grávidas referiram que a sua gravidez foi planeada, ao contrário das restantes 25%. Tendo em conta os critérios de exclusão, a média das semanas de gravidez foi de 28.11 semanas (± 7.665), com grávidas desde as 13 às 40 semanas de gestação.

Na subamostra do pós-parto, com 125 respostas omissas, a idade variou dos 23 aos 42 anos, com uma média de 32.25 anos (± 3.722). Da mesma forma que os grupos anteriores, a maioria nasceu (83.6%) e reside (100%) em Portugal. A idade dos bebés variou entre 0 e 12 meses, tendo em conta os critérios de exclusão, com uma média de idades de 4.37 meses (± 2.87).

Em relação às variáveis relacionadas com a história clínica, na amostra total com 125 respostas omissas, 75.1% das mulheres considera-se saudável, sem qualquer doença diagnosticada pelo médico, em oposição a 24.9% que refere uma situação de doença atual. No que concerne aos antecedentes de doença médica, 16.7% menciona ter sido diagnosticada com alguma patologia no passado, ao contrário das restantes 83.3%. De todas as patologias referidas, quer atuais, quer antecedentes, as mais frequentes são o hipotireoidismo, a asma e a diabetes gestacional, sendo que as restantes respostas se distribuem por distúrbios do foro psíquico, cardiovascular, reumatológico, entre outros. A maioria terá sido diagnosticada há mais de cinco anos. Na HPPLV, apurou-se uma percentagem de 38.5% com e 61.5% sem este historial.

Para além destes parâmetros, a amostra foi caracterizada quanto a variáveis sociodemográficas (tabela 1) e variáveis obstétricas apenas avaliadas no pós-parto (tabela 2).

Tabela 1: Caracterização da amostra em relação a variáveis sociodemográficas.

	Amostra total N=346 n (%)	Amostra Gravidez N=160 n (%)	Amostra Pós-parto N=186 n (%)
Estado Civil			
Solteira	29 (13.1)	25 (15.6)	4 (6.6)
Viúva	0	0	0
Casada/União de facto/Vive com companheiro	190 (86.1)	134 (83.7)	56 (91.8)
Divorciada/Separada	2 (0.9)	1 (0.6)	1 (1.6)
Omisso	125	0	125
Grau de Escolaridade			
1º Ciclo	0	0	0
2º Ciclo	0	0	0
3º Ciclo	2 (0.9)	2 (1.3)	0
Secundário	31 (14.0)	19 (11.9)	12 (19.7)
Licenciatura	90 (40.7)	67 (41.9)	23 (37.7)
Mestrado	87 (39.4)	64 (40.0)	23 (37.7)
Doutoramento	3 (1.4)	3 (1.9)	0
Outro (Curso Técnico)	3 (1.4)	3 (1.9)	0
Outro (Pós-Graduação)	5 (2.3)	2 (1.3)	3 (4.9)
Omisso	125	0	125
Ocupação: situação atual			
A trabalhar	103 (46.6)	73 (45.6)	30 (49.2)
Desempregada	16 (7.2)	14 (8.8)	2 (3.3)
De baixa/atestado	81 (36.7)	71 (44.4)	10 (16.4)
Outro (Licença de maternidade)	18 (8.1)	0	18 (29.5)
Outro (Estudante)	3 (1.4)	2 (1.3)	1 (1.6)
Omisso	125	0	125
Nº de Filhos			
0 filhos	117 (66.1)	117 (73.1)	0
1 filho	51 (28.8)	35 (21.9)	16 (94.1)
2 filhos	8 (4.5)	7 (4.4)	1 (5.9)
3 filhos	1 (0.6)	1 (0.6)	0
Omisso	169	0	169
Local de residência			
Rural	49 (22.2)	34 (21.3)	15 (24.6)
Urbano	172 (77.8)	126 (78.8)	46 (75.4)
Omisso	125	0	125

Tabela 2: Caracterização da amostra em relação a variáveis obstétricas no pós-parto.

	Amostra Pós-parto N=186 n (%)
Tipo de parto	
Normal	90 (48.4)
Cesariana	63 (33.9)
Com ventosa	33 (17.7)
Com fórceps	0
Com fórceps e ventosa	0
Omissos	0
Alimentação do bebê	
Mama	131 (70.4)
Biberão	35 (18.8)
Misto (mama + biberão)	20 (10.8)
Omissos	0
Complicações depois do parto	
Não	132 (71.0)
Problemas ligeiros	31 (16.7)
Problemas importantes	15 (8.1)
Problemas psicológicos/psiquiátricos	8 (4.3)
Omisso	0

Análise estatística

A análise estatística foi desenvolvida através do *software* IBM SPSS Statistical Package for the Social Sciences, V.28.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA).

Iniciou-se pela determinação de estatísticas descritivas das variáveis, como medidas de tendência central (média) e de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão).

O *software* AMOS 26.0 foi utilizado para realizar a análise fatorial confirmatória (AFC). O ajustamento dos modelos foi feito a partir dos índices de modificação (IM) superiores a 11, $p < 0.001$. Para avaliar o ajustamento do modelo, foram usados os seguintes índices: Qui-quadrado (X^2)/graus de liberdade (gl), *Comparative Fit Index* (CFI), *Goodness of Fit Index* (GFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA).

Foram calculados os coeficientes alfa de *Cronbach* para avaliar a consistência interna das escalas e dimensões utilizadas. Para confirmar a fiabilidade das medidas (totais e

dimensionais), os coeficientes foram classificados como: < 0.60 - inaceitável; 0.60 a 0.65 - indesejável; 0.65 a 0.70 - minimamente aceitável; 0.70 a 0.80 - aceitável; > 0.80- muito bom.³⁰

O tamanho da amostra permitiu o uso de testes paramétricos. Nas análises de correlação foi usado o coeficiente de *Pearson*, para explorar as relações entre as variáveis. Para avaliar a magnitude, usamos os critérios de *Cohen* (1992)³¹: de 0.10 a 0.25 – ligeira; de 0.26 a 0.49 – moderada; e a partir de 0.50 – elevada.

Preconizou-se como nível de significância aceitável um valor $p < 0.05$.

O teste qui-quadrado foi usado para comparar proporções em variáveis nominais entre grupos. Para comparação de pontuações médias, foi utilizado o teste t de *Student*.

RESULTADOS

1. Estudo psicométrico

1.1. *Screen for Disordered Eating (SDE)*

1.1.1. Validade de construto – Análise Fatorial Confirmatória

Para analisar a estrutura fatorial do SDE, partimos do modelo uni-fatorial.

A) Gravidez

O primeiro ensaio de AFC resultou em índices de ajustamento aceitáveis, sendo alguns bons e muito bons³² (Tabela 3).

Tabela 3 – Índices de ajustamento – SDE. Gravidez.					
	X ² /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo unifatorial	2.4261	0.0947	0.9462	0.8925	0.9717
Interpretação de valores ³²	Aceitável	Aceitável	Muito Bom	Bom	Muito bom

Legenda: X²/gl – Qui-quadrado por graus de liberdade; RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation; CFI – Comparative Fit Index; TLI – Tucker-Lewis Index; GFI – Goodness of Fit Index.

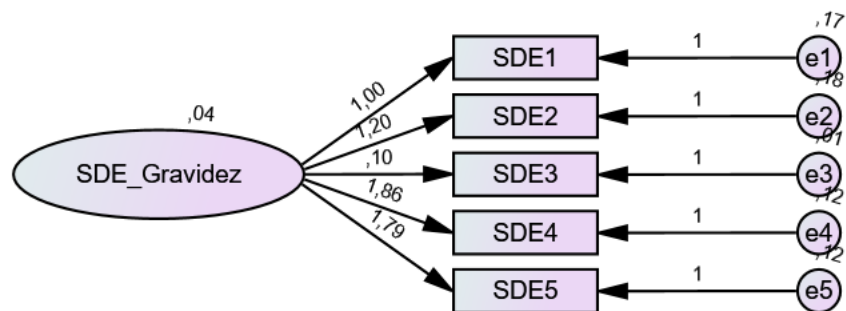


Figura 1 – *Screen for Disordered Eating (SDE)* – Modelo fatorial. Gravidez.

B) Pós-parto

Também com a amostra de mulheres no pós-parto, o modelo unifatorial apresentou índices de ajustamento com valores de aceitáveis a muito bons³² (Tabela 4).

Tabela 4 – Índices de ajustamento – SDE. Pós-parto.					
	X ² /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo unifatorial	2.7025	0.0959	0.9270	0.8539	0.9734
Interpretação de valores ³²	Aceitável	Aceitável	Bom	Aceitável	Muito bom

Legenda: X²/gl – Qui-quadrado por graus de liberdade; RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation; CFI –Comparative Fit Index; TLI –Tucker-Lewis Index; GFI – Goodness of Fit Index.

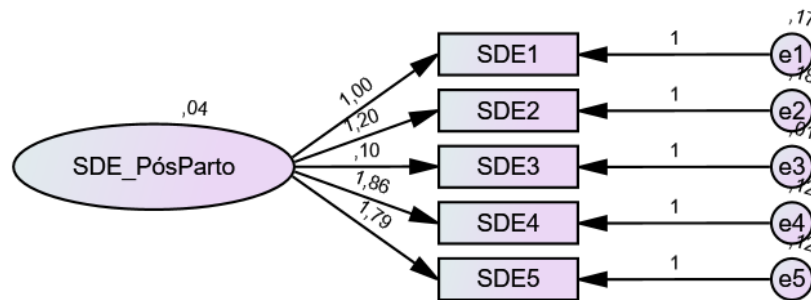


Figura 2 – Screen for Disordered Eating (SDE) – Modelo fatorial. Pós-parto.

C) Período perinatal

Considerando ambas as subamostras, de mulheres na gravidez e no período pós-parto, o primeiro ensaio resultou em índices indicadores de mau ajustamento³² (Tabela 5). Com o intuito de melhorar o ajustamento, identificámos os IM do modelo, tendo correlacionado um par de erros de itens com $IM > 11.000$, tal como sugerido por Marôco³²: par de itens 4 (“Preocupada com desejo de ser mais magra”) e 5 (“Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magra.”) - $IM = 91.1860$. Este procedimento resultou em melhores índices de ajustamento (Tabela 5).

Tabela 5 – Índices de ajustamento dos modelos testados. Período perinatal.					
	X^2/gf	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo unifatorial	49.9309	0.3766	0.8561	0.7123	0.7990
Interpretação de valores ³²	Mau	Inaceitável	Aceitável	Mau	Aceitável
Modelo unifatorial com um par de erros correlacionados	2.0335	0.0547	0.9976	0.9939	0.9906
Interpretação de valores ³²	Aceitável	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom

Legenda: X^2/gf – Qui-quadrado por graus de liberdade; **RMSEA** – *Root Mean Square Error of Approximation*; **CFI** – *Comparative Fit Index*; **TLI** – *Tucker-Lewis Index*; **GFI** – *Goodness of Fit Index*.

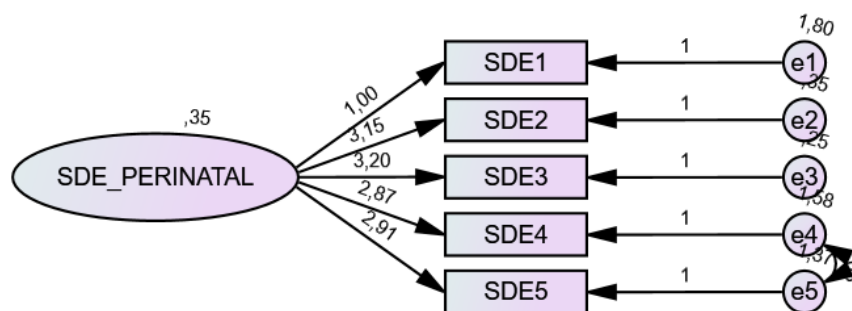


Figura 3 – Screen for Disordered Eating (SDE) – Modelo fatorial. Período perinatal.

1.1.2. Fidelidade – Consistência Interna

A) Gravidez

A tabela 6 apresenta, para cada item, a carga fatorial (CF), o alfa de *Cronbach* excluindo o item e a correlação item-total corrigido (CITC).

O coeficiente alfa de *Cronbach* (α) da escala global (5 itens) foi de 0.661.

Tabela 6 – Carga fatorial e validade Interna dos itens – SDE. Gravidez.					
	CF	CITC	α excluindo o item	M	DP
1. Vontade de comer quando está emocionalmente incomodada ou ansiosa.	0.3599	0.378	0.633	0.59	0.494
2. Controlar a quantidade de comida que ingere.	0.3981	0.398	0.617	0.25	0.434
3. Provocar o vômito.	0.2501	0.225	0.684	0.02	0.136
4. Preocupada com desejo de ser mais magra.	0.8563	0.591	0.514	0.32	0.467
5. Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magra.	0.7450	0.529	0.550	0.34	0.474

Legenda: **CF** – Carga Fatorial; **CITC**– Correlação Item-Total Corrigido; α – Coeficiente Alfa de *Cronbach*; **M** – Média; **DP** – Desvio Padrão.

Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total, pois apresentaram correlações item-total corrigido superiores a 0.20, variando de 0.225 (Item 3 - Provocar o vômito) a 0.591 (Item 4 - Preocupada com desejo de ser mais magra). A exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total diminuísse, à exceção do item 3 (Tabela 6).

B) Pós-parto

Tal como para o período da gravidez, a tabela 7 apresenta, para cada item, a CF, o alfa de *Cronbach* excluindo o item e a CITC.

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala global (5 itens) foi de 0.640.

Tabela 7 – Carga fatorial e validade Interna dos itens – SDE. Pós-parto.					
	CF	CITC	α excluindo o item	M	DP
1. Vontade de comer quando está emocionalmente incomodada ou ansiosa.	0.4168	0.379	0.595	0.70	0.460
2. Controlar a quantidade de comida queingere.	0.4736	0.426	0.570	0.38	0.486
3. Provocar o vômito.	0.1801	0.156	0.671	0.01	0.103
4. Preocupada com desejo de ser mais magra.	0.7125	0.512	0.520	0.51	0.501
5. Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magra.	0.7090	0.503	0.526	0.37	0.484
Legenda: CF – Carga Fatorial; CITC – Correlação Item-Total Corrigido; α – Coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i> ; M – Média; DP – Desvio Padrão.					

Nesta análise, todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total, uma vez que apresentaram correlações item-total corrigido superiores a ≈ 0.20 , variando de 0.156 (Item 3 - Provocar o vômito) a 0.512 (Item 4 - Preocupada com desejo de ser mais magra). A exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total diminuísse, exceto o item 3 (Tabela 7).

C) Período perinatal

Da mesma forma que nas duas subamostras supra, a tabela 8 apresenta, para cada item, a CF, o alfa de *Cronbach* excluindo o item e a CITC.

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala global (5 itens) foi de 0.655.

Tabela 8 – Carga fatorial e validade Interna dos itens – SDE. Período perinatal.					
	CF	CITC	α excluindo o item	M	DP
1. Vontade de comer quando está emocionalmente incomodada ou ansiosa.	0.4075	0.389	0.614	0.65	0.478
2. Controlar a quantidade de comida que ingere.	0.9458	0.424	0.595	0.32	0.466
3. Provocar o vômito.	0.9542	0.181	0.684	0.01	0.120
4. Preocupada com desejo de ser mais magra.	0.8452	0.556	0.521	0.42	0.495
5. Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magra.	0.8630	0.512	0.548	0.36	0.479

Legenda: **CF** – Carga Fatorial; **CITC**– Correlação Item-Total Corrigido; **α** – Coeficiente Alfa de *Cronbach*; **M** – Média; **DP** – Desvio Padrão.

Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total, dado que apresentaram correlações item-total corrigido superiores a ≈ 0.20 , variando de 0.181 (Item 3 - Provocar o vômito) a 0.556 (Item 4 - Preocupada com desejo de ser mais magra). A exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total diminuísse, à exceção do item 3 (Tabela 8).

1.2. Versão Portuguesa Reduzida do Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE-Q7)

1.2.1. Validade de construto – Análise Fatorial Confirmatória

A) Gravidez

Partindo do modelo de três fatores, o primeiro ensaio de AFC resultou em índices de ajustamento aceitáveis, bons e muito bons³² (Tabela 9), tanto para o modelo de primeira ordem, como para o de segunda ordem.

Tabela 9 – Índices de ajustamento dos modelos testados. Gravidez.					
	X ² /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo de três fatores	1.9863	0.0788	0.9891	0.9792	0.9647
Interpretação de valores ³²	Bom	Aceitável	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom
Modelo de três fatores de segunda ordem	1.9863	0.0788	0.9891	0.9792	0.9647
Interpretação de valores ³²	Bom	Aceitável	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom

Legenda: X²/gl – Qui-quadrado por graus de liberdade; **RMSEA** – *Root Mean Square Error of Approximation*; **CFI** – *Comparative Fit Index*; **TLI** – *Tucker-Lewis Index*; **GFI** – *Goodness of Fit Index*.

A matriz de correlações de *Pearson* entre as pontuações fatoriais e a pontuação total do EDE-Q7 (Tabela 10) revelou que as correlações são de moderadas a elevadas e significativas ($p < 0.01$), variando entre 0.408 (entre IIC e DR) a 0.902 (entre SPFC e EDE-Q7_TOTAL).

Tabela 10 – Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as pontuações total e fatoriais no EDE-Q7. Gravidez.				
	EDE-Q7_TOTAL	DR	SPFC	IIC
EDE-Q7_TOTAL	1			
DR	0.758**	1		
SPFC	0.902**	0.486**	1	
IIC	0.876**	0.408**	0.822**	1

Legenda: **EDE-Q7** – *Eating Disorders Examination Questionnaire*; **DR** – Dieta Restritiva; **SPFC** – Sobrealimentação do Peso e Forma Corporal; **IIC** – Insatisfação com a Imagem Corporal; ** $p < 0.01$.

B) Pós-parto

Também para o período do pós-parto, obtivemos bons e muito bons índices de ajustamento³², tanto no modelo de primeira ordem como no de segunda ordem (Tabela 11).

Tabela 11 – Índices de ajustamento dos modelos testados. Pós-parto.					
	X ² /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo de três fatores	1.4567	0.0497	0.9962	0.9928	0.9765
Interpretação de valores ³²	Bom	Muito bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom
Modelo de três fatores de segunda ordem	1.4567	0.0497	0.9962	0.9928	0.9765
Interpretação de valores ³²	Bom	Muito bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom
Legenda: X ² /gl – Qui-quadrado por graus de liberdade; RMSEA – <i>Root Mean Square Error of Approximation</i> ; CFI – <i>Comparative Fit Index</i> ; TLI – <i>Tucker-Lewis Index</i> ; GFI – <i>Goodness of Fit Index</i> .					

A matriz de correlações de *Pearson* entre as pontuações fatoriais e a pontuação total do EDE-Q7 (Tabela 12) demonstrou que as correlações são de moderadas a elevadas e significativas ($p < 0.01$), variando de 0.418 (entre SPFC e DR) a 0.879 (entre IIC e EDE-Q7_TOTAL).

Tabela 12 – Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as pontuações total e fatoriais no EDE-Q7. Pós-parto.				
	EDE-Q7_TOTAL	DR	SPFC	IIC
EDE-Q7_TOTAL	1			
DR	0.779**	1		
SPFC	0.859**	0.418**	1	
IIC	0.879**	0.455**	0.805**	1
Legenda: EDE-Q7 – <i>Eating Disorders Examination Questionnaire</i> ; DR – Dieta Restritiva; SPFC – Sobrealimentação do Peso e Forma Corporal; IIC – Insatisfação com a Imagem Corporal; ** $p < 0.01$.				

C) Período perinatal

Considerando conjuntamente as duas subamostras, gravidez e pós-parto, os índices de ajustamento mantiveram-se favoráveis³² (Tabela 13), quer no modelo de primeira ordem, quer no de segunda-ordem (Figura 4).

Tabela 13 – Índices de ajustamento dos modelos testados. Período perinatal.					
	X ² /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo de três fatores	2.7998	0.0722	0.9709	0.9444	0.9761
Interpretação de valores ³²	Aceitável	Aceitável	Muito Bom	Bom	Muito Bom
Modelo de três fatores de segunda ordem	2.7998	0.0722	0.9709	0.9444	0.9761
Interpretação de valores ³²	Aceitável	Aceitável	Muito Bom	Bom	Muito Bom

Legenda: X²/gl – Qui-quadrado por graus de liberdade; RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation; CFI –Comparative Fit Index; TLI –Tucker-Lewis Index; GFI – Goodness of Fit Index.

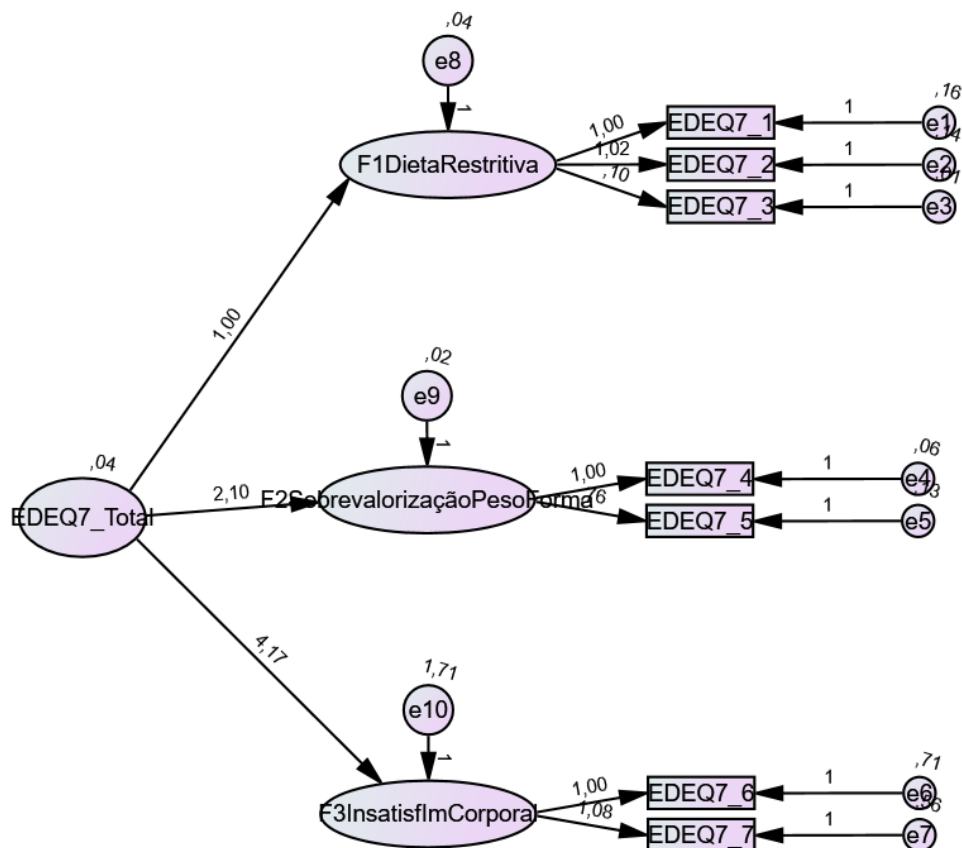


Figura 4 – Eating Disorders Examination Questionnaire – EDE-Q7 – Modelo fatorial de segunda ordem. Período Perinatal.

A matriz de correlações de *Pearson* entre as pontuações fatoriais e a pontuação total do EDE-Q7 (Tabela 14) revelou que as correlações são de moderadas a elevadas e significativas ($p < 0.01$), variando de 0.443 (entre IIC e DR) a 0.881 (entre IIC e EDE-Q7_TOTAL).

Tabela 14 – Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as pontuações total e fatoriais no EDE-Q7. – Período Perinatal.

	EDE-Q7_TOTAL	DR	SPFC	IIC
EDE-Q7_TOTAL	1			
DR	0.771**	1		
SPFC	0.879**	0.450**	1	
IIC	0.881**	0.443**	0.816**	1

Legenda: **EDE-Q7** – *Eating Disorders Examination Questionnaire*; **DR** – Dieta Restritiva; **SPFC** – Sobrealimentação do Peso e Forma Corporal; **IIC** – Insatisfação com a Imagem Corporal; ** $p < 0.01$.

1.2.2. Fidelidade – Consistência Interna

A) Gravidez

A tabela 15 apresenta a CF, o alfa de *Cronbach* para cada item se este for excluído e a CITC e a Correlação Item-Total Dimensional Corrigido (CITDC).

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala global (7 itens) foi de 0.896 e o de cada fator foi > 0.80 , apesar do reduzido número de itens.

Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional, pois apresentaram correlações item-total corrigido e item-total dimensional corrigido acima de 0.40 e a exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total/da dimensão diminuísse, à exceção do item 3 (Tabela 15).

Tabela 15 – Carga fatorial e validade interna dos itens – EDE-Q7. Gravidez.

	CF	CITC	α total excluindo o item	CITDC	α dimens	M	DP
1. Limitar propositadamente a quantidade de comida para influenciar o seu peso ou forma corporal.	0.7680	0.603	0.891	0.684	0.791	0.79	1.432
2. Evitar comer alimentos que gosta para influenciar o peso ou forma corporal.	0.9333	0.595	0.892	0.802	0.676	1.19	1.738
3. Seguir regras rígidas relativamente à alimentação para influenciar o peso ou forma corporal.	0.7141	0.465	0.903	0.651	0.825	0.43	1.330
DR - $\alpha = 0.837$							
4. Peso influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa.	0.9301	0.820	0.865	0.906	---	1.21	1.823
5. Forma corporal influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa.	0.9742	0.831	0.864	0.906	---	1.11	1.791
SPFC - $\alpha = 0.951$							
6. Insatisfeita com o seu peso.	0.9450	0.779	0.871	0.914	---	1.82	1.993
7. Insatisfeita com a sua forma corporal.	0.9670	0.789	0.869	0.914	---	1.76	1.941
IIC - $\alpha = 0.955$							
Legenda: CF – Carga Fatorial; CITC – Correlação Item-Total Corrigido; α – Coeficiente Alfa de Cronbach; Dimens – Dimensional; CITDC – Correlação Item-total Dimensional Corrigido; M – Média; DP – Desvio Padrão; DR – Dieta Restritiva; SPFC – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; IIC – Insatisfação com a Imagem Corporal.							

B) Pós-parto

Tal como foi feito para a gravidez, a tabela 16 apresenta a CF, o alfa de Cronbach para cada item se este for excluído, a CITC e CITDC.

O coeficiente alfa de Cronbach da escala global (7 itens) foi de 0.903 e o de cada fator foi >0.90, apesar do reduzido número de itens. Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional, uma vez que apresentaram correlações item-total

corrigido e item-total dimensional corrigido acima de 0.60 e a exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total/da dimensão diminuísse, à exceção do item 3 em relação ao alfa da dimensão DR (Tabela 16).

Tabela 16 – Carga fatorial e validade interna dos itens – EDE-Q7. Pós-parto.							
	CF	CITC	α total excluindo o item	CITDC	α dimens	M	DP
1. Limitar propositadamente a quantidade de comida para influenciar o seu peso ou forma corporal.	0.8892	0.613	0.900	0.831	0.857	1.24	1.958
2. Evitar comer alimentos que gosta para influenciar o peso ou forma corporal.	0.9637	0.634	0.898	0.887	0.803	1.31	1.880
3. Seguir regras rígidas relativamente à alimentação para influenciar o peso ou forma corporal.	0.7885	0.621	0.899	0.750	0.923	0.70	1.572
DR - $\alpha = 0.907$							
4. Peso influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa.	0.9705	0.790	0.880	0.931	---	1.71	2.035
5. Forma corporal influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa.	0.9590	0.761	0.884	0.931	---	1.78	2.047
SPFC - $\alpha = 0.964$							
6. Insatisfeita com o seu peso.	0.9344	0.776	0.882	0.906	---	2.54	2.166
7. Insatisfeita com a sua forma corporal.	0.9700	0.807	0.878	0.906	---	2.82	2.081
IIC - $\alpha = 0.951$							
Legenda: CF – Carga Fatorial; CITC – Correlação Item-Total Corrigido; α – Coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i> ; Dimens – Dimensional; CITDC – Correlação Item-total Dimensional Corrigido; M – Média; DP – Desvio Padrão; DR – Dieta Restritiva; SPFC – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; IIC – Insatisfação com a Imagem Corporal.							

C) Período perinatal

Da mesma forma que as duas tabelas anteriores, a tabela 17 apresenta a CF, o alfa de *Cronbach* para cada item se este for excluído, a CITC e CITDC.

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala global (7 itens) foi de 0.902 e o de cada fator foi >0.80, apesar do reduzido número de itens.

Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional, dado que apresentaram correlações item-total corrigido e item-total dimensional corrigido acima de 0.50 e a exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total/da dimensão diminuísse, à exceção do item 3 (Tabela 17).

Tabela 17 – Carga fatorial e validade interna dos itens – EDE-Q7. Período perinatal.							
	CF	CITC	α total excluindo o item	CITDC	α dimens	M	DP
1. Limitar propositadamente a quantidade de comida para influenciar o seu peso ou forma corporal.	0.5646	0.614	0.898	0.777	0.831	1.03	1.747
2. Evitar comer alimentos que gosta para influenciar o peso ou forma corporal.	0.5931	0.612	0.898	0.847	0.765	1.25	1.814
3. Seguir regras rígidas relativamente à alimentação para influenciar o peso ou forma corporal.	0.2277	0.564	0.903	0.716	0.887	0.58	1.469
DR - $\alpha=0.883$							
4. Peso influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa.	0.8574	0.805	0.876	0.922		1.48	1.953
5. Forma corporal influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa.	0.6716	0.795	0.878	0.922	----	1.47	1.959
SPFC - $\alpha= 0.959$							
6. Insatisfeita com o seu peso.	0.8758	0.783	0.879	0.910	---	2.21	2.116
7. Insatisfeita com a sua forma corporal.	0.9111	0.803	0.876	0.910	---	2.33	2.083
IIC - $\alpha= 0.953$							
Legenda: CF – Carga Fatorial; CITC – Correlação Item-Total Corrigido; α – Coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i> ; Dimens – Dimensional; CITDC – Correlação Item-total Dimensional Corrigido; M – Média; DP – Desvio Padrão; DR – Dieta Restritiva; SPFC – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; IIC – Insatisfação com a Imagem Corporal.							

1.3. Validade concorrente

Para analisar a validade concorrente dos dois questionários em estudo, apreciamos os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as suas pontuações.

Na gravidez, no pós-parto e considerando todas as participantes (período perinatal), os coeficientes de correlação entre o SDE e o EDE-Q7 foram significativos, positivos e de magnitude elevada com a pontuação total e moderada a elevada com as pontuações dimensionais deste último instrumento (Tabela 18).

Tabela 18 – Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as pontuações na SDE e no EDEQ-7.				
	EDE-Q7 TOTAL	EDE-Q7_DR	EDE-Q7_SPFC	EDE-Q7_IIC
Gravidez				
SDE_TOTAL	0.639**	0.369**	0.583**	0.670**
Pós-parto				
SDE_TOTAL	0.583**	0.409**	0.479**	0.587**
Perinatal				
SDE_TOTAL	0.617**	0.399**	0.534**	0.636**
Legenda: SDE – <i>Screen for Disordered Eating</i> ; EDE-Q7 – <i>Eating Disorders Examination Questionnaire</i> ; DR – Dieta Restritiva; SPFC – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; IIC – Insatisfação com a Imagem Corporal; ** $p < 0.01$.				

2. Estudo descritivo e comparativo

Na tabela 19, apresentamos a pontuação total do SDE e a percentagem de mulheres com zero, um, dois, três, quatro ou cinco sintomas (dada pelas pontuações totais, já que a resposta a cada um dos itens/sintomas apenas pode ser “0- Não” ou “1- Sim”). Com estes dados, fizemos a comparação de proporções entre a gravidez e o pós-parto, havendo diferenças estatisticamente significativas apenas na pontuação total de quatro.

Expomos, ainda, a percentagem de mulheres da amostra total que apresentam pontuação igual ou superior à identificada pelos autores da escala original¹⁷ como sendo o PC mais válido (combinação de sensibilidade e especificidade) para a identificação de pessoas com sintomatologia clinicamente relevante, com risco ou elevada probabilidade de ter uma PCA ($PC \geq 2$).

Tabela 19 – Pontuações totais no SDE na gravidez, pós-parto e período perinatal. Comparação de proporções entre a gravidez e o pós-parto (Teste de Qui-quadrado).

Pontuação total SDE	Gravidez (N=160)	Pós-Parto (N=186)	X ² ; p; OR (IC-95%)	Período Perinatal (N=346)	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)
0	48 (30)	33 (17.7)	NS	81 (23.4)	165 (47.7)
1	41 (25.6)	43 (23.1)	NS	84 (24.3)	
2	34 (21.3)	45 (24.2)	NS	79 (22.8)	181 (52.3)
3	17 (10.6)	29 (15.6)	NS	46 (13.3)	
4	18 (11.3)	34 (18.3)	3.328; p=0.046; 1.765 (0.954-3.265)	52 (15.0)	
5	2 (1.3)	2 (1.1)	NS	4 (1.2)	

Legenda: SDE – Screen for Disordered Eating; X² – Qui Quadrado; OR- Odds Ratio; NS – Não significativo.

Na tabela 20 apresentamos os resultados da comparação entre as subamostras da gravidez e do pós-parto, na proporção de respostas na direção do sintoma (itens 1 a 5) e de pontuações clinicamente relevantes.

Constatamos que, em todos os itens exceto no item 3, a proporção de respostas na direção do sintoma é superior na amostra do período do pós-parto. Estas diferenças foram estatisticamente significativas em todos os itens, à exceção dos itens 3 e 5.

De notar que, através do *Odds Ratio*, foi possível averiguar que a probabilidade de uma mulher da amostra do pós-parto, em relação a uma mulher da amostra da gravidez, dar uma resposta na direção do sintoma é superior em todos os itens do SDE (exceto no 3 e 5), variando de 1.630 (Item 1: Vontade de comer quando está emocionalmente incomodada ou ansiosa) a 2.231 (Item 4: Preocupada com desejo de ser mais magra). Também em relação à proporção de mulheres com pontuações acima do PC, esta foi, de modo estatisticamente significativo, superior no período do pós-parto, em relação ao período de gravidez. O *Odds Ratio* de 1.814 indica-nos que a probabilidade de uma mulher no pós-parto ter pontuação acima do PC, em relação a uma mulher na gravidez, é, aproximadamente, duas vezes superior.

Tabela 20 – Respostas aos itens do SDE e pontuação acima do PC. Comparação de proporções entre a gravidez e o pós-parto (Teste de Qui-quadrado).

	Gravidez (N=160) n (%)	Pós-parto (N=186) n (%)	X^2	p	OR (IC-95%)
Itens (1-5)	% respostas sintomáticas				
1. Vontade de comer quando está emocionalmente incomodada ou ansiosa.	94 (58.8)	130 (69.9)	4.678	0.02	1.630 (1.045-2.541)
2. Controlar a quantidade de comida que ingere.	40 (25.0)	70 (37.6)	6.332	0.008	1.810 (1.137-2.882)
3. Provocar o vômito.	3 (1.9)	2 (1.1)	0.386	NS (0.429)	---
4. Preocupada com desejo de ser mais magra.	51 (31.9)	95 (51.1)	13.000	< 0.001	2.231 (1.438-3.463)
5. Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magra.	54 (33.8)	69 (37.1)	0.420	NS (0.296)	---
	% pontuações				
SDE: PC \geq 2	71 (44.4)	110 (59.1)	7.516	0.004	1.814 (1.183-2.782)
Legenda: SDE - Screen for Disordered Eating; X^2 – Qui Quadrado; OR- Odds Ratio; NS – Não significativo.					

Na tabela 21 apresentamos a comparação dos níveis de patologia alimentar entre mulheres na gravidez vs. no pós-parto. Os dois grupos distinguiram-se significativamente quanto às pontuações médias de sintomas de PCA quando avaliada quer pelo EDE-Q7, quer pelo SDE. Apenas na dimensão DR não houve diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias.

Tabela 21 – Teste t de *Student* para comparação entre das pontuações médias nas variáveis de patologia alimentar por subamostra de gravidez e pós-parto.

Variáveis	Gravidez (N=160)		Pós-parto (N=186)		t	p
	M	DP	M	DP		
EDE-Q7_Total	8.3125	9.53589	12.1022	10.97837	-3.400	0.001
EDE-Q7_DR	2.4125	3.93563	3.2419	4.98870	-1.697	NS (0.091)
EDE-Q7_SPFC	2.3188	3.51774	3.4946	4.01113	-2.873	0.004
EDE-Q7_IIC	3.5813	3.84850	5.3656	4.14673	-4.125	< 0.001
SDE_Total	1.5125	1.37812	1.9677	1.39072	-3.051	0.002

Legenda: **M** – Média; **DP** – Desvio Padrão; **EDE-Q7** – *Eating Disorders Examination Questionnaire*; **SDE** - *Screen for Disordered Eating*; **DR** – Dieta Restritiva; **SPFC** – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; **IIC** – Insatisfação com a Imagem Corporal.

DISCUSSÃO

Este trabalho incluiu um estudo psicométrico e um estudo descritivo e comparativo, ambos no tópico da psicopatologia alimentar no período perinatal.

O primeiro objetivo foi analisar as propriedades psicométricas do SDE e do EDE-Q7 numa amostra de mulheres no período perinatal, englobando a gravidez a partir das treze semanas e o pós-parto até aos doze meses após o parto. Posteriormente, a confirmarem-se instrumentos válidos e fidedignos neste grupo populacional, o que aconteceu, estes permitiriam avançar para o segundo e terceiro objetivos: estimar a prevalência de casos com sintomatologia clinicamente relevante na gravidez e no pós-parto e comparar estas duas subamostras no que diz respeito à patologia alimentar.

O estudo psicométrico do SDE demonstrou que este instrumento tem boa validade de construto e boa fidelidade, apesar do seu reduzido número de itens e de cada um deles avaliar um domínio diferente de patologia alimentar.

A escala EDE-Q7 revelou-se, da mesma forma, um instrumento com boa validade de construto e consistência interna na amostra utilizada, em todos os períodos – gravidez, pós-parto e todo o período perinatal. Em Portugal, esta ferramenta já é usada como “*gold-standart*” na população geral, tendo suficientes evidências favoráveis à sua validade com amostras clínicas e da população geral.^{28,33} No entanto, não existiam evidências especificamente para os grupos populacionais agora estudados.

As correlações entre a pontuação no SDE e as pontuações total e dimensionais na EDE-Q7 foram significativas, positivas e de moderadas a elevadas. Isto demonstra uma boa validade concorrente e reforça os resultados favoráveis da escala SDE. Portanto, a investigação desta escala deve ser continuada, nomeadamente para analisar as suas propriedades operativas (sensibilidade, especificidade e poder preditivo) através das curvas ROC, de modo a poder ser utilizada para rastreio das PCA nos cuidados de saúde primários, motivo pelo qual foi desenvolvida a sua versão original.¹⁷

O estudo psicométrico dos dois instrumentos supramencionados representa um importante contributo deste trabalho, uma vez que demonstra que são válidos e fidedignos para serem usados no período perinatal, quer durante a gravidez, quer durante o pós-parto. Assim, este trabalho vem preencher uma lacuna patente quer na clínica quer na investigação deste tópico. O potencial de utilização destes questionários é grande, se tivermos em conta que, além de boas propriedades psicométricas, são simples e rápidos de administrar.

Em relação ao estudo descritivo, verificamos que mais de metade das mulheres (52.3%) pontuou acima do PC da escala SDE, proposto pelos autores da versão original.¹⁷ Não

obstante ainda ser necessário validar este PC para mulheres portuguesas, nomeadamente no período perinatal, este valor não deixa de ser preocupante, já que sugere que a percentagem de mulheres em risco de ter uma PCA é elevada. Note-se que, não sendo um teste de diagnóstico, a sua utilização na clínica não dispensará uma avaliação posterior, com uma entrevista diagnóstica.

Comparando estes valores com os apresentados na literatura nacional e internacional, verifica-se que são semelhantes aos de outras amostras clínicas.^{17,18} Também a pontuação média na escala EDE-Q7 foi idêntica à de outros grupos previamente analisados como no estudo de Grilo et al. 2013.³⁴ Contudo, nestas amostras, não sabemos se e quantas mulheres estariam grávidas ou no pós-parto no momento de resposta ao questionário. Deste modo, seria importante comparar as mulheres no período perinatal com as restantes para perceber se a prevalência de PCA é maior ou menor neste período.

Por último, no estudo comparativo, confrontamos os níveis de patologia alimentar entre as duas amostras (gravidez e pós-parto). O que verificamos, desde logo, foi que, em três dos cinco itens do SDE, houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, existindo mais sintomatologia no grupo do pós-parto. Também na pontuação total desta escala, esta diferença foi confirmada, tendo em conta as proporções de mulheres com pontuações acima do PC. A diferença verificada está de acordo com o aumento de sintomas de patologia alimentar no pós-parto já descrito na literatura.^{4,35}

A comparação dos níveis de patologia alimentar entre as duas subamostras revelou que as mulheres no pós-parto, em comparação com as mulheres grávidas, apresentam pontuações médias significativamente mais elevadas na pontuação total do SDE e na pontuação total do EDE-Q7, bem como nas suas pontuações dimensionais de SPFC e de IIC. Este achado reforça as evidências já descritas na literatura, segundo as quais existe uma ligeira melhoria de quase todas as PCA durante o período da gravidez, por preocupações com o bebé, e retoma ou até início da sintomatologia das PCA no período pós-parto, por diversos fatores como, por exemplo, a insatisfação com a imagem corporal.^{4,14}

Estes resultados vêm confirmar que o período da gravidez pode ser uma boa janela de oportunidade para iniciar uma intervenção nas mulheres diagnosticadas com PCA, tentando que haja uma remissão de sintomas no momento e que se mantenha a longo prazo, com o devido acompanhamento, tal como também sugerido por Easter et al. 2015 e Fogarty et al. 2018.^{4,13}

Como limitações deste estudo, identificamos a não utilização de um meio de diagnóstico adicional e o facto de não ser prospetivo, ou seja, com seguimento das mesmas mulheres desde a gravidez até ao pós-parto. Assim, não foi possível analisar a evolução das PCA nestes

diferentes momentos. Apesar de termos recorrido a uma amostra por conveniência, no que concerne às variáveis sociodemográficas, a sua distribuição é relativamente representativa da população em estudo e está de acordo com o que tem vindo a ser observado.²⁹

Por fim, realçamos a importância da continuidade deste estudo, realizando uma entrevista diagnóstica às mulheres com maior risco de PCA, tal como suprarreferido.

Sendo as PCA doenças subvalorizadas na população geral e, ainda mais, no período perinatal², estudos como este podem permitir, em última instância, uma melhoria na deteção, prevenção e intervenção precoce das PCA neste período, evitando consequências graves para as mulheres e para os bebés.

CONCLUSÃO

Concluimos que o SDE e o EDE-Q7 são duas ferramentas úteis para serem aplicadas na clínica, uma vez que facilitam a identificação de mulheres com comportamento alimentar perturbado e/ou em risco de ter uma PCA e que, por essa razão, necessitam de avaliação e acompanhamento mais individualizados. Isto torna-se ainda mais relevante na população estudada, mulheres no período perinatal, considerando que estão numa fase, por si só, com enormes desafios e, conseqüentemente, com uma maior vulnerabilidade para o início ou agravamento de quadros psiquiátricos.

Tendo em conta os resultados obtidos, verificamos que existe uma elevada percentagem de mulheres no período perinatal com potencial sofrimento relacionado com um comportamento alimentar perturbado, sendo mais acentuado no pós-parto. Assim, reforçamos a necessidade de uma maior consciencialização clínica para este tipo de problemas (atendendo às conseqüências que dos mesmos podem advir) e a utilidade da aplicação de testes de rastreio.

AGRADECIMENTOS

À Doutora Ana Telma Pereira e à Dr^a Joana Pinto por toda a ajuda, orientação e acompanhamento durante o desenvolvimento deste trabalho.

Às mulheres que aceitaram participar e responder aos questionários.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo apoio e amor incondicionais em todos os momentos.

Aos meus amigos pela companhia, paciência e carinho nas várias etapas da minha vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Fifth ed. Washington DC; 2013.
- 2 - James I, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 2007; 61(3):348–358.
- 3 - Bye A, Martini MG, Micali N. Eating disorders, pregnancy and the postnatal period: a review of the recent literature. *Current opinion in psychiatry*. 2021; 34(6):563-568.
- 4 - Easter A, Solmi F, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, et al. Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns. *European Eating Disorders Review*. 2015; 23(1):19-27.
- 5 - Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018; 4:18022.
- 6 - O’Loughlen E, Galligan R. Disordered eating in the postpartum period: Role of psychological distress, body dissatisfaction, dysfunctional maternal beliefs and self- compassion. *Journal of Health Psychology*. 2021; 27(5):1084-1098.
- 7 - Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertility and Sterility*. 2010; 93(1):72–78.
- 8 - Easter A, Treasure J, Micali N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2011; 118(12):1491-1498
- 9 - Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy?. *European Eating Disorders Review*. 2013; 21(4):340-344.
- 10 – Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Berg CK, Torgersen L, Magnus P, et al. 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*. 2007; 37(8):1109-1118.

11 - Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of psychosomatic research*. 2007; 63(3):297-303.

12 - Watson HJ, Von Holle A, Hamer RM, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychological Medicine*. 2013; 43(8):1723–1734.

13 - Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(1):1-18.

14 – Taborelli E, Easter A, Keefe R, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Transition to motherhood in women with eating disorders: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2015; 89(3):308-323.

15 - Bye A, Shawe J, Bick D, Easter A, Kash-Macdonald M, Micali N. Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(1).

16 - Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*. 2020; 23(4):449-467.

17- Maguen S, Hebenstreit C, Li Y, Dinh JV, Donalson R, Dalton S, et al. Screen for disordered eating: improving the accuracy of eating disorder screening in primary care. *General Hospital Psychiatry*. 2018; 50:20-25.

18 – Duarte R, Pereira AT, Marques C. Correlatos psicológicos e psiquiátricos da patologia alimentar em mulheres na meia-Idade e mais velhas. Tese de Mestrado Integrado em Medicina pela Universidade de Coimbra. Abril de 2022.

19 - Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M. Eating disorder examination (16.0D). In Fairburn, C. G. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, NY: Guilford Press. 2008.

- 20 - Machado PP, Martins C, Vaz AR, Conceição E, Bastos AP, Gonçalves S. Eating disorder examination questionnaire: psychometric properties and norms for the portuguese population. *European eating disorders review*. 2014; 22(6):448-453.
- 21 - Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*. 1994; 16(4):363-370.
- 22 - Berg KC, Peterson CB, Frazier P, Crow SJ. Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*. 2012; 45(3):428-438.
- 23 – Heiss S, Boswell JF, Hormes JM. Confirmatory factor analysis of the eating disorder examination-questionnaire: A comparison of five factor solutions across vegan and omnivore participants. *International Journal of Eating Disorders*. 2018; 51(5):418-428.
- 24 – Peixoto C, Pereira AT, Soares MJ, Bos SC, Marques M, Nogueira V et al. Psychometric properties of the eating disorder examination questionnaire in a Portuguese sample of overweight women *European Psychiatry*. 2013; 28(supplement 1):p.1.
- 25 – Jenkins PE, Davey E. The brief (seven-item) eating disorder examination-questionnaire: Evaluation of a non-nested version in men and women. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(11):1809-1817.
- 26 - Machado PP, Grilo CM, Crosby RD. Replication of a modified factor structure for the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Extension to clinical eating disorder and non-clinical samples in Portugal. *European Eating Disorders Review*. 2018; 26(1):75-80.
- 27- Tiago Azevedo Salvador Santos, *Sistemas Familiares, Descendência e Perturbações do Comportamento Alimentar: o Papel Integrador do Perfeccionismo*. Tese de Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde pela Universidade de Aveiro. 2018.
- 28 - Pereira AT, Peixoto C, Martins H, Marques C, Carvalho F, Macedo A. Eating disorder examination-questionnaire–7: Construct validity in a sample of portuguese overweight women. *European Psychiatry*. 2021; 64(1):S360-S360.

29 – Marques M, Pereira AT, Bos S, Maia B, Soares MJ, Marques C, et al. Risk Factors for Postpartum Depression: A Dimensional and Categorical Approach. In, Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors and Outcomes. Gary Anderson (Ed). Nova Science Publishers. New York, USA, 2017. ISBN 978-1-53610-788-3

30 - Pereira AT, Marques C. Fundamentos da psicometria. In, A Macedo, AT Pereira & Madeira N. (Coords.) Psicologia na Medicina. pp. 151-178, Lidel. 2018.

31- Statistical Cohen, J. Analysis Power. Current Directions in Psychological Science. 1992; 1(3):98-101.

32 - Marôco J. Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações. ReportNumber, Lda. 2010.

33 – Machado PP, Grilo CM, Rodrigues TF, Vaz AR, Crosby RD. Eating disorder examination – Questionnaire short forms: A comparison. International Journal of Eating Disorders. 2020; 53(6):937–944.

34 – Grilo CM, Henderson KE, Bell RL, Crosby RD. Eating disorder examination questionnaire factor structure and construct validity in bariatric surgery candidates. Obesity Surgery. 2013; 23(5):657–662.

35 - Chan CY, Lee AM, Koh YW, Lam SK, Lee CP, Leung KY, et al. Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. International Journal of Eating Disorders. 2019; 52(6):652-658.

ANEXOS

ANEXO I.

The Portuguese version of the Screen for Disordered Eating: Validity and reliability in the perinatal period

Ana Telma Pereira^{1,2}, Rita Lima³, Joana Pinto^{1,4}, Daniela Pereira^{1,4}, Bruna Barbosa³, Cristiana Marques^{1,2}, Ana Araújo^{1,2}, António Macedo^{1,2,4}.

1 Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal.

2 Coimbra Institute for Biomedical Imaging and Translational Research, Portugal.

3 Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal.

4 Department of Psychiatry, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal.

Background and aims: Despite being more common in women of childbearing age, the perinatal period may play a decisive role in the incidence and course of eating disorders (ED). The Screen for Disordered Eating (SDE) was developed for the screen of ED in primary care. Our aim was to analyze the psychometric properties of the Portuguese Version of SDE in women during the perinatal period.

Methods: Participants were 346 women with a mean age of 31.68 of years old (± 4.061 ; range: 18-42). 160 were pregnant (second or third trimester) and 186 were in the post-partum (mean baby's age=4.37 months (± 2.87 ; range: 1-12)). They answered an online survey including the Portuguese version of the SDE and of the Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q-7).

Results: Confirmatory Factor Analysis showed that the unidimensional model presented good fit indexes in pregnancy ($\chi^2/df= 2.4261$; RMSEA= .0947, $p<.001$; CFI= .9462; TLI= .8925; GFI= .9717), post-partum ($\chi^2/df= 2.7025$; RMSEA= .0959, $p<.001$; CFI= .9270; TLI= .8539; GFI= .9734) and considering both – perinatal period ($\chi^2/df=2.0335$; RMSEA=.0547, $p<.001$; CFI=.9976 TLI=.9939, GFI=.9906). The Cronbach's alfa were $\geq .65$. All the items contributed to the internal consistency and presented high internal validity. Pearson correlations between SDE and EDE-Q-7 total scores were significant ($p<.001$) positive and high in pregnancy (.639), postpartum (.583) and the perinatal period (.617).

Conclusions: The Portuguese version of SDE has shown good validity (construct and concurrent) and internal consistency. As such, SDE might be a useful tool to screen ED in women during the perinatal period.

ANEXO II.

Validity and reliability of the Eating Disorder Examination-Questionnaire-7 Portuguese version in the perinatal period

Rita Lima¹, António Macedo^{2,3,4}, Joana Pinto^{2,3}, Daniela Pereira^{2,3}, Bruna Barbosa¹, Cristiana Marques^{2,4}, Ana Telma Pereira^{2,4}.

1 Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal.

2 Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal.

3 Department of Psychiatry, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal.

4 Coimbra Institute for Biomedical Imaging and Translational Research, Portugal.

Background and aims: The EDE-Q-7 Portuguese version presented good reliability and validity in Portuguese women from the general population (Pereira et al. 2022). The aim of our study was to analyse the psychometric properties of the EDE-Q-7 in a sample of Portuguese women during the perinatal period.

Methods: Participants were 346 women with a mean age of 31.68 of years old (± 4.061 ; range: 18-42). 160 were pregnant (second or third trimester) and 186 were in the post-partum (mean baby's age=4.37 months (± 2.87 ; range: 1-12)). They answered an online survey including the Portuguese version of the EDE-Q-7 and of the Screen for Disordered Eating/SDE.

Results: Confirmatory factor analysis (CFA) presented adequate fit, in pregnancy ($\chi^2/df=1.9863$; RMSEA=.0788, $p<.001$; CFI=.9891; TLI=.9792; GFI=.9647), postpartum ($\chi^2/df=1.4567$; RMSEA= .0497, $p<.001$; CFI= .9962; TLI= .9928; GFI= .9765) and considering both – perinatal period ($\chi^2/df=2.7998$; RMSEA=.0722, $p<.001$; CFI=.9709; TLI=.9444; GFI=.9761). The Cronbach's alpha coefficients were >0.90 for the total and approximately .70 for the three factors - Dietary restraint, Shape/weight overvaluation and Body dissatisfaction. All the items contributed to the internal consistency and presented high internal consistency. Pearson correlations between factors and total scores were significant, positive and high, as well as between the EDE-Q-7 measures and SDE ($>.60$ with the total; $>.40$ with the factors), in pregnancy, postpartum and considering both periods.

Conclusions: The EDE-Q-7 presented sound psychometric properties across the perinatal period, the EDE-Q-7 and can be very useful to evaluate the presence and severity of eating disorders symptoms in women in pregnancy and post-partum.

ANEXO III. Parecer Comissão de Ética (CE-137/2022)



Ana Telma Pereira <anatelmfpereira@gmail.com>

Envio parecer CE_Proc. CE-137/2022_Ana Telma Pereira

1 mensagem

Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>

28 de dezembro de 2022 às 11:47

Para: apereira@fmed.uc.pt

Cc: dsmpereira4@gmail.com, emejotaaa@gmail.com, cristiana.c.marques@hotmail.com, joanagmpinto94@gmail.com, mvpmarques@gmail.com, amacedo@ci.uc.pt

Exma. Senhora

Doutora Ana Telma Fernandes Pereira,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. com o título “**Patologia do comportamento alimentar no período perinatal**”, foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 20 de dezembro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Correções e informações recebidas e aceites. A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável à sua realização”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NO PERÍODO PERINATAL INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

No Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) estamos a realizar um estudo sobre patologia do comportamento alimentar no período perinatal, cujo objetivo geral é melhorar a compreensão e deteção da patologia do comportamento alimentar na gravidez e no pós-parto (até aos doze meses após o parto).

Convidamo-la a participar neste estudo porque está grávida. Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todas as participantes incluídas e a garantir prova pública dessa proteção.

Se aceitar participar iremos solicitar-lhe o preenchimento de um conjunto de questionários, cujas perguntas são sobre a sua maneira de ser, pensamentos, emoções, saúde e comportamentos alimentares. O preenchimento demora cerca de 15 minutos.

Aproximadamente no sexto mês após o parto, voltaremos a solicitar-lhe o preenchimento de um questionário de autorresposta. Após submeter as suas respostas, poderemos ou não vir a pedir-lhe que responda a uma entrevista sobre o seu comportamento e atitudes alimentares ao longo da vida (também nesta fase poderá ou não aceitar participar). Por essa razão, iremos pedir-lhe os seus contactos.

A sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de a abandonar. A sua participação não acarreta qualquer risco. Se não estiver interessado em participar, a sua relação com os investigadores não será prejudicada.

Às interessadas em participar, pedimos para lerem atentamente todas as questões e responderem segundo as instruções. Não há respostas certas ou erradas.

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e serão protegidos através de um código, de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional. Ao participar neste

estudo, permite que as suas informações sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar: Doutora Ana Telma Fernandes Pereira e/ou Dra. Maria João Brito

Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Rua Larga, 3004-504 Coimbra. Telefone: 239857700; Telemóveis: 964404676;
966956050; E-mails: apereira@fmed.uc.pt; psicomed@fmed.uc.pt

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Li atentamente e compreendi a informação acerca do estudo e da minha participação. Compreendo que a participação neste estudo é voluntária e confidencial. Compreendo que os dados recolhidos serão analisados apenas para fins de investigação. Reservo o direito de desistir da minha participação a qualquer momento. Aceito participar neste estudo voluntariamente.

Ao assinalar aqui, dou o meu consentimento informado e desejo prosseguir para o estudo.

Os seus contactos:

Telemóvel: _____

E-mail: _____

Questões sociodemográficas

1. Qual a sua idade? _____ Anos

2. Em que país nasceu? _____

3. Em que país reside? _____

4. Qual é o seu estado civil atual? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

Solteiro/a

Casado/a/ Em união de facto

Divorciado/a/Separado/a

Viúvo/a

Outro, qual?

5. Qual é o seu grau de escolaridade?

Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1º Ciclo (até ao quarto ano) | <input type="checkbox"/> 2º Ciclo (até ao sexto ano) |
| <input type="checkbox"/> 3º Ciclo (até ao nono ano) | <input type="checkbox"/> Secundário |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Doutoramento | <input type="checkbox"/> Outro qual? _____ |

6. Qual é a sua profissão? _____

6.1. Situação atual perante o trabalho:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A trabalhar | <input type="checkbox"/> Desempregado/a |
| <input type="checkbox"/> Reformado/a | |
| <input type="checkbox"/> De baixa/atestado | <input type="checkbox"/> Outra, qual? _____ |

7. Como caracteriza o seu local de residência: Urbano Rural

Questões sobre a gravidez

1. Está grávida de quantas semanas? _____ semanas
2. A sua gravidez foi planeada? Sim Não
3. Quantos filhos tem? _____ filhos
4. Qual era o seu peso antes da gravidez? _____ Kg
5. Qual é a sua altura? _____ metros

História Médica

1. Atualmente, sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico? Não Sim

Se assinalou “sim”, por favor indique:

Doença: _____

Ano em que foi diagnosticada: ____ / ____ / ____

2. No passado, sofreu de alguma doença diagnosticada pelo médico? Não Sim

Se assinalou “sim”, por favor indique:

Doença: _____

Ano em que foi diagnosticada: ____ / ____ / ____

3. Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual? Não Sim

Se “sim”, por favor descreva brevemente:

(Exemplos: Depressão; Ansiedade; Stresse; Burnout; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Psicose; Perturbação Afectiva Bipolar; Esquizofrenia; Outra...)

Se “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:

a. Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
a1. Se “sim”, por favor indique qual/quais: Médico de família <input type="checkbox"/> Médico psiquiatra <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	
b. Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
c. Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
c1. Se “sim”, por favor indique qual/quais medicamentos: _____	

SDE

As questões seguintes são sobre a si e a alimentação. Por favor, para cada uma, assinale se “sim” ou “não”.

1. É frequente sentir vontade de comer quando está emocionalmente incomodado(a) ou ansioso(a)?	Sim	Não
2. É frequente sentir que não consegue controlar a quantidade de comida que ingere?	Sim	Não
3. Por vezes, para controlar o seu peso corporal, provoca o vómito?	Sim	Não
4. Sente-se frequentemente preocupado(a) desejo de ser mais magro(a)?	Sim	Não
5. Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magro(a)?	Sim	Não

EDE-Q-7

As questões que se seguem dizem respeito **APENAS** às últimas 4 semanas (28 dias). Por favor, responda a cada questão fazendo um círculo à volta do número apropriado.

Quantos dias nos últimos 28 dias...	Nenhum	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os dias
1. <u>Tentou</u> limitar propositadamente (com ou sem sucesso) a quantidade de comida que ingeriu para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
2. <u>Tentou</u> evitar comer alimentos que gosta (tendo ou não conseguido) para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
3. <u>Tentou</u> seguir regras rígidas relativamente à sua alimentação (por exemplo, um limite máximo de calorias) para influenciar o seu peso ou forma corporal (tendo ou não conseguido)?	0	1	2	3	4	5	6

Nos últimos 28 dias...	Nada		Ligeira mente		Moderada mente		Extrema mente
4. O seu <u>peso</u> influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
5. A sua <u>forma corporal</u> influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
6. Até que ponto se sentiu insatisfeita com o seu <u>peso</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
7. Até que ponto se sentiu insatisfeita com a sua <u>forma corporal</u> ?	0	1	2	3	4	5	6

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO V. Questionário Pós-parto.

PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NO PERÍODO PERINATAL INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

No Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) estamos a realizar um estudo sobre patologia do comportamento alimentar no período perinatal, cujo objetivo geral é melhorar a compreensão e deteção da patologia do comportamento alimentar na gravidez e no pós-parto (até aos doze meses após o parto).

Assim, convidamo-la a participar neste estudo. Este procedimento é chamado **consentimento informado** e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todas as participantes incluídas e a garantir prova pública dessa proteção.

Se aceitar participar iremos solicitar-lhe o preenchimento de um conjunto de questionários, cujas perguntas são sobre a sua maneira de ser, pensamentos, emoções, saúde e comportamentos alimentares. O preenchimento demora cerca de 15 minutos.

Após submeter as suas respostas, poderemos ou não vir a pedir-lhe que responda a uma entrevista sobre o seu comportamento e atitudes alimentares ao longo da vida (também nesta fase poderá ou não aceitar participar). Por essa razão, iremos pedir-lhe os seus contactos.

A sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de a abandonar. A sua participação não acarreta qualquer risco. Se não estiver interessado em participar, a sua relação com os investigadores não será prejudicada.

Às interessadas em participar, pedimos para lerem atentamente todas as questões e responderem segundo as instruções. Não há respostas certas ou erradas.

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e serão protegidos através de um código, de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional. Ao participar neste estudo, permite que as suas informações sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar: Doutora Ana Telma Fernandes Pereira e/ou Dra. Maria João Brito

Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Rua Larga, 3004-504 Coimbra. Telefone: 239857700; Telemóveis: 964404676;
966956050; E-mails: apereira@fmed.uc.pt ; psicomed@fmed.uc.pt

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Li atentamente e compreendi a informação acerca do estudo e da minha participação. Compreendo que a participação neste estudo é voluntária e confidencial. Compreendo que os dados recolhidos serão analisados apenas para fins de investigação. Reservo o direito de desistir da minha participação a qualquer momento. Aceito participar neste estudo voluntariamente.

Ao assinalar aqui, dou o meu consentimento informado e desejo prosseguir para o estudo.

Os seus contactos:

Telemóvel: _____

E-mail: _____

Questões sociodemográficas

1. Qual a sua idade? _____ Anos

2. Em que país nasceu? _____

3. Em que país reside? _____

4. Qual é o seu estado civil atual? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

Solteiro/a

Casado/a/ Em união de facto

Divorciado/a/Separado/a

Viúvo/a

Outro, qual?

5. Qual é o seu grau de escolaridade?

Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1º Ciclo (até ao quarto ano) | <input type="checkbox"/> 2º Ciclo (até ao sexto ano) |
| <input type="checkbox"/> 3º Ciclo (até ao nono ano) | <input type="checkbox"/> Secundário |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Doutoramento | <input type="checkbox"/> Outro qual? _____ |

6. Qual é a sua profissão? _____

6.1. Situação atual perante o trabalho:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A trabalhar | <input type="checkbox"/> Desempregado/a |
| <input type="checkbox"/> Reformado/a | |
| <input type="checkbox"/> De baixa/atestado | <input type="checkbox"/> Outra, qual? _____ |

7. Como caracteriza o seu local de residência: Urbano Rural

História Médica

1. Atualmente, sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico? Não Sim

Se assinalou “sim”, por favor indique:

Doença: _____

Ano em que foi diagnosticada: ____ / ____ / ____

2. No passado, sofreu de alguma doença diagnosticada pelo médico? Não Sim

Se assinalou “sim”, por favor indique:

Doença: _____

Ano em que foi diagnosticada: ____ / ____ / ____

3. Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual? Não Sim

Se “sim”, por favor descreva brevemente:

(Exemplos: Depressão; Ansiedade; Stresse; Burnout; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Psicose; Perturbação Afectiva Bipolar; Esquizofrenia; Outra...)

Se “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:

a. Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
a1. Se “sim”, por favor indique qual/quais: Médico de família <input type="checkbox"/> Médico psiquiatra <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	
b. Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
c. Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
c1. Se “sim”, por favor indique qual/quais medicamentos: _____	

Questões sobre o parto e o bebé

1. Quando é que nasceu o/a seu/sua bebé? ____/____/____
2. Que idade tem o/a seu/sua bebé? _____
3. Como é que está a alimentar o seu bebé?
 Mama Biberão Misto (mama + biberão)
4. Que tipo de parto teve?
 Normal Cesariana
 Com ferros Ventosa
 Com ferros e ventosa

Questões sobre a sua saúde

Em seguida gostaríamos de saber como tem sido a sua **saúde desde o parto**. Por favor, coloque uma **cruz (X)** no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Teve alguma **complicação ou problema de saúde depois do parto** que a levaram a procurar ajuda médica?

a. Não

b. Sim, tive problemas médicos ligeiros. **Se “sim”, por favor indique:**

b1. não recorri ao médico

b2. tratados pelo médico de família

b3. hospital (urgência, consulta)

c. Sim, tive problemas médicos importantes. **Se “sim”, por favor indique:**

c1. tratados em consulta de especialidade

c2. tratados em internamento

d. Sim, tive problemas nervosos. **Se “sim”, por favor indique:**

d1. tratados pelo médico de família

d2. tratados em consulta por técnico de saúde mental (psiquiatra; psicólogo...)

d3. tratados no hospital (internamento)

SDE

As questões seguintes são sobre a si e a alimentação. Por favor, para cada uma, assinale se “sim” ou “não”.

1. É frequente sentir vontade de comer quando está emocionalmente incomodado(a) ou ansioso(a)?	Sim	Não
2. É frequente sentir que não consegue controlar a quantidade de comida que ingere?	Sim	Não
3. Por vezes, para controlar o seu peso corporal, provoca o vómito?	Sim	Não
4. Sente-se frequentemente preocupado(a) desejo de ser mais magro(a)?	Sim	Não
5. Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magro(a)?	Sim	Não

EDE-Q-7

As questões que se seguem dizem respeito **APENAS** às últimas 4 semanas (28 dias). Por favor, responda a cada questão fazendo um círculo à volta do número apropriado.

Quantos dias nos últimos 28 dias...	Nenhum	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os dias
1. <u>Tentou</u> limitar propositadamente (com ou sem sucesso) a quantidade de comida que ingeriu para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
2. <u>Tentou</u> evitar comer alimentos que gosta (tendo ou não conseguido) para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
3. <u>Tentou</u> seguir regras rígidas relativamente à sua alimentação (por exemplo, um limite máximo de calorias) para influenciar o seu peso ou forma corporal (tendo ou não conseguido)?	0	1	2	3	4	5	6

Nos últimos 28 dias...	Nada		Ligeira mente		Moderada mente		Extrema mente
4. O seu <u>peso</u> influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
5. A sua <u>forma corporal</u> influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
6. Até que ponto se sentiu insatisfeita com o seu <u>peso</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
7. Até que ponto se sentiu insatisfeita com a sua <u>forma corporal</u> ?	0	1	2	3	4	5	6

Obrigado pela sua colaboração!