



Dissertação- Artigo de Revisão Bibliográfica
Mestrado Integrado em Medicina

IMPLICAÇÕES DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA GRAVIDEZ

Filipa Macedo Malcata

Orientadora: Dr^a Maria João Carinhas

Porto, 2017

IMPLICAÇÕES DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA GRAVIDEZ

Autor: Filipa Macedo Malcata

Aluna do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Orientadora: Maria João Carinhas Marques

Assistente hospitalar graduada em Ginecologia/obstetrícia, Centro Hospitalar do Porto

Docente do curso Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar por agradecer à minha orientadora da Dissertação, a Dr.^a Maria João Carinhas, por ter aceite o meu convite e pela disponibilidade demonstrada.

Também desejo exprimir o meu agradecimento aos meus familiares, em particular ao meu pai, à minha mãe e ao meu irmão, por todo o apoio que me deram e por constituírem um grande suporte na minha vida.

RESUMO

Introdução: As perturbações do comportamento alimentar caracterizam-se pela perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado com esta, verificando-se alteração do consumo ou absorção de alimentos- o que compromete significativamente o funcionamento biopsicossocial do indivíduo. No caso particular das mulheres grávidas, estas apresentam uma prevalência de 7.5%.

Objetivos: Estudar o impacto que as perturbações do comportamento alimentar (nomeadamente, a anorexia e bulimia nervosas e o transtorno de compulsão alimentar) têm numa mulher ao nível das funções reprodutivas, complicações na gestação, alimentação e desenvolvimento ponderal dos filhos, e possível desenvolvimento dessas perturbações nestes.

Metodologia: Pesquisa de livros e artigos científicos publicados entre 2007 e 2016 nas seguintes bases de dados: biblioteca digital da Universidade do Porto, *Academic Google* e *b-on*. As *keywords* utilizadas foram: *Eating disorders*, *Anorexia nervosa*, *Bulimia nervosa*, *Binge eating disorder*, e *Pregnancy*.

Desenvolvimento: As perturbações do comportamento alimentar, embora sendo doenças psiquiátricas, têm uma implicação orgânica significativa, que tanto poderá prejudicar a gestante como o seu feto, sendo que a sua influência se estende para além do período pós-natal. Porém, estas doenças são tratáveis se forem feitos diagnósticos e acompanhamentos adequados por uma equipa multidisciplinar, sendo essencial pesquisar de forma mais rotineira de sintomas/comportamentos sugestivos. Daí a importância do período gestacional na remissão destas perturbações, altura em que existe um seguimento mais próximo da doente por parte dos médicos, e uma tentativa de minorar os comportamentos alimentares nocivos para proteger o seu bebé.

Conclusão: Os vários estudos abordados sobre as complicações obstétricas, fetais, neonatais e de desenvolvimento dos filhos das mães com perturbações do comportamento alimentar não são consensuais nos seus resultados. Portanto, no futuro é importante que se realizem mais estudos de investigação focando-se nestas temáticas, com a finalidade de proporcionar uma maior e melhor prestação de cuidados a estas grávidas e respetivos filhos.

PALAVRAS-CHAVE

Perturbações do comportamento alimentar, Anorexia nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de compulsão alimentar, Gravidez.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders are characterized by a persistent disturbance in feeding or in behaviors related to it, associated with a change in consumption or absorption of food that significantly impairs the biopsychosocial performance of the individual. In the case of pregnant women, these disorders exhibit a prevalence of 7.5%.

Objectives: To study the impact that eating disorders (in particular anorexia and bulimia nervosa, and binge eating disorder) have in women on their reproductive function, what the main obstetric and fetal complications are, how these women feed their children, the children's weight-for-length development, and the possible development of these disorders in their descendants.

Methodology: Search for books and scientific articles published between 2007 and 2016, in the following databases: digital library of University of Porto, Academic Google and b-on. The keywords used were: Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge eating disorder, and Pregnancy.

Development: Eating disorders, despite being psychiatric diseases, have a significant organic effect that can both harm the pregnant woman and her unborn child; however the influence of such diseases goes beyond the postnatal period. Nevertheless, these disorders are curable if a proper diagnosis and follow-up are made by a multidisciplinary team, being essential to ascertain more frequently suggestive symptoms / behaviors. The gestational period is important in the remission of eating disorders, due to a closer follow-up of the patient by physicians and an attempt to relieve strict eating behaviors that otherwise would be harmful so as to protect their baby.

Conclusion: The various research articles regarding obstetric, fetal, neonatal and developmental complications in children with mothers exhibiting eating disorders are not consensual in their results. Therefore, it will be important to carry out more research studies focusing on these issues, in order to provide greater and better care to these pregnant women and their children.

KEYWORDS

Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge eating disorder, Pregnancy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nervosa
BN	Bulimia Nervosa
EDE-Q	Eating Disorder Examination Questionnaire
FSFI	Female Sexual Function Index
HR	Hazard Ratio
IMC	Índice de Massa Corporal
KCAL	Kilocaloria
PCA	Perturbação do Comportamento Alimentar
QOLED	Quality Of Life related to Eating Disorders
TCA	Transtorno de Compulsão Alimentar

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	iii
PALAVRAS-CHAVE	iii
ABSTRACT	iv
KEYWORDS	iv
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	v
ÍNDICE	vi
INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	4
MÉTODOS	4
DESENVOLVIMENTO	5
Problemas Ginecológicos	5
- Disfunção Sexual	5
- Distúrbios menstruais	5
- Infertilidade	6
Período Gestacional	6
- Gravidez não planeada	6
- Reação emocional face à notícia da gravidez	7
- Evolução da perturbação do comportamento alimentar com a gravidez	7
- Diagnóstico/ <i>Screening</i>	8
- Seguimento/ <i>Management</i>	9
- Nutrição	11
- Ganho ponderal	11
- Complicações obstétricas	12
- Complicações fetais e neonatais	13
Período Pós-parto	14
- Variação ponderal materna	14
- Aleitamento	14
- Alimentação dos filhos	14
- Desenvolvimento estato-ponderal dos filhos	15
- Incidência das perturbações de comportamento alimentar nos filhos	16
CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS	18

ANEXOS	23
Anexo I	23
Anexo II	26
Anexo III	28

INTRODUÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar são patologias caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado com esta, resultando na alteração do consumo ou absorção de alimentos, e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial do indivíduo.¹

Essas patologias apresentam uma prevalência em mulheres grávidas de cerca de 7.5% sendo a anorexia nervosa responsável por cerca de 0.5%, a bulimia nervosa por 0.1-0.2%, e o transtorno de compulsão alimentar por 1.8-4.8%.^{2,3}

A anorexia nervosa apresenta uma prevalência entre jovens do sexo feminino de aproximadamente 0.3-1%. A razão entre o sexo feminino e masculino é de 1:10. A faixa etária mais comumente afetada é entre a puberdade e os 40 anos, coincidindo com o período fértil da mulher. Esta doença ocorre entre populações diversas em termos culturais e sociais, sendo a incidência provavelmente maior nos países industrializados e mais desenvolvidos, enquanto a sua incidência em países subdesenvolvidos é incerta.^{1,4} Indivíduos com perturbações da ansiedade, traços obsessivos na infância ou um parente de 1º grau com esta patologia são alguns dos fatores que aumentam o risco.¹

Fazem parte do seu diagnóstico os seguintes critérios:¹

- A. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo (tendo em consideração a idade, género, trajetória de desenvolvimento e saúde física), sendo este definido como um peso inferior ao peso mínimo normal esperado, apresentando um Índice de Massa Corporal $<18.5 \text{ kg/m}^2$.
- B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou presença de comportamentos persistentes que interfiram no ganho de peso, apesar de estar com o peso significativamente baixo.
- C. Perturbação do modo como o peso ou forma corporal são vivenciados e influência inadequada destes na autoavaliação ou ausência persistente do reconhecimento da gravidade do seu baixo peso.

Esta patologia pode dividir-se em 2 subtipos:¹

- Tipo Restritivo, no qual o indivíduo não teve episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas), nos últimos 3 meses. A perda de peso é conseguida por meio de dietas, jejum, e/ou exercício excessivo.

- Tipo Compulsão alimentar/ Purgativo, no qual o indivíduo teve episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo, nos últimos 3 meses.

Associadas à AN, surgem frequentemente perturbações fisiológicas, sendo grande parte destas reversíveis com a reabilitação nutricional; no entanto, algumas como é o caso da perda da densidade mineral óssea, não o são completamente. Exemplos das perturbações fisiológicas são: as hematológicas (leucopenia, anemia leve, trombocitopenia); bioquímicas (nível elevado de ureia devido a desidratação, hipofosfatémia, hipomagnesémia, hiperamilasémia; alcalose metabólica, hipoclorémia e hipocalémia devido aos vômitos induzidos; acidose metabólica devido ao uso de laxantes); endocrinológicas (hormona T₄ com valor subnormal e T₃ diminuído, níveis séricos de estrogénio baixos). Além destas, podem também surgir sintomas depressivos, tais como humor deprimido, isolamento social, irritabilidade e diminuição da libido.¹

A gravidade desta doença tem em conta o IMC, sendo Leve (IMC ≥ 17 kg/m²), Moderada (IMC 16-16.99 kg/m²), Grave (IMC 15-15.99 kg/m²) ou Extrema (IMC <15 kg/m²).¹

O decurso desta doença é bastante heterogéneo, podendo variar desde a recuperação completa até à hospitalização e em casos extremos, morte, sendo a Taxa de Mortalidade de 5%.¹

A bulimia nervosa tem uma prevalência entre jovens do sexo feminino de 1.2- 4%. Esta doença afeta predominantemente o género feminino, numa relação de 10:1 comparativamente ao género masculino. A faixa etária mais comumente afetada é desde a adolescência até ao início da vida adulta. Ocorre sobretudo em países com maior desenvolvimento socioeconómico.^{1,4} Tem como fatores de risco: baixa autoestima, sintomas depressivos, obesidade infantil, desenvolvimento pubertário precoce e vulnerabilidade genética.¹

Os seguintes critérios fazem parte do seu diagnóstico:¹

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar, sendo estes caracterizados por ingestão num período determinado/limitado de uma quantidade de alimentos superior ao que a maioria das pessoas consumiria, e sensação de falta de controlo sobre essa ingestão.
- B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes, com o intuito de impedir o ganho de peso (vômitos autoinduzidos, exercício em excesso e uso de diuréticos e laxantes).
- C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, mais de uma vez por semana durante 3 meses.
- D. Autoavaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais.

Em relação às manifestações clínicas associadas, verificam-se: irregularidades menstruais, distúrbios hidro-eletrolíticos (hipocalcemia, hipoclorémia e hiponatremia; alcalose metabólica devido aos vômitos ou acidose metabólica por uso de laxantes), perda significativa do esmalte dentário, aumento da frequência de cáries dentárias, e lacerações esofágicas, entre outras.¹

A gravidade desta doença tem em conta a frequência dos comportamentos compensatórios, sendo Leve (1-3 episódios por semana), Moderada (4-7 episódios por semana), Grave (8-13 episódios por semana) ou Extrema (≥ 14 episódios por semana).¹

O curso desta doença pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão alternando com recorrência de compulsão alimentar. A Taxa de Mortalidade é de 2%.¹

O transtorno de compulsão alimentar apresenta uma prevalência em mulheres de 1.6%, sendo a razão entre gênero feminino e masculino de 3:2. Ocorre sobretudo em países mais desenvolvidos, não havendo predominância étnica. Este começa em geral na idade adulta jovem, mas pode ter início posteriormente.^{1,4} Os principais fatores de risco são: depressão prévia, baixa autoestima, fraco suporte social, e uma possível influência genética.¹

Fazem parte do seu diagnóstico os seguintes critérios:¹

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar, sendo estes caracterizados por ingestão num período determinado/limitado de uma quantidade de alimentos superior ao que a maioria das pessoas consumiria, e sensação de falta de controlo sobre essa ingestão.
- B. Esses episódios estão associados, a pelo menos 3 dos seguintes: comer mais rapidamente que o normal até se sentir desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades de alimentos na ausência de sensação física de fome, comer sozinho por sentir vergonha, sentir-se deprimido ou culpado de seguida.
- C. Apresentar sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.
- D. Episódios de compulsão alimentar ocorrem mais do que uma vez por semana, durante 3 meses.
- E. A compulsão alimentar não está associada a comportamentos compensatórios inapropriados (como na Bulimia Nervosa).

Em relação às consequências funcionais, incluem-se problemas no desempenho de papéis sociais, diminuição da qualidade de vida, maior morbimortalidade médicas e maior utilização dos cuidados de saúde. Existe também um maior risco de ganho de peso e consequente obesidade.¹

A gravidade desta doença tem em conta a frequência dos episódios de compulsão alimentar, sendo Leve (1-3 episódios por semana), Moderada (4-7 episódios por semana), Grave (8-13 episódios por semana) ou Extrema (≥ 14 episódios por semana).¹

A taxa de mortalidade desta doença é de cerca de 3%.⁵

Para a avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar foi criado o *Eating Disorder Examination Questionnaire* que consiste num questionário cujas perguntas abrangem 4 subescalas (restrições, preocupação com a alimentação, preocupação com o peso, e preocupação com a forma corporal). O *cut-off* a partir do qual se atribui importância clínica é > 4 pontos. Assim, scores mais elevados indicam sintomatologia mais severa.⁶⁻⁸ (Anexo I)

Outra ferramenta existente é o *Quality Of Life related to Eating Disorders* – questionário com 21 itens (scores entre 0-4) utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada com a PCA, nos últimos 28 dias, e que aborda os seguintes aspetos: comportamentos alimentares, sentimentos relacionados com as perturbações alimentares, estado psicológico, e efeito da alimentação, exercício físico e peso no seu quotidiano. Um score global ≥ 8 indica que uma PCA poderá estar presente, sendo que quanto maior o valor, pior a qualidade de vida associada.⁹

OBJETIVOS

Estudar o impacto que as perturbações do comportamento alimentar (em particular, a anorexia e bulimia nervosas e o transtorno de compulsão alimentar) têm numa mulher ao nível das funções reprodutivas, problemas na gestação (tanto para a mãe, como para o feto), alimentação e desenvolvimento ponderal dos filhos, e possível desenvolvimento dessas perturbações nestes.

MÉTODOS

Em relação à metodologia utilizada, realizei uma pesquisa de livros e artigos científicos publicados entre 2007 e 2016 nas seguintes bases de dados: biblioteca digital da Universidade do Porto (na qual se incluem: *Scopus*, *Web of Science*, *SciELO- Scientific Electronic Library Online*, *PubMed*, *JCR- Journal Citation Reports*, *CINAHL Plus* e *Academic Search Complete*) *Academic Google* e *b-on*. Utilizei as seguintes *keywords* na pesquisa efetuada: *Eating Disorders*, *Anorexia Nervosa*, *Bulimia Nervosa*, *Binge eating Disorder*, e *Pregnancy*.

DESENVOLVIMENTO

Problemas Ginecológicos

- Disfunção Sexual

A intimidade sexual é um aspeto fundamental das relações amorosas saudáveis, mas pode ser perturbada pela presença de perturbações do comportamento alimentar. Cerca de 2/3 das mulheres com essas patologias referem ter perda de líbido, e ansiedade face ao relacionamento sexual.^{10,11}

As anoréticas apresentam uma maior prevalência de perda de líbido, em relação às bulímicas, o que poderia ser explicado pelo facto de as anoréticas terem o IMC mais baixo; tal associa-se a uma apresentação mais severa, resultando, assim, numa maior insatisfação e distorção da imagem corporal, depressão e desconforto com o contacto físico.¹⁰

As anoréticas do tipo restritivo, comparativamente com as do tipo purgativo ou com as bulímicas, apresentam um valor mais baixo no questionário *Female Sexual Function Index*. Este avalia vários parâmetros da atividade sexual, tais como desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Scores < 26 estão associados a disfunção sexual.¹¹ (Anexo II)

- Distúrbios menstruais

A nível fisiopatológico, as perturbações do comportamento alimentar estão associadas a várias alterações nos eixos neuroendócrinos, acabando por resultar em distúrbios no ciclo menstrual. Por exemplo, no caso da anorexia nervosa verifica-se, entre outros, hipogonadismo hipogonadotrófico adquirido, resistência à hormona de crescimento e alterações nas adipocinas, tais como a leptina, adiponectina e resistina.¹²

A presença de amenorreia (primária ou secundária) encontra-se diretamente associada a um IMC baixo, sendo que perdas de peso substanciais podem levar a alterações hormonais, incluindo: níveis reduzidos da hormona luteinizante e da hormona folículo-estimulante, podendo resultar em anovulação e amenorreia.¹³ Além da perda de peso, também a restrição calórica contribui para a amenorreia nas doentes com perturbações do comportamento alimentar, refletindo, assim, uma dieta com défice de nutrientes que seriam importantes para a manutenção do ciclo menstrual.¹⁴

Por sua vez, no caso de comportamentos de compulsão alimentar, pode-se verificar oligomenorreia ou mesmo menstruação sem alterações; tal pode dever-se ao facto das calorias serem absorvidas, permitindo a manutenção do ciclo menstrual.^{14,15}

Assim, é importante salientar que o *status* nutricional e não o psiquiátrico parece ser o fator determinante nas alterações do ciclo menstrual.¹⁶

Nas perturbações do comportamento alimentar, e em particular, na AN conclui-se que o aumento ponderal é um ponto-chave do tratamento para a regularização do ciclo menstrual. O IMC médio a partir do qual se verificou a normalização do período menstrual encontra-se entre 18.5 kg/m² e 19.1 kg/m².¹⁷

- Infertilidade

Tal como abordado anteriormente, a presença de perturbações do comportamento alimentar associa-se a défices nutricionais e irregularidades hormonais e menstruais, predispondo as doentes a problemas de fertilidade - razão pela qual mulheres com essas perturbações têm uma maior taxa de tratamentos de fertilidade.¹⁸ Tal salienta a importância dos profissionais de saúde avaliarem a presença de sintomas das PCA durante as consultas/avaliações da fertilidade.¹⁹

As mulheres com PCA demonstram ter, regra geral, perturbação da sua função reprodutiva, verificando-se portanto taxas inferiores de gravidez. Isso é mais evidente na anorexia nervosa, cujas taxas são inferiores a metade quando comparadas com pessoas sem a doença.²⁰

As mulheres que tenham sofrido de AN e BN têm uma maior probabilidade de serem inférteis em comparação à população geral, o que acaba por justificar o facto de estas terem mais do dobro da probabilidade de receber tratamentos para um problema de fertilidade.¹³

No caso das bulímicas, é duas vezes mais provável receberem tratamento para a fertilidade e quatro vezes mais provável utilizar-se indução da ovulação, quando comparado com mulheres sem nenhuma patologia psiquiátrica.²¹

Tendo em conta a maior probabilidade de recorrerem a consultas e tratamentos de fertilidade, verifica-se que mulheres com AN (3.5 %) ou BN (2.3%) têm uma prevalência superior de gestações gemelares comparativamente a mulheres saudáveis: 1%.²¹

Período Gestacional

- Gravidez não planeada

A prevalência de uma gravidez não planeada é mais elevada nas mulheres com PCA em comparação com mulheres saudáveis: 32% nas anoréticas (aumentando para 55% se no ano anterior à gravidez apresentassem sintomatologia) e 25,3% nas bulímicas versus mulheres saudáveis: 22%.^{13,21}

É possível que essa prevalência seja explicada pelo facto de a menstruação estar ausente ou irregular, sendo que as doentes acreditando que essa irregularidade menstrual reduz o risco de concepção não adiram tanto aos métodos anticoncepcionais. Daí a importância de ser esclarecido que existe risco de gravidez apesar dessas irregularidades. Saliente-se que a gravidez em doentes com

PCA, ao ser planeada, aumenta a oportunidade de terem um suporte nutricional e emocional adequado face às alterações físicas e psicológicas da gravidez.²²

- Reação emocional face à notícia da gravidez

As mulheres com AN, BN ou TCA apresentam com maior frequência sentimentos negativos face à notícia de que estão grávidas, quando comparadas com a população geral. Nas que tenham sofrido tanto de AN como de BN, esse tipo de sentimentos tende a permanecer até às 18 semanas de gestação. Aliás, as mulheres anoréticas veem frequentemente a gravidez como um sacrifício pessoal.¹³

Face à notícia de uma gravidez não planeada, apenas 30-40% das mulheres com AN ou BN se mostrou satisfeita com a gravidez - sendo que as anoréticas e bulímicas, no 3º trimestre de gravidez, referem ter sentimentos mistos (satisfação e descontentamento) acerca da gestação.²¹

- Evolução da perturbação do comportamento alimentar com a gravidez

Cerca de ¼ das mulheres com PCA recente apresenta comportamentos purgativos durante a gravidez, em particular as mulheres com BN. Além disso, cerca de 10 % refere manter dieta com o objetivo de perda de peso.²³

No entanto, verifica-se uma diminuição da intensidade e frequência da sintomatologia associada às PCA no decorrer da gestação. É possível que essa melhoria possa refletir uma tentativa da gestante reduzir os potenciais efeitos nocivos para o seu feto em desenvolvimento.²⁴

Durante a gravidez, as mulheres sem perturbações alimentares experienciam um aumento na insatisfação com o seu peso corporal, ao contrário das mulheres com PCA, o que se poderá dever ao facto de estas últimas ficarem menos preocupadas com o seu corpo. Verifica-se, assim, uma alteração nas prioridades nas mulheres doentes, priorizando o desenvolvimento saudável dos seus bebés, face à sua imagem e peso corporal. No entanto, é de salientar, que nas mulheres sem perturbações alimentares a insatisfação com o seu peso corporal não excede em nenhuma altura a das gestantes com PCA.²⁵

Muitas das mulheres com perturbações do comportamento alimentar apresentam uma melhoria, durante a gravidez, nos scores do *Quality Of Life related to Eating Disorders*; porém, geralmente, retornam aos níveis basais após a gestação. Durante a gravidez, as doentes podem tanto apresentar melhoria como agravamento nos scores do QOLED, variando de caso para caso, não devendo, portanto, os clínicos afirmar que a gestação irá necessariamente melhorar a sua PCA.⁹

No caso da anorexia nervosa, verifica-se uma melhoria da sintomatologia durante a gravidez, sendo os scores médios do *Eating Disorders Examination*, para a subclasse da preocupação com

o peso, de 2.38 pré-gravidez, 1.97 durante a gestação e 3.70 no pós-parto; e, para a subclasse da preocupação com a forma corporal, de 2.67 pré-gravidez, 2.38 durante esta e 3.84 pós-parto. Podemos, assim, concluir, que se verifica uma remissão apenas parcial dos sintomas durante a gravidez, e um agravamento destes após a gestação para níveis superiores aos basais.²⁶

Em 74 % dos casos em que a bulimia nervosa já existia antes da gravidez, as mulheres apresentam remissão parcial ou total durante a gravidez, sendo importante salientar que a gestação poderá funcionar como uma “ janela” que neutraliza as barreiras do pedido de ajuda médica e do acompanhamento e tratamento da doença.²⁷ Assim sendo, para a maioria das mulheres, a gravidez surge como um forte estímulo para diminuir a sintomatologia bulímica.³

No período pós-natal, a proporção de bulímicas em que se verificou a remissão dos sintomas foi de aproximadamente 40% e 30%, aos 18 e 36 meses pós-parto, respetivamente. A remissão na gravidez está significativamente associada a mulheres com menores níveis de ansiedade e depressão, e maior auto-estima e satisfação com a vida. Por outro lado, a persistência dos sintomas durante a gravidez aumentou em quatro vezes o risco de continuação destes no período pós-parto. Consequentemente, as mulheres que, apesar de estarem grávidas, mantêm a compulsão alimentar seguida de comportamentos compensatórios, poderão ter um curso mais severo da doença, com uma duração superior dos sintomas no período pós-parto.^{28,29}

No caso das mulheres com transtorno de compulsão alimentar pré-gravidez, cerca de 61 % dos casos continua a cumprir os critérios durante a gravidez, enquanto em 39 % ocorre remissão na primeira metade da gestação - sendo, portanto a persistência dos sintomas mais comum do que a sua remissão.^{3,24,28} O principal fator associado à remissão é considerar que se tem excesso de peso, aumentando em 50 % a probabilidade de remissão. Por outro lado, se sentirem que manter um determinado peso (peso atual) é importante para a sua auto-imagem, a probabilidade de remissão diminui em 20%.³⁰ Acresce que um valor de IMC mais elevado está positivamente associado à continuação e permanência do TCA e, negativamente associado à remissão pós-parto.²⁹

- Diagnóstico/Screening

Nas consultas de obstetrícia e ginecologia, a maioria dos profissionais de saúde abordam e questionam sobre o peso corporal, prática de exercício físico, hábitos alimentares e IMC, podendo estes ser usados para avaliar a saúde global das suas pacientes.^{16,31}

Contudo, no caso das PCA, deverão ser abordados outros tópicos mais específicos, como é o caso da preocupação com o seu peso e imagem corporal. Infelizmente, menos de metade dos médicos avaliam esses tópicos por acharem que o exame físico ou a avaliação global da saúde é suficiente para determinar a presença dessas perturbações, o que acaba por resultar em

oportunidades perdidas de diagnóstico, e ausência de consequente acompanhamento adequado.^{16,31} Além disso, a avaliação de comportamentos alimentares específicos, tais como a compulsão alimentar são raros, verificando-se em menos de 10% dos casos.³¹

As médicas obstetras avaliam e abordam mais indicadores sugestivos de PCA e discordam mais de que a avaliação das PCA não faça parte da sua função, em relação aos médicos obstetras do sexo masculino; tal deve-se ao facto de a prevalência dessas doenças ser superior no género feminino, estando estas mais sensibilizadas e familiarizadas com o impacto negativo das mesmas.³¹

Deve salientar-se a necessidade de abordar e avaliar alterações no comportamento alimentar antes da gravidez e durante o curso da gestação, devendo, portanto, os médicos estarem alertados para a relação entre a presença de PCA e as implicações/ alterações fisiológicas e psicossociais na gravidez.³²

Assim, o diagnóstico pré-concepcional das PCA, incluído de forma rotineira nas consultas de ginecologia, poderá ajudar as doentes a encontrar tratamento antes de engravidarem, melhorando, consequentemente, o seu *status* nutricional.³³

Estas perturbações deverão ser consideradas como diagnóstico diferencial, no caso das gestantes que não ganhem peso suficiente durante a gestação, apresentem distúrbios hidroelectrolíticos (devido, p. ex. ao uso de laxantes) ou tenham um IMC inadequado, entre outros.³³

Para além da abordagem dos vários tópicos mencionados anteriormente para auxiliar no diagnóstico das PCA, os métodos mais conhecidos e utilizados são o *SCOFF* e o *Eating Disorder Examination Questionnaire*. O *SCOFF* é um questionário que inclui 5 itens, sendo que um score ≥ 2 pontos sugere a presença de uma perturbação do comportamento alimentar.⁷ (Anexo III) O EDE-Q tem uma sensibilidade e valor preditivo positivo superior ao *SCOFF*, embora o *SCOFF* seja mais prático e rápido na utilização rotineira por ter menos itens.⁶

Porém, a própria gravidez poderá tornar mais complicada a correta deteção e diagnóstico destas perturbações, devido à redução da sintomatologia durante este período e às características clínicas poderem ser mascaradas, p. ex. vômitos autoinduzidos serem confundidos com náuseas e vômitos próprios da gravidez, ou a compulsão alimentar e consequente ganho ponderal serem confundidos com o aumento de peso gestacional.²

- Seguimento/ Management

Após um diagnóstico/*screening* positivo para uma perturbação do comportamento alimentar, a doente deverá ser referenciada para ser seguida e tratada por um grupo multidisciplinar de profissionais, que deve incluir um psicólogo e um psiquiatra com experiência no tratamento destas

patologias, um nutricionista, um médico ginecologista/obstetra e um médico de cuidados de saúde primários.¹⁶

Os profissionais de saúde deverão informar e explicar as alterações no peso e forma corporal que poderão decorrer na gravidez e nos 12 meses seguintes ao parto, sendo por isso importante que estas doentes continuem a ser acompanhadas no ano seguinte à gravidez.²⁵

Assim, as mulheres com perturbações do comportamento alimentar que ponderam engravidar deverão receber aconselhamento pré-concepcional sobre os riscos para o seu feto e para elas próprias. As doentes deverão adiar a sua gravidez até que a sua perturbação esteja mais estabilizada, e as repercussões fisiológicas e manifestações clínicas associadas sejam corrigidas.¹⁶

O clínico, juntamente com a sua paciente, deverão criar uma lista de pequenos objetivos que ajudarão a aumentar a inter-confiança, a probabilidade de sucesso, e a sensação de autoeficácia - sendo que em cada consulta deverá ser abordado apenas um tópico/objetivo. É muito importante voltar a consciencializar a doente do seu próprio corpo e abordar as alterações a este associadas, tornando o crescimento do feto mais real, podendo motivar as gestantes a providenciar a nutrição adequada ao seu filho.³³

O processo de pesagem nas consultas e a sua frequência deverá ser negociado em conjunto com a doente. Por exemplo, para algumas mulheres poderá ser stressante saber o seu peso, pelo que nesses casos o médico poderá concordar em apenas dizer-lhe caso seja estritamente necessário. Além disso, algumas mulheres com PCA sentem-se mais confiantes e descansadas quando lhes é dado um valor peso-alvo ou um intervalo de peso adequado e seguro.³³

Os médicos obstetras deverão prestar particular atenção ao crescimento intrauterino e considerar ecografias seriadas, caso existam preocupações acerca do crescimento fetal.³³

As mulheres com PCA têm tendência a contar de forma excessiva o número de calorias e gramas de gordura dos alimentos que ingerem; como tal, a construção dum plano alimentar poderá ser uma ajuda para que estas cumpram as necessidades calóricas diárias. A criação em conjunto desse plano com o número e quantidade certos de porções - incluindo os alimentos que estas mulheres utilizam no seu dia-a-dia e com os quais se sentem confortáveis, irá certamente aumentar a taxa de cumprimento e de sucesso.³³

A primeira linha de tratamento para a BN e para o TCA deverá ser a terapia cognitiva comportamental, verificando-se uma remissão nesses casos de cerca de 2/3 das doentes.¹⁶ Além dessa abordagem, também está demonstrada eficácia no uso de Fluoxetina nas bulímicas ; e no caso das doentes com transtorno de compulsão alimentar, o uso de Inibidores da Recaptação da Serotonina Seletivos e psicoterapia interpessoal.³⁴

No caso das anoréticas, está recomendada, de forma isolada, a terapia cognitiva comportamental ou psicoterapia interpessoal nos casos ligeiros ou moderados, e nos casos mais graves e severos o uso de farmacoterapia (p. ex. Fluoxetina ou Paroxetina). É recomendado que o psiquiatra avalie de forma cuidada os benefícios para mãe e os riscos para o feto da prescrição dessa medicação psicotrópica.³⁵

A terapia cognitiva comportamental consiste numa intervenção médica psicossocial que se foca no desenvolvimento de estratégias de “coping” para resolver problemas que surjam, e alterar padrões comportamentais que sejam errados ou prejudiciais.^{36,37}

Por sua vez, a terapia interpessoal centra-se na resolução de problemas interpessoais e na resolução da sintomatologia associada a esses.³⁸

- Nutrição

A informação sobre a adequação da ingestão alimentar e nutricional das gestantes com PCA não é consensual.

Em relação às gestantes anoréticas o consumo de calorias pode encontrar-se reduzido podendo chegar nos casos graves a valores de 700 kcal/dia, e no caso das bulímicas e das gestantes com TCA pode chegar a valores extremos de 9000 kcal/dia associando-se aos episódios de compulsão alimentar. O consumo de carboidratos está diminuído e o de lípidos é evitado. Além disso, as gestantes com AN ou BN consomem menos folato, vitamina B₆ e vitamina B₁₂.³⁹ No caso do transtorno de compulsão alimentar, verifica-se durante a gravidez um consumo mais elevado de calorias e de gordura saturada, e um menor consumo de vitamina C, potássio e folato.⁴⁰

Verifica-se ainda um menor consumo de carne, menor uso de manteiga e de leite gordo (sendo substituído pelo leite de soja), o que é consistente com o facto de ser três vezes mais provável estas mulheres se descreverem como sendo vegetarianas.⁴¹

Por outro lado, elas também poderão apresentar uma ingestão de proteínas, gorduras e carboidratos semelhantes à população saudável. Além disso, pode verificar-se um consumo adequado de macronutrientes, vitaminas e minerais.⁴¹

As indicações das doses dos macronutrientes durante a gravidez são > 175 g/dia de carboidratos, 71 g/dia de proteínas e 13 g/dia de ácido linoleico.³⁹

- Ganho ponderal

Em relação à anorexia nervosa, como é caracterizada por um peso pré-gravidez baixo, seria de esperar que as mulheres ganhassem mais peso durante a gravidez para compensar, o que de facto se verifica, uma vez que estas apresentam um aumento ponderal relativo/semana superior às gestantes saudáveis. O aumento ponderal recomendado pelo *Institute of Medicine* é de entre 12.7

e 18 kg para mulheres que tenham IMC <18 kg/m². Assim, esse ganho de peso por parte das anoréticas acaba por ser adequado e ter um efeito protetor para elas próprias e respectivos fetos, tendo em conta o seu reduzido peso prévio à gestação.^{42,43}

Tanto as gestantes com bulimia nervosa, como as com transtorno de compulsão alimentar evidenciaram uma maior variação no aumento ponderal durante a gravidez em comparação com gestantes saudáveis. As bulímicas têm um peso pré-gravidez que não é substancialmente diferente do das gestantes saudáveis, ao contrário das mulheres com transtorno de compulsão alimentar cujo peso é superior a estas. Quando as gestantes com BN ou TCA são avaliadas sobre se o ganho de peso é adequado, verifica-se que se encontram em maior risco de ganhar peso excessivo durante a gravidez.^{44,45}

Em conclusão, as grávidas com perturbações do comportamento alimentar identificam o ganho de peso durante a gestação como algo necessário e importante, permitindo-se, assim, diminuir os comportamentos associados a essas perturbações, e proceder a uma maior ingestão alimentar durante esse período.²⁵

- Complicações obstétricas

A presença de perturbações do comportamento alimentar antes e durante a gravidez encontra-se associada a maiores taxas de *outcomes* adversos, tanto obstétricos como neonatais. Porém, nos vários estudos disponíveis isso não é consensual. As complicações em que se demonstrou existir uma associação com as PCA encontram-se descritas de seguida.

Em relação à anorexia nervosa, a existência de uma história passada dessa perturbação aumenta o risco de existirem complicações gestacionais e neonatais, sendo que mulheres que experienciem perturbações do comportamento alimentar de uma forma subclínica ou parcial continuam em risco de um prognóstico gestacional mais desfavorável.² Nas gestantes com AN, as principais complicações obstétricas demonstradas são: maior frequência de anemia materna,⁴⁶ maior risco de parto pré-termo,¹⁸ e maior prevalência de cesarianas.⁴⁷ Por outro lado, também se verifica a ausência de associação estatisticamente significativa de risco aumentado de parto pré-termo associado a AN.^{42,43,48}

No caso das bulímicas, pode verificar-se uma associação com maior prevalência de abortos,²⁰ ameaça de parto pré-termo⁴⁶ e maior frequência de apresentação fetal pélvica.^{43,49} No entanto, nem sempre a BN está associada a complicações no parto.⁴²

Existe um risco duas vezes maior de grávidas que tenham sofrido de AN e BN serem hospitalizadas no decurso da gravidez, quando comparado com o das gestantes saudáveis.⁴²

As gestantes que apresentem transtorno de compulsão alimentar poderão ter um risco elevado de hipertensão arterial,⁴⁶ uma maior frequência de abortos espontâneos podendo chegar a afetar 50% das gestações,²⁰ prolongamento do primeiro e segundo estádios do parto (1249 +/- 309 minutos e 110 +/- 73 minutos versus 811 +/- 503 minutos e 43 +/- 55 minutos das mulheres saudáveis, respetivamente),⁴⁶ maior probabilidade de o parto ser induzido,⁴³ e maior número de cesarianas,^{18,43} embora este último nem sempre se comprove.⁵⁰

Apesar de ser possível observar os referidos *outcomes* desfavoráveis, geralmente o curso da gravidez é favorável para as gestantes com um adequado seguimento e acompanhamento.⁴⁶

- Complicações fetais e neonatais

À semelhança das complicações obstétricas, também neste caso nem sempre existe uma associação estatisticamente significativa entre as várias perturbações do comportamento alimentar e risco aumentado de complicações fetais e perinatais.

A anorexia nervosa materna pode encontrar-se relacionada com uma restrição do crescimento intrauterino,^{51,52} aumento da probabilidade de sofrimento fetal,⁴² baixo peso à nascença e bebés pequenos para a idade gestacional,^{46,48,53} estando o risco de morte perinatal aumentado quando comparado aos filhos de gestantes sem patologia.⁴⁶ O baixo peso pré-gravidez da mãe, nomeadamente na altura da concepção ou do parto, tem um impacto significativo nos *outcomes* perinatais, em particular no baixo peso ao nascimento e no parto pré-termo.⁴⁸ Porém, existem estudos que não confirmam a associação da AN com o baixo peso à nascença e fetos pequenos para a idade gestacional.^{42,43}

Nas bulímicas, pode verificar-se a presença de recém-nascidos com baixo peso, bem como o risco duplicado de necessidade de ressuscitação neonatal e valores de Apgar muito baixos (< 3) no 1º minuto;⁴⁶ por outro lado, pode não existir associação com baixo peso.^{42,43}

Nas gestantes com transtorno de compulsão alimentar, comprova-se que os bebés têm um peso superior e são grandes para a idade gestacional, quando comparados aos das gestantes saudáveis.^{43,46}

Além disso, verifica-se uma menor ingestão de folato por parte das gestantes com perturbações do comportamento alimentar, o que resulta no aumento de incidência de defeitos congénitos, principalmente defeitos do tubo neural.³⁹

As várias complicações potencialmente observáveis podem ser atribuíveis ao facto de os vários episódios de compulsão alimentar e purgativos levarem a mudanças rápidas no equilíbrio metabólico corporal da mãe, e conseqüentemente no fornecimento nutricional ao feto afetando, então, o seu desenvolvimento.⁴⁶

Período Pós-parto

- Variação ponderal materna

As mulheres com perturbações do comportamento alimentar podem recuperar o seu peso basal ao fim de 3 meses após o parto, ao passo que nas mulheres saudáveis isso acontece apenas ao fim de 12 meses.²⁵

Até aos 6 meses pós-parto, verifica-se que as doentes com PCA apresentam variações de peso significativamente diferentes das que não têm tal patologia, tendo os seus IMC declinado mais rapidamente.⁴⁵

No caso das anoréticas, verifica-se uma perda de peso mais rápida comparada com as mulheres com BN, TCA e saudáveis. No entanto, estas poderão permanecer com um peso considerado normal (IMC entre 18.5- 24.9 kg/m²) até aos 36 meses pós-parto.⁴⁵

As bulímicas apresentam um aumento ligeiro e constante do peso desde os 6 aos 36 meses, passando o seu IMC a revelar excesso de peso (IMC entre 25- 29.9 kg/m²).⁴⁵

As mulheres com TCA apresentam o aumento ponderal mais lento, em relação às mulheres anoréticas, bulímicas ou saudáveis.⁴⁵

- Aleitamento

Não existem diferenças significativas entre mulheres com PCA e a população de referência, no que concerne o início da amamentação.^{54,55}

Porém, em relação à duração do aleitamento materno por parte de mulheres com PCA, existem estudos com resultados diferentes: pode não existir uma diferença estatisticamente significativa entre a duração deste por parte de mães com patologia e as saudáveis,⁵⁵ e pode verificar-se um aumento da cessação da amamentação antes dos 6 meses por parte de mães com NA;⁵⁴ por outro lado, as mulheres com PCA, e em particular as com BN, podem ter uma maior probabilidade de continuar a amamentação por mais tempo, por receio de terem comportamentos de compulsão alimentar com a comida dos seus bebés, evitando assim a necessidade de cozinhar e preparar comida durante mais tempo.⁵⁶

- Alimentação dos filhos

A idade de introdução dos alimentos sólidos na dieta dos filhos, bem como a frequência com que os alimentam, não difere estatisticamente entre as mães com patologias do comportamento alimentar e as saudáveis.⁵⁷

No caso da anorexia nervosa, as mães utilizam estratégias de alimentação menos agressivas (p. ex. não insistem como os filhos para comerem toda a comida que se encontra no prato) devido a uma maior preocupação com o peso dos seus filhos - pelo facto de elas próprias

sofrerem tensão e pressão em situações associadas a comida. Assim sendo, mostram-se hesitantes em interferir com os hábitos alimentares das crianças e preocupadas que os seus filhos também desenvolvam um distúrbio alimentar.⁵⁸

Os filhos das mães com AN ou BN podem apresentar uma maior adesão a estilos alimentares mais saudáveis ou vegetarianos, sendo que crianças de mães com BN consomem menor quantidade de gordura na sua dieta, quando comparada aos filhos das mães saudáveis.⁵⁹

Por outro lado, crianças cujas mães tenham sofrido de anorexia e bulimia podem ter uma dieta com um maior consumo calórico, sendo que no caso das bulímicas se pode verificar um maior consumo de carboidratos. Um maior consumo de alimentos calóricos está associado a sobrealimentação e comportamentos de compulsão alimentar, constituindo um risco para o excesso de peso e distúrbios alimentares numa idade mais avançada.⁵⁹

No caso das bulímicas, os seus filhos apresentam maior taxa de recusa de alimentos sólidos, comparado com os das mulheres sem BN.⁵⁶

As mães com BN ou TCA poderão adotar comportamentos de restrição alimentar com os seus filhos, aos 36 meses, ao observarem um aumento da sua taxa de crescimento - por receio de que estes tenham excesso de peso ou desenvolvam obesidade.^{57,60}

- Desenvolvimento estado-ponderal dos filhos

No caso das crianças cujas mães têm BN ou TCA, verifica-se que apresentam, comparando com os filhos das gestantes saudáveis, uma relação peso/comprimento superior à nascença. Porém, ao longo do primeiro ano de vida, verifica-se que apresentam uma menor taxa de desenvolvimento estado-ponderal em relação ao dos filhos das mães sem patologias.⁵⁷ No entanto, existe um estudo que demonstra o contrário, sendo que uma história materna de bulimia nervosa é preditora de um crescimento mais rápido do bebé e de este ter excesso de peso aos 9 meses.⁵⁶

Os filhos de mães anoréticas têm uma relação peso/estatura que não difere significativamente da dos filhos das mães sem PCA. Contudo, os filhos das primeiras têm uma taxa de aumento do peso e estatura significativamente menor do que as mães sem perturbações do comportamento alimentar.⁵⁷

As diferenças acima descritas são mais marcadas nos primeiros 2 meses pós- parto, podendo verificar-se uma ligeira aceleração do crescimento, levando à atenuação e aproximação às trajetórias de desenvolvimento dos filhos das mães sem PCA, a partir dos 4 meses.⁵⁷

- Incidência das perturbações de comportamento alimentar nos filhos

Verifica-se uma forte associação entre mães e pais com PCA e a existência destas patologias também nas suas filhas (HR: 2.35), não havendo uma associação significativa com os filhos do sexo masculino. Uma possível explicação deve-se ao facto de as crianças e os jovens terem em conta, e imitarem, os comportamentos dos seus progenitores em relação à alimentação e à prática de exercício.⁶¹

Em concordância com o descrito anteriormente, existe um risco seis vezes superior das filhas terem AN, caso a sua mãe tenha tido. Verifica-se, ainda, um risco quatro vezes superior de ter esta patologia, se existir um irmão/ã com anorexia.⁶²

Assim, é importante identificar como grupo de maior risco as jovens adolescentes que têm um progenitor com perturbação alimentar, devem este grupo ser seguido com especial atenção, numa atitude preventiva.⁶¹

CONCLUSÃO

As perturbações do comportamento alimentar são patologias psiquiátricas com consequências fisiológicas significativas as quais no caso particular da gravidez, além de prejudicarem a mãe, poderão colocar em risco o desenvolvimento normal do feto. A influência destas perturbações vai para além do período pós-natal, verificando-se também na forma como a mãe alimenta a criança, no seu desenvolvimento estado-ponderal, e na incidência das PCA na adolescência.

No entanto, estas doenças são tratáveis se for feito um diagnóstico atempado e um acompanhamento adequado por uma equipa multidisciplinar, salientando-se a importância da correção *do status nutricional* e da psicoterapia. Assim, a pesquisa de sintomas/comportamentos sugestivos dessas patologias deverá ser efetuada, de forma mais rotineira, nas consultas de cuidados de saúde primários e de ginecologia e obstetrícia, nas quais se deverão também incluir as de infertilidade.

Deve, portanto, salientar-se que a gravidez é um importante período de remissão daquelas patologias, pois existe um seguimento mais próximo da doente por parte dos médicos, e a gestante, devido à preocupação com o seu bebé, tende a minorar comportamentos alimentares que de outra forma seriam nocivos para ambos.

Em conclusão, os vários estudos realizados, com o intuito de aferir quais as complicações obstétricas, fetais e neonatais mais comuns causadas pelas perturbações do comportamento

alimentar, bem como qual o melhor método de diagnóstico destas, a sua influência na alimentação e no desenvolvimento dos filhos, não são consensuais. Como tal, é importante que no futuro se desenvolvam mais projetos de investigação nessas temáticas, tendo como finalidade uma maior e melhor prestação de cuidados a estas grávidas e respetivos filhos.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
2. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, Micali N (2013) Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy?. *European Eating Disorders Review* 21(4):340-344.
3. Bulik CM, Von Holle A, Hamer RM, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, Stoltenberg C, Siega-Riz AM, Sullivan P, Reichborn-Kjennerud T (2007) Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychological Medicine* 37(8):1109-1118
4. Lowes H, Kopeika J, Micali N, Ash A (2012) Anorexia nervosa in pregnancy. *The Obstetrician & Gynecologist* 14:179-187.
5. Keel PK, Brown TA (2010) Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 43(3):195-204.
6. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay, PJ, Rodgers B, Morgan JF, Hubert Lacey F (2008) Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behaviour Research and Therapy* 46(5):612-622.
7. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH (2009) SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* 43(4):344-351.
8. Penelo E, Negrete A, Portell M, Raich RM (2013) Psychometric Properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Norms for Rural and Urban Adolescent Males and Females in Mexico. *PLoS One* 8(12):1-11.
9. Coker EL, Mitchell-Wong LA, Abraham SF (2013) Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder? *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 92(12):1407-1413.
10. Pinheiro AP, Raney TJ, Thornton LM, Fichter M, Berrettini WH, Goldman D, Halmi KA, Kaplan AS, Strober M, Treasure J, Woodside DB, Kaye WH, Bulik CM (2010) Sexual functioning in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 43(2):123-129.
11. Castellini G, Lelli L, Lo Sauro C, Fioravanti G, Vignozzi L, Maggi M, Faravelli C, Ricca V (2012) Anorectic and Bulimic Patients Suffer from Relevant Sexual Dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine* 9(10):2590-2599.
12. Singhal V, Misra M, Klibanski A. (2014) Endocrinology of anorexia nervosa in young people. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity* 21(1):64-70.
13. Easter A, Treasure J, Micali N (2011) 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* 118(12):1491-1498.
14. Pinheiro AP, Thornton LM, Plotonicov KH, Tozzi F, Klump KL, Berrettini WH, Brandt H, Crawford S, Crow S, Fichter MM, Goldman D, Johnson C, Keel P, Lavia M, Woodside DB, Holle AV, Hamer R, Kaye WH, Bulik CM (2007) Patterns of Menstrual Disturbance in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 40:424-434.

15. Ålgars M, Huang L, Holle AF Von, Peat CM, Thornton LM, Lichtenstein P, Bulik CM (2014) Binge eating and menstrual. dysfunction *Journal of Psychosomatic Research* 76(1):19-22.
16. Boisseau CL (2016) Identification and management of eating disorders in gynecology: menstrual health as an underutilized screening tool. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 215(5):572-578.
17. Dempfle A, Herpertz-Dahlmann B, Timmesfeld N, Schwarte R, Egberts KM, Pfeiffer E, Fleischhaker C, Wewetzer C, Bühren K (2013) Predictors of the resumption of menses in adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 13(1):308-317.
18. Pasternak Y, Weintraub AY, Shoham-Vardi I, Sergienko R, Guez J, Wiznitzer A, Shalev H, Sheiner E (2012) Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *Journal of Women's Health* 21(1):61-65.
19. Cousins A, Freizinger M, Duffy ME, Gregas M, Wolfe BE (2015) Self-Report of Eating Disorder Symptoms Among Women With and Without Infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 44(3):380-388.
20. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M (2013) Reproductive health outcomes in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 46(8):826-833.
21. Micali N, Dos-Santos-Silva I, De Stavola B, Steenweg-de Graaf J, Jaddoe V, Hofman A, Verhulst FC, Steegers EAP, Tiemeier H (2014) Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 121(4):408-416.
22. Bulik C, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T (2010) Unplanned Pregnancy in Anorexia Nervosa. *Obstetrics & Gynecology* 116(5):1136-1140.
23. Micali N, Treasure J, Simonoff E (2007) Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of Psychosomatic Research* 63(3):297-303.
24. Easter A, Solmi F, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, Micali N (2015) Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns. *European eating disorders review* 23(1):19-27.
25. Coker E, Abraham S (2015) Body weight dissatisfaction before, during and after pregnancy: a comparison of women with and without eating disorders. *Eating and Weight Disorders* 20(1):71-79.
26. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE, (2008) Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 41(3):277-279.
27. Watson HJ, Von Holle a, Hamer RM, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, Stoltenberg C, Sullivan P, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM (2013) Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychological Medicine* 43(8):1723-1734.
28. Knoph Berg C, Bulik CM, Von Holle A, Torgersen, L, Hamer R, Sullivan P, Reichborn-Kjennerud T (2008) Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 42(5):396-404.

29. Knoph C, Von Holle A, Zerwas S, Torgersen L, Tambs K, Stoltenberg C, Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T (2013) Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *International Journal of Eating Disorders* 46(4):355-368.
30. Knoph Berg C, Torgersen L, Von Holle A, Hamer RM, Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T (2014) Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders* 44(2):124-133.
31. Leddy MA, Jones C, Morgan MA, Schulkin J, (2009) Eating Disorders and Obstetric-Gynecologic Care. *Journal of Women's Health* 18(9):1395-1401.
32. Goncalves S, Freitas F, Freitas-Rosa MA, Machado BC (2015) Dysfunctional eating behaviour, psychological well-being and adaptation to pregnancy: A study with women in the third trimester of pregnancy. *Journal of Health Psychology* 20(5):535-542.
33. Harris AA (2010) Practical advice for caring for women with eating disorders during the perinatal period. *Journal of Midwifery & Women's Health* 55(6):579-586.
34. Keel, TA (2012) Current and Emerging Directions in the Treatment of Eating Disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment* 6(1):33.
35. Hoffman ER, Zerwas SC, Bulik CM (2011) Reproductive issues in anorexia nervosa. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 6(4):403-414.
36. Benjamin CL, Puleo CM, Settapani CA, Brodman DM, Edmunds JM, Cummings CM, Kendall PC (2011) History of Cognitive-Behavioral Therapy in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 20(2):179-189.
37. Field TA, Beeson ET, Jones LK (2015) The New ABCs: A Practitioner's Guide to Neuroscience-Informed Cognitive-Behavior Therapy. *Journal of Mental Health Counseling* 37(3):206-220.
38. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. (2016) Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry* 173(7):680-687.
39. Ritchie LD, King JC. (2008) Nutrient Recommendations and Dietary Guidelines for Pregnant Women. In: Lammi-keefe cj, Couch sc, Philipson eh, eds. *Handbook of Nutrition and Pregnancy*. Totowa, NJ: Humana Press; pp 115- 150.
40. Siega-Riz AM, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Hamer R, Torgersen L, Knopf-Berg C, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM (2008) Nutrient and food group intakes of women with and without bulimia nervosa and binge eating disorder during pregnancy. *American Journal of Clinical Nutrition* 2008;87(5):1346-1355.
41. Micali N, Northstone K, Emmett P, Naumann U, Treasure JL (2012) Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *British Journal of Nutrition* 108(11):2093-2099.
42. Micali N, De Stavola B, Dos-Santos-Silva I, Steenweg-de Graaff J, Jansen PW, Jaddoe VWV, Hofman, A, Verhulst FC, Steegers EAP, Tiemeier H (2012) Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 119(12):1493-1502.

43. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, Berg CK, Sullivan P, Reichborn-Kjennerud T (2009) Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *International Journal of Eating Disorders* 42(1):9-18.
44. Siega-Riz AM, Von Holle A, Haugen M, et al. Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. *Int J Eat Disord*. 2011;44(5):428-434.
45. Zerwas SC, Von Holle A, Perrin EM, Cockrell Skinner A, Reba-Harrelson L, Hamer RM, Stoltenberg C, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM (2014) Gestational and postpartum weight change patterns in mothers with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 22(6):397-404.
46. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M (2014) Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 211(4):392.e1-8.
47. Greer L (2013) Pregnant with Anorexia Nervosa. *The International Journal of Childbirth Education* 28(4):68-71.
48. Micali N, Simonoff E, Treasure J. (2007) Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry* 190(3):255-259.
49. Micali N (2010) Management of eating disorders during pregnancy. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 14(2):24-26.
50. Bansil P, Kuklina E V., Whiteman MK, Kourtis AP, Posner SF, Johnson C, Jamieson Denise (2008) Eating Disorders among Delivery Hospitalizations: Prevalence and Outcomes. *Journal of Women's Health*17(9):1523-1528.
51. Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, Millar HR, Bhattacharya S (2012) Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 42(12):2651-2660.
52. Salam R, Das J, Ali A, Lassi Z, Bhutta Z (2013) Maternal undernutrition and intrauterine growth restriction. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 8(6):559-567.
53. Solmi F, Sallis H, Stahl D, Treasure J, Micali N (2014) Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic Reviews* 36(1):49-56.
54. Torgersen L, Ystrom E, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Berg CK, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. (2009) Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Maternal & Child Nutrition* 6(3):243-252.
55. Nguyen AN, de Barse LM, Tiemeier H, Jaddoe, VW, Franco OH, Jansen, PW, Voortman T (2016) Maternal history of eating disorders: Diet quality during pregnancy and infant feeding. *Appetite* 109:108-114.
56. Micali N, Simonoff E, Treasure J (2009) Infant Feeding and Weight in the First Year of Life in Babies of Women with Eating Disorders. *Journal of Pediatrics* 154(1):55-60.
57. Perrin EM, Von Holle A, Zerwas S, Skinner AC, Reba-Harrelson L, Hamer RM, Stoltenberg C, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM (2015) Weight-for-length trajectories in the first year of life in children of mothers with eating disorders in a large norwegian cohort. *International Journal of Eating Disorders* 48(4):406-414.

58. de Barse LM, Tharner A, Micali N, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC, Franco OH, Tiemeier H, Jansen PW (2015) Does maternal history of eating disorders predict mothers' feeding practices and preschoolers' emotional eating? *Appetite* 85:1-7.
59. Easter A, Naumann U, Northstone K, Schmidt U, Treasure J, Micali N (2013) A longitudinal investigation of nutrition and dietary patterns in children of mothers with eating disorders. *Journal of Pediatrics* 163(1):173-8.e1.
60. Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM (2010) Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eating Behaviors* 11(1):54-61.
61. Bould H, Sovio U, Koupil I, Dalman C, Micali N, Lewis , Magnusson C (2015) Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 132(1):51-59.
62. Steinhausen H-C, Jakobsen H, Helenius D, Munk-Jørgensen P, Strober M (2015) A nationwide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *International Journal of Eating Disorders* 48(1):1-8.
63. Fairburn CG (2008) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
64. Pacagnella R de C, Vieira EM, Rodrigues Jr. OM, Souza C (2008) Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saude Publica* 24(2):416-426.

ANEXOS

Anexo I

Questionário *Eating Disorder Examination Questionnaire*⁶³

EATING QUESTIONNAIRE

Instructions: The following questions are concerned with the past four weeks (28 days) only. Please read each question carefully. Please answer all of the questions. Please only choose one answer for each question. Thank you.

Questions 1 to 12: Please circle the appropriate number on the right. Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days) only.

On how many of the past 28 days		No days	1-5 days	6-12 days	13-15 days	16-22 days	23-27 days	Every day
1	Have you been deliberately <u>trying</u> to limit the amount of food you eat to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?	0	1	2	3	4	5	6
2	Have you gone for long periods of time (8 waking hours or more) without eating anything at all in order to influence your shape or weight?	0	1	2	3	4	5	6
3	Have you <u>tried</u> to exclude from your diet any foods that you like in order to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?	0	1	2	3	4	5	6
4	Have you <u>tried</u> to follow definite rules regarding your eating (for example, a calorie limit) in order to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?	0	1	2	3	4	5	6
5	Have you had a definite desire to have an <u>empty</u> stomach with the aim of influencing your shape or weight?	0	1	2	3	4	5	6
6	Have you had a definite desire to have a <u>totally flat</u> stomach?	0	1	2	3	4	5	6
7	Has thinking about <u>food, eating or calories</u> made it very difficult to concentrate on things you are interested in (for example, working, following a conversation, or reading)?	0	1	2	3	4	5	6
8	Has thinking about <u>shape or weight</u> made it very difficult to concentrate on things you are interested in (for example, working, following a conversation, or reading)?	0	1	2	3	4	5	6
9	Have you had a definite fear of losing control over eating?	0	1	2	3	4	5	6
10	Have you had a definite fear that you might gain weight?	0	1	2	3	4	5	6
11	Have you felt fat?	0	1	2	3	4	5	6
12	Have you had a strong desire to lose weight?	0	1	2	3	4	5	6

Questions 13-18: Please fill in the appropriate number in the boxes on the right. Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days).

Over the past four weeks (28 days)

-
- 13 Over the past 28 days, how many times have you eaten what other people would regard as an unusually large amount of food (given the circumstances)?
-
- 14 On how many of these times did you have a sense of having lost control over your eating (at the time that you were eating)?
-
- 15 Over the past 28 days, on how many DAYS have such episodes of overeating occurred (i.e., you have eaten an unusually large amount of food and have had a sense of loss of control at the time)?
-
- 16 Over the past 28 days, how many times have you made yourself sick (vomit) as a means of controlling your shape or weight?
-
- 17 Over the past 28 days, how many times have you taken laxatives as a means of controlling your shape or weight?
-
- 18 Over the past 28 days, how many times have you exercised in a "driven" or "compulsive" way as a means of controlling your weight, shape or amount of fat, or to burn off calories?
-

Questions 19 to 21: Please circle the appropriate number. Please note that for these questions the term “binge eating” means eating what others would regard as an unusually large amount of food for the circumstances, accompanied by a sense of having lost control over eating.

19 Over the past 28 days, on how many days have you eaten in secret (ie, furtively)? Do not count episodes of binge eating	No days	1-5 days	6-12 days	13-15 days	16-22 days	23-27 days	Every day
	0	1	2	3	4	5	6
20 On what proportion of the times that you have eaten have you felt guilty (felt that you've done wrong) because of its effect on your shape or weight? Do not count episodes of binge eating	None of the times	A few of the times	Less than half	Half of the times	More than half	Most of the time	Every time
	0	1	2	3	4	5	6
21 Over the past 28 days, how concerned have you been about other people seeing you eat? Do not count episodes of binge eating	Not at all		Slightly		Moderately		Markedly
	0	1	2	3	4	5	6

Questions 22 to 28: Please circle the appropriate number on the right. Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days).

Over the past 28 days	Not at all		Slightly		Moderately		Markedly
22 Has your <u>weight</u> influenced how you think about (judge) yourself as a person?	0	1	2	3	4	5	6
23 Has your <u>shape</u> influenced how you think about (judge) yourself as a person?	0	1	2	3	4	5	6
24 How much would it have upset you if you had been asked to weigh yourself once a week (no more, or less, often) for the next four weeks?	0	1	2	3	4	5	6
25 How dissatisfied have you been with your <u>weight</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
26 How dissatisfied have you been with your <u>shape</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
27 How uncomfortable have you felt seeing your body (for example, seeing your shape in the mirror, in a shop window reflection, while undressing or taking a bath or shower)?	0	1	2	3	4	5	6
28 How uncomfortable have you felt about <u>others</u> seeing your shape or figure (for example, in communal changing rooms, when swimming, or wearing tight clothes)?	0	1	2	3	4	5	6

Anexo II

Questionário *Female Sexual Function Index*⁶⁴

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum
3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum
5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Segurança muito alta 4 = Segurança alta 3 = Segurança moderada 2 = Segurança baixa 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança
6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a "vagina molhada") durante o ato sexual ou atividades sexuais?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal ("vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil
11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo ("clímax/gozou")?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil
13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 = Quase nunca ou nunca
18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 5 = Quase nunca ou nunca
19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Muito alto 2 = Alto 3 = Moderado 4 = Baixo 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

Anexo III

Questionário SCOFF⁷

The SCOFF questions*

- Do you make yourself **S**ick because you feel uncomfortably full?
- Do you worry you have lost **C**ontrol over how much you eat?
- Have you recently lost more than **O**ne stone in a 3-month period?***
- Do you believe yourself to be **F**at when others say you are too thin?
- Would you say that **F**ood dominates your life

*One point for every "yes"; a score of 2 indicates a likely case of anorexia nervosa or bulimia

***One stone is equivalent to 14 lb or 6.35 kg