



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

BRUNA ALEXANDRA CORREIA DE OLIVEIRA FERREIRA BARBOSA

**RELAÇÃO ENTRE PSICOPATOLOGIA ALIMENTAR,  
DEPRESSIVA E ANSIOSA NO PERÍODO PERINATAL**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:

INVESTIGADORA DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA

DRA. DANIELA SILVA MARQUES PEREIRA

ABRIL / 2023



# **RELAÇÃO ENTRE PSICOPATOLOGIA ALIMENTAR, DEPRESSIVA E ANSIOSA NO PERÍODO PERINATAL**

## **AUTORES:**

BRUNA ALEXANDRA CORREIA DE OLIVEIRA FERREIRA BARBOSA<sup>1</sup>

DANIELA SILVA MARQUES PEREIRA<sup>2,3</sup>

ANA TELMA FERNANDES PEREIRA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup>Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>3</sup>Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Rua Larga, Polo I, Edifício da Faculdade de Medicina, 3º andar, 3004-504, Coimbra

apereira@fmed.uc.



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

#### Referências:

Bruna Barbosa, Daniela Pereira, Rita Lima, Joana Marques Pinto, Cristiana Marques, António Macedo, Ana Telma Pereira (2023). Scale for Body Image Concerns During the Perinatal Period – Adaptation and validation. abstract submetido ao 23rd WPA World Congress of Psychiatry, a realizar em Vienna, Austria, 28th September – 1st October 2023. (*vide Anexo V*)

## ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	6
RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUÇÃO .....	9
MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
RESULTADOS .....	20
DISCUSSÃO .....	34
CONCLUSÃO.....	37
AGRADECIMENTOS .....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
ANEXOS .....	44
ANEXO I- APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC.....	45
ANEXO II- CONSENTIMENTO INFORMADO E PROTOCOLO .....	46
ANEXO III- CLASSIFICAÇÃO PORTUGUESA DAS PROFISSÕES .....	64
ANEXO IV- VALORES DE REFERÊNCIA MARÔCO 2014 .....	65
ANEXO V- ABSTRACT .....	66

## **ABREVIATURAS**

**AFC-** análise fatorial confirmatória

**AFE-** análise fatorial exploratória

**AN-** Anorexia Nervosa

**AP-** Afeto Positivo

**BN-** Bulimia Nervosa

**CFI-** *Comparative Fit Index*

**DR-** Dieta Restritiva

**DSM-5-** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

**EDEQ-7-** *Eating Disorder Examination – Questionnaire*

**EPIC-PP-** Escala de Preocupações com a Imagem Corporal no Período Perinatal

**ERAP-** Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal

**ERDP-7-** Escala de Rastreio da Depressão Perinatal

**FMUC-** Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**GFI-** *Goodness of Fit Index*

**HPPLV-** História de perturbação psiquiátrica ao longo da vida

**IIC-** Insatisfação com a Imagem Corporal

**IMC-** Índice de Massa Corporal

**IPM-** Instituto de Psicologia Médica

**NA-** Afeto Negativo

**PCA-** Perturbações do Comportamento Alimentar

**PIAC-** Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva

**PoMS-** *Profile of Mood States*

**RMSEA-** *Root Mean Square Error of Approximation*

**SDE-** *Screen for Disordered Eating*

**SPFC-** Sobrevalorização do Peso e Forma Corporais

**TLI-** *Tucker-Lewis Index*

**USF-** Unidades de Saúde Familiar

**VD-** Variável Dependente

**VI-** Variável Independente

**$\chi^2/gl$** - Qui-quadrado por graus de liberdade

## RESUMO

**Introdução:** No período perinatal, a mulher experiencia um conjunto de mudanças físicas, psicológicas e sociais que podem aumentar a insatisfação com a imagem corporal e o risco de psicopatologia alimentar, depressiva e ansiosa.

**Objetivo:** 1. analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa preliminar da Escala de Preocupações com a Imagem Corporal (EPIC), desenvolvida para a gravidez, numa amostra de mulheres no período perinatal; 2. analisar o papel das preocupações com a imagem corporal na patologia do comportamento alimentar e o papel destas variáveis na sintomatologia depressiva e ansiosa e no estado de humor no período perinatal.

**Materiais e Métodos:** Estudo observacional, correlacional e transversal com 346 mulheres, recrutadas através das redes sociais e de Unidades de Saúde Familiar (USF), avaliadas no segundo trimestre de gravidez (idade gestacional média de  $28.11 \pm 7.67$  semanas) e após o parto (idade média do bebé  $4.37 \pm 2.87$  meses), com questionários validados ou a validar: Versão Portuguesa Reduzida do *Eating Disorder Examination – Questionnaire* (EDEQ), Versão Portuguesa do *Screen for Disordered Eating* (SDE), Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal (ERDP-7), Escala de Rastreamento da Ansiedade Perinatal (ERAP), *Profile of Mood States* (PoMS) e Escala de Preocupações com a Imagem Corporal (EPIC).

**Resultados:** Na análise psicométrica da EPIC, a análise fatorial exploratória levou à seleção de quatro fatores, num modelo que, após análise fatorial confirmatória, revelou bons índices de ajustamento no modelo de segunda ordem ( $\chi^2/gf=2.4141$ ; TLI=.9028; CFI=.9195; GFI=.8181; RMSEA=.0907). O  $\alpha$  de Cronbach foi de .936 para o total e  $>.807$  para os quatro fatores: Preocupação com o peso e imagem no futuro, Preocupação com a nova imagem corporal, Evitamento e preocupação sociais e Preocupação com a aparência. Na gravidez, no pós-parto e no período perinatal (amostra total) os coeficientes de correlação da EPIC, da EDEQ e da SDE com a ERDP, a ERAP e o afeto negativo foram, de um modo geral, positivos, significativos e de magnitude moderada. As preocupações com a imagem corporal e a psicopatologia alimentar foram preditores significativos de sintomatologia depressiva e ansiosa no período perinatal; mesmo controlando o afeto negativo, incrementaram significativamente a variância do modelo.

**Discussão/ Conclusão:** A EPIC no período perinatal (PP) apresenta uma boa validade de construto e consistência interna, permitindo colmatar uma lacuna na prática clínica e contribuir para a investigação. Além disso, confirma-se que no período perinatal as preocupações com a imagem corporal e a patologia do comportamento alimentar são preditores de sintomatologia afetiva, o que reforça a importância da avaliação sistemática destas, alertando os profissionais de saúde para a imprescindibilidade do exercício de uma medicina preventiva.

**Palavras-chave:** EPIC; Perturbações do comportamento alimentar; Depressão; Ansiedade;

## ABSTRACT

**Introduction:** In the perinatal period, women experience a set of physical, psychological, and social changes that can increase dissatisfaction with their body image and the risk of eating, depressive and anxious psychopathology.

**Objectives:** 1. to analyze the psychometric properties of IPPA in a sample of women in the perinatal period; 2. to analyze the role of body image concerns in the pathology of eating behavior and the role of these variables in depressive and anxious symptoms, and mood in the perinatal period.

**Materials and Methods:** Observational, correlational, and cross-sectional study with 346 women, recruited through social networks and Family Health Units (FHU), evaluated in the second trimester of pregnancy (mean gestational age of 28.11 (7.67 weeks $\pm$ ) and after delivery (average baby age 4.37 (2.87  $\pm$ months), with validated or to be validated questionnaires: Reduced Portuguese Version of the *Eating Disorder Examination – Questionnaire* (EDEQ), Portuguese Version of *the Screen for Disordered Eating* (SDE), Perinatal Depression Screening Scale (ERDP-7), Perinatal Anxiety Screening Scale (ERAP) and *Profile of Mood States* (PoMS) and Body Image Concerns Scale (EPIC).

**Results:** In the psychometric analysis of the EPIC, the exploratory factor analysis led to the selection of four factors, in a model that, after confirmatory factor analysis, showed to have good adjustment rates in the second-order model ( $X^2/df=2.4141$ ; TLI=.9028; CFI=.9195; GFI=.8181; RMSEA=.0907). Cronbach's  $\alpha$  was .936 for the total and  $>.807$  for the four factors: Concern about future weight and image, Concern about new body image, Social avoidance and concern and Concern about appearance. In pregnancy, postpartum and perinatal period (total sample) the correlation coefficients of EPIC, EDE-Q7, and EDS with ERDP-7, ERAP, and POMS\_NA were, in general, positive, significant, and of moderate magnitude. Concerns about body image and food psychopathology were significant predictors of depressive and anxious symptoms in the perinatal period. Even controlling for negative affect, they significantly increase the variance of the model.

**Discussion/Conclusion:** The EPIC-PP has good construct validity and internal consistency, allowing it to fill a gap in clinical practice and contribute to research. In addition, it is confirmed that in the perinatal period, the concerns with body image and the pathology of eating behavior are predictors of affective symptoms, which reinforces the importance of systematic evaluation, alerting health professionals to the indispensability of the exercise of preventive medicine.

**Keywords:** EPIC; Eating disorders; Depression, Anxiety;



## INTRODUÇÃO

Desde meados do século passado, as perturbações do comportamento alimentar (PCA) têm aumentado a sua frequência e ampliado o seu espectro, tornando-se, a par com a obesidade, num dos grandes problemas de saúde pública do século [1,2].

As PCA são doenças psiquiátricas associadas a distúrbios graves do comportamento alimentar que se refletem no aumento da morbilidade, dos custos anuais de saúde e da mortalidade, apresentando impacto significativo no funcionamento psicossocial [3,4]. Na base destas síndromes existe uma excessiva preocupação com comida, peso, exercício físico e aspeto corporal [5].

Esta patologia encontra-se categorizada em três tipos mais comuns: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e perturbação da ingestão alimentar compulsiva (PIAC) [5,6]. A AN é caracterizada essencialmente por medo intenso de ganhar peso e marcada restrição alimentar [5,6]. A BN e a PIAC são caracterizadas por episódios regulares de compulsão alimentar, sendo distinguidas pelo facto de na BN estes episódios serem sucedidos por comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho ponderal [5,6].

Estas perturbações são mais comuns em mulheres durante a idade fértil [7,8]. Apesar de inicialmente se considerar pouco provável que ocorresse gravidez em mulheres com PCA, uma vez que estas perturbações, particularmente a AN, podem associar-se a disfunção menstrual e a problemas de ovulação [9,10], estudos mais recentes demonstraram que mulheres com estas doenças podem engravidar mais facilmente do que se pensava anteriormente [11,12].

Especificamente na gravidez e no período pós-parto são vivenciadas um conjunto de mudanças físicas, psicológicas e sociais que podem promover alterações nas atitudes e comportamentos alimentares, mesmo em mulheres sem história de PCA [13–15]. Assim, o período perinatal pode precipitar ou exacerbar comportamentos alimentares disfuncionais, tais como restrição alimentar, ingestão compulsiva ou comportamentos purgativos, bem como intensificar as preocupações com o peso e a imagem corporal [13,16].

A insatisfação com a imagem corporal que, no período perinatal, tende a aumentar, associa-se não apenas a comportamento alimentar perturbado, mas também a sintomas depressivos [17,18], pelo que a avaliação dos diferentes aspetos das preocupações seja muito relevante. Tanto quanto é do nosso conhecimento, a Escala

de Preocupações com a Imagem Corporal (EPIC) é o único instrumento desenvolvido até agora com foco no período perinatal, especificamente na gravidez [19].

Vários estudos demonstram que na maioria das mulheres com antecedentes de PCA existe uma tendência para a remissão temporária dos sintomas durante a gravidez, possivelmente devido a uma mudança de foco para as necessidades nutricionais do bebê [20–22]. No entanto, numa minoria, particularmente nas que têm uma PIAC, os sintomas podem persistir, agravar ou ter início na gravidez [21]. Já no período pós-parto, a recaída é frequente [20–23].

Tem sido demonstrada uma forte associação entre a patologia alimentar e a sintomatologia depressiva e ansiosa no período perinatal [24] cuja prevalência e gravidade são também mais elevadas do que noutras fases da vida da mulher [25].

A depressão perinatal, definida como episódios depressivos que ocorrem durante a gravidez ou nos primeiros 12 meses após o parto [26], é relativamente comum e está presente em aproximadamente 10% das mulheres grávidas [27]. Nas mulheres com história de PCA anterior ou PCA no período perinatal, são observáveis níveis elevados de sintomatologia depressiva, que pode ser atribuída à insatisfação corporal associada às mudanças de peso e forma inerentes a esta fase [20,28]. Associadamente, estudos genéticos revelaram uma correlação genética significativa entre PCA e depressão, sugerindo que as duas perturbações podem ser influenciadas por fatores genéticos comuns [27].

Há também evidência de que, quando existe história prévia de depressão e de PCA, é mais elevado o risco de ansiedade e depressão no período perinatal [29]. Simultaneamente, outros fatores de risco são sobreponíveis, sendo o afeto negativo, a falta de apoio do companheiro, os acontecimentos de vida stressantes no último ano e os traços negativos de personalidade como o neuroticismo e o perfeccionismo, alguns dos mais consistentes [30,31].

Estas patologias têm consequências avassaladoras para a mulher e para os seus familiares [27]. Há também evidência de que a patologia alimentar pode estar associada a uma maior probabilidade de complicações perinatais, incluindo parto prematuro, aborto espontâneo, restrição do crescimento intrauterino, sofrimento fetal e baixo peso ao nascer [4,32,33] e que filhos de pais com história de PCA têm um risco 3.7 vezes superior de desenvolver PCA [28]. Também os efeitos negativos da depressão e ansiedade perinatal no desenvolvimento dos filhos estão amplamente evidenciados [34].

Estes achados sublinham a imprescindibilidade do mapeamento deste problema, de tal modo que seja possível a identificação precoce de mulheres em risco, o desenvolvimento de recursos para atender e tratar adequadamente estas doentes e a mitigação dos desfechos materno-infantis adversos subjacentes a esta patologia [20, 22].

Os objetivos deste estudo são:

1. Analisar as propriedades psicométricas da EPIC numa amostra de mulheres no período perinatal (validade de construto e consistência interna).
2. Analisar o papel das preocupações com a imagem corporal na patologia do comportamento alimentar e o papel destas variáveis no afeto negativo e na sintomatologia depressiva e ansiosa no período perinatal.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Realizámos este estudo observacional, correlacional e transversal no âmbito de um projeto de investigação em curso no Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra “Patologia do Comportamento Alimentar no Período Perinatal”, aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-137/2022– *vide* Anexo I).

### **Procedimentos**

Fizemos a recolha dos dados da amostra através do preenchimento de formulários online (Google Docs) e em papel, difundidos através das redes sociais e de Unidades de Saúde Familiar (USF) entre 02 de janeiro de 2023 e 16 de fevereiro de 2023. Cada formulário continha o consentimento informado (*vide* Anexo II) e os questionários (*vide* Anexo III). A participação ocorreu de forma voluntária e a confidencialidade foi mantida ao longo de todo o processo.

### **Instrumentos e Variáveis**

Os questionários validados ou a validar no âmbito deste estudo permitiram avaliar:

#### **1. Variáveis sociodemográficas**

Neste grupo incluímos: idade, nacionalidade, país em que reside, estado civil, escolaridade, profissão, situação atual perante o trabalho e caracterização do local de residência.

Tratámos a idade como variável contínua. Quanto à variável local de residência, optámos pela sua dicotomização em: urbano vs rural.

No que diz respeito ao estado civil as hipóteses eram cinco: solteira; casada/em união de facto; divorciada/separada; viúva; outro - qual.

Quanto à escolaridade existiam oito opções possíveis: 1.º ciclo; 2.º ciclo; 3.º ciclo; Secundário; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento; Outro-qual?

Na questão sobre a situação laboral atual as hipóteses eram: A trabalhar; De baixa/atestado; Desempregada; Reformada; Outro-qual?

#### **2. Variáveis relacionadas com a gravidez**

Apresentámos questões acerca do número de semanas de gestação, planeamento da gravidez e número de filhos.

Tratámos o número de semanas como uma variável contínua, no entanto, agrupámos a variável referente ao número de filhos em 3 categorias: 0, 1 e  $\geq 2$ .

Na questão relativa ao planeamento da gravidez, as participantes dispunham de duas opções de resposta (sim e não).

### **3. Variáveis obstétricas**

Obtivemos informação quanto ao tipo de parto, modalidade de alimentação e idade do bebé.

### **4. Variáveis relacionadas com a história clínica**

Deste grupo fizeram parte: história médica, história de complicação ou problema de saúde após o parto e história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV). Para as avaliar, utilizámos questões baseadas no DSM-5 e já validadas em estudos anteriores.

#### **4.1. História Médica**

“Atualmente/no passado, sofre/sofreu de alguma doença diagnosticada pelo médico” foram as questões que utilizámos para a caracterização da história médica. Em caso de resposta positiva as participantes tinham de especificar qual a doença em questão e o ano do seu diagnóstico.

Questionámos e tratámos como variáveis contínuas o peso pré-gravidez e a altura.

#### **4.2. História de complicação ou problema de saúde após o parto**

Após a pergunta “Teve alguma complicação ou problema de saúde depois do parto que a levaram a procurar ajuda médica?”, se a participante respondesse sim, seguiam-se um conjunto de alíneas para averiguar a gravidade do problema. Estas tinham como finalidade compreender se a participante recorreu ou não ao médico e caso tenha recorrido, a que tipo de serviço (médico de família; hospital (urgência, consulta, internamento); consulta de especialidade, técnico de saúde mental (psiquiatra, psicólogo)).

#### **4.3. História de perturbação psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV)**

Para avaliar esta variável, começámos pela questão: “Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe

era habitual?”. Caso a resposta fosse afirmativa, seguiam-se três perguntas de resposta binária (sim ou não).

Considerámos que a participante tinha história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV) quando assinalava resposta afirmativa quanto à procura de ajuda profissional devido a problemas psicológicos ou psiquiátricos e/ou à necessidade de tomar medicação para esses problemas e/ou à incapacidade.

## **5. Variáveis relacionadas com a perturbação psicológica perinatal**

Para avaliar estas variáveis usámos os seguintes questionários validados ou a validar para o período perinatal:

### **5.1. Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP)**

Avaliámos a ansiedade perinatal através de uma versão reduzida preliminar da Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP) [35], composta por 20 itens que permitem a avaliação dos sintomas de ansiedade perinatal em quatro dimensões (com referência ao último mês): Preocupação excessiva/ Medos específicos; Perfeccionismo/Controlo/Trauma; Ansiedade Social; Ansiedade aguda e ajustamento.

A resposta aos itens pode variar desde “Nunca” (0) a “Quase Sempre” (3), logo, a pontuação total pode ir de 0 a 60. A sintomatologia será tão mais grave quanto maior a pontuação obtida.

### **5.2. Escala de Rastreio da Depressão Perinatal (ERDP-7)**

Esta escala é uma versão reduzida composta pelos sete itens mais representativos da sua dimensão teórica na versão original de 35 itens. É constituída por afirmações relacionadas com a presença de sintomas depressivos na gravidez ou pós-parto (último mês) e aos quais responde através de uma escala *Likert*, que varia desde “Discordo muito” (1 ponto) a “Concordo muito” (5 pontos). Para as respostas com pontuações de 2,3 ou 4 pontos, correspondem as respostas intermédias de “Discordo”, “Nem concordo, nem discordo” e “Concordo”, respetivamente. O fraseamento dos itens remete para conteúdos específicos do período perinatal, focando mais os aspetos cognitivo-emocionais do que os sintomáticos. Quanto mais elevada a pontuação, maior é a gravidade da sintomatologia depressiva perinatal [36,37].

### **5.3. Versão Portuguesa da *Screen for Disordered Eating* (SDE)**

O *Screen for Disordered Eating* (SDE) [38] foi recentemente desenvolvido para

permitir o rastreio de PCA nos Cuidados de Saúde Primários em pessoas de todas as idades e sem excluir a PIAC. O SDE é composto por cinco itens, extraídos de outros instrumentos de patologia alimentar já validados.

A resposta aos cinco itens é do tipo dicotómico – sim ou não; quanto mais elevada a pontuação, maior o grau de patologia alimentar.

Tem revelado boa validade e fidelidade em amostras de mulheres portuguesas da população geral [39], incluindo na gravidez e no pós-parto [40].

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

Esta versão com sete itens, organizados em três fatores (Dieta Restritiva (DR); Sobrevalorização do Peso e Forma Corporais (SPFC); Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC)), tem revelado boa validade e fidelidade em amostras de mulheres portuguesas da população geral [41], incluindo na gravidez e no pós-parto [42].

É solicitado aos respondentes que indiquem em quantos dias nas últimas quatro semanas ou em que grau 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 [41].

#### **5.5. Escala de Preocupações com a Imagem Corporal (EPIC)**

Este questionário foi recentemente desenvolvido para a avaliação de preocupações com a imagem corporal durante a gravidez [19]. Depois de obtida autorização junto da autora da versão original, o instrumento foi traduzido por investigadores com experiência na área das PCA, da saúde mental perinatal e de psicometria. Foi também adaptada para poder ser administrada a mulheres no período pós-parto. É constituída por 23 itens a responder numa escala do tipo *Likert*, de concordância, com cinco opções, desde “Discordo muito” (1) a “Concordo muito” (5). Na sua versão original, fornece uma pontuação total e em quatro factores: *Avoidance and social concerns*, *Concerns about weight gain*, *Concerns about the future* e *Concerns about physical appearance*.

#### **5.6. Profile of Mood States (PoMS)**

Servimo-nos deste questionário composto por adjetivos para avaliar a dimensão

“Afeto Negativo” (AN) e “Afeto Positivo” (AP) [43].

## Participantes

Participaram neste estudo 346 mulheres, das quais 160 (46.2%) grávidas e 186 (53.8%) no pós-parto. A idade média foi de 31.68 anos com um desvio-padrão de 4.07, variando entre os 18 e os 42 anos. Das 221 mulheres que forneceram dados sociodemográficos, maioritariamente eram de nacionalidade portuguesa (85.0%), a residir em Portugal (98.63%), em meio urbano (77.81%), casadas ou em união de facto (85.5%), encontravam-se empregadas (46.7%) e tinham pelo menos o ensino secundário (14.0%) ou mais escolaridade (85.1%). De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (Prodata 2010), 60.60% das participantes pertenciam ao grupo 2 (“Especialistas das atividades intelectuais e científicas”) (*vide* Anexo III).

No momento da recolha dos dados, 75.15% das participantes consideraram-se saudáveis, sem qualquer doença diagnosticada pelo médico, enquanto 24.89% referiram uma situação de doença atual, sendo a patologia mais comum o hipotireoidismo. As restantes respostas abrangeram o foro respiratório, endocrinológico, reumatológico, hematológico e psíquico. Na maioria dos casos o diagnóstico foi estabelecido há mais de 5 anos. Relativamente ao passado, 83.29% referiram nunca ter sido diagnosticadas com nenhuma outra doença, enquanto 16.75% referiram um diagnóstico prévio de outras patologias que se distribuíram por asma, *burnout*, depressão e anorexia, sendo a maioria diagnosticadas há pelo menos cinco anos. 85 (38.5%) mencionaram história de perturbação psiquiátrica no passado.

Considerando as 160 mulheres grávidas, estas apresentaram uma idade gestacional média de 28.11 semanas com um desvio-padrão de 7.67, variando entre as 13 e as 40 semanas. 75% referiram ter planeado a gravidez. O IMC médio foi de 23.36 Kg/m<sup>2</sup> com um desvio-padrão de 4.14, valor mínimo de 16.00 e valor máximo de 36.00 Kg/m<sup>2</sup>.

Atendendo às 186 mulheres no pós-parto, 48.40% tiveram parto eutócico, 33.90% cesariana e 17.70% distócico. 70.40% referiram aleitamento materno exclusivo, 18.80% aleitamento artificial e 10.80% aleitamento misto. A idade média dos bebés foi de 4.37 meses com um desvio padrão de 2.87, variando entre 0 e 12 meses. 54 (29 %) reportaram complicações ou problemas de saúde após o parto. 18.6% (n=31) referiram que tiveram problemas médicos ligeiros e destas 2.70% não recorreram ao médico, 3.76% foram tratadas pelo médico de família e 9.14% dirigiram-se ao hospital; 8,6% (n=16) referiram que tiveram problemas médicos importantes, sendo que 4.30% foram tratadas em consulta de especialidade e 3.70% foram tratadas em internamento; 5.9 %



(n=11) referiram que tiveram problemas nervosos, das quais 5.38% foram tratadas em consulta por técnico de saúde mental.

**Tabela 1:** Características da amostra (N=346), subamostra da gravidez (N=160) e subamostra pós-parto (N=186).

	<b>Amostra total</b> N= 346 n 100 (%)	<b>Amostra Gravidez</b> N=160 n 46.2 (%)	<b>Amostra Pós-parto</b> N=186 n 53.8 (%)
<b>Estado Civil</b>			
Solteira/Nunca Casei	30 (13.6)	26 (16.2)	4 (6.7)
Casada/Vive com companheiro	189 (85.5)	133 (83.1)	56 (91.8)
Divorciada/Separada	2 (0.9)	1 (0.6)	1 (1.5)
Omisso	125	0	125
<b>Grau de Escolaridade</b>			
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 (19.8)
Licenciatura	90 (40.7)	67 (41.9)	21 (37.8)
Mestrado	87 (39.3)	64 (40.0)	23 (37.8)
Doutoramento	3 (1.4)	3 (1.9)	0
Outro (Curso Técnico)	3 (1.4)	3 (1.8)	0
Outro (Pós-Graduação)	5 (2.3)	2 (1.2)	3 (4.9)
Omisso	125	0	125
<b>Ocupação: situação atual</b>			
A trabalhar	103 (46.7)	73 (45.6)	30 (49.1)
Desempregada	16 (7.2)	14 (8.8)	2 (3.4)
De baixa/atestado	81 (36.6)	71 (44.4)	10 (16.5)
Outro (Licença)	18 (5.3)	0	18 (29.6)
Outro (Estudante)	3 (1.4)	2 (1.3)	1 (1.5)
Omisso	125	0	125
<b>Nº de Filhos</b>			
0 filhos	117 (66.1)	117 (73.1)	0
1 filho	51 (28.8)	35 (21.9)	16 (94.1)
≥2 filhos	9 (5.1)	8 (5.0)	1 (5.9)
Omisso	169	0	169

## **Análise Estatística**

Realizámos o tratamento estatístico com o programa *IBM SPSS Statistics*, versão 29 para Windows [44]. Iniciámos o tratamento de dados pela determinação das estatísticas descritivas (nomeadamente para a caracterização sociodemográfica), medidas de tendência central e de dispersão.

Uma vez que a amostra constituída atingiu um tamanho suficiente, com 15 participantes por cada item do questionário que precisávamos de estudar, dividimos a amostra aleatoriamente em duas subamostras A e B, de modo a efetuarmos a análise fatorial exploratória (AFE) e a análise fatorial confirmatória (AFC) com base em respostas de participantes diferentes. Realizámos a AFE com a subamostra A e a AFC com a subamostra B.

Para a AFE com os dados da subamostra A, utilizámos o SPSS [44], apoiado por análise paralela [45] através do Método de *Simulação de Monte Carlo* [46].

Para a extração dos fatores guiámo-nos também pelos Critério de Kaiser [47] e do *Scree test* de Cattell [48]. O primeiro determina que devemos excluir fatores com raízes latentes inferiores a um e o segundo, estabelece que o número ótimo de fatores é obtido, quando a variação da explicação entre fatores consecutivos passa a ser pequena (isto é, quando, através da observação do respetivo gráfico, deixa de haver declive ou quando há uma alteração brusca no declive) [49]. Seguindo a sugestão de Kline [49], consideramos que os “pesos” (*loadings*) com valores  $\geq .30$  estão associados com o fator.

Antes de prosseguirmos com a análise fatorial, realizámos o teste KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) e o teste de esfericidade de *Bartlett*, que são dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, de forma a sabermos se é plausível realizar a análise fatorial [50]. Para o podermos fazer com segurança, o primeiro deve aproximar-se de 1, sendo “bom” se for  $> .80$ ; o segundo deve levar a rejeitar a hipótese nula, o que também aconteceu com os nossos dados ( $p < .001$ ).

Para realizarmos a AFC com a subamostra B, usámos o *software* AMOS 29. Verificámos a violação da distribuição normal com os coeficientes de assimetria e curtose, havendo o ajustamento dos modelos sido feito a partir dos índices de modificação superiores a 11 [51], com  $p < 0.001$ . Para avaliarmos o ajustamento do modelo fatorial usamos os seguintes índices: Qui-quadrado por graus de liberdade ( $X^2/gl$ ), *Comparative Fit Index (CFI)*, *Goodness of Fit Index (GFI)*, *Tucker-Lewis Index (TLI)* e *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)* [52].

Analisámos a consistência interna através dos coeficientes  $\alpha$  de Cronbach. De forma a determinar a contribuição particular de cada item para a consistência interna da dimensão, determinámos os coeficientes  $\alpha$  de Cronbach excluindo os respetivos itens, para depois os compararmos com o  $\alpha$  global da dimensão. Para averiguarmos o poder discriminativo ou validade interna de cada item [53], os coeficientes de correlação foram analisados entre cada item e o total (excluindo o item).

Para as análises de correlação entre as pontuações totais e dimensionais das variáveis em análise utilizámos o coeficiente de correlação de *Pearson*. Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlações de *Pearson*, seguimos o critério de Cohen: até .20, baixa, aproximadamente .30, moderada, e superior ou igual a .50, elevada [54].

Foram ainda realizadas análises de regressão linear simples e múltipla (hierárquica). Nesta foram cumpridos os pressupostos exigidos, nomeadamente relativos ao tamanho da amostra, multicolinearidade (Tolerância, VIF e Durbin-Watson) e outliers.

## RESULTADOS

### 1. Estudo Psicométrico da Escala de Preocupações com a Imagem Corporal no Período Perinatal (EPIC-PP) [19]

De seguida são apresentados os resultados relativos ao estudo psicométrico da EPIC-PP. Neste estudo analisámos conjuntamente as respostas da subamostra de mulheres grávidas e da subamostra de mulheres no pós-parto.

Para o estudo da estrutura dimensional e validade de construto realizámos a análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória.

Uma vez que a amostra constituída atingiu um tamanho suficiente, com cerca de 15 participantes por cada item da EPIC (23), dividimos a amostra total (de mulheres grávidas e no pós-parto) aleatoriamente em duas subamostras A e B, de modo a efetuarmos a análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC) com base em respostas de participantes diferentes. A AFE foi realizada com a subamostra A e a AFC com a subamostra B.

- Subamostra A constituída por 173 mulheres, sendo 46.8% (n=81) grávidas e 53.2% (n=92) no pós-parto, com idade média de 32.10 ( $\pm$  4.106) anos.
- Subamostra B constituída por 173 mulheres, sendo 45.7% (n=79) grávidas e 54.3% (n=94) no pós-parto, com idade média de 31.24 ( $\pm$  3.982) anos.

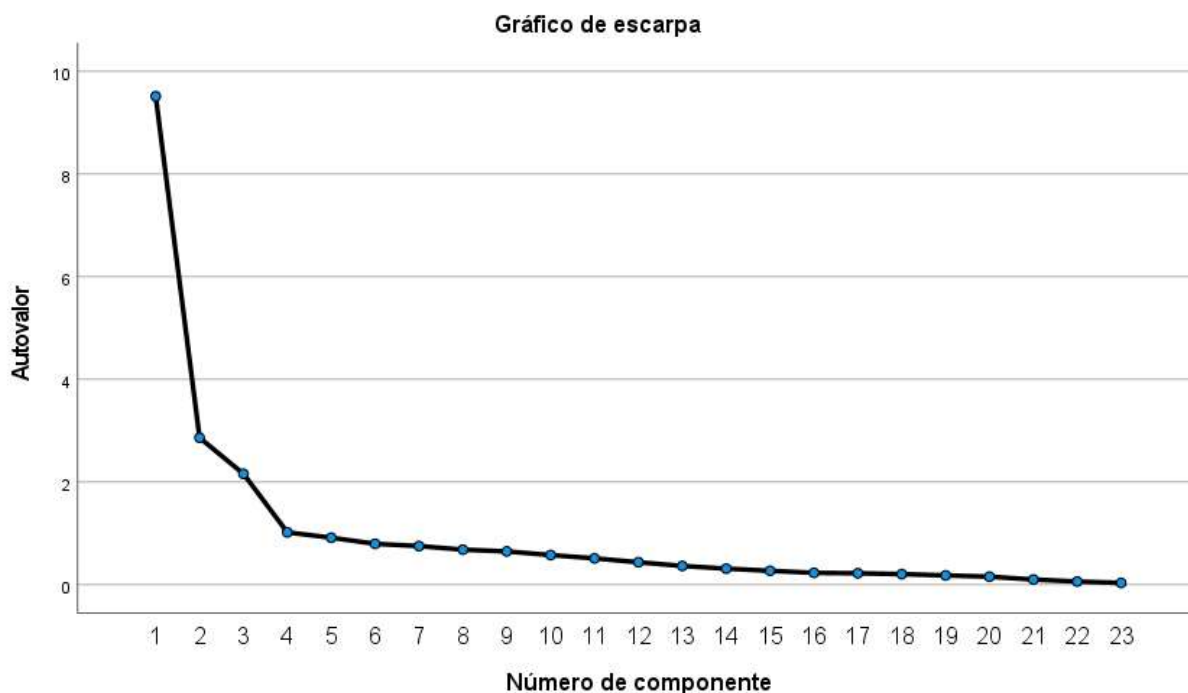
#### 1.1. Validade de Construto

##### 1.1.1. Análise Fatorial Exploratória – Subamostra A

O valor do teste de *KMO* foi de 0.891; o teste de *Bartlett*, levou a rejeitar a hipótese nula ( $p < .001$ ).

A primeira exploração da análise fatorial, efetuada sem qualquer rotação e sem definir o número de fatores (o único critério foi que fossem extraídos os componentes com raízes latentes superiores a um), resultou em quatro componentes com raízes latentes superiores a um, estrutura com uma variância explicada de 67.630%.

O gráfico correspondente ao *Scree plot* de *Catell* [48] apresenta-se em baixo (Figura 1).



**Figura 1.** Scree plot de Catell – EPIC

A análise paralela [45] através do Método de Simulação de Monte Carlo [46], indicou também a extração de quatro. A matriz fatorial apresenta-se na Tabela 2, com os itens ordenados por ordem decrescente de peso fatorial.

Os fatores 1, 2, 3 e 4 explicaram respetivamente 41.371%, 12.446%, 9.385% e 4.428% da variância da escala.

**Tabela 2:** Matriz fatorial e respetivos pesos dos itens na EPIC

	F1	F2	F3	F4
19. Estou preocupada com a possibilidade de não conseguir perder o peso que ganhei após o nascimento	<b>.894</b>	.087	.222	-.067
21. Estou preocupada com a aparência do meu corpo após o parto	<b>.835</b>	.122	.259	-.160
20. Preocupa-me que a alteração corporal que tive durante a gravidez possa ser permanente	<b>.829</b>	.191	.255	-.124
17. Estou preocupada com a possibilidade de ganhar muito peso	<b>.819</b>	.097	.278	-.099
18. Sinto-me muito volumosa por causa do peso que ganhei	<b>.741</b>	.313	.155	.016
22. Preocupa-me que o meu conjugue não me ache atraente após o parto	<b>.517</b>	.063	.499	-.095
14. Tento esconder a minha barriga quando me tiram fotos	.200	<b>.864</b>	.248	-.013
3. Tento usar roupas que não mostrem a minha barriga	.158	<b>.859</b>	.130	.041
13. Tento esconder a minha barriga quando estou com outras pessoas	.198	<b>.837</b>	.315	-.011
4. Incomoda-me não poder usar as roupas de que gosto	.443	<b>.612</b>	.100	-.063
11. Fico chateada com a aparência do meu corpo quando estou nua	.348	<b>.591</b>	.548	-.114

15. Não fico chateada quando as pessoas olham para a minha barriga	.186	<b>-.561</b>	-.059	.061
12. Fico chateada com a minha aparência quando vejo o meu corpo ao espelho	.327	<b>.561</b>	.557	-.132
1. Sinto-me menos atraente por causa da minha gravidez	.310	<b>.547</b>	.357	-.023
2. Fico incomodada com os comentários das pessoas sobre a minha imagem corporal na gravidez	.383	<b>.431</b>	.292	.045
10. Não gosto de mim por causa do inchaço do meu corpo (mãos, rosto, pés, etc)	.300	.305	<b>.767</b>	-.031
9. Sinto-me como se o meu corpo não me pertencesse	.306	.286	<b>.713</b>	.016
23. Se eu pudesse pagar, consideraria uma cirurgia plástica após o parto, para ficar como eu era antes da gravidez	.439	.129	<b>.536</b>	-.171
16. Abstenho-me de atividades sociais por causa da mudança na minha aparência	.149	.372	<b>.528</b>	.099
8. Eu não ficaria preocupada em ter borbulhas ou manchas no meu corpo e rosto	-.038	.007	.013	<b>.900</b>
5. Eu não ficaria preocupada em ter marcas de nascença no meu rosto	.038	-.011	-.112	<b>.838</b>
6. Eu não ficaria preocupada em ter estrias na barriga devido à gravidez	-.143	.096	-.133	<b>.800</b>
7. Eu não ficaria preocupada com o aumento de pelos no corpo e na barriga	-.222	-.218	.157	<b>.681</b>
Método de Extração: análise de Componente Principal. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. <sup>a</sup>				
a. Rotação convergida em 6 iterações.				

### 1.1.2. Análise Fatorial Confirmatória – Subamostra B

Nenhuma das variáveis apresentou valores de assimetria e curtose uni e multilateral. O primeiro modelo testado foi o modelo de quatro fatores obtido através da AFE. Neste modelo dois dos itens apresentavam cargas fatoriais, inferiores a 0.40 (itens 5. Eu não ficaria preocupada em ter marcas de nascença no meu rosto e 15. Não fico chateada quando as pessoas olham para a minha barriga) e índices de ajustamento “maus”, pelo que, seguindo a recomendação de Marôco [51] foram retirados. Assim, o segundo modelo fatorial testado, continha apenas 21 itens, distribuídos pelos quatro fatores.

Segundo a classificação estabelecida por Marôco (*vide* Anexo IV) [51] este modelo apresentou índices de ajustamento inaceitáveis:

$$X^2/df = 4.6877; CFI = .7791; TLI = .7466; GFI = .6793; RMSEA = .1464$$

Uma vez que o item 2. Fico incomodada com os comentários das pessoas sobre a minha imagem corporal na gravidez tem um conteúdo que considerámos integrar-se melhor no conjunto dos itens que se agregaram no F3, e que a carga fatorial que este

apresentou neste (.292) na AFE foi aproximada da que apresentou no F2 (.431), testámos de seguida um modelo com este item no fator 3.

Os índices de ajustamento deste modelo melhoraram em relação ao anterior, apesar de continuarem inaceitáveis:

$$X^2/df = 4.5304; CFI = .7886; TLI = .7574; GFI = .6926; RMSEA = .1433$$

Efetúamos depois a identificação dos índices de modificação, tendo verificado que onze pares de itens apresentavam valores superiores a 11 [51], pelo que os correlacionámos, tal como se pode observar na Figura 2.

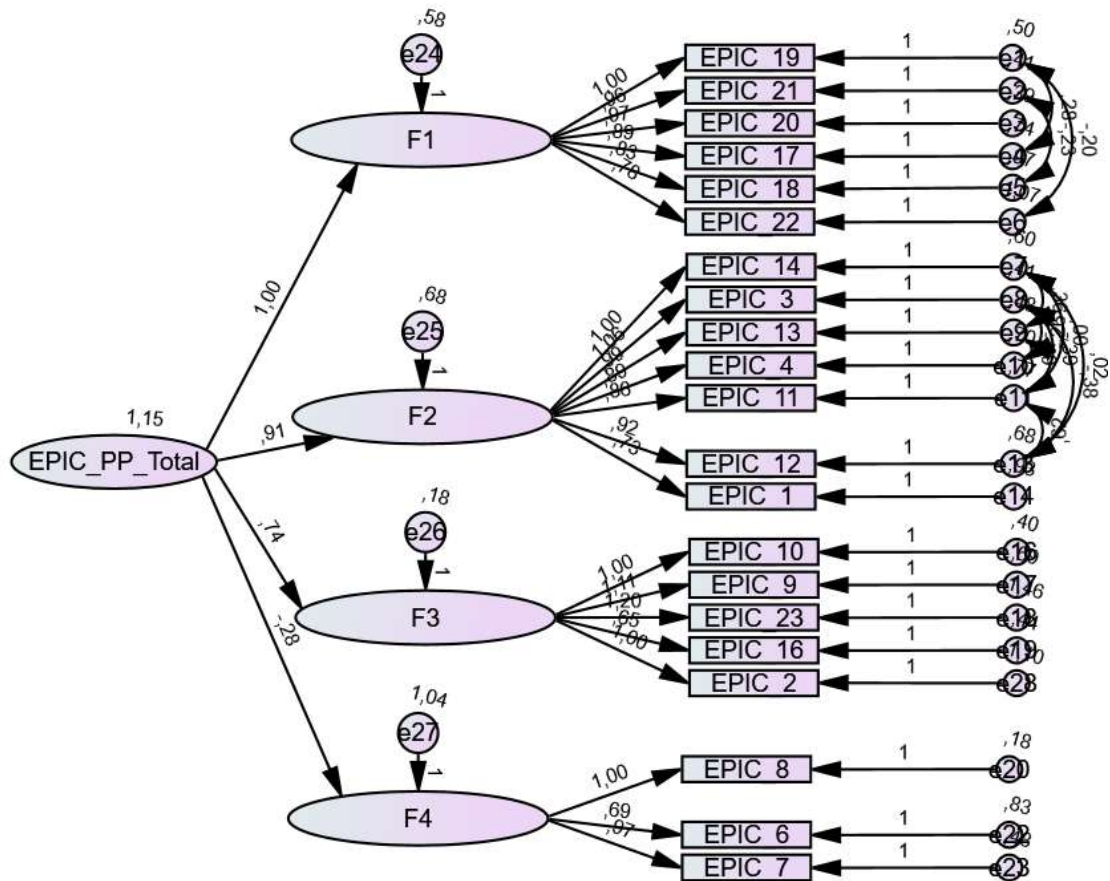
Após a correlação dos erros, os índices de ajustamento melhoraram substancialmente, alcançando todos um nível “aceitável” a “muito bom”:

$$X^2/df = 2.4374; CFI = .9191; TLI = .9012; GFI = .8150; RMSEA = .0914$$

Por fim, testámos o ajustamento do modelo de segunda ordem (Figura 2), o qual resultou também em índices de ajustamento “aceitáveis” a “muito bons”:

$$X^2/df = 2.4141; CFI = .9195; TLI = .9028; GFI = .8181; RMSEA = .0907$$

O modelo fatorial de segunda ordem para a EPIC-PP encontra-se representado na figura 2.



**Figura 2:** Modelo fatorial de segunda ordem, com 11 pares de erros correlacionados – EPIC-PP

Considerando os itens que apresentam o seu peso máximo no fator em causa e as designações atribuídas aos fatores da versão original, denominámos os quatro fatores da presente versão, como se segue:

- F1: **Preocupação com o peso e com a imagem no futuro** ( $\alpha=.922$ , 6 itens);
- F2: **Preocupação com a nova imagem corporal** ( $\alpha=.930$ , 7 itens);
- F3: **Evitamento e preocupação sociais** ( $\alpha=.809$ , 5 itens);
- F4: **Preocupação com a aparência** ( $\alpha=.807$ , 3 itens);

### 1.2. Análise descritiva e consistência interna da EPIC-PP (amostra total)

A tabela 3 apresenta, para cada item, as pontuações médias e desvio-padrão, bem como os  $\alpha$  de *Cronbach* da escala excluindo cada item e o coeficiente de correlação item-total corrigido.



**Tabela 3.** Média e Desvio-Padrão de cada item, Coeficientes  $\alpha$  de *Cronbach* excluindo o item e correlações item-total corrigido (N=346)

EPIC-PP	Item	M	DP	$\alpha$ se item excluído da dimensão	Correlação item-total dimensional corrigido	$\alpha$ se item excluído do total	Correlação item-total corrigido
<b>F1.</b> <b>Preocupação com o peso e com a imagem no futuro</b> ( $\alpha=.922$ )	17. Possibilidade de ganhar muito peso	2.92	1.473	.903	.814	.932	.678
	18. Sinto-me volumosa	2.82	1.485	.919	.695	.932	.680
	19. Possibilidade de não conseguir perder o peso	2.95	1.494	.896	.868	.931	.701
	20. Alteração corporal durante a gravidez possa ser permanente	3.10	1.440	.898	.855	.930	.771
	21. Aparência do meu corpo após o parto	3.23	1.397	.901	.831	.930	.743
	22. Cônjuge não me ache atraente após o parto	2.92	1.459	.930	.614	.933	.612
<b>F2.</b> <b>Preocupação com a nova imagem corporal</b> ( $\alpha=.930$ )	1. Menos atraente por causa da gravidez	3.08	1.342	.928	.670	.932	.647
	3. Tento usar roupas que não mostrem a barriga	2.66	1.472	.919	.772	.933	.601
	4. Incomoda-me não poder usar as roupas de que gosto	2.92	1.404	.928	.678	.931	.684
	11. Chateada com a aparência do meu corpo nu	2.45	1.399	.917	.793	.929	.798
	12. Chateada quando vejo o meu corpo ao espelho	2.45	1.408	.917	.797	.929	.800
	13. Esconder a barriga quando estou com pessoas	2.28	1.414	.910	.859	.931	.699
	14. Esconder a barriga quando tiram fotos	2.31	1.434	.911	.857	.931	.685
<b>F3.</b> <b>Evitamento e preocupação sociais</b> ( $\alpha=.809$ )	2. Incomodada com comentários sobre a minha imagem na gravidez	2.58	1.373	.795	.532	.933	.571
	9. Sinto-me como se o corpo não me pertencesse	2.05	1.286	.741	.693	.932	.633
	10. Não gosto de mim por causa do inchaço do corpo	1.75	1.078	.737	.736	.932	.673
	16. Abstenho-me de atividades sociais por causa da aparência	1.47	0.865	.790	.561	.935	.497
	23. Se pudesse, consideraria uma cirurgia plástica após o parto	2.48	1.517	.796	.553	.933	.615
	6. Estrias na barriga	3.64	1.206	.811	.583	.938	.262

<b>F4. Preocupação com a aparência</b> ( $\alpha=.807$ )	devido a gravidez						
	7. Aumento de pelos no corpo e barriga	3.56	1.217	.764	.629	.937	.327
	8. Borbulhas ou manchas no corpo e rosto	3.70	1.143	.626	.763	.938	.235
<b>Legenda:</b> EPIC-PP- Escala de Preocupações com a Imagem Corporal no período perinatal; M-Média; DP- Desvio-padrão; $\alpha$ - Coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i>							

### 1.3. Fidelidade

O coeficiente  $\alpha$  de consistência interna da EPIC-PP foi de .936, o qual pode ser considerado “muito bom” [49].

O poder discriminativo ou validade interna dos itens, dado pelas correlações entre cada item e o total corrigido (excluindo o item), assim como os coeficientes  $\alpha$  excluindo cada item, indicam-se na tabela 3.

Esta mostra que todos os itens têm uma boa validade interna, pois correlacionam-se acima de .20 com o total e com a sua dimensão, com coeficientes que variam de .235 (item 8. Eu não ficaria preocupada em ter borbulhas ou manchas no meu corpo e rosto) a .800 (item 12. Fico chateada com a minha aparência quando vejo o meu corpo ao espelho). Assim, apesar de nem todos os itens cumprirem o critério mais exigente, com coeficientes  $>.40$ , todos apresentam correlações  $>.20$  com o total corrigido, sendo a maioria de magnitude elevada.

Todos os itens contribuem para a consistência interna pois, se retirados fariam diminuir o  $\alpha$  global e dimensional, à exceção dos itens 6,7 e 8 que, se retirados, fariam aumentar o  $\alpha$  global (de .936 para .938, .937 e .938, respectivamente).

## 2. Estudo Correlacional

### 2.1. Correlações entre psicopatologia alimentar e afetiva

Nas tabelas 4,5 e 6 apresentamos os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis relacionadas com as preocupações com a imagem corporal, a psicopatologia do comportamento alimentar e afetiva (sintomatologia depressiva, ansiosa e estados de humor) no período perinatal.

**Tabela 4:** Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis da EPIC, EDE-Q-7, SDE, ERDP, ERAP e PoMS – Gravidez (n=160)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 EPIC_Total	1																	
2 EPIC_PPIF	.874**	1																
3 EPIC_PNIC	.876**	.612**	1															
4 EPIC_EPS	.882**	.681**	.791**	1														
5 EPIC_PA	.488**	.339**	.272**	.269**	1													
6 EDE-Q7_Total	.626**	.663**	.453**	.557**	.230**	1												
7 EDE-Q7_DR	.343**	.375**	.247**	.325**	NS	.455**	1											
8 EDE-Q7_SPFC	.663**	.678**	.502**	.573**	.277**	.659**	.401**	1										
9 EDE-Q7_IIC	.496**	.529**	.353**	.441**	.186*	.936**	.169*	.423**	1									
10 SDE	.705**	.663**	.586**	.636**	.283**	.703**	.393**	.709**	.565**	1								
11 ERDP-7	.524**	.405**	.505**	.496**	.230**	.419**	.323**	.370**	.328**	.500**	1							
12 ERAP_Total	.445**	.323**	.450**	.437**	.182*	.379**	NS	.295**	.347**	.432**	.734**	1						
13 ERAP_PEME	.400**	.308**	.379**	.378**	.196*	.369**	NS	-.277**	.365**	.358**	.598**	.881**	1					
14 ERAP_PCT	.340**	.243**	.370**	.353**	NS	.307**	NS	.203**	.285**	.314**	.573**	.846**	.702**	1				
15 ERAP_AS	.411**	.302**	.422**	.425**	NS	.361**	.218**	.265**	.315**	.498**	.625**	.787**	.522**	.566**	1			
16 ERAP_AAA	.379**	.255**	.391**	-.361**	.200*	.274**	NS	.255**	.229**	.340**	.724**	.724**	.708**	.741**	.701**	1		
17 PoMS_NA	.439**	.336**	.438**	.449**	NS	.319**	.189*	.311**	.257**	.373**	.737**	.763**	.669**	.557**	.605**	.753**	1	
18 PoMS_AP	-.398**	-.245**	-.439**	-.454**	NS	-.212**	-.185**	-.184*	-.162*	-.198*	-.499**	-.491**	-.423**	-.463**	-.381**	-.440**	-.482**	1

**Legenda:** EPIC: Escala de Preocupações com a Imagem Corporal; PPIF: Preocupação com o Peso e com a Imagem no Futuro; PNIC: Preocupação com a Nova Imagem Corporal; EPS: Evitamento e Preocupação Sociais; PA: Preocupação com a Aparência; EDE-Q7: *Eating Disorder Examination – Questionnaire* DR: Dieta Restritiva; SPFC: Sobrealimentação do Peso e da Forma Corporal; IIC: Insatisfação com a Imagem Corporal; SDE: *Screen for Disordered Eating*; ERDP: Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal; ERAP: Escala de Rastreamento de Ansiedade Perinatal; PEME: Preocupação Excessiva e Medo Excessivo; PCT: Perfeccionismo, Controlo e Trauma; AS: Ansiedade Social; AAA: Ansiedade Aguda e Ajustamento; PoMS: *Profile of Mood States*; NA: Afeto negativo; AP: Afeto positivo  
 \*\*p<.01; \*p<.05; NS: Não significativo

**Tabela 5:** Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis da EPIC, EDE-Q-7, SDE, ERDP, ERAP e PoMS – Pós-Parto (n=186)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 EPIC_Total	1																	
2 EPIC_PPIF	.926**	1																
3 EPIC_PNIC	.940**	.812**	1															
4 EPIC_EPS	.826**	.694**	.737**	1														
5 EPIC_PA	.307**	.192**	.179*	NS	1													
6 EDE-Q7_Total	.515**	.488**	.461**	.456**	NS	1												
7 EDE-Q7_DR	.354**	.258**	.412**	.290**	NS	.497**	1											
8 EDE-Q7_SPFC	.601**	.577**	.574**	.498**	NS	.564**	.410**	1										
9 EDE-Q7_IIC	.399**	.394**	.329**	.367**	NS	.957**	.284**	.353**	1									
10 SDE	.768**	.695**	.713**	.729**	.154*	.628**	.376**	.595**	.532**	1								
11 ERDP-7	.512**	.388**	.489**	.626**	NS	.282**	.159*	.290**	.236**	.470**	1							
12 ERAP_Total	.431**	.318**	.432**	.508**	NS	.287**	.259**	.309**	.216**	.482**	.639**	1						
13 ERAP_PEME	.361**	.271**	.375**	.402**	NS	.239**	.172*	.298**	.179*	.425**	.572**	.905**	1					
14 ERAP_PCT	.323**	.254**	.306**	.388**	NS	.177*	NS	.211**	NS	.362**	.444**	.822**	.713**	1				
15 ERAP_AS	.411**	.312**	.404**	.495**	NS	.294**	.347**	.279**	.212**	.465**	.536**	.840**	.650**	.610**	1			
16 ERAP_AAA	.400**	.275**	.404**	.487**	NS	.274**	.247**	.270**	.211**	.422**	.629**	.907**	.729**	.674**	.701**	1		
17 PoMS_NA	.431**	.308**	.424**	.552**	NS	.200**	.204**	.308**	NS	.462**	.734**	.597**	.510**	.433*	.462**	.632**	1	
18 PoMS_AP	-.405**	-.329**	-.354**	-.423**	-.172*	-.219**	-.157*	-.208**	-.180*	-.338**	-.530**	-.445**	-.357**	-.341**	-.330**	-.498**	-.445**	1

**Legenda:** EPIC: Escala de Preocupações com a Imagem Corporal; PPIF: Preocupação com o Peso e com a Imagem no Futuro; PNIC: Preocupação com a Nova Imagem Corporal; EPS: Evitamento e Preocupação Sociais; PA: Preocupação com a Aparência; EDE-Q7: *Eating Disorder Examination – Questionnaire* DR: Dieta Restritiva; SPFC: Sobrealimentação do Peso e da Forma Corporal; IIC: Insatisfação com a Imagem Corporal; SDE: *Screen for Disordered Eating*; ERDP: Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal; ERAP: Escala de Rastreamento de Ansiedade Perinatal; PEME: Preocupação Excessiva e Medo Excessivo; PCT: Perfeccionismo, Controlo e Trauma; AS: Ansiedade Social; AAA: Ansiedade Aguda e Ajustamento; PoMS: *Profile of Mood States*; NA: Afeto negativo; AP: Afeto positivo  
 \*\*p<.01; \*p<.05; NS: Não significativo

**Tabela 6:** Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis da EPIC, EDE-Q-7, SDE, ERDP, ERAP e PoMS – Perinatal (n=346)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 EPIC_Total	1																	
2 EPIC_PPIF	.866**	1																
3 EPIC_PNIC	.880**	.598**	1															
4 EPIC_EPS	.841**	.681**	.684**	1														
5 EPIC_PA	.392**	.250**	.220**	.145**	1													
6 EDE-Q7 Total	.566**	.533**	.463**	.494**	.185**	1												
7 EDE-Q7_DR	.363**	.287**	.368**	.305**	NS	.483**	1											
8 EDE-Q7 SPFC	.634**	.596**	.540**	.529**	.191**	.607**	.417**	1										
9 EDE-Q7_IIC	.441**	.430**	.339**	.394**	.157**	.949**	.245**	.385**	1									
10 SDE	.750**	.638**	.671**	.678**	.218*	.663**	.399**	.650**	.547**	1								
11 ERDP-7	.517**	.386**	.462**	.567**	.129*	.340**	.238**	.329**	.274**	.481**	1							
12 ERAP_Total	.441**	.308**	.421**	.475**	NS	.329**	.216**	.308**	.271**	.463**	.684**	1						
13 ERAP_PEME	.377**	.282**	.348**	.390**	NS	.294**	.121*	.289**	.256**	.392**	.585**	.893**	1					
14 ERAP_PCT	.336**	.236**	.328**	.371**	NS	.238**	.145**	.215**	.201**	.346**	.507**	.834**	.707**	1				
15 ERAP_AS	.420**	.291**	.410**	.463**	NS	.329**	.299**	.282**	.258**	.487**	.577**	.817**	.589**	.591**	1			
16 ERAP_AAA	.393**	.257**	.379**	.429**	.118*	.277**	.204**	.268**	.221**	.388**	.674**	.913**	.719**	.707**	.702**	1		
17 PoMS_NA	.438**	.309**	.413**	.505**	NS	.254**	.205**	.315**	.181**	.428**	.736**	.674**	.584**	.494**	.528**	.688**	1	
18 PoMS_AP	-.412**	-.272**	-.396**	-.436**	-.138**	-.227**	-.184**	-.209**	-.179**	-.293**	-.517**	-.470**	-.389**	-.405**	-.360**	-.473**	-.465**	1

**Legenda:** EPIC: Escala de Preocupações com a Imagem Corporal; PPIF: Preocupação com o Peso e com a Imagem no Futuro; PNIC: Preocupação com a Nova Imagem Corporal; EPS: Evitamento e Preocupação Sociais; PA: Preocupação com a Aparência; EDE-Q7: *Eating Disorder Examination – Questionnaire* DR: Dieta Restritiva; SPFC: Sobrealimentação do Peso e da Forma Corporal; IIC: Insatisfação com a Imagem Corporal; SDE: *Screen for Disordered Eating*; ERDP: Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal; ERAP: Escala de Rastreamento de Ansiedade Perinatal; PEME: Preocupação Excessiva e Medo Excessivo; PCT: Perfeccionismo, Controle e Trauma; AS: Ansiedade Social; AAA: Ansiedade Aguda e Ajustamento; PoMS: *Profile of Mood States*; NA: Afeto negativo; AP: Afeto positivo  
\*\*p<.01; \*p<.05; NS: Não significativo

Nas tabelas 4,5 e 6 verificamos que, na gravidez, no pós-parto e no período perinatal (amostra total) e de um modo geral, a EPIC apresentou correlações positivas, significativas e de magnitude moderada a elevada com a EDE-Q7, a ERDP-7, a ERAP e respectivas dimensões. Com a SDE, os coeficientes foram positivos, significativos e de magnitude elevada. Além disso, verificámos que a EPIC se correlacionou positivamente, de forma moderada a elevada com a dimensão PoMS\_ NA e negativamente, de forma moderada, com a dimensão PoMS\_AP. Por fim, importa referir que em todas as correlações com as escalas anteriormente referidas, a dimensão EPIC\_PA constituiu uma exceção, por apresentar correlações não significativas ou coeficientes cuja magnitude variou entre baixa a moderada.

Na generalidade, a EDE-Q7 estabeleceu correlações significativas, baixas a moderadas com a ERDP-7, a ERAP e a PoMS. A SDE correlacionou-se significativamente e com magnitude moderada a elevada com a ERDP-7 e a ERAP e baixa a moderada com a PoMS.

Tanto a EDE-Q7 como a SDE se relacionaram positivamente com a dimensão PoMS\_ NA e negativamente com a dimensão PoMS\_AP.

## 2.2. Análises de regressão

Uma vez que o padrão de correlações entre as variáveis foi semelhante tanto na gravidez como no pós-parto e também considerando todo o período perinatal, procedemos às análises de regressão apenas considerando a amostra total.

Começámos por modelos de regressão linear simples para averiguar se as preocupações com a imagem corporal no período perinatal (Variável independente (VI)) explicavam a variância da psicopatologia alimentar e da sintomatologia depressiva, ansiosa e dos estados afetivos (Variáveis dependentes (VD)) (Tabela 7).

**Tabela 7.** Estatísticas dos modelos de regressão linear das preocupações com a imagem corporal no período perinatal (EPIC\_Total) nas pontuações totais da EDE-Q7, SDE, ERDP-7, ERAP e PoMS.

	VIs: EPIC_Total		
	R <sup>2</sup> ajustado	Z	β, p
EDE-Q7_Total	31.8%	162.100	β = .566 p<.001
SDE	56.1%	442.252	β =.750 p<.001
ERDP-7	26.5%	125.330	β =.517 p<.001
ERAP	19.2%	82.965	β =.441 p<.001
PoMS_NA	19.0%	81.877	β =.438 p<.001
PoMS_AP	16.7%	70.126	β =-.412 p=.<.001

**Legenda:** EPIC: Escala de Preocupações com a Imagem Corporal; VIs: Variáveis independentes; EDE-Q7: *Eating Disorder Examination – Questionnaire*; SDE: *Screen for Disordered Eating*; ERDP: Escala de Rastreio da Depressão Perinatal; ERAP: Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal; PoMS: *Profile of Mood States*; NA: Afeto Negativo; AP: Afeto Positivo

Verificámos que as preocupações com a imagem corporal no período perinatal avaliadas pela EPIC, foram um preditor significativo do comportamento alimentar perturbado, avaliado quer com a EDE-Q7, quer com a SDE, bem como da sintomatologia depressiva (ERDP-7), ansiosa (ERAP) e do afeto negativo (PoMS\_NA).

Depois, recorremos a modelos de regressão linear múltipla para analisar o papel das preocupações com a imagem corporal e também dos sintomas de patologia alimentar nos níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa (Tabela 8 e 9). Num dos ensaios inserimos nos modelos de regressão a EPIC e a SDE e nos outros a EPIC e as três dimensões da EDEQ-7.

**Tabela 8.** Estatística dos modelos de regressão múltipla das Preocupações com a Imagem Corporal no período perinatal (EPIC\_Total) e dos sintomas de patologia alimentar (SDE) nas pontuações da ERDP-7 e da ERAP.

Variáveis independentes	VD: ERDP-7				VD: ERAP			
	R <sup>2</sup> <sub>ajustado</sub>	Z; P	β	P	R <sup>2</sup> <sub>ajustado</sub>	Z; p	β	p
EPIC_Total	.283	69.039 p<.001	.357	.000	.230	52.475 p<.001	.214	.003
SDE			.214	.002			.302	.000

**Legenda:** EPIC: Escala de Preocupações com a Imagem Corporal; SDE: *Screen for Disordered Eating*; ERDP-7: Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal; ERAP: Escala de Rastreamento da Ansiedade Perinatal

Obs.: Estatísticas de colinearidade: Tolerância=.438; VIF =2.286; Durbin-Watson=2.060;

O modelo explicou 28.3% da variância da sintomatologia depressiva perinatal (Z=69.039, p<.001), sendo que ambas as VIs foram preditores significativos: preocupações com a imagem corporal no período perinatal (EPIC\_Total) (β=.357; p<.001) e sintomas das PCA, avaliados pela SDE (β=.214; p=.002).

De modo semelhante, a variância da sintomatologia ansiosa explicada pelas VIs foi de 23.0% (Z=52.475, p<.001), sendo ambas as VIs preditores significativos: EPIC\_Total (β=.214; p=.003) e SDE (β=.302; p<.001).

**Tabela 9.** Estatísticas dos modelos de regressão múltipla das Preocupações com a Imagem Corporal (EPIC\_Total) e as três dimensões da EDEQ nas pontuações da ERDP-7 e da ERAP.

Variáveis independentes	VD: ERDP-7				VD: ERAP			
	R <sup>2</sup> <sub>ajustado</sub>	Z; P	β	p	R <sup>2</sup> <sub>ajustado</sub>	Z; p	β	P
EPIC_Total	.272	31.915 p<.001	.488	.000	.204	21.907 p<.001	.373	.000
EDE-Q7_DR			.058	.260			.052	.334
EDE-Q7_SCFC			-.025	.684			.017	.799
EDE-Q7_IIC			.054	.300			.088	.108

**Legenda:** EPIC: Escala de Preocupações com a Imagem Corporal; EDE-Q7: *Eating Disorder Examination – Questionnaire*; DR: Dieta Restritiva; SPFC: Sobrevalorização do Peso e da Forma Corporal; IIC: Insatisfação com a Imagem Corporal; ERDP-7: Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal; ERAP: Escala de Rastreamento da Ansiedade Perinatal

Obs.: Estatísticas de colinearidade: Tolerância máxima=.807; VIF mínimo=1.240; Durbin-Watson=1.909

O modelo composto pelas preocupações com a imagem corporal e as três dimensões da EDEQ (Dieta restritiva; Sobrevalorização do peso e forma; Insatisfação com a imagem corporal) explicou 27.2% da variância da sintomatologia depressiva perinatal, sendo que apenas as



preocupações foram um preditor significativo ( $\beta=.488$ ;  $p<.001$ ).

Estando bem estabelecido o papel do afeto negativo como correlato e fator de risco da depressão e da ansiedade perinatal [55], recorremos a modelos de regressão linear múltipla hierárquica para analisarmos se as variáveis relacionadas com a psicopatologia alimentar, primeiro as preocupações com a imagem corporal e, depois, os sintomas avaliados pelo SDE, continuavam a explicar uma percentagem significativa das VDs (sintomatologia depressiva e ansiosa), após controlar o efeito daquele estado de humor.

Verificamos que o afeto negativo explicou 54.0% ( $F(1;344)=406.119$ ;  $p<.001$ ) da variância da sintomatologia depressiva. Com a inserção das preocupações, o modelo passou a explicar 58.6%, ou seja, estas acrescentaram um incremento significativo de 4.7% na variância do modelo ( $F(1;343)=38.850$ ;  $p<.001$ ). Por fim, a introdução do SDE forneceu um incremento de 2%, mas não significativo. (Durbin-Watson= 2.018; Tolerância máxima=1.000; VIF mínimo=1.238).

## DISCUSSÃO

Apesar da fenomenologia das preocupações com a imagem corporal no período perinatal apresentar elevada prevalência, tem sido pouco investigada.

Este estudo teve como primeiro objetivo analisar as propriedades psicométricas da EPIC numa amostra de mulheres no período perinatal. Conhecida a sua matriz fatorial, e evidenciada a sua validade e consistência interna, foi possível avançar para o segundo objetivo. Este consistiu em analisar o papel das preocupações com a imagem corporal nos níveis de patologia alimentar e de todas estas variáveis relacionadas com o comportamento alimentar nos níveis de depressão e ansiedade no período perinatal, controlando o efeito do afeto negativo, que se sabe ser preditor de perturbação psicológica (ansiedade e depressão) perinatal [56] e de comportamento alimentar perturbado em mulheres de diversas idades [56,57].

A EPIC inicial de 23 itens foi reduzida para 21, uma vez que se seguiu a recomendação de Marôco [51] e se eliminaram os itens que apresentavam cargas fatoriais inferiores a .40. Após a remoção desses 2 itens, da agregação do item 2 no componente 3 e da correlação de 11 pares de erros, os índices de ajustamento melhoraram substancialmente, alcançando todos um nível “aceitável” a “muito bom”, revelando assim boa validade de construto. Aquele item (2. “Fico incomodada com os comentários das outras pessoas sobre a minha imagem corporal”) não apenas apresentava correlações com superiores a .30 com os dois fatores, como foi considerado, devido ao seu conteúdo, mais aproximado do F3, cujos itens remetiam para evitamento e preocupação sociais. Quanto à sua fidelidade, a avaliação da consistência interna demonstrou um coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach* de .936 (muito bom), sendo que todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional, à exceção dos itens 6,7 e 8 que, se retirados, fariam aumentar o alfa global.

É importante notar que a versão portuguesa da escala EPIC-PP pode aplicar-se tanto na gravidez como no pós-parto, pois, na sequência da adaptação dos seus itens para poderem ser respondidos também por mulheres no pós-parto, o seu estudo psicométrico foi realizado com dados de ambas as amostras, ou seja, incluindo mulheres grávidas e mulheres no pós-parto. Este contributo, original e inovador, representa uma importante mais-valia do presente estudo, já que vem permitir a sua aplicação a um espectro mais alargado de mulheres. Apesar deste aspeto, os resultados relativos aos parâmetros psicométricos foram muito semelhantes aos da escala original, sendo os valores de correlação interna da nossa escala superiores, na sua maioria.

Os profissionais de saúde poderão usar esta escala para despistar e abordar o tema das preocupações com a imagem corporal, muito relevante, já que estas se revelaram preditoras tanto da patologia alimentar como da patologia afetiva. Além disso, é um enorme contributo para a melhoria de futuros estudos sobre a imagem corporal em mulheres no período perinatal uma

vez que não havia, até ao momento, um instrumento que permitisse avaliar este processo cognitivo tão específico, mesmo considerando a investigação internacional. Assim, além de ser útil para a população portuguesa pode, inclusive, incentivar outros grupos, noutros países, a proceder à sua validação.

Está bem estabelecida a evidência de que o período perinatal aumenta o risco de início e agravamento de perturbação psicológica, designadamente ansiedade e depressão [58]. São vários os fatores de risco conhecidos, sendo os mais consistentes, nomeadamente em investigações realizadas em Portugal, o afeto negativo na gravidez, a falta de apoio do companheiro, os acontecimentos de vida stressantes no último ano e os traços negativos de personalidade como o neuroticismo e o perfeccionismo [30,31].

Igualmente pertinente é o facto de estudos relatarem que mulheres com PCA ativa ou passada, tendem a omitir a sua patologia aos profissionais de saúde. Tem sido sugerido que as razões implicadas podem ser: não terem sido questionadas por estes, sentirem desconforto/vergonha ou terem experienciado uma intervenção prévia percecionada como inadequada. As mulheres no período perinatal recorrem mais frequentemente aos serviços de saúde, pelo que este proporciona diversas oportunidades para abordar esta temática e, como tal, os profissionais de saúde devem estar alerta para esta patologia, de modo a conseguirem identificar e fornecer o devido apoio [59].

Este estudo evidenciou uma relação entre patologia alimentar e perturbação psicológica (ansiedade, depressão e afeto negativo) na gravidez, no pós-parto e no período perinatal, verificando-se que tanto a SDE como a EDE-Q7, escalas que permitem avaliar as síndromes alimentares, estabelecem correlações positivas, significativas e de magnitude moderada com a sintomatologia depressiva (ERDP-7) e ansiosa (ERAP). Estes resultados corroboram a literatura existente [13,16].

Através de uma análise de regressão linear, constatamos que as preocupações com: o peso e imagem corporal no futuro, a nova imagem corporal, a vida social e a aparência, são preditores de patologia do comportamento alimentar, avaliados pela EDE-Q7 e SDE, bem como de sintomatologia depressiva e ansiosa e de afeto negativo. A análise de regressão múltipla, que foi efetuada de seguida, mostrou ainda que, para além das preocupações previamente descritas, as perturbações do comportamento alimentar, são também preditores significativos da sintomatologia afetiva. Estes achados coadunam-se com a literatura previamente existente, na evidência de que a insatisfação com a imagem corporal representa um fator de risco para o desenvolvimento tanto de perturbações alimentares, como de depressão [60].

O afeto negativo, um conhecido correlato e fator de risco da depressão e ansiedade perinatal [20,30], explicou uma variância significativa da sintomatologia depressiva e ansiosa neste período. No entanto, as preocupações com a imagem corporal, mesmo após controlado o

efeito daquele preditor, mantêm-se um preditor significativo da sintomatologia depressiva.

Este estudo mostra que é importante avaliar sistematicamente as preocupações com a imagem corporal e a patologia do comportamento alimentar no período perinatal, pois estas para além de serem fontes de sofrimento por si só e de acarretarem consequências negativas para as mulheres e para os seus familiares [27] também são preditores de sintomatologia depressiva e ansiosa. O diagnóstico precoce destas patologias, apesar de necessário, é um constante desafio, para o qual a EPIC-PP, proposta neste estudo, pode ser uma importante ajuda.

Como limitações desta investigação, mencionamos o desenho transversal do estudo, já que este não permite estabelecer direção de causalidade.

Não obstante, este estudo psicométrico e correlacional além de constituir um incentivo à continuação da investigação sobre a imagem corporal em mulheres portuguesas no período perinatal, permite, em última instância, compreender melhor aquelas que são algumas das maiores fontes de sofrimento para as mulheres nesta fase e, em última instância, melhorar a sua deteção, prevenção e intervenção precoce.

Em estudos futuros seria importante incluir a análise de traços de personalidade comuns à patologia alimentar, depressiva e ansiosa, como é o caso do perfeccionismo [20–22]. Como a influência deste na perturbação psicológica é mediada por crenças disfuncionais relacionadas com a maternidade, pelo pensamento repetitivo negativo e pela auto-compaixão [61–63] seria igualmente pertinente incluir estas variáveis. Além disso, devem ser considerados estudos longitudinais e multicêntricos, utilizando entrevistas clínicas estruturadas, de modo a garantir a generalização dos resultados.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo teve como objetivo geral a validação de uma escala de preocupações com a imagem corporal num período mais alargado (perinatal) do que a sua validação inicial permitia (gravidez). Assim, analisaram-se as propriedades psicométricas da EPIC no período perinatal e ficou patente a sua validade e consistência interna.

A concretização deste objetivo permitiu alcançar outro, mais dirigido para a compreensão da relação entre preocupações com a imagem corporal, sintomas de PCA, sintomas depressivos e da ansiedade e afeto negativo. A evidência de que estão associadas alerta os profissionais de saúde para a necessidade da sua abordagem para o exercício de uma medicina preventiva.

## **AGRADECIMENTOS**

Desejo exprimir os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, percorreram comigo este caminho, tornando-o mais fácil e bonito.

À minha família, em especial aos meus pais, irmãs e avós por todo o carinho, apoio e suporte. Por acreditarem sempre em mim quando, até eu duvidava, e por me impulsionarem a ser mais e melhor.

Ao meu namorado, pelo permanente incentivo, pela paciência (muita), amizade e companheirismo.

Às minhas amigas, que nunca me deixam sozinha e aturam os meus dilemas constantes: Anita, Inês, Mariana, Naida e Rita. Obrigada por trazerem luz e diversão quando tudo parece escuro.

Às minhas orientadoras, Professora Ana Telma e Dra. Daniela Pereira, por partilharem este caminho comigo, pela constante transmissão de conhecimentos, apoio e encorajamento.

Às minhas duas estrelinhas, por me guiarem hoje e sempre. Isto é para vocês.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dukay-Szabó S, Simon D, Varga M, Koller O, Pataki Z, Rigó J, et al. The applicability of the Eating Disorder Inventory in pregnancy. *Eating and Weight Disorders*. 2022 Mar 1;27(2):629–37.
2. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020 Mar;395(10227):899–911.
3. van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry*. 2020 Nov;33(6):521–7.
4. Martini, M.G., Barona-Martinez, M. & Micali, N. Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. *Arch Womens Ment Health* 23, 449–467 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01019-x>.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
6. Bye A, Walker M, Mackintosh N, Sandall J, Easter A. Supporting women with eating disorders during pregnancy and the postnatal period. Available from: <https://helpfinder.beateatingdisorders.org.uk/>.
7. Makino, M., Yasushi, M. & Tsutsui, S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 323 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03006-7>.
8. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*. 2008 Apr;41(3):277–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20496>.
9. Glassman JN, et al. Menstrual dysfunction in bulimia. *Ann Clin Psychiatry*. 1991;3:161–5.
10. Tierney S, et al. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(10):1223–33.
11. Easter A, et al. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev*. 2013;21(4):340–4.
12. Cardwell MS. Eating disorders and pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2013; 68(4):312–23.
13. O’Loughlen E, Galligan R. Disordered eating in the postpartum period: Role of psychological distress, body dissatisfaction, dysfunctional maternal beliefs and self-compassion. *J Health Psychol*. 2022 Apr 1;27(5):1084–98.
14. Bannatyne AJ, McNeil E, Stapleton P, MacKenzie-Shalders K, Watt B. Disordered eating measures validated in pregnancy samples: a systematic review. *Eat Disord*. 2021;29(4):421–46.
15. Baskin R, Galligan R, Meyer D. Disordered eating from pregnancy to the postpartum period: The role of psychosocial and mental health factors. *Appetite*. 2021 Jan 1;156.

16. Pettersson CB, Zandian M, Clinton D (2016) Eating disorder symptoms pre-and postpartum. *Archives of Women's Mental Health* 19(4): 675–680.
17. Bergmeier H, Hill B, Haycraft E, Blewitt C, Lim S, Meyer C, et al. Maternal body dissatisfaction in pregnancy, postpartum and early parenting: An overlooked factor implicated in maternal and childhood obesity risk. *Appetite*. 2020 Apr 1;147:104525.
18. Silveira ML, Ertel KA, Dole N, Chasan-Taber L. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2015 Jun;18(3):409–21.
19. Uçar T, Güney E, Cesur B, Yurtsal ZB. The scale for body image concerns during pregnancy: Development and validation. *Perspect Psychiatr Care*. 2018 Jul;54(3):416-421. doi: 10.1111/ppc.12287. Epub 2018 May 3. PMID: 29723395.
20. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MCT, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*. 2006 Apr;39(3):202–11.
21. Easter A, Solmi F, Bye A, Tadorelli 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 Jan 1;23(1):19–27.
22. Bulik, C. M., Von Holle, A. N. N., Hamer, R., Berg, C. K., Torgersen, L., Magnus, P., ... & Reichborn-Kjennerud, T. E. D. (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.
23. Bye, A., Martini, M. G., & Micali, N. (2021). Eating disorders, pregnancy and the postnatal period: a review of the recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 563-568.
24. Baskin R, Galligan R. Disordered eating and the perinatal period: A systematic review and best evidence synthesis of mental health and psychosocial correlates. Vol. 27, *European Eating Disorders Review*. John Wiley and Sons Ltd; 2019. p. 462–80.
25. AT Pereira, C Marques, S Xavier, J azevedo, MJ Soares, E Bento, et al. Prevalence and incidence of postpartum Major Depression (DSM-5) in Portuguese women. In, *Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors and Outcomes*. Nova Science Publishers New York, USA. 2017;
26. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020 May;87(5):273–7.
27. Meltzer-Brody S, Zerwas S, Leserman J, Holle A von, Regis T, Bulik C. Eating disorders and trauma history in women with perinatal depression. *J Womens Health*. 2011 Jun 1;20(6):863–70.
28. Vanderkruik R, Ellison K, Kanamori M, Freeman MP, Cohen LS, Stice E. Body



- dissatisfaction and disordered eating in the perinatal period: an underrecognized high-risk timeframe and the opportunity to intervene. *Arch Womens Ment Health*. 2022 Aug 1;25(4):739–51.
29. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord*. 2011 Jun;131(1–3):150–7.
  30. Marques M, Pereira AT, Bos S, et al. Risk factors for postpartum depression: dimensional and categorical approach. In *Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors and Outcomes*. Nova Science Publishers. New York, USA, 2017.
  31. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016 Feb;191:62–77.
  32. Watson HJ, Zerwas S, Torgersen L, Gustavson K, Diemer EW, Knudsen GP, et al. Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian mother and child cohort study. *J Abnorm Psychol*. 2017 Jul 1;126(5):552–64.
  33. Larsen JT, Bulik CM, Thornton LM, Koch SV, Petersen L. Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders. *Psychol Med*. 2021 Apr 1;51(5):870–80.
  34. Jeličić, L., Veselinović, A., Ćirović, M., Jakovljević, V., Raičević, S., & Subotić, M. (2022). Maternal Distress during Pregnancy and the Postpartum Period: Underlying Mechanisms and Child’s Developmental Outcomes—A Narrative Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(22), 13932.
  35. Pereira AT, Pinto C, Azevedo J, Marques M, Xavier S, Soares MJ, Marques M, Macedo A. Validity and reliability of the perinatal Anxiety Screening Scale in a Portuguese sample of pregnant women. *European Psychiatry*, Volume 56, Supplement, S10, 2019.
  36. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia B, Soares MJ, Valente J, et al. Short forms of the postpartum depression screening scale: as accurate as the original form. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Feb;16(1):67–77. 28.
  37. Marques C, Xavier S, Azevedo J, Marques M, Soares MJ, Macedo A, et al. Confirmatory factor analysis of the postpartum depression screening scale-21 in a sample of Portuguese women. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2017 Apr 1.
  38. Maguen, S., Hebenstreit, C., Li, Y., Dinh, J. V., Donalson, R., Dalton, S., ... & Masheb, R. (2018). Screen for disordered eating: improving the accuracy of eating disorder screening in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 50, 20-25.
  39. Pereira, A.T., Brito, M.J., Duarte, R.V., Marques, C., Cabaços, C., Pereira, D., Macedo, A. (2022). The Portuguese version of the Screen for Disordered Eating: Validity and reliability in middle aged and older women. Poster apresentado no 51st EABCT Congress, Barcelona, 07 a 10 de setembro de 2022, online.
  40. Pereira A.T., Lima R., Pinto J., Pereira D., Barbosa B., Marques M., Araújo A., Macedo A. (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.
41. Pereira, A.T., Brito, M.J., Duarte, R.V., Cabaços, C., Marques, C., Pereira, D., Macedo, A. (2022). The Portuguese form (seven-items) Eating Disorder Examination-Questionnaire: Validity and reliability of a non-nested version in middle aged and older women. Poster apresentado no 51st EABCT Congress, Barcelona, 07 a 10 de setembro de 2022, online.
  42. Lima R., Macedo A., Pinto J., Pereira D., Barbosa B., Marques C., Pereria A.T. (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.
  43. Marques C, Pereira AT, Azevedo J, Xavier S, Soares MJ, Murta I, Marques M, & Macedo A (2017, março). O Perfil de Estados de Humor no período perinatal. Poster apresentado nas 1as Jornadas da Unidade de Psicologia Clínica do CHUC, Coimbra, Portugal.
  44. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0. Armonk, NY: IBM Corp. 2022.
  45. Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*. 1965 Jun;30(2):179–85.
  46. Patil VH, Singh SN, Mishra S, Todd Donovan D. Efficient theory development and factor retention criteria: Abandon the “eigenvalue greater than one” criterion. *J Bus Res*. 2008;61(2):162–70.
  47. Kaiser HF. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*. 1958 Sep;23(3):187–200.
  48. Cattell RB. The scree test for the number of factors. *Multivariate Behav Res*. 1966 Apr 1;1(2):245–76.
  49. Kline P. *Handbook of Psychological Testing*. 2nd ed. Psychology Press; 2000.
  50. Pestana MH, Gageiro JN. ANÁLISE DE DADOS PARA CIÊNCIAS SOCIAIS: A Complementaridade do SPSS 2 a EDIÇÃO. Sílabo E, editor. Lisboa: Edições Sílabo; 2003. 570 p.
  51. Marôco J. *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos. Software & Aplicações*. 2a ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2014.
  52. Acquah HD. On the comparison of akaike information criterion and consistent akaike 39 information criterion in selection of an asymmetric price relationship: Bootstrap simulation results. *Agris On-line Pap Econ Informatics*. 2013 Jan 31;5(1):3–9.
  53. Macedo AF de, Pereira AT, Madeira N. Fundamentos da psicometria. In: *Psicologia na medicina*. 1st ed. Lisboa: LIDEL; 2018. p. 151–78.
  54. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155–9.
  55. Telma Pereira, Vasco Nogueira, Mariana Marques, António Macedo (2019). *Psiquiatria*

- perinatal. In, *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar*. Firmino H, Santiago LM, Andrade J, Nogueira V (Coordenadores), pp 289-306. Lidel, Lisboa. .
56. Marques, C., Santos, T., Martins, M. J., Rodrigues, I., Pereira, A.T., & Macedo, A. (2019). Negative affect and eating psychopathology: the moderator effect of gender. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 879-885.
  57. Peixoto-Plácido, C., Soares, M. J., Pereira, A.T., & Macedo, A. (2015). Perfectionism and disordered eating in overweight woman. *Eating behaviors*, 18, 76-80.  
doi:10.1016/j.eatbeh.2015.03.009.
  58. Wenzel, A., Haugen, E. N., & Jackson, L. C. (2020). Perinatal anxiety and depression in Europe: An integrative review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(5), 449-467.
  59. 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 Childbirth*. 2018 May 2;18(1).
  60. Riquin E, Lamas C, Nicolas I, Dugre Lebigre C, Curt F, Cohen H, et al. A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *J Affect Disord*. 2019 Feb 15;245:340–7.
  61. Pereira AT, Araújo A, Xavier S, Azevedo J, Soares MJ, Marques M, Macedo A. A mãe (im)perfeita: perfeccionismo e perturbação psicológica no período perinatal. Comunicação apresentada a convite no no II Encontro Anual do Grupo de Língua Portuguesa da Sociedade Marcé para a Saúde Mental Perinatal; 11-13 Novembro, 2019; Guimarães.
  62. Pereira AT, Rodrigues S, Caiano P, Pereira D, Cabaços C, Araújo A, Xavier S, Azevedo J, Marques M, Soares MJ, Macedo A. O efeito protetor da auto-compaixão na sintomatologia ansiosa perinatal. Poster apresentado no XXXIII Encontro de Psiquiatria Conciliar/Ligação e Psicossomática. 5 e 6 de março de 2020.
  63. Marques C, Martins MJ, Marques M, Azevedo J, Bento E, Xavier S, Soares MJ, Macedo A, Pereira AT. (2017). Self-compassion and perinatal depression In, *Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors and Outcomes*. Gary Anderson (Ed). Nova Science Publishers. New York, USA. ISBN 978-1-53610-788-3.

## **ANEXOS**

- I- APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC
- II- CONSENTIMENTO INFORMADO E PROTOCOLO
- III- CLASSIFICAÇÃO PORTUGUESA DAS PROFISSÕES
- IV- VALORES DE REFERÊNCIA MARÔCO 2014
- V- ABSTRACT

## ANEXO I- APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC



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](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)

## ANEXO II- CONSENTIMENTO INFORMADO E PROTOCOLO



### 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 objectivo geral é melhorar a compreensão e detecção da patologia do comportamento alimentar na gravidez e no pós-parto (até aos seis 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 protecção dos direitos, segurança e bem-estar de todas as participantes incluídas e a garantir prova pública dessa protecção.

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 25 minutos.

Aproximadamente no sexto mês após o parto, voltaremos a solicitar-lhe o preenchimento de um questionário de auto-resposta. 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](mailto:apereira@fmed.uc.pt); [psicomed@fmed.uc.pt](mailto: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 actual?

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:

1º Ciclo (até ao quarto ano)

2º Ciclo (até ao sexto ano)

3º Ciclo (até ao nono ano)

Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro qual? \_\_\_\_\_

6. Qual é a sua profissão? \_\_\_\_\_

6.1. Situação actual perante o trabalho:

A trabalhar

Desempregado/a

Reformado/a

De baixa/atestado

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. Actualmente, 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:		
_____		

### ERAP

AO LONGO DO ÚLTIMO MÊS, com que frequência experienciou o seguinte?

Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência, em todas as questões.

	0 Nunca	1 Algumas vezes	2 Muitas vezes	3 Quase sempre
1. Preocupar-me com a gravidez/bebé	0	1	2	3
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	0	1	2	3
4. Preocupar-me com muitas coisas	0	1	2	3
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	0	1	2	3
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	0	1	2	3
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	0	1	2	3
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	0	1	2	3
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	0	1	2	3
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	0	1	2	3
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	0	1	2	3
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	0	1	2	3
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	0	1	2	3
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	0	1	2	3
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	0	1	2	3
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	0	1	2	3
27. Sentir que a ansiedade afecta a minha capacidade de fazer as coisas	0	1	2	3
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	0	1	2	3
29. Medo de perder o controlo	0	1	2	3
30. Sentir-me em pânico	0	1	2	3
31. Sentir-me agitada	0	1	2	3

PDSS-7

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mães podem ter ANTES e/ou DEPOIS DO NASCIMENTO do/a bebê. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada afirmação.

Ao completar o questionário coloque um círculo na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.



NAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS, EU...

1. senti-me um fracasso .....	1	2	3	4	5
2. senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).....	1	2	3	4	5
3. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.....	1	2	3	4	5
4. Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.....	1	2	3	4	5
5. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).....	1	2	3	4	5
6. tenho andado muito irritável.....	1	2	3	4	5
7. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.....	1	2	3	4	5

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 vômito?	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		Ligeiramente		Moderadamente		Extremamente
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

### EPIC-G

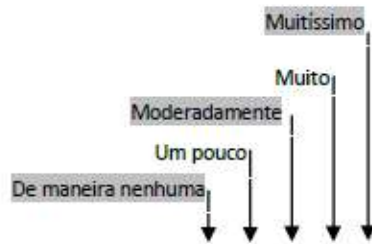
Durante a gravidez, o peso e as formas corporais da mulher podem alterar-se. As afirmações seguintes são sobre o modo como encara essas alterações. Para cada afirmação, selecione a opção que mais se aplica a si, utilizando a seguinte escala de resposta:

Discordo muito	Discordo	Indecisa	Concordo	Concordo muito
1	2	3	4	5

1. Sinto-me menos atraente por causa da minha gravidez					
2. Fico incomodada com os comentários das pessoas sobre minha imagem corporal na gravidez					
3. Tento usar roupas que não mostrem a minha barriga					
4. Incomoda-me não poder usar as roupas de que gosto					
5. Eu não ficaria preocupada em ter marcas de nascença no meu rosto					
6. Eu não ficaria preocupada em ter estrias na barriga devido à gravidez					
7. Eu não ficaria preocupada com o aumento de pelos no corpo e na barriga					
8. Eu não ficaria preocupada em ter borbulhas ou manchas no meu corpo e rosto					
9. Sinto-me como se meu corpo não me pertencesse					
10. Não gosto de mim por causa do inchaço no meu corpo (mãos, rosto, pés, etc.)					
11. Fico chateada com a aparência do meu corpo quando estou nua					
12. Fico chateada com minha aparência quando vejo meu corpo ao espelho					
13. Tento esconder a minha barriga quando estou com outras pessoas					
14. Tento esconder minha barriga quando me tiram fotos					
15. Não fico chateada quando as pessoas olham para minha barriga					
16. Abstenho-me de atividades sociais por causa da mudança na minha aparência					
17. Estou preocupada com a possibilidade de ganhar muito peso					
18. Sinto-me volumosa por causa do peso que ganhei					
19. Estou preocupada com a possibilidade de não conseguir perder o peso que ganhei após o nascimento					
20. Preocupa-me que a alteração corporal que tive durante a gravidez possa ser permanente					
21. Estou preocupada com a aparência do meu corpo após o parto					
22. Preocupa-me que meu cônjuge não me ache atraente após o parto					
23. Se eu pudesse pagar, consideraria uma cirurgia plástica após o parto, para ficar como eu era antes da gravidez					

### POMS-12

A seguir encontrará uma lista de palavras que descrevem sentimentos que as pessoas têm. À frente de cada palavra coloque um círculo (O) no algarismo que melhor descreve o como se sentiu durante o último mês.



5. Irritado(a)	0	1	2	3	4
6. Triste	0	1	2	3	4
3. Animado(a)	0	1	2	3	4
8. Enervado(a)	0	1	2	3	4
13. Descontraído(a)	0	1	2	3	4
16. Chateado(a)	0	1	2	3	4
17. Desanimado(a)	0	1	2	3	4
20. Alegre	0	1	2	3	4
22. Ansioso(a)	0	1	2	3	4
23. Pessimista	0	1	2	3	4
24. Desesperado(a)	0	1	2	3	4
31. Cheio(a) de vida	0	1	2	3	4



## PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NO PERÍODO PERINATAL PÓS-PARTO

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.

### 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 actual?

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:

1º Ciclo (até ao quarto ano)

2º Ciclo (até ao sexto ano)

3º Ciclo (até ao nono ano)

Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro qual? \_\_\_\_\_

6. Qual é a sua profissão? \_\_\_\_\_

6.1. Situação actual perante o trabalho:

A trabalhar

Desempregado/a

Reformado/a

7. Como caracteriza o seu local de residência:

Urbano

Rural

### 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 partp.  
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)

ERAP

AO LONGO DO ÚLTIMO MÊS, com que frequência experienciou o seguinte?

Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência, em todas as questões.

	0 Nunca	1 Algumas vezes	2 Muitas vezes	3 Quase sempre
1. Preocupar-me com a gravidez/bebé	0	1	2	3
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	0	1	2	3
4. Preocupar-me com muitas coisas	0	1	2	3
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	0	1	2	3
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	0	1	2	3
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	0	1	2	3
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	0	1	2	3
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	0	1	2	3
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	0	1	2	3
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	0	1	2	3
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	0	1	2	3
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	0	1	2	3
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	0	1	2	3
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	0	1	2	3
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	0	1	2	3
27. Sentir que a ansiedade afecta a minha capacidade de fazer as coisas	0	1	2	3
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	0	1	2	3
29. Medo de perder o controlo	0	1	2	3
30. Sentir-me em pânico	0	1	2	3
31. Sentir-me agitada	0	1	2	3

PDSS-7

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mães podem ter ANTES e/ou DEPOIS DO NASCIMENTO do/a bebê. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada afirmação.

Ao completar o questionário coloque um círculo na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.

					Concordo muito
					Concordo
					Não concordo nem
					Discordo
					Discordo muito
					↓ ↓ ↓ ↓ ↓
NAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS, EU...					
1. senti-me um fracasso .....	1	2	3	4	5
2. senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).....	1	2	3	4	5
3. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.....	1	2	3	4	5
4. Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.....	1	2	3	4	5
5. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).....	1	2	3	4	5
6. tenho andado muito irritável.....	1	2	3	4	5
7. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.....	1	2	3	4	5

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.

<b>Quantos dias nos últimos 28 dias...</b>	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

<b>Nos últimos 28 dias...</b>	Nada		Ligeiramente		Moderadamente		Extremamente
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



### EPIC-PP

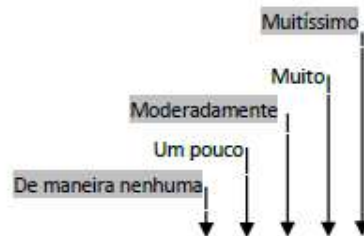
Na gravidez e no pós-parto, o peso e as formas corporais da mulher podem alterar-se. As afirmações seguintes são sobre o modo como tem encarado essas alterações. Para cada afirmação, seleccione a opção que mais se aplica a si, utilizando a seguinte escala de resposta:

Discordo muito	Discordo	Indecisa	Concordo	Concordo muito
1	2	3	4	5

1. Sinto-me menos atraente por causa do pós-parto					
2. Fico incomodada com os comentários das pessoas sobre minha imagem corporal no pós-parto					
3. Tento usar roupas que não mostrem a minha barriga e outras partes do corpo					
4. Incomoda-me não poder usar as roupas de que gosto					
5. Eu não ficaria preocupada em ter marcas de nascença no meu rosto					
6. Eu não ficaria preocupada em ter estrias na barriga devido à gravidez e pós-parto					
7. Eu não ficaria preocupada com o aumento de pelos no corpo e na barriga					
8. Eu não ficaria preocupada em ter borbulhas ou manchas no meu corpo e rosto					
9. Sinto-me como se meu corpo não me pertencesse					
10. Não gosto de mim por causa das alterações no meu corpo					
11. Fico chateada com a aparência do meu corpo quando estou nua					
12. Fico chateada com minha aparência quando vejo meu corpo ao espelho					
13. Tento esconder a minha barriga e outras partes do corpo quando estou com outras pessoas					
14. Tento esconder minha barriga e outras partes do corpo quando me tiram fotos					
15. Não fico chateada quando as pessoas olham para o meu corpo					
16. Abstenho-me de atividades sociais por causa da mudança na minha aparência					
17. Estou preocupada com a possibilidade de não conseguir perder peso					
18. Sinto-me volumosa por causa do peso que ganhei					
19. Estou preocupada com a possibilidade de não conseguir perder o peso que ganhei					
20. Preocupa-me que a alteração corporal que tive devido à gravidez e pós-parto possa ser permanente					
21. Estou preocupada com a aparência do meu corpo após o parto					
22. Preocupa-me que o meu cônjuge já não me ache atraente					
23. Se eu pudesse pagar, consideraria uma cirurgia plástica após o parto, para ficar como eu era antes da gravidez					

## POMS-12

A seguir encontrará uma lista de palavras que descrevem sentimentos que as pessoas têm. À frente de cada palavra coloque um círculo (O) no algarismo que melhor descreve o como se sentiu durante o último mês.



5. Irritado(a)	0	1	2	3	4
6. Triste	0	1	2	3	4
3. Animado(a)	0	1	2	3	4
8. Enervado(a)	0	1	2	3	4
13. Descontraído(a)	0	1	2	3	4
16. Chateado(a)	0	1	2	3	4
17. Desanimado(a)	0	1	2	3	4
20. Alegre	0	1	2	3	4
22. Ansioso(a)	0	1	2	3	4
23. Pessimista	0	1	2	3	4
24. Desesperado(a)	0	1	2	3	4
31. Cheio(a) de vida	0	1	2	3	4

**Obrigado pela sua colaboração!**

**ANEXO III- CLASSIFICAÇÃO PORTUGUESA DAS PROFISSÕES**

<b>Classificação Portuguesa das Profissões (Prodata, 2010)</b>	<b>N (%)</b>
1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	10 (4.5)
2 – Especialistas das atividades intelectuais e científicas	134 (60.6)
3 – Técnicos e profissões de nível intermédio	27 (12.2)
4 – Pessoal administrativo	6 (2.7)
5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	20 (9.0)
6 – agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	0
7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	2 (0.9)
8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3 (1.4)
9 – Trabalhadores não qualificados	9 (4.1)
10 - Estudantes	4 (1.8)
11 - Reformados	0
12 - Desempregados	6 (2.7)



**ANEXO IV- VALORES DE REFERÊNCIA MARÔCO 2014**

[51]

$X^2/gl$	RMSEA	CFI	TLI	GFI
> 5 mau	> 0.10 inaceitável		< 0.8 mau	
]2; 5] sofrível	]0.05; 0.10] aceitável		[0.8; 0.9[ sofrível	
]1; 2] bom	≤ 0.05 muito bom		[0.9; 0.95[ bom	
~1 muito bom			≥ 0.8 muito bom	
<p><b>Legenda:</b> <math>X^2/gl</math>: Qui-quadrado por graus de Liberdade; CFI: <i>Comparative Fit Index</i>; GFI: <i>Goodness of Fit Index</i>; TLI: <i>Tucker-Lewis Index</i>; RMSEA: <i>Root Mean Square Error of Approximation</i></p>				

## Scale for Body Image Concerns During the Perinatal Period – Adaptation and validation

Bruna Barbosa<sup>1</sup>, Daniela Pereira<sup>2,3</sup>, Rita Lima<sup>1</sup>, Joana Marques Pinto<sup>2,3</sup>, Cristiana Marques<sup>2,4</sup>, António Macedo<sup>2,4</sup>, Ana Telma Pereira<sup>2,4</sup>

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

**Introduction:** The perinatal period may intensify weight and body image concerns. Due to its specifics, the traditional body image scales are inaccurate in the perinatal period (Fuller-Tyszkiewicz et al. 2013). The Body Image Concerns During Pregnancy (Uçar et al. 2018) was developed to measure this cognitive-emotional variable in pregnancy.

**Aim:** To analyze the psychometric properties of the Portuguese adapted (both for pregnancy and postpartum) version of the Body Image Concerns during the Perinatal Period (BICPP), namely its construct validity and the internal consistency.

**Methods:** A sample of 346 women recruited through social media and Family Health Units, assessed in the second trimester of pregnancy (mean gestational age=28.11±7.67 weeks) and after delivery (baby's age 4.37±2.87 months), completed a survey including the Portuguese BICPP.

The total sample was randomly divided into two sub-samples: sample A (n=173) was used to perform an exploratory factor analysis/EFA; sample B (n=173) to perform a confirmatory factor analysis/CFA.

**Results:** EFA resulted in four components. CFA revealed that the second-order model with four factors presented good fit indexes ( $\chi^2/df=2.4141$ ; CFI=.9195; GFI=.948; TLI=.9028; GFI=.8181; RMSEA=.0807). BICPP Cronbach alphas was  $\alpha=.936$ ; for F1 Concern about future weight and image, F2 Concern with the new body image, F3 Social avoidance and concern and F4 Concern with appearance were .922, .930, .809, .807, respectively.

**Conclusion:** This psychometric study provides evidence for the validity and reliability of the Portuguese version of BIC-Perinatal Period, which will be used in an ongoing research project on the relationship between eating, depressive and anxiety disorders in the perinatal period.