



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

A ETIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO NOS HOMENS E AS SUAS ESPECIFICIDADES RELACIONADAS COM O GÉNERO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Inês Mendes de Vasconcelos Pinto Buinhas

Porto, julho de 2018



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

A ETIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO NOS HOMENS E AS SUAS ESPECIFICIDADES RELACIONADAS COM O GÉNERO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Inês Mendes de Vasconcelos Pinto Buinhas

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Bárbara César Machado

Porto, julho de 2018

Agradecimentos

À Professora Doutora Bárbara César Machado, minha orientadora. Tenho um grande carinho por si. Foi minha Professora, tutora, supervisora e orientadora neste percurso tão especial. De si, levarei as melhores lembranças. A sua boa disposição, o seu carinho, cuidado, preocupação e suporte. Agradeço a tranquilidade e calma que sempre me transmitiu e pela forma organizada e rigorosa com que trabalha. Por tentar que esta experiência fosse a mais positiva possível. Obrigada pela constante monitorização e por ser uma inspiração, enquanto Professora, Investigadora e Psicóloga. Por ser muitas vezes “um abrigo” nas alturas de maior desânimo. Agradeço do fundo do coração.

À Professora Doutora Isabel Brandão e à Doutora Patrícia Nunes, pela colaboração e pela ajuda na recolha de dados desta Dissertação. Agradeço o carinho, a disponibilidade e as aprendizagens.

A todos os participantes deste estudo, pela disponibilidade e interesse que demonstraram em colaborar nesta investigação, pelo tempo despendido e pelo compromisso.

Aos meus pais, pelo que foram, pelo que são e pelo que serão. Por me ouvirem a desabafar nos momentos difíceis, por me orientarem da melhor forma que conseguem, por me darem a mão, pelos melhores conselhos. Por não me deixarem desistir. Pela motivação, ajuda, carinho e amor constante, pelos melhores abraços e beijinhos do mundo. Por me deixarem fazer as minhas escolhas. Amo-vos, espero deixar-vos orgulhosos.

À Rita, a minha melhor amiga. Uma grande Mulher de quem me orgulho muito e a quem tento orgulhar todos os dias. Obrigada por todo o incentivo, pela motivação e pelas tuas palavras, nos bons e nos maus momentos. Obrigada por me fazeres ver que desistir não é uma opção e por acreditares em mim e nas minhas capacidades e competências, mesmo quando eu não acredito. Treze anos do teu lado!

À Carolina e à Patrícia, as minhas melhores amigas mais loucas. Pela preocupação, mas, acima de tudo, pelas piadas e bom humor que me transmitem. Por me fazerem ver que a distância não quer dizer nada, quando a amizade e amor de treze anos diz tudo.

À Filipa e à Mariana, as melhores da Faculdade. Este ano foi, sem dúvida, um teste à nossa amizade, mas que superamos exemplarmente. Passe o tempo que passar nada mudará. Obrigada pelo amor, pelo carinho, pelas gargalhadas, pelos jantares e momentos a três tão especiais. Obrigada por terem dado mais significado a estes cinco anos. Sem dúvida que vocês tornaram estes anos nos melhores da minha vida.

À Maria e à Filipa, as minhas parceiras de Clínica. Obrigada pela cumplicidade, pela fidelidade e pela amizade forte que nos une. Pelos momentos de partilha, de confiança e de palermice que só existem com vocês. Obrigada pelos vossos sorrisos, apoio e motivação, principalmente nestes dois anos. À Marta por estar presente mesmo estando a milhares de km.

À Marta, à Maria, ao Pedro, ao Filipe e à Leonor, pelos anos de companheirismo. Uns há mais anos do que outros, mas todos especiais. Pelo interesse e preocupação que demonstraram, pelas palavras reconfortantes nos momentos de medo e de dúvida. Por me prepararem da melhor forma. Pela amizade incondicional que existe entre nós. Pela ajuda, pelo amor e pelo apoio fundamental, sem os quais não teria sido tão fácil.

À Cristina, a minha pequenina, a minha maior surpresa. Surgiste no ano 2016 e ficarás para sempre, tenho a certeza disso. Obrigada pela tua escolha. Pelos jantares sempre deliciosos, pelo apoio e orgulho constante. Pela força que me transmites e pelo amor incondicional. Agradeço por te ter do meu lado.

À Joana Sá e à Marta Basto, pela ajuda e amizade, sem esperar nada em troca. Pelo apoio que me deram ao longo deste ano, pela preocupação em saber se tudo estava a correr bem. Obrigada não chega! Parte do meu sentimento de missão cumprida deve-se a vocês.

À Natália, a minha companheira deste ano. Por teres feito esta caminhada do meu lado! Por me teres dado a mão, sempre que precisei, por não me virares as costas em circunstância alguma. Pela partilha e pelos momentos de confidências, pelas gargalhadas que ajudavam a aguentar mais umas horas, quando o cansaço e o sono já eram muitos. Por te ter conhecido como ainda não conhecia. Obrigada por teres entrado na minha vida.

Ao meu ano, o meu querido ano de 2013, que levarei para sempre no meu coração. Os que estão lá sempre, os que ainda me surpreendem passados cinco anos. Por me terem proporcionado os melhores momentos, por rirem comigo, mas também por me limparem as lágrimas. Foram vocês, mais do que ninguém, que fizeram esta experiência valer a pena. Do vosso lado poderiam vir mais cinco anos! Sem dúvida que vocês todos tornaram estes anos nos melhores da minha vida. Vocês são a razão pela qual dizer adeus é tão difícil. A vocês, um grande OBRIGADA!

Ao Hugo. Foste uma das maiores surpresas deste percurso e desde o início que estás do meu lado, independentemente de tudo, sempre pronto a dar-me a mão ou a levantar-me quando preciso. Obrigada pela paciência, pelo apoio, pelo amor, pela ajuda, pelos momentos a dois, pela amizade e pelos conselhos. Pelas gargalhadas, pelas etapas que temos conquistado juntos. Pela pessoa incrível que és e por fazeres de mim a rapariga mais sortuda deste mundo. Obrigada é pouco, meu amor. Espero que estejas orgulhoso. “És dos meus sonhos”...

Índice

Agradecimentos.....	i
Índice.....	iii
Índice de Tabelas.....	v
Índice de Anexos.....	vi
Glossário.....	vii
Resumo.....	1
Abstract.....	2
1. INTRODUÇÃO.....	3
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
2.1. Caracterização Clínica das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	4
2.2. Idade de início das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	7
2.3. Prevalência das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	7
2.4. Taxa de mortalidade das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	8
2.5. Diferenças de género e impacto da puberdade nas Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	10
2.6. Etiopatologia das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	11
2.7. Prevenção e Intervenção nas Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	14
3. MÉTODO.....	16
3.1. Objetivo geral e objetivos específicos.....	16
3.2. Amostra.....	16
3.3. Instrumentos.....	17
3.3.1. “Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar” (<i>Eating Disorders Examination</i> / EDE, 14 ^a edição – Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001).....	17

3.3.2. “Entrevista de Fatores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar” (<i>Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule / RFED</i> ; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001).....	18
3.4. Procedimentos de Recolha de Dados.....	19
3.5. Procedimentos de Tratamento de Dados	19
4. RESULTADOS.....	21
4.1. Caracterização clínica e idade de início das Perturbações da Alimentação e da Ingestão nos homens.....	21
4.2. Análise dos Fatores de Risco associados ao desenvolvimento das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	21
4.2.1. Análise do Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal	22
4.2.2. Análise do Domínio II – Ambiental	22
4.2.3. Análise do Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas.....	25
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	28
6. BIBLIOGRAFIA.....	33
ANEXOS.....	39

Índice de Tabelas

Tabela 1. Teste do Qui-Quadrado relativo à associação significativa verificada no Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal.....	22
Tabela 2. Teste do Qui-Quadrado relativo às associações significativas verificadas no Domínio II – Ambiental.....	24
Tabela 3. Teste do Qui-Quadrado relativo às associações marginalmente significativas verificadas no Domínio II – Ambiental.....	25
Tabela 4. Teste do Qui-Quadrado relativo às associações significativas verificadas no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas.....	26
Tabela 5. Teste do Qui-Quadrado relativo às associações marginalmente significativas verificadas no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas.....	27

Índice de Anexos

Anexo I – Lista de variáveis excluídas por falta de variabilidade em cada Domínio.....	1
Anexo II – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas no Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal.....	3
Anexo III - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas no Domínio II – Ambiental.....	4
Anexo IV - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas.....	6
Anexo V - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas nos fatores precipitantes.....	7

Glossário

AN – Anorexia Nervosa

AN-P – Anorexia Nervosa do Tipo Purgativo

AN-R – Anorexia Nervosa do Tipo Restritivo

APA – *American Psychiatric Association*

BN – Bulimia Nervosa

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EDE – *Eating Disorder Examination*

FR – Fator de Risco

IAC – Ingestão Alimentar Compulsiva

IMC – Índice de Massa Corporal

PAI – Perturbações da Alimentação e da Ingestão

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

PIAC - Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva

RFED – *Risk Factors for Eating Disorders*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

Resumo

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) representam perturbações mentais graves com impacto na vida e no bem-estar do sujeito e que têm sido amplamente estudadas no sexo feminino; contudo, o mesmo não acontece com os homens, que continuam a ser negligenciados na investigação.

Objetivo: Contribuir para o conhecimento das PAI nos homens e elucidar acerca dos fatores de risco (FR) específicos que os vulnerabilizam.

Método: Participaram neste estudo 8 homens e 22 mulheres com diagnóstico atual de PAI. Foram-lhes administradas as entrevistas *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000) e *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990).

Resultados: Os FR identificados no desenvolvimento das PAI que mais se associaram ao sexo masculino foram ser fumador, a importância da boa forma e da aparência na família, a presença de comentários críticos sobre o peso/forma, o gozo associado ao peso/forma/alimentação por parte dos pais, a presença de doença crónica na família, a presença de doença crónica nos pais, a presença de doença prolongada nos pais, o excesso de peso na escola primária e as suas consequências negativas.

Palavras-chave: Perturbações da Alimentação e da Ingestão, homens, fatores de risco específicos, prevenção, intervenção.

Abstract

Eating Disorders (ED) are severe mental disorders with an impact on the subject's life and well-being. They have been extensively studied in females, but this is not the case for men, who continue to be neglected in research work.

Objective: To enhance the knowledge of ED in men and to elucidate on the specific risk factors (RF) that make them more vulnerable.

Method: 8 men and 22 women with a current diagnosis of ED participated in this study. The Eating Disorders Examination (Fairburn & Cooper, 2000) and the Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule (Fairburn & Welch, 1990) were administrated to each one.

Results: The RF identified in the development of ED that were most associated to men were smoking, the importance of fitness and appearance in the family, the presence of critical comments on weight/shape, peers' teasing associated to weight/shape/feeding, the presence of chronic disease in the family, parents having this disease, parents having extensive disease, being overweight in primary school and its negative consequences.

Key words: Eating Disorders, men, specific risk factors, prevention, intervention.

1. INTRODUÇÃO

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) são consideradas perturbações mentais graves que põem em risco a saúde e o bem-estar do sujeito, tendo impacto em todo o seu funcionamento (APA, 2014). Estas correspondem a uma perturbação persistente na alimentação/ingestão, resultando em mudanças no padrão de consumo ou de absorção dos alimentos e dando origem a défices na saúde física e na funcionalidade psicossocial (APA, 2014). Alguns autores defendem que as PAI são uma das principais causas de incapacidade (Machado et al., 2016), revelando taxas de mortalidade consideráveis (Smink et al., 2012).

O estudo das PAI tem-se centrado no sexo feminino, dando menor atenção aos homens, originando pouca informação sobre o seu funcionamento nesta população (Coelho et al., 2015). O presente trabalho revela-se, assim, pertinente e atual, sendo necessária mais informação para a plena compreensão destas perturbações. As PAI parecem ser mais prevalentes nos homens do que se pensava. Segundo Darcy e Arnow (2015), 25%-30% de todos os casos de PAI dizem respeito a indivíduos do sexo masculino. Sweeting e colaboradores (2015) referem que 10%-25% dos homens no Reino Unido apresenta uma PAI.

Perante a gravidade das PAI, complicações subseqüentes e a presença em ambos os sexos, torna-se essencial explorar detalhadamente esta problemática, particularmente a sua etiologia e os fatores de risco (FR) associados. Estas patologias não são despoletadas por um fator isolado, revelando antes uma multifatorialidade (origem genética e contextual/ambiental) (Pike et al., 2009). Apesar de se conhecerem múltiplos FR nas mulheres, a informação é escassa ou inconsistente nos homens.

Tem-se verificado que a homossexualidade, baixos níveis de testosterona, determinadas profissões, progenitores obesos, conflitos no trabalho ou no casamento podem ser alguns dos FR que predisõem os homens para o desenvolvimento das PAI (Carlat et al., 1997; Goter & Ferraro, 2011; Andersen, 1999). Assim, o principal objetivo do presente estudo consiste em contribuir para o conhecimento das PAI nos homens e elucidar acerca dos FR específicos que os vulnerabilizam.

Aumentando o conhecimento nesta temática, a população ficará mais literada, o estigma poderá diminuir, os profissionais sentir-se-ão mais apropriados destas questões e poder-se-ão desenhar medidas preventivas e interventivas eficazes adequadas aos homens, podendo aumentar a procura de tratamento.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Caracterização Clínica das PAI

As PAI são sobejamente conhecidas no sexo feminino, mas não se pode afirmar o mesmo no que respeita aos homens (Coelho et al., 2015). É, assim, essencial conhecer e compreender melhor as PAI no sexo masculino, tornando possível prevenir adequadamente e intervir de forma eficaz. Importa referir que as PAI representam um conjunto de perturbações que põem em risco a saúde e o bem-estar do sujeito. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM 5; APA, 2014), estas incluem a Pica, o Mericismo e a Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva como os diagnósticos tipicamente associados à infância e a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) como as patologias associadas ao jovem e ao jovem adulto (APA, 2014). É sobre estas três últimas que este trabalho incidirá.

O termo AN foi definido por Sir William Gull em 1873; contudo, foi muito antes, em 1694, que surgiu a primeira descrição clínica desta perturbação, através de Richard Morton (Attia & Walsh, 2007; Fichter & Krenn, 2003). Este já havia estudado as PAI nos homens no século XVII (Andersen, 1999). Também Sir William Gull descreveu que os homens poderiam sofrer de AN e Robert Whytt (1764) e Robert Willan (1790) descreveram casos de AN em dois rapazes (Fichter & Krenn, 2003). Apesar de o registo das PAI nos homens ser tão antigo como o das mulheres, estas perturbações no sexo masculino foram negligenciadas nos trabalhos de investigação, pois são mais frequentes nas mulheres e porque os homens não costumam procurar ajuda perante os sintomas (Andersen, 1999). Os estereótipos e o estigma associado às PAI nos homens também promovem o seu esquecimento (Andersen, 1999). Além disso, durante vários anos, a amenorreia (ausência de menstruação) foi um dos critérios de diagnóstico, o que impedia os homens de serem reconhecidos para as PAI (Fichter & Krenn, 2003).

A AN é caracterizada por um padrão de “restrição da alimentação, que leva a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física” (APA, 2014, p. 405). Estão presentes o intenso medo de engordar ou diversos comportamentos persistentes que visam impedir o aumento de peso, mesmo quando o sujeito já demonstra um peso significativamente baixo, e uma apreciação do peso e da forma corporal

desajustada ou ausência do reconhecimento da gravidade do baixo peso atual (APA, 2014). Segundo Attia e Walsh (2007), o diagnóstico de AN pode ser complexo de realizar, pois a ambivalência e a negação por parte dos sujeitos tendem a minimizar os sintomas. Smink e colaboradores (2012) também verificaram que os pacientes tendem a negar o que sentem e evitam ajuda profissional. A reduzida procura de tratamento, especialmente por parte dos homens (Andersen, 1999), impede o diagnóstico e tem consequências nos dados de prevalência (Smink et al., 2012).

É importante especificar se a AN é do tipo restritivo (AN-R), no qual o sujeito não apresenta episódios de ingestão alimentar compulsiva (IAC), nem comportamentos purgativos durante os últimos três meses, sendo a perda de peso alcançada exclusivamente através da dieta, jejum e exercício físico em excesso; ou do tipo ingestão compulsiva/purgativo (AN-P), no qual o sujeito apresenta episódios de IAC e comportamentos purgativos (provocar o vômito, uso de laxantes, diuréticos ou enemas) durante os últimos três meses (APA, 2014). Alguns sujeitos inseridos neste subtipo não comem compulsivamente, mas optam por utilizar métodos purgativos frequentemente depois de ingerirem pequenas quantidades de comida (APA, 2014). É de salientar que a mudança de subtipo não é rara nos sujeitos com esta psicopatologia.

A BN caracteriza-se por episódios recorrentes de IAC que consistem em comer num curto período de tempo uma quantidade de alimentos muito superior à que a maioria dos indivíduos comeria nas mesmas circunstâncias, e por uma sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio (APA, 2014). Estes momentos são seguidos de comportamentos compensatórios desadequados que impedem o ganho de peso (vômito, uso de laxantes, diuréticos, enemas ou outra medicação, jejum ou exercício físico em excesso) (APA, 2014). A IAC e os comportamentos compensatórios devem estar presentes pelo menos uma vez por semana, durante três meses (APA, 2014).

A PIAC caracteriza-se pela presença de episódios recorrentes de IAC (comer muito num curto período de tempo e sensação de perda de controlo sobre o ato de comer) e o mal-estar significativo quando o sujeito se lembra das suas IAC (APA, 2014). Este tipo de ingestão está associado aos seguintes sintomas: ingestão mais rápida que o habitual, comer até se sentir desagradavelmente cheio, ingestão de grandes quantidades de comida mesmo sem sentir fome, comer sozinho por sentir vergonha da sua voracidade e sentir-se desgostoso consigo mesmo, deprimido ou com grande culpabilidade depois da IAC (APA, 2014). Esta

ingestão deve estar presente pelo menos uma vez por semana, durante três meses (APA, 2014) e não se associa ao uso de comportamentos compensatórios inadequados como na BN.

Existe uma clara falta de informação sobre AN, BN e PIAC nos homens, sendo necessário aumentar o conhecimento sobre a caracterização clínica, a etiologia e a fisiologia destas perturbações nos homens (Coelho et al., 2015; Fichter & Krenn, 2003). As características clínicas das PAI neste sexo são, de forma geral, muito semelhantes às das mulheres (Fichter & Krenn, 2003; Woodside et al., 2001) e segundo Darcy e Arnow (2015) não existem diferenças significativas ao nível do diagnóstico e da caracterização clínica da IAC, dos episódios purgativos e da restrição alimentar. Contudo, Melin e Araújo (2002) revelam que, enquanto as mulheres são mais preocupadas com o peso, os homens preocupam-se mais com a forma física e a massa muscular. Os indivíduos do sexo masculino têm tendência a tomar menos laxantes ou comprimidos para emagrecer (Melin & Araújo, 2002). Raevuori e colaboradores (2009) referem que para os homens desenvolverem as PAI terão de possuir uma predisposição genética e/ou mais fatores ambientais adversos do que as mulheres. Deve-se realçar que, tanto a AN, como a BN têm um elevado risco de suicídio associado, bem como de ferimentos autoinfligidos sem intenção suicida (Gonçalves et al., 2015), como arranhar, cortar, bater ou queimar. Vieira e colaboradores (2017) confirmam a comorbilidade entre as PAI e os ferimentos autoinfligidos à semelhança de outros estudos conduzidos com uma amostra portuguesa. No seu estudo, 33% dos participantes com PAI revelavam esses ferimentos ao longo da vida. Um *onset* (início) da perturbação numa idade precoce, autoavaliação negativa, excesso de peso, mais preocupações com a forma corporal, medo de engordar, sentir-se gordo/a, baixo peso dos progenitores, pais com problemas de álcool, tensão familiar às refeições, tentativas de suicídio, abuso de substâncias, luto, comportamentos de IAC-purga, *bullying* e acontecimentos de vida negativos (e.g. abuso sexual e físico) são comuns em pacientes com PAI e ferimentos autoinfligidos (Vieira et al., 2017). Bramon-Bosch e colaboradores (2000) concluíram que os homens apresentam mais tentativas de suicídio. A avaliação dos sujeitos com estas psicopatologias deve incluir a avaliação da ideação suicida, de comportamentos com intenção suicida e do envolvimento em ferimentos sem esse objetivo (APA, 2014; Vieira et al., 2017). Uma avaliação cuidada e rigorosa é essencial para conhecer melhor o sujeito e para delinear um tratamento idiossincrático e eficaz. É de realçar que mais de 70% dos sujeitos com PAI, homens e mulheres, apresentam comorbilidade com outras psicopatologias, como Perturbações de Ansiedade, Humor, abuso de substâncias (Weltzin et al., 2012) e ferimentos autoinfligidos, o

que dificulta o tratamento (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Segundo Andersen (1999), os homens com PAI, tal como as mulheres, poderão desenvolver outras condições clínicas como Perturbações de Humor, de Ansiedade, de Personalidade, abuso de substâncias e Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Fichter e Krenn (2003) indicam que essas perturbações acabam por ser mais graves nas mulheres com PAI do que nos homens. Uma avaliação psicológica cuidada ajudará a esclarecer possíveis comorbilidades, tornando o tratamento mais adequado.

2.2. Idade de início das PAI

Carlat e Camargo (1991) concluíram que, nos homens, a BN se manifestava entre os 18 e os 26 anos, enquanto que nas mulheres ocorria mais cedo (entre 15 e 18 anos), mas estes resultados não são consensuais. O mesmo acontece com a AN. Um estudo de Carlat e colaboradores (1997) mostrou que o *onset* da perturbação no sexo masculino rondava os 19 anos, confirmando um início mais tardio nos homens. Segundo Fichter e Krenn (2003), a idade de início nos homens é mais tardia, por estes começarem a puberdade cerca de dois anos após as mulheres.

2.3. Prevalência das PAI

Sabe-se que as PAI são mais prevalentes no sexo feminino do que no masculino (Fichter & Krenn, 2003) e um estudo de Darcy e Arnow (2015) refere que, até há pouco tempo, julgava-se que as PAI nos homens representavam apenas 10% de todas as PAI. Contudo, esses dados foram obtidos através de instrumentos desenvolvidos e validados para a população feminina. Estudos mais recentes demonstram que as PAI nos homens são mais comuns do que se pensava (Darcy & Arnow, 2015; Vo et al., 2016). De acordo com estes autores, 25%-30% de todos os casos de PAI são de indivíduos do sexo masculino. A prevalência da AN nos homens é de 0.2%-0.3%, da BN é de 0.1%-0.5% e da PIAC é de 1.1%-3.1% (Raevuori et al., 2009; Hudson et al., 2007, 2012; Preti et al., 2009; Swanson et al., 2011, cit in Darcy & Arnow, 2015). Já o DSM-5 (APA, 2014) refere que a PIAC demonstra uma prevalência de 0.8% no sexo masculino. Saliente-se que as percentagens apresentadas variam de acordo com o contexto, a metodologia utilizada no estudo e a amostra, e mais investigação ajudaria a clarificar estes dados. É frequente que os homens com sintomas

de PAI não os percecionem como problemáticos, não procurando ajuda, podendo haver mais homens com estas perturbações. Verifica-se que estas patologias são consideradas raras na população geral (Smink et al., 2012). Um estudo epidemiológico conduzido por Machado e colaboradores (2007), em Portugal, e que contava com uma amostra de 2028 jovens do sexo feminino, concluiu que a prevalência das PAI era de 3.06% neste país, mostrando assim que são perturbações pouco prevalentes nas mulheres, apesar de serem consideradas severas. De forma a comparar dados de prevalência de ambos os sexos, apresenta-se de seguida informação relativa à prevalência das PAI nas mulheres. Na AN esta taxa é baixa, variando entre 0.5%-1% (Attia & Walsh, 2007). Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a prevalência da AN também é reduzida, visto que em mulheres jovens é de 0.4%. A BN revela uma prevalência superior comparativamente com a da AN, variando entre 1%-1.5% em mulheres jovens. Contudo, a prevalência aumenta em adultos jovens, pois apresenta o seu pico no final da adolescência e no início da idade adulta (APA, 2014). No estudo de Machado e colaboradores (2007), as prevalências relativas às jovens portuguesas que fizeram parte do estudo são mais baixas. A AN apresentava uma taxa de 0.39% e a BN 0.30%. A prevalência da PIAC nas mulheres é de 1.9% (Smink et al., 2012). Verifica-se que estas patologias são mais frequentes no sexo feminino, mas os dados relativos aos homens aproximam-se dos que focam as mulheres. A PIAC parece ser mais prevalente no sexo masculino do que no feminino. Qian e colaboradores (2013) verificaram que a prevalência das PAI ao longo da vida na população em geral é 0.21% para a AN, 0.81% para a BN e 2.22% para a PIAC. Os autores referem ainda que estes diagnósticos são mais comuns nas sociedades ocidentais do que nos países asiáticos. Referem que a prevalência tem aumentado, possivelmente devido a mudanças nos critérios de diagnóstico.

2.4. Taxa de mortalidade das PAI

Apesar de as PAI serem perturbações pouco prevalentes na população em geral (Smink et al., 2012), tem-se verificado que, nas mulheres, constituem uma das dez principais causas de incapacidade, sendo consideradas perturbações mentais severas (Machado et al., 2016). Segundo Smink e colaboradores (2012), todas as PAI têm uma taxa de mortalidade considerável, mas é a AN que revela a maior percentagem de mortes (Keel et al., 2003; Birmingham et al., 2005), podendo atingir 4.4% (Smink et al., 2012). Bulik e colaboradores (2007) referem mesmo que a AN tem a percentagem de mortalidade mais elevada de todas as

perturbações mentais, pois pode levar à morte devido às consequências médicas ou ao suicídio. É, assim, considerada uma perturbação mental grave (Pike et al., 2009). Tanto a idade do sujeito, como a severidade da perturbação influenciam estes valores. O suicídio, a longa duração da doença, o abuso de álcool, o pobre ajustamento social e as comorbilidades parecem ser preditores da mortalidade na AN (Keel et al., 2003). A taxa de mortalidade para a BN é mais baixa, sendo aproximadamente 0.17% (Smink et al., 2012). Nos homens é difícil precisar a percentagem de mortes, devido à falta de informação.

Para além do que as PAI acarretam, podem surgir outros problemas fisiológicos. A AN pode levar a dificuldades cardiovasculares, gastrointestinais, reprodutivas, entre outras (Attia & Walsh, 2007). Estes problemas aparecem devido à fome sentida pelo sujeito e tendem a desaparecer quando o peso normal é restabelecido, com exceção da redução da densidade dos ossos. Esta diminuição pode ter um forte impacto negativo a longo prazo, conduzindo a cenários de osteoporose (Attia & Walsh, 2007). Sendo uma perturbação que surge durante o período de desenvolvimento e de crescimento, os sujeitos poderão não atingir a altura, peso e densidade óssea esperados (Bulik et al., 2007). Coelho e colaboradores (2015) realizaram um estudo retrospectivo com o objetivo de conhecer as características clínicas e médicas destas perturbações em jovens rapazes. Utilizaram uma amostra constituída por 23 jovens (9-17 anos), dos quais 19 tinham um diagnóstico de AN e um terço da amostra revelava osteopenia ou osteoporose. Os homens revelam problemas circulatórios mais rapidamente do que as mulheres, devido à desidratação (Melin & Araújo, 2002). A PIAC pode levar ao excesso de peso e até mesmo à obesidade (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Um estudo de Vo e colaboradores (2016) refere que outras complicações típicas dos sujeitos com PAI são anemia (falta de ferro no sangue), bradicardia (redução da frequência cardíaca), leucopenia (redução do número de leucócitos), trombocitopenia (redução do número de plaquetas) e hipocalemia (baixa quantidade de potássio). Irregularidades nos eletrólitos e na função hepática também são efeitos das PAI (Vo et al., 2016). Além disso, também estão presentes consequências funcionais. No caso da AN, enquanto que alguns indivíduos se mantêm ativos na vida social e profissional, outros demonstram um notório isolamento social e/ou fracasso académico/profissional (APA, 2014). Na BN, o domínio social parece ser o mais afetado (APA, 2014). Ferimentos autoinflingidos, tentativas de suicídio e morte constituem-se como possíveis e sérias consequências das PAI, tanto nos homens como nas mulheres (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

2.5. Diferenças de género e impacto da puberdade nas PAI

No que respeita às diferenças de género e ao impacto da puberdade nas PAI, verifica-se que as raparigas, quando atingem esta fase do desenvolvimento, acumulam mais gordura, o que as afasta do ideal de beleza atual, originando insatisfação corporal e vontade de emagrecer. O mesmo não acontece com os rapazes, que com o início da puberdade ganham mais massa muscular, ficam com os ombros mais largos, aproximando-os do ideal de beleza (Baker et al., 2012). Contudo, a puberdade precoce pode originar sentimentos de insatisfação corporal. Culbert e colaboradores (2013) defendem que a exposição pré-natal à testosterona parece “masculinizar” (diminuir) as atitudes e os comportamentos nas PAI, influenciando a prevalência destas perturbações em homens e mulheres, podendo ser uma possível explicação da reduzida prevalência das PAI no sexo masculino. Não é certo como ou quando estes efeitos surgem, mas a puberdade parece ser o período desenvolvimental mais provável. Para a PIAC parece haver algumas diferenças de género, tendo os homens menos preocupações com o peso, forma corporal e alimentação do que as mulheres; porém, ambos os sexos parecem apresentar níveis semelhantes de restrição na dieta e frequências parecidas de episódios de IAC (Shingleton et al., 2015). Os homens com menos preocupações parecem beneficiar de tratamentos independentemente da duração, enquanto que os homens com mais preocupações e as mulheres (independentemente das preocupações) precisam de tratamentos mais longos. De acordo com Corcos e colaboradores (2000), a puberdade é um período desenvolvimental que acarreta mudanças a todos os níveis, nomeadamente físicas, que podem originar insatisfação com a imagem corporal, baixa autoestima e nojo. Nas mulheres, o seu desenvolvimento precoce poderá despoletar uma PAI (Corcos et al., 2000). Contudo, Vannucci e colaboradores (2014) referem que o estado desenvolvimental da puberdade não é significativo para o *onset* da PIAC. Segundo Baker e colaboradores (2012), o desenvolvimento precoce da puberdade tende a originar sintomas de PAI, como dieta, medo de engordar (excluindo comportamentos purgativos) nas raparigas. Os resultados são ainda inconsistentes para o sexo masculino.

2.6. Etiopatologia das PAI

Muitos trabalhos de investigação têm focado a etiologia e FR das PAI, (mais nas mulheres do que nos homens). Existem dois grandes tipos de estudos nesta temática: os longitudinais e os de cariz retrospectivo com casos controlo.

Por FR entende-se uma característica, acontecimento ou experiência que precede o início de um resultado de interesse, neste caso, de uma PAI e, se presente, está associado ao aumento da probabilidade ou risco de um determinado resultado sobre os resultados obtidos na população em geral, não exposta (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Descrevem-se de seguida os FR que potenciam o desenvolvimento das PAI nas mulheres, identificados nos três estudos inseridos no grande projeto, do qual o presente trabalho faz parte. Machado e colaboradores (2016) concluíram que as participantes que tinham BN demonstravam maiores taxas de expectativas elevadas por parte do progenitor, excessiva importância dada pela família a “estar em forma”, excesso de peso na adolescência e as suas consequências. Já o perfeccionismo, as preocupações com a aparência, as discussões por resolver na família, ser gozado, as atitudes negativas em relação ao peso e à forma corporal dos pais, sentir-se gordo e a história familiar de PAI são fatores associados ao desenvolvimento da AN (Machado et al. 2016).

Noutro estudo, Gonçalves e colaboradores (2016) concluíram que as participantes com BN relatavam elevadas expectativas por parte da mãe, atitudes negativas em relação ao peso dos progenitores e obesidade na infância e na adolescência. Quando se compararam as participantes com BN com as que tinham o diagnóstico de outra perturbação mental, concluiu-se que aquelas relatavam taxas mais elevadas de obesidade na infância, ferimentos autoinfligidos, conflitos familiares, elevadas expectativas por parte dos pais e a sensação de serem gordas na infância.

Machado e colaboradores (2014) verificaram também que as mulheres com AN demonstravam níveis mais elevados de perfeccionismo, atitudes negativas face à forma corporal e ao peso dos progenitores, preocupações significativas com a sensação de serem gordas e história familiar de AN ou BN. Os comentários críticos ao peso/forma/alimentação foi o acontecimento mais evidente no ano anterior ao *onset* da perturbação. O perfeccionismo aliado às preocupações com a peso/forma e à história familiar de PAI tem um papel importantíssimo no desenvolvimento da AN (Machado et al., 2014).

Outros FR para as mulheres foram identificados em diversos estudos, tais como problemas de parentalidade, história familiar de perturbações mentais (Pike et al., 2009), história do peso familiar e individual, afetividade negativa, histórico parental de depressão (Pike et al., 2009; Fairburn et al., 1999), abuso físico e sexual na infância (Pike et al., 2009), dificuldades na alimentação nos primeiros anos de vida (Attia & Walsh, 2007; Karwautz et al., 2001), sintomas de ansiedade, autoavaliação negativa (Fairburn et al., 1999), pressão parental (Karwautz et al., 2001), ter pais obesos, maior exposição a psicopatologia parental durante a infância (depressão, abuso de álcool e drogas), acontecimentos adversos na infância, menarca precoce (Fairburn et al., 1999) e sensação de não ser amado ou de ser ignorado pela mãe aos 13 anos de idade (Beato-Fernández et al., 2004).

Pike e colaboradores (2009) identificaram como desafiante compreender totalmente a complexidade das PAI, tanto no sexo feminino como no masculino, por se tratarem de perturbações que podem ser determinadas por múltiplos fatores de origem genética e contextual/ambiental, desde a fase pré-natal até à idade adulta (etiologia multifatorial). Em relação ao sexo masculino, a homossexualidade já foi apontada como FR (Carlat et al., 1997; Goter & Ferraro, 2011) e 20% dos homens com PAI são homossexuais (Andersen, 1999). A AN nos homens pode estar associada a baixos níveis de testosterona; os valores reduzidos desta hormona podem conduzir à perda de peso e, posteriormente, ao diagnóstico de AN (Andersen, 1999). Carlat e colaboradores (1997), num estudo retrospectivo, referem que a ocupação profissional também pode ser um FR. Homens que desempenhem funções baseadas na aparência, como modelo ou ator, que tenham profissões, normalmente, levadas a cabo por mulheres ou que trabalhem com comida (*catering*, gerentes de restaurantes) terão uma maior tendência para desenvolver as PAI. A maioria dos homens diagnosticada com BN revelou Perturbações Depressivas, de Ansiedade, de Personalidade e abuso de drogas e tinham pais obesos (Carlat et al., 1997).

Gonçalves e colaboradores (2015) mencionam, no seu estudo retrospectivo, que tanto o abuso físico como o sexual podem pôr rapazes e raparigas em risco de desenvolver comportamentos purgativos e IAC. Concluem ainda que estas perturbações também podem advir de uma regulação emocional desajustada. Andersen (1999) apresenta quatro razões que podem levar os homens a fazerem dieta. Segundo este autor, enquanto que as mulheres iniciam uma dieta por se percecionarem como “gordas”, mesmo apresentando o peso normal, os homens que desenvolvem as PAI já revelavam excesso de peso ou obesidade ligeira a moderada antes de se envolverem em comportamentos direcionados para a dieta. Fichter e

Krenn (2003), Vo e colaboradores (2016), Raevuori e colaboradores (2009) e Welch e colaboradores (2015), concluíram que o excesso de peso pré-mórbido nos homens é visto como um precursor das PAI. Além disso, os homens (mais frequentemente do que as mulheres) fazem dieta de forma a atingirem certos objetivos desportivos ou para evitarem o ganho de peso quando estão temporariamente parados (*e.g.* devido a lesão). Outra razão centra-se no facto de os indivíduos do sexo masculino fazerem dieta para evitarem complicações médicas. Finalmente, a dieta pode ter origem na tentativa de parecerem mais atraentes para o companheiro homossexual (Andersen, 1999). Problemas com a identidade sexual parecem despoletar as PAI em jovens rapazes, enquanto que conflitos no trabalho ou no casamento poderão originar estas perturbações em homens mais velhos (Andersen, 1999). Keski-Rahkonen e Mustelin (2016) identificam a insatisfação corporal na presença de excesso de peso como um FR para os homens e concluem que para os rapazes ter uma elevada autoestima poderá ser protetor. Mayo e George (2014) revelam, no seu estudo retrospectivo, que também os homens podem sentir-se insatisfeitos com o seu corpo e a sua forma corporal. Evans e colaboradores (2017), num estudo longitudinal, refletem sobre os FR na infância, olhando para uma população mais nova e composta por rapazes e raparigas. Concluíram que a restrição alimentar aos 7 anos poderá originar alguns sintomas de PAI aos 12 anos. Vo e colaboradores (2016), num estudo retrospectivo, mostraram que a história de uma perturbação psiquiátrica (principalmente ansiedade ou depressão), a história familiar de uma PAI ou de qualquer perturbação mental e o excesso de peso/obesidade podem ser FR pertinentes nos homens. Pustivsek e colaboradores (2015) estudaram os FR para as PAI em jovens rapazes atletas, utilizando um grupo de controlo de jovens rapazes não-atletas, e concluíram que um maior número de tentativas para perder peso aumentava o risco das PAI nos dois grupos e que os atletas iniciavam uma dieta para melhorar os seus resultados desportivos, enquanto que os não-atletas envolviam-se nesse comportamento para alcançarem uma autoestima mais elevada. Ainda nesse estudo verificou-se que ter sucesso no desporto, a especificidade deste, o sexo do sujeito, o nível dos treinos e os hábitos alimentares são vistos como FR para as PAI nos atletas. A prevalência destas perturbações na população masculina jovem atleta é de 15% (Pustivsek et al., 2015). O risco de desenvolver problemas alimentares é elevado em desportos nos quais o peso e a forma corporal são importantes para o sucesso (Cohn et al., 2016). Os autores deixam um alerta para trabalhar com os treinadores, pois sendo estes uma fonte de pressão nos jovens atletas, poderão pô-los em risco para o desenvolvimento das PAI (Pustivsek et al., 2015).

Andersen (1999) elenca uma lista de diversos FR que podem contribuir para o desenvolvimento das PAI nos homens (e também nas mulheres), tais como viver num país/sociedade que promova o ideal da magreza (fator também identificado por Keel e Forney, em 2013), ter familiares com Perturbações de Humor, revelar uma personalidade vulnerável, apresentar comportamentos direcionados para a dieta (especialmente na adolescência e nos primeiros anos da idade adulta), ter padrões familiares disfuncionais, praticar desportos em que a perda de peso é necessária, ter história de abuso sexual e problemas com a sexualidade. Rush e a sua equipa (2009) referem que níveis elevados do traço de personalidade Neuroticismo e um fraco controlo dos impulsos podem ser FR da PIAC.

2.7. Prevenção e Intervenção nas PAI

Olhando de forma crítica para todos estes FR, identifica-se uma excelente oportunidade para apostar na prevenção destas perturbações e em tornar a intervenção mais precoce, eficaz e adequada. Considerando as possíveis causas das PAI poderão desenhar-se planos de prevenção de qualidade, que reduzirão os custos na intervenção e melhorarão o prognóstico dos sujeitos com PAI. Para uma intervenção apropriada é necessário considerar que nem sempre os indivíduos doentes têm consciência do seu estado e do diagnóstico, podendo mesmo minimizar, racionalizar ou esconder os sintomas ou até disfarçar a gravidade da doença (AED, 2012). Convém, sempre que possível, envolver os progenitores no processo terapêutico, optando por um modelo de intervenção sistémico (AED, 2012). Nunca se deve negligenciar a monitorização do doente nem a avaliação do risco de suicídio (AED, 2012). Falar aberta e conscientemente acerca de hábitos alimentares saudáveis e sobre a gravidade/consequências das PAI, junto de escolas, colegas, professores, pais e profissionais de saúde, bem como promover a prática de exercício físico adequada a cada indivíduo e monitorizar as preocupações relacionadas com o peso, alimentação e forma corporal (Allen et al., 2015) podem ser exemplos de prevenções. Evans e colaboradores (2017) e Allen e colaboradores (2015) demonstraram quão importantes são a prevenção e intervenção precoce e que é essencial que estas sejam dirigidas a faixas etárias cada vez mais jovens. Normalizar o peso, tendo em conta um plano alimentar, e a alimentação, reduzindo o medo de certos alimentos e de engordar, identificar e desconstruir crenças disfuncionais, através da Terapia Cognitiva Comportamental, e reconhecer obstáculos ao tratamento são etapas importantes na

recuperação das PAI (Weltzin et al., 2012). Optando por uma intervenção em grupo, este deverá ser constituído apenas por homens, permitindo a discussão dos sintomas e a expressão emocional livre de estereótipos (Weltzin et al., 2012). A literacia juntos dos media também se constitui como fundamental (Cohn et al., 2016).

Ainda há muito para saber acerca da AN, da BN e da PIAC nos homens, pois estas perturbações têm sido negligenciadas na área clínica e na investigação (Andersen, 1999), visto que durante muitos anos a amenorreia era um dos critérios necessários para realizar o diagnóstico (Fichter & Krenn, 2003). Segundo Melin e Araújo (2002), a pouca familiaridade dos próprios profissionais com estes diagnósticos nos homens também dificulta a discussão das PAI. Mond e Arrigi (2011) constataram que alguns indivíduos do sexo masculino podem não reconhecer as PAI como perturbações graves nem causadoras de sofrimento, considerando que são fáceis de tratar. É urgente apostar na plena compreensão destas patologias, inclusive dos seus FR, aumentando o conhecimento que será essencial para delinear medidas de prevenção e de intervenção mais inclusivas. Apesar de o número de pessoas a receberem tratamento ter aumentado, apenas um terço é devidamente acompanhado (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Por estas razões, é necessário conhecer aprofundadamente a caracterização clínica, a idade de início, a etiologia e os FR das PAI nos homens. Estas patologias no sexo masculino terão de deixar de ser subdiagnosticadas, pouco compreendidas e pouco intervencionadas. A população no geral deverá tornar-se mais literada nesta temática, de forma a reconhecer possíveis sintomas. A deteção precoce revela-se essencial para a recuperação. Assim, é pertinente e atual estudar esta problemática, sendo o objetivo principal deste projeto contribuir para o conhecimento das PAI nos homens e elucidar acerca dos FR específicos que os vulnerabilizam. Interessa também aos investigadores aprofundar a caracterização clínica das PAI nos homens, identificar a idade de início destas perturbações e estudar os FR e precipitantes associados ao desenvolvimento das PAI.

3. MÉTODO

3.1. Objetivo geral e objetivos específicos

O principal objetivo deste estudo foca-se em contribuir para o conhecimento das PAI nos homens e elucidar acerca dos FR específicos que os vulnerabilizam. Como objetivos específicos apresentam-se:

- Contribuir para a caracterização clínica das PAI nos homens;
- Identificar a idade de início das PAI nos homens;
- Estudar os FR associados ao desenvolvimento das PAI nos homens;
- Estudar os fatores precipitantes associados ao desenvolvimento das PAI nos homens.

3.2. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por um total de 30 participantes, 8 homens (26.7%) e 22 mulheres (73.3%) com diagnóstico atual de PAI, segundo o DSM-5 (APA, 2014) e com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos. A média de idades dos homens é 22.75 ($DP = 6.04$) e a das mulheres é 25.23 ($DP = 9.17$). Em relação ao diagnóstico, 12 mulheres e 5 homens têm o diagnóstico de AN-R; 4 mulheres têm AN-P; 3 mulheres e 2 homens apresentam BN; 2 mulheres estão diagnosticadas com PIAC; e 1 mulher tem AN atípica e 1 homem tem PAI Não Especificada.

No que respeita ao estado civil e ocupação, 86.4% mulheres são solteiras e 13.6% estão casadas ou a viver com o companheiro; 3 estão desempregadas, 6 têm emprego e 13 são estudantes; 1 concluiu o 1º ciclo, 3 terminaram o 2º ciclo, 7 concluíram o 3º ciclo, 7 finalizaram o ensino secundário, 3 são licenciadas e 1 efetuou uma pós-graduação. No que respeita aos homens, todos são solteiros; 5 estão desempregados e 3 são estudantes; 1 concluiu o 3º ciclo, 5 terminaram o ensino secundário e 2 são licenciados.

Como critérios de inclusão da amostra, os participantes deste estudo deviam apresentar diagnóstico de PAI (AN, BN ou PIAC), no momento da avaliação, conforme os critérios de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2014). Esse diagnóstico era estabelecido pelos Médicos Psiquiatras responsáveis pelos utentes e, posteriormente, confirmado pelos investigadores

através do Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar (*Eating Disorders Examination* / EDE, 14ª edição – Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001). Os participantes deveriam ter idades compreendidas entre os 14 e os 45 anos. O único critério de exclusão consistia na presença de uma doença grave e incapacitante. Não foram constituídos grupos de controlo.

3.3. Instrumentos

3.3.1. “Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar” (*Eating Disorders Examination* / EDE, 14ª edição – Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001)

O primeiro instrumento utilizado foi o “Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar” (*Eating Disorders Examination* / EDE, 14ª edição – Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001). Este instrumento é uma entrevista semiestruturada, baseada no investigador, que tem como principal objetivo avaliar a psicopatologia específica das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), nomeadamente na avaliação dos sintomas específicos da AN, BN e suas variantes (Machado, 2010). É baseada no DSM-IV (APA, 2000) (por se focar na quarta edição deste manual, as PAI designam-se PCA). Avalia o estado atual dos participantes, reportando-se aos comportamentos e atitudes dos últimos 28 dias (ou 4 semanas). Foca-se na frequência de comportamentos chave como a ingestão alimentar excessiva e a utilização de métodos extremos para controlo do peso e a severidade de outros comportamentos não menos importantes, como a importância atribuída ao peso e/ou forma corporal, medo de ganhar peso, entre outros. Permite ainda criar um perfil dos participantes baseado nos *scores* obtidos em quatro sub-escalas: restrição (tentativas para restringir a ingestão de alimentos com o objetivo de influenciar a forma e/ou o peso corporais), preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso (Machado, 2010).

3.3.2. “Entrevista de Fatores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar” (*Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule / RFED*; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001)

O segundo instrumento utilizado na recolha de dados deste estudo consiste na “Entrevista de Fatores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar” (*Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule / RFED*; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001). A RFED não se encontra validada para a população portuguesa, tendo, contudo, sido traduzida e adaptada. Consiste numa entrevista clínica semiestruturada, baseada no investigador, construída com o objetivo de estudar os FR associados ao desenvolvimento das PAI. Destina-se a identificar os fatores biológicos/genéticos, psicológicos e sociais que podem colocar os sujeitos em risco para o desenvolvimento das PAI (Machado, 2010). É um instrumento longo e de natureza quantitativa, com questões obrigatórias e outras subsidiárias.

Os autores categorizaram os FR avaliados em três grandes domínios: Domínio I - Vulnerabilidade Pessoal (fatores no indivíduo ou na família que possam aumentar o risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricas em geral); Domínio II – Ambiental (circunstâncias adversas) e Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas (fatores que possam aumentar a preocupação acerca da forma e peso corporais e alimentação, aumentando o risco da realização de dietas) (Machado, 2010). Dentro de cada um dos domínios existe um número de subdomínios distinguidos *a priori* e que refletem certos tipos de exposição que os sujeitos possam ter vivenciado. Assim, o domínio da Vulnerabilidade Pessoal contempla os seguintes subdomínios: (1) características da infância, (2) perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, (3) problemas comportamentais e (4) perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início das PAI); o domínio Ambiental abarca os subdomínios: (1) problemas parentais, (2) acontecimentos disruptivos, (3) perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início das PAI), (4) agressão e gozo pelos pares e (5) abuso sexual e físico; finalmente, o domínio da Vulnerabilidade para Dietas considera os subdomínios: (1) risco de dietas, (2) risco de obesidade e (3) PAI nos pais. Os autores do instrumento consideram ainda um conjunto de FR adicionais que não pertencem a nenhum dos domínios referidos: (1) idade da menarca, (2) história de gravidez, (3) gravidez e (4) número de filhos (Machado, 2010).

A primeira parte da entrevista foca-se na avaliação da informação sociodemográfica do participante. A segunda parte corresponde aos critérios de diagnóstico segundo a EDE e tem como principal objetivo a confirmação do diagnóstico atual de PAI. A terceira parte tenta averiguar a idade de início do primeiro sintoma experienciado (idade *index*) e, finalmente, a última parte avalia os FR de natureza genética/hereditária e não hereditária. O entrevistador deve encorajar o sujeito, ao longo de toda a entrevista, a recordar a sua infância e a descrever as suas experiências tal como decorreram na época, em vez de o fazer de acordo com a forma como sente ou pensa sobre as mesmas no momento atual. Neste sentido, o entrevistador deve pedir que o sujeito dê exemplos que ilustrem as suas respostas. É da responsabilidade do investigador deixar espaço para questões ou comentários, bem como assegurar a confidencialidade dos dados e permitir que o sujeito interrompa quando quiser parar a entrevista, pois esta pode ser administrada em diferentes momentos (Machado, 2010).

3.4. Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha de dados foi feita numa consulta especializada para referenciar as PAI, num Centro Hospitalar no Norte do país. Esta recolha teve a aprovação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar e foi efetuada pelos investigadores entre Janeiro e Maio de 2018. Os sujeitos que participaram neste estudo foram encaminhados para a consulta pelo psiquiatra responsável e os investigadores realizaram a entrevista clínica semiestruturada individual numa sala própria. Os investigadores passaram por um processo de formação prévio, ao fim de três meses de estágio, de forma a estarem aptos a realizarem as entrevistas. Foi apresentado a todos os participantes o objetivo geral do estudo, de modo a esclarecê-los sobre o propósito da entrevista. Estes foram também assegurados da confidencialidade e anonimato dos dados.

3.5. Procedimentos de Tratamento de Dados

Este trabalho segue uma metodologia quantitativa e o tratamento de dados foi realizado utilizando o programa *IBM SPSS Statistics* (versão 24.0). Foram realizadas análises estatísticas, descritiva e inferencial. Após a inserção dos dados na base de dados, recorreu-se à estatística descritiva, de forma a descrever a amostra do ponto de vista clínico e sociodemográfico. No que respeita à estatística inferencial, foram realizados testes de

associação, para se perceber a associação entre o sexo dos participantes e os potenciais FR avaliados; realizou-se o Teste do Qui-Quadrado, indicado para analisar a associação entre duas variáveis nominais.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização clínica e idade de início das PAI nos homens

Sendo um dos objetivos específicos deste estudo a caracterização clínica das PAI nos homens, os resultados revelam que a média do Índice de Massa Corporal (IMC) das mulheres é 18.65 ($DP = 7.05$), sendo mais baixa que a dos homens, 19.16 ($DP = 4.40$), mostrando que as mulheres com PAI tendem a pesar menos do que os homens. A média do peso mais baixo das mulheres é 39.45 ($DP = 11.63$), enquanto que a dos homens é 50.13 ($DP = 8.51$), isto é, os sujeitos do sexo feminino revelam um peso mais baixo em relação ao sexo masculino. A média do peso mais elevado dos homens ($M = 86.13$; $DP = 25.23$) é bastante superior à das mulheres ($M = 59.44$; $DP = 16.84$), mostrando, novamente, que as mulheres tendem a apresentar um peso mais baixo que os homens.

Em relação à idade de início das PAI, a média da idade index das mulheres deste estudo é 16.91 ($DP = 5.82$) e a dos homens é 16.38 ($DP = 2.39$). Embora não se possa concluir que estes resultados são diferentes (dado os DP associados), eles parecem sugerir que estas perturbações tendem a começar ligeiramente mais tarde nas mulheres do que nos homens.

4.2. Análise dos FR associados ao desenvolvimento das PAI

Nesta secção são apresentados os resultados deste estudo, em que se pretende analisar a associação entre o sexo dos participantes e a exposição aos diferentes FR avaliados.

Foi realizada uma análise estatística, com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics* (versão 24.0), tendo-se realizado o Teste do Qui-Quadrado (χ^2).

Um dos pressupostos deste Teste consiste na presença de variabilidade em todas as parcelas da tabela de contingência gerada na análise. Foi, assim, necessário excluir as variáveis que violavam este pressuposto por falta de variabilidade, como apresentado no Anexo I (cf. Anexo I, p. 1-2)

Após a exclusão destas variáveis foi possível analisar as restantes e considerar os resultados com significância estatística ($p < .05$) e marginalmente significativos ($p < .10$). Nas

situações em que se verificou uma percentagem superior a 20% de células da tabela de contingência com frequência esperada inferior a 5 foram considerados os resultados obtidos no Teste de Fisher (Martins, 2011). Nos Anexos (cf. Anexo II, III, IV e V, p. 3-7) podem ser consultados os resultados obtidos nas restantes variáveis (não significativos).

4.2.1. Análise do Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal

No Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal verifica-se uma associação significativa entre o sexo e ser fumador antes da idade index, Teste de Fisher, $p = .011$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (95.5%) dos indivíduos refere não ter fumado antes da idade index, no sexo masculino, metade (50.0%) dos participantes refere ter sido fumador antes da idade index (Tabela 1).

Tabela 1. Teste do Qui-Quadrado relativo à associação significativa verificada no Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal

		Mulheres (n = 22)	Homens (n = 8)	χ^2	p
DOMÍNIO I					
VULNERABILIDADE PESSOAL		n (%)	n (%)		
Fumar antes da idade index					
	Não	21 (95.5%)	4 (50.0%)	8.727	.011
	Sim	1 (4.5%)	4 (50.0%)		

4.2.2. Análise do Domínio II – Ambiental

No Domínio II – Ambiental, há uma associação significativa entre o sexo e a importância da boa forma familiar durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .029$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (90.9%) dos indivíduos refere que a família não dava importância à boa forma, no sexo masculino, metade (50.0%) dos participantes refere que manter uma boa forma era definitivamente importante para a família (Tabela 2).

Também no Domínio II - Ambiental, há uma associação significativa entre o sexo e a importância da aparência familiar durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .007$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (90.9%) dos indivíduos refere que a família não dava importância à aparência, no sexo masculino, a maioria (62.5%) dos participantes refere que a aparência era importante para a família (Tabela 2).

Verifica-se igualmente uma associação significativa entre o sexo e a presença de comentários de familiares sobre o peso e a forma durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .028$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (77.3%) dos indivíduos não refere estes comentários, no sexo masculino, a maioria (75.0%) dos participantes refere a presença de comentários de familiares sobre o peso e a forma (Tabela 2).

Também se verifica uma associação significativa entre o sexo e a presença de doença familiar crônica durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .035$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (63.6%) dos indivíduos refere a ausência de doença crônica na família, no sexo masculino, a maioria (87.5%) dos participantes refere a presença de doença crônica na família (Tabela 2).

Existe igualmente uma associação significativa entre o sexo e a presença de doença crônica nos pais durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .034$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (72.7%) dos indivíduos refere a ausência de doença crônica na família ou os familiares afetados não eram os pais, no sexo masculino, a maioria (75.0%) dos participantes refere a presença de doença crônica nos pais (Tabela 2).

Há uma associação significativa entre o sexo e a presença de doença prolongada nos pais durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .049$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (68.2%) dos indivíduos refere a ausência de doença prolongada na família ou os familiares afetados não eram os pais, no sexo masculino, a maioria (75.0%) dos participantes refere a presença de doença prolongada nos pais (Tabela 2).

Ainda no Domínio II, há uma associação significativa entre o sexo e a razão do gozo dos pares durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .007$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (81.8%) dos indivíduos refere que as razões do gozo não estavam associadas ao peso/forma/alimentação ou não eram gozados, no sexo masculino, a maioria (75.0%) dos participantes refere que a razão do gozo era o peso/forma/alimentação (Tabela 2).

Tabela 2. *Teste do Qui-Quadrado relativo às associações significativas verificadas no Domínio II – Ambiental*

	Mulheres (n = 22)	Homens (n = 8)	χ^2	<i>p</i>
DOMÍNIO II	n (%)	n (%)		
AMBIENTAL				
Importância da boa forma familiar				
Não ou possibilidade	20 (90.9%)	4 (50.0%)	6.136	.029
Definitivamente	2 (9.1%)	4 (50.0%)		
Importância da aparência familiar				
Não ou possibilidade	20 (90.9%)	3 (37.5%)	9.355	.007
Possivelmente	2 (9.1%)	5 (62.5%)		
Comentários peso e forma familiares				
Sem comentários	17 (77.3%)	2 (25.0%)	6.903	.028
Outros	5 (22.7%)	6 (75.0%)		
Presença de doença familiar crônica				
Sem	14 (63.6%)	1 (12.5%)	6.136	.035
Outro	8 (36.4%)	7 (87.5%)		
Presença de doença crônica nos pais				
Pais	6 (27.3%)	6 (75.0%)	5.568	.034
Outros	16 (72.7%)	2 (25.0%)		
Presença de doença prolongada nos pais				
Pais	7 (31.8%)	6 (75.0%)	4.455	.049
Outros	15 (68.2%)	2 (25.0%)		
Razão do gozo dos pares				
Peso/forma/alimentação	4 (18.2%)	6 (75.0%)	8.523	.007
Outros	18 (81.8%)	2 (25.0%)		

No Domínio II também há uma associação marginalmente significativa entre o sexo e a importância da religião durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .092$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (54.5%) dos indivíduos refere que a religião tinha importância com efeitos óbvios no comportamento do sujeito, no sexo masculino, a maioria (87.5%) dos participantes refere que a religião não tinha ou tinha pouca influência no comportamento dos sujeitos (Tabela 3).

Existe igualmente neste domínio uma associação marginalmente significativa entre o sexo e a presença de tensão nas refeições familiares durante a infância e a adolescência, Teste

de Fisher, $p = .099$. Enquanto no sexo feminino, metade (50.0%) dos indivíduos refere tensão durante as refeições familiares, no sexo masculino, a maioria (87.5%) dos participantes refere não haver tensão às refeições (Tabela 3).

Há também uma associação marginalmente significativa entre o sexo e a presença de agressão por parte dos pares durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .060$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (86.4%) dos indivíduos refere a ausência de agressão, no sexo masculino, metade (50.0%) dos participantes refere ter sido agredido pelos pares (Tabela 3).

Tabela 3. *Teste do Qui-Quadrado relativo às associações marginalmente significativas verificadas no Domínio II - Ambiental*

	Mulheres (n = 22)	Homens (n = 8)	χ^2	<i>p</i>
DOMÍNIO II				
AMBIENTAL	n (%)	n (%)		
Importância da religião				
Sem importância/pouca influência no sujeito	10 (45.5%)	7 (87.5%)	4.224	.092
Importância/efeito no k do sujeito	12 (54.5%)	1 (12.5%)		
Presença de tensão nas refeições familiares				
Sem tensão	11 (50.0%)	7 (87.5%)	3.438	.099
Outro	11 (50.0%)	1 (12.5%)		
Presença de agressão por parte dos pares				
Sem	19 (86.4%)	4 (50.0%)	4.337	.060
Agredido	3 (13.6%)	4 (50.0%)		

4.2.3. Análise do Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas

No Domínio III há uma associação significativa entre o sexo e o peso elevado na escola primária durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .032$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (81.8%) dos indivíduos refere não ter tido peso elevado na escola primária, no sexo masculino, a maioria (62.5%) dos participantes refere ter apresentado excesso de peso na escola primária (Tabela 4).

Neste mesmo domínio ainda existe uma associação significativa entre o sexo e as consequências negativas do peso elevado na escola primária durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .032$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (81.8%) dos indivíduos refere não ter tido peso elevado na escola primária, no sexo masculino, a maioria (62.5%) dos participantes refere ter apresentado excesso de peso na escola primária possivelmente com consequências negativas (Tabela 4).

Tabela 4. Teste do Qui-Quadrado relativo às associações significativas verificadas no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas

		Mulheres (n = 22)	Homens (n = 8)	χ^2	<i>p</i>
DOMÍNIO III					
VULNERABILIDADE PARA DIETAS					
Peso na escola primária					
	Outro	18 (81.8%)	3 (37.5%)	5.487	.032
	Alto	4 (18.2%)	5 (62.5%)		
Consequências do peso elevado					
	Sem peso elevado	18 (81.8%)	3 (37.5%)	5.487	.032
	Outro	4 (18.2%)	5 (62.5%)		

No mesmo domínio, há uma associação marginalmente significativa entre o sexo e a presença de baixo peso na família durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .060$. Enquanto no sexo feminino, a maioria (86.4%) dos indivíduos refere não ter familiares com baixo peso, no sexo masculino, metade (50.0%) dos participantes refere ter familiares com baixo peso (Tabela 5).

Verifica-se ainda uma associação marginalmente significativa entre o sexo e a sensação de estar gorda/o com preocupação durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher, $p = .099$. Enquanto no sexo feminino, metade (50.0%) dos indivíduos refere não se sentir gorda ou sente-se, mas sem preocupação, no sexo masculino, a maioria (87.5%) dos participantes refere sentir-se gordo e com preocupação (Tabela 5).

Tabela 5. *Teste do Qui-Quadrado relativo às associações marginalmente significativas verificadas no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas*

		Mulheres (n = 22)	Homens (n = 8)	χ^2	<i>p</i>
DOMÍNIO III					
VULNERABILIDADE PARA DIETAS					
Presença de baixo peso na família					
	Não tem	19 (86.4%)	4 (50.0%)	4.337	.060
	Outro	3 (13.6%)	4 (50.0%)		
Sensação de estar gorda/o com preocupação					
	Sim, com preocupação	11 (50.0%)	7 (87.5%)	3.438	.099
	Outro	11 (50.0%)	1 (12.5%)		

Foram ainda encontradas diversas associações não significativas ($p > .5$) nos três domínios da RFED. A lista das variáveis correspondentes às associações não significativas encontra-se nos Anexos (cf. Anexo II, III e IV, p. 3-6). Do mesmo modo, não foram obtidas associações significativas entre o sexo e a exposição ao conjunto dos fatores precipitantes avaliados (cf. Anexo V, p. 7).

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo visou contribuir para o conhecimento das PAI nos homens e elucidar acerca dos FR específicos que os vulnerabilizam. Propôs-se, assim, aumentar o conhecimento acerca da caracterização clínica das PAI nos homens, identificar a sua idade de início e estudar os FR e precipitantes associados ao seu desenvolvimento.

Foi utilizada uma amostra de 30 sujeitos, 22 mulheres e 8 homens, em que o diagnóstico mais comum em ambos os sexos foi a AN-R, e recorreu-se ao auxílio de duas entrevistas clínicas semi-estruturadas baseadas no investigador (EDE e RFED). A EDE (Fairburn & Cooper, 2000) foi utilizada com o objetivo de confirmar a presença atual de um diagnóstico de PAI e a RFED (Fairburn & Welch, 1990) com o objetivo de estudar os FR associados ao desenvolvimento das PAI.

Verificou-se que as mulheres tendem a apresentar um peso e um IMC mais reduzidos, enquanto que a média do peso mais elevado é superior nos homens, mostrando que estes pesam mais do que as mulheres. Estes resultados parecem demonstrar que as mulheres são mais preocupadas com o peso, tal como Melin e Araújo (2002) concluíram. O peso mais elevado dos homens poderá dever-se ao facto de darem mais importância à sua forma física e massa muscular (Melin & Araújo, 2002). A idade de início das PAI nos homens revela-se muito semelhante à das mulheres, contrariamente ao que outros trabalhos identificaram (Carlat & Camargo, 1991; Carlat et al., 1997; Fichter & Krenn, 2003).

Foram encontradas dez associações significativas entre os FR avaliados e o sexo dos sujeitos, nos três Domínios da RFED, que incidiram sobre: fumar antes da idade index; importância de manter boa forma física para a família; importância da aparência física na família; presença de comentários críticos sobre o peso/forma; gozo associado ao peso/forma/alimentação por parte dos pares; presença de doença crónica na família; presença de doença crónica nos pais; presença de doença prolongada nos pais; excesso de peso na escola primária; e consequências negativas de um peso elevado.

No Domínio I, fumar antes da idade index revelou valores significativos. O abuso de substâncias tende a estar associado às PAI como comorbilidade, quer nos homens quer nas mulheres (Weltzin et al., 2012; Andersen, 1999). Neste estudo, o único abuso de substâncias significativo foi o tabaco e verificou-se que metade dos participantes homens já fumavam antes da idade index.

No Domínio II, constataram-se mais associações significativas, nomeadamente ao nível da importância da boa forma física na família. Enquanto que as mulheres não identificaram este aspeto como relevante, metade dos homens referiram que a boa forma era definitivamente importante na sua família. Machado e colaboradores (2016) defendem que a excessiva importância dada pela família ao “estar em forma” poderá ser um FR importante. Porém, este estudo foca apenas o sexo feminino, faltando informação sobre o impacto deste aspeto nos homens. No presente estudo, a importância da boa forma familiar pode ser um fator a considerar, mas futuras investigações com amostras maiores poderão ser mais esclarecedoras. A importância da aparência na família também obteve resultados significativos nos homens deste estudo e verificou-se que enquanto as mulheres não referem esse aspeto como relevante, a maioria dos homens relatou que a aparência familiar era importante.

Machado e colaboradores (2014) concluíram que os comentários críticos ao peso, forma corporal e alimentação podem ser relevantes nas PAI nas mulheres. O presente estudo também identificou a presença de comentários de familiares sobre o peso e a forma como significativa nos homens, mas não nas mulheres, tendo a maioria do sexo masculino referido a presença de comentários de familiares sobre o peso e a forma durante a infância e a adolescência. O gozo associado ao peso, forma e alimentação por parte do grupo de pares também se revelou significativo neste estudo, tendo a maioria dos homens relatado a presença desta troça. Machado e colaboradores (2016) também concluíram que o gozo está associado ao desenvolvimento da AN nas mulheres.

A presença de doença crónica na família, o facto de o familiar afetado com esta doença ser um dos progenitores e a doença prolongada também nos pais correspondem, igualmente, a resultados significativos nos homens, tendo a maioria dos homens referido a presença de doença familiar crónica e relatado que os familiares afetados, quer com doença crónica, quer com doença prolongada, são os progenitores. Uma possível explicação para estes aspetos serem significativos poderá incidir na regulação emocional. Gonçalves e colaboradores (2015) referem que os comportamentos purgativos e a IAC podem ser estratégias desadaptativas de regulação emocional face a acontecimentos adversos. Perante a doença crónica na família, especialmente nos pais, os sujeitos podem encontrar na sintomatologia característica das PAI uma forma de lidar com esse aspeto da sua vida.

No Domínio III, verificou-se que a maioria dos participantes do sexo masculino apresentou excesso de peso na escola primária, o que vai de encontro com o que outros autores concluíram (Andersen; 1999; Fichter & Krenn, 2003; Megen et al., 2016; Raevuori et al., 2009; Welch et al., 2015). Estes autores também defendem que o excesso de peso nos homens poderá ser um precursor das PAI. Corroborando o que Keski-Rahkonen e Mustelin (2016) concluíram, o presente estudo verificou, igualmente, que as consequências de um peso elevado podem levar ao desenvolvimento destas perturbações, tendo alguns dos homens deste estudo revelado peso elevado com consequências negativas. Keski-Rahkonen e Mustelin (2016) referem que as consequências do excesso de peso, como a insatisfação corporal, podem ser vistas como um FR.

Encontraram-se, assim, associações significativas em todos os domínios, tal como noutros estudos (Machado et al., 2016; Gonçalves et al., 2016; Machado et al., 2014). Parece haver algumas semelhanças entre homens e mulheres ao nível dos FR, provavelmente por revelarem a mesma perturbação mental.

Dada a escassa informação na literatura científica sobre as PAI no sexo masculino, revela-se urgente realizar investigações mais alargadas nesta temática, de modo a conhecer melhor o diagnóstico nesta população e os seus FR.

Um dos aspetos mais surpreendentes deste estudo é o facto de muitos dos FR mais comuns nas PAI, como o perfeccionismo, a autoavaliação negativa geral e as ocupações de risco, não se terem revelado significativos, muito provavelmente, devido ao reduzido tamanho da amostra. As tentativas de suicídio e os ferimentos autoinfligidos que costumam estar fortemente associados às PAI em ambos os sexos (Bramon-Bosch et al., 2000; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Vieira et al., 2017; Gonçalves et al., 2015) também não obtiveram resultados significativos nesta amostra, tendo sido excluídos no início da análise e tratamento de dados por falta de variabilidade. Outro aspeto interessante foi o facto de nenhum fator precipitante parecer significativamente associado ao sexo.

Este estudo apresenta algumas limitações a considerar na interpretação dos resultados. A principal limitação foi o tamanho da amostra. O número de participantes ($N = 30$) foi bastante reduzido, não sendo uma amostra representativa da população e comprometendo a generalização dos resultados. O facto de este número ser tão reduzido conduziu à exclusão de diversas variáveis por falta de variabilidade e a muitas associações não significativas. Além disso, não é possível afirmar que as associações significativas encontradas correspondem

efetivamente a FR. O número dos participantes homens, bem diferente do número de mulheres, também foi uma limitação. A existência de apenas oito homens na amostra tornou difícil compreender o funcionamento das PAI neste sexo. Acresce que este trabalho é de cariz retrospectivo, i.e., obriga os sujeitos a recordarem como decorreram os acontecimentos na infância e na adolescência. É importante que refiram como se sentiram na altura e não como se sentem agora em relação ao passado, o que torna o viés mais provável. Outra limitação incide no tempo da administração da entrevista. Apesar da RFED ser um instrumento muito rico e completo no estudo das PAI e dos FR, trata-se de uma entrevista bastante longa e exaustiva, sendo necessário administrá-la em mais que um momento, para ser menos cansativo para o participante. Algumas perguntas da RFED focam-se nos 28 dias anteriores ao presente e, dividindo a entrevista em dois momentos, os 28 dias antes do primeiro momento de administração não serão os mesmos do segundo. Adicionalmente, este não é um estudo nacional (*nationwide*), sendo os participantes apenas da região Norte do país. Poderia ser interessante alargar o projeto a outros hospitais portugueses, permitindo o contacto com outro tipo de utentes, possivelmente com informação valiosa para este estudo. Outra limitação deste trabalho debruça-se sobre o facto de o momento da entrevista não permitir o envolvimento de outros informadores, o que poderia ajudar os sujeitos a relembrarem melhor certos episódios (*e.g.* peso à nascença, peso dos pais, problemas de saúde). Contudo, o facto de não haver mais presentes no decorrer da entrevista também torna o momento mais confortável para o indivíduo, permitindo a partilha de informação importante e o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada, fundamental para a condução da entrevista.

Este trabalho apresenta, igualmente, pontos fortes, tais como, os dois instrumentos utilizados, o EDE e a RFED, que são fiáveis e de qualidade para recolher dados junto de utentes com PAI, explorando todas as dimensões da vida do sujeito. Focando a vivência da infância, da adolescência e da doença, possibilitam ao sujeito pensar em aspetos sobre os quais talvez nunca houvesse refletido e fornecem informação fundamental ao investigador. Embora sejam instrumentos que exigem bastante tempo de aplicação parecem, até ao momento, os mais adequados para compreender plenamente a experiência das PAI em cada sujeito. Além disso, os dados utilizados para este projeto foram recolhidos por profissionais treinados e com formação específica nos instrumentos e nas PAI, permitindo a adequação do momento da entrevista e facilitando a cotação das entrevistas. A aliança terapêutica que estes profissionais procuraram manter com os participantes foi essencial para a partilha confortável

de informação e para o comprometimento dos sujeitos com este projeto. A revisão da literatura efetuada permite ainda ao leitor a apropriação de alguns conhecimentos em relação às PAI nos homens. O cumprimento dos objetivos propostos também se constitui como um ponto forte.

Futuras investigações deverão continuar a incidir nesta temática com amostras maiores e com um maior número de participantes homens, permitindo assim a generalização dos resultados e aumentando o conhecimento em relação às PAI no sexo masculino. É fundamental a plena compreensão destas perturbações nesta população, devido à sua gravidade (APA, 2014; Attia & Walsh, 2007; Bulik et al., 2007; Melin & Araújo, 2002; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Coelho et al., 2015; Megen et al., 2016) e à sua prevalência, que se tem revelado superior ao que se pensava anteriormente (Darcy & Arnow, 2015; Megen et al., 2016). Deste modo, estes diagnósticos nesta população deixarão de ser negligenciados na investigação (Andersen, 1999), os profissionais tornar-se-ão mais confortáveis com estes quadros clínicos e mais apropriados das suas especificidades (Melin & Araújo, 2002) e o estigma associado poderá diminuir (Andersen, 1999), permitindo aos homens que sofrem de PAI e aos que não identificam os seus sintomas como problemáticos procurarem ajuda e tratamento. Poderia ser, igualmente, interessante estudar mais aprofundadamente a questão da orientação sexual nos homens enquanto fator de risco. Alguns autores (Carlat et al., 1997; Goter & Ferraro, 2011; Andersen, 1999) identificaram a homossexualidade no sexo masculino como FR das PAI. A RFED poderia incluir alguns itens relativos à orientação sexual, possibilitando o questionamento do sujeito acerca deste aspeto.

Por fim, é fundamental realçar a importância da continuação da investigação nesta temática, aprofundando o conhecimento das PAI nos homens e dos FR associados. Este conhecimento permitirá o desenvolvimento de medidas preventivas e interventivas mais eficazes e adequadas ao sexo masculino, o que poderá reduzir o estigma associado a um homem com PAI e aumentará a probabilidade dos sujeitos afetados procurarem ajuda para este problema tão severo.

6. BIBLIOGRAFIA

Academy for Eating Disorders. (2012). *Perturbações Alimentares: pontos críticos para o reconhecimento precoce e gestão de riscos no cuidado a pacientes com perturbações do comportamento alimentar*. Consultado no website: <https://www.aedweb.org/learn/publications>

Allen, K., Byrne, S. & Crosby, R. (2015). Distinguishing between risk factors for bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 44, 1580–1591. DOI 10.1007/s10964-014-0186-8

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Andersen, A. (1999). Eating disorders in males: critical questions. In R., Lemberg & L., Cohn (Eds.), *Eating Disorders: A Reference Sourcebook* (2nd ed., pp. 73-79). Arizona: The Oryx Press.

Attia, E. & Walsh, B. (2007). Anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1805–1810. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07071151.

Baker, J., Thornton, L., Lichtenstein, P., & Bulik, C. (2012). Pubertal development predicts eating behaviors in adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 819–826. DOI: 10.1002/eat.22022

Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A. & Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents: a spanish community-based longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(5), 287-294. DOI 10.1007/s00787-004-0407-x

Birmingham, C., Su, J., Hlynsky, J., Goldner, E. & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 143-146. DOI: 10.1002/eat.20164

Bramon-Bosch, E., Troop, N. & Treasure, J. (2000). Eating disorders in males: a comparison with female patients. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 321-328.

Bulik, C., Landt, M., Furth, E. & Sullivan, P. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annual Review of Nutrition*, 27, 263–275. doi: 10.1146/annurev.nutr.27.061406.093713

Carlat, D. & Camargo, C. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148(7), 831–843.

Carlat, D., Camargo, C. & Herzog, D. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1127-1132.

Coelho, J., Kumar, A., Kilvert, M., Kunkel, L. & Lam, P. (2015). Male youth with eating disorders: clinical and medical characteristics of a sample of inpatients. *Eating Disorders*, 23(5), 455-461. doi: 10.1080/10640266.2015.1027119

Cohn, L., Murray, S., Walen, A., & Wooldridge, T. (2016). Including the excluded: males and gender minorities in eating disorder prevention. *Eating Disorders*, 24(1), 114-120. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2015.1118958>

Corcos, M., Flament, M., Giraud, M., Paterniti, S., Ledoux, S., Atger, F. & Jeammet, P. (2000). Early psychopathological signs in bulimia nervosa. A retrospective comparison of the period of puberty in bulimic and control girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 115-121.

Culbert, K., Breedlove, S., Sisk, C., Burt, S. & Klump, K. (2013). The emergence of sex differences in risk for disordered eating attitudes during puberty: a role for prenatal testosterone exposure. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 420–432. DOI: 10.1037/a0031791

Darcy, A. & Arnow, K. (2015). Eating disorders in males. In T., Wade (Ed.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, (pp. 1-4). Singapore: Springer Singapore.

Evans, E., Adamson, A., Basterfield, L., Le Couteur, A., Reilly, J., Reilly, J. & Parkinson, K. (2017). Risk factors for eating disorders symptoms at 12 years of age: a 6-year longitudinal cohort study. *Appetite*, 108, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.005>

Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H. & Welch, S. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468-476.

Fichter, M. & Krenn, H. (2003). Eating disorders in males. In J., Treasure, U., Schmidt & E., Furth (Eds.), *The Handbook of Eating Disorders* (2nd ed., pp. 369-383). England: John Wiley & Sons.

Gonçalves, S., Machado, B., Martins, C., Hoek, H. & Machado, P. (2016). Retrospective correlates for bulimia nervosa: a matched case-control study. *European Eating Disorders Review*. DOI: 10.1002/erv.2434

Gonçalves, S., Machado, B., Silva, C., Crosby, R., Lavender, J., Cao, L. & Machado, P. (2015). The moderating role of purging behaviour in the relationship between sexual/physical abuse and nonsuicidal self-injury in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*. DOI: 10.1002/erv.2415

Goter, B. & Ferraro, F. R. (2011). An analysis of eating disorders in heterosexual and homosexual males. *Psychology Journal*, 8(2), 61-69.

Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Hu, X., Zhao, J., Sham, P., Collier, D. & Treasure, J. (2011). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*, 31, 317-329.

Keel, P., Dorer, D., Eddy, K., Franko, D., Charatan, D. & Herzog, D. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60, 179-183.

Keel, P. & Forney, K. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439. DOI: 10.1002/eat.22094

Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. DOI:10.1097/YCO.0000000000000278

Machado, B. (2010). *Fatores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa*. Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Machado, B., Gonçalves, S., Martins, C., Hoek, H. & Machado, P. (2014). Risk factors and antecedent life events in the development of anorexia nervosa: a portuguese case-control study. *European Eating Disorders Review*, 22, 243-251. DOI: 10.1002/erv.2286

Machado, B., Gonçalves, S., Martins, C., Brandão, I., Roma-Torres, A., Hoek, H. & Machado, P. (2016). Anorexia nervosa versus bulimia nervosa: differences based on

retrospective correlates in a case–control study. *Eating and Weight Disorders*, 21, 185-197. DOI 10.1007/s40519-015-0236-6

Machado, P., Machado, B., Gonçalves, S. & Hoek, H. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-217. DOI: 10.1002/eat.20358

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS®: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Mayo, C. & Geaorge, V. (2014). Eating disorder risk and body dissatisfaction based on muscularity and body fat in male university students. *Journal of American College Health*, 62(6), 407-415.

Melin, P. & Araújo, A. (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 73-76.

Mond, J. & Arrighi, A. (2011). Gender differences in perceptions of the severity and prevalence of eating disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 41–49. doi:10.1111/j.1751-7893.2010.00257.x

Pike, K., Hilbert, A., Wilfley, D., Fairburn, C., Dohm, F., Walsh, B. & Striegel-Moore, R. (2009). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological Medicine*, 38(10), 1443–1453. doi: 10.1017/S0033291707002310.

Pustivšek, S., Hadžić, V. & Dervišević, E. (2015). Risk factors for eating disorders among male adolescent athletes. *Zdrav Var*, 54(1), 58-65. doi 10.1515/sjph-2015-0008

Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z. & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212-223. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003

Raeuori, A., Hoek, H., Susser, E., Kaprio, J., Rissanen, A. & Keski-Rahkonen, A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of finnish twins. *PLoS ONE*, 4(2), 1-4. doi:10.1371/journal.pone.0004402

Rush, C., Becker, S., & Cury, J. (2009). Personality factors and styles among college students who binge eat and drink. *Psychology of Addictive Behaviours*, 23(1), 140-145. DOI: 10.1037/a001316

Shingleton, R., Thompson, D., Pratt, E. & Franko, D. (2015). Gender differences in clinical trials of binge eating disorder: an analysis of aggregated data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(2), 382-386. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038849>

Smink, F., Hoeken, D. & Hoek, H. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y

Striegel-Moore, R. H. & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist, 62* (3), 181-198.

Sweeting, H., Walker, L., MacLean, A., Patterson, C., Räisänen, U. & Hunt, K. (2015). Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and uk mass media. *International Journal of Men's Health, 14*(2), 86-112. DOI: 10.3149/jmh.1402.86

Vannucci, A., Tanofsky-Kraff, M., Ranzenhofer, L., Kelly, N., Hannallah, L., Pickworth, C., ... Yanovski, J. (2014). Puberty and the manifestations of loss of control eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 47*(7), 738-747. DOI: 10.1002/eat.22305

Vieira, A. I., Machado, B. C., Machado, P., Brandão, I., Roma-Torres, A. & Gonçalves, S. (2017). Putative risk factors for non-suicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 25*(6), 544-550. DOI: 10.1002/erv.2545

Vo, M., Lau, J. & Rubinstein, M. (2016). Eating disorders in adolescent and young adult males: presentinh characteristics. *Journal of Adolescent Health, 59*(4), 397-400. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.005>

Welch, E., Ghaderi, A. & Swenne, I. (2015). A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *Bio Medical Central, 15*(45), 1-7. DOI 10.1186/s12888-015-0419-8

Weltzin, T., Cornella-Carlson, T., Fitzpatrick, M., Kennington, B., Bean, P. & Jefferies, C. (2012). Treatment issues and outcomes for males with eating disorders. *Eating Disorders, 20*, 444-459. DOI: 10.1080/10640266.2012.715527

Woodside, D., Garfinkel, P., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A., Goldbloom, D. & Kennedy, S. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without

eating disorders, and women with eating disorders in the community. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 570-574.

ANEXOS

Anexo I – Lista de variáveis excluídas por falta de variabilidade em cada Domínio

Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal	Domínio II – Ambiental	Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas
Rivalidade entre irmãos	Morte parental	Autoavaliação comparativamente com irmãos
Alimentação antes dos 5 anos e entre os 5 e os 12 anos	Afeto da mãe	Aparência e a forma física das irmãs percecionadas como mais atraentes e com preocupação
Envolvimento em problemas	Afeto dos pais	Baixo peso dos pais
Presença de problemas de saúde com alteração do peso e/ou aparência	Número de mudanças para o estrangeiro	Dietas dos pais por outros motivos que não peso e forma
Problema de saúde grave que afetou o peso e/ou aparência	Mudança da figura parental	IAC dos pais antes da idade index
Acidente que afetou a aparência	Contacto parental pobre	PAI nos pais e noutros familiares desde sempre
Cicatrizes ou problemas de pele	Separação dos pais	PAI nos pais antes da idade index
Hiperatividade e enurese na infância	Discussões dos pais	Consequências negativas do baixo peso na primária e no secundário
Sintomatologia depressiva antes da idade index	Discussões familiares que não conjugais	Dieta com amigos
Tentativa de suicídio e ferimentos autoinfligidos antes da idade index	Desentendimento na família	Não sentir-se gorda/o
Perturbação maníaca	Subenvolvimento e o envolvimento excessivo da mãe	
Outra perturbação psiquiátrica	Envolvimento excessivo do pai	
Uso abusivo de medicamentos, drogas, acessos descontrolados de fúria, jogo, perda de controlo no sexo antes da idade index	Não envolvimento e o envolvimento excessivo de ambos os pais	
Abuso de álcool	Pouco controlo parental	

Uso de outras drogas ilegais desde sempre e antes da idade index	Ocupações de risco na família (trabalho com comida)
Uso de cocaína, calmantes, cola, drogas injetáveis	Tensão durante as refeições devido à alimentação
Uso de anfetaminas antes da idade index	Perturbação maníaca e Perturbação Obsessiva Compulsiva na família
Mudanças de casa, país e abuso um ano antes da idade index (fatores precipitantes).	Problemas com álcool ou drogas na família
	Amigos
	Gozo pelos pares sem ameaça
	Gozo não relacionado com o peso/forma
	Todas as formas de abuso

Anexo II – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas no Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal

	χ^2	<i>p</i>
DOMÍNIO I - VULNERABILIDADE PESSOAL		
Ocupações de risco pessoais – trabalho com comida	.007	1.000
Ocupações de risco pessoais – peso e corpo importantes	.076	1.000
Perfeccionismo	1.493	.407
Ansiedade	.716	.638
Exercício	2.727	.166
Consciência	1.224	.345
Autoavaliação negativa geral	2.301	.210
Timidez	.639	.672
Consciência acerca da aparência	.341	.682
Vadiagem e evitamento da escola	1.224	.345
Evitamento da escola por ansiedade/medo	.384	1.000
Altura média em criança e adolescente	.682	.682
Altura acima/abaixo da média e com preocupação em criança e adolescente	2.727	.166
Presença de problemas de saúde antes da idade index	.017	1.000
Presença de problemas de saúde graves antes da idade index	.384	1.000
Humor depressivo antes da idade index	.015	1.000
Perda do interesse e do prazer antes da idade index	.015	1.000
Perda de peso significativa antes da idade index	.007	1.000
Lentificação na depressão antes da idade index	.076	1.000
Perda de energia na depressão antes da idade index	.017	1.000
Culpa e desvalorização na depressão antes da idade index	.017	1.000
Capacidade diminuída de pensamento na depressão antes da idade index	.170	.645
Ideação suicida na depressão antes da idade index	1.285	.284
Acontecimento precipitante da depressão	.007	1.000
Overdose de medicamentos	.384	1.000
Magoar-se	2.363	.201
Roer unhas antes da idade index	.716	.638
Gastos excessivos antes da idade index	.597	.469
Fumar	1.857	.209
Uso de cannabis antes da idade index	2.727	.166

Anexo III - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas no Domínio II – Ambiental

	χ^2	<i>p</i>
DOMÍNIO II - AMBIENTAL		
Contexto residencial	.835	.417
Número de mudanças de casa	.000	1.000
Morte significativos que não os pais	.013	1.000
Religião dos pais	1.285	.284
Envolvimento do sujeito nas discussões dos pais	.341	.682
Isolamento familiar	.368	.689
Envolvimento adequado da mãe	.076	1.000
Envolvimento adequado do pai	.170	.645
Subenvolvimento do pai	.136	1.000
Envolvimento adequado dos pais	.384	1.000
Afeto do pai	.003	1.000
Expectativas elevadas da mãe	1.120	.391
Expectativas elevadas do pai	.003	1.000
Expectativas elevadas dos pais	.085	1.000
Críticas da mãe	.170	.645
Críticas do pai	1.224	.345
Críticas dos pais	.655	.643
Disciplina adequada dos pais	.341	.682
Controlo excessivo por parte dos pais	.017	1.000
Irmãos tratados da mesma forma	.028	1.000
Irmãos tratados de maneiras diferentes (outro era preferido)	1.285	.284
Ocupações de risco na família – peso e corpo importantes	.597	.469
Tensão nas refeições familiares	2.744	.199
Tipo de familiar que fazia comentários sobre peso e forma	.545	.589
Comentários dos outros em relação ao peso e forma	3.037	.158
Comentários dos outros em relação à alimentação	1.120	.391
Comentários dos familiares em relação à alimentação	.015	1.000
Tipo de familiares que tecia comentários em relação à alimentação	.384	1.000
Presença de doença familiar prolongada	1.591	.374
Presença na família de depressão desde sempre	.341	.682
Tipo de familiar com depressão desde sempre	.455	.678
Presença na família de depressão antes da idade index	1.099	.417

Tipo de familiar com depressão antes da idade índice	.655	.643
Presença na família de depressão depois da idade índice	.085	1.000
Tipo de familiar com depressão depois da idade índice	.015	1.000
Presença de ameaça no gozo dos pares	.292	0.666
Presença de gozação por outros motivos que não o peso/forma/alimentação	2.301	.210

Anexo IV - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas

	χ^2	<i>p</i>
DOMÍNIO III – VULNERABILIDADE PARA DIETAS		
Presença de comparação com a aparência das irmãs	2.727	.215
Presença de comparação com a forma física das irmãs	.028	1.000
Peso máximo de sempre da mãe	2.301	.210
Peso máximo de sempre do pai	2.078	.195
Presença de obesidade nos pais (sempre)	.384	1.000
Peso máximo da mãe antes da idade index	3.135	.104
Peso máximo do pai antes da idade index	1.224	.345
Atitude do próprio face ao peso dos pais	.007	1.000
Presença de dieta familiar devido ao peso antes da idade index	1.493	.407
Tipo de familiar com dieta devido ao peso antes da idade index	.015	1.000
Dieta familiar por outros motivos	.655	.643
Presença de IAC familiar antes da idade index	.007	1.000
Preocupação na família com peso/forma antes da idade index	.682	.682
Tipo de familiar com preocupação em relação ao peso/forma antes da idade index	.015	1.000
PCA familiar antes da idade index	3.409	.102
Fazer dieta por influência dos familiares	3.409	.102
Peso normal na escola primária	2.727	.215
Baixo peso na escola primária	.384	1.000
Consequências negativas devido ao peso elevado na primária	.170	.645
Presença de consequências devido ao baixo peso na escola primária	1.120	.391
Peso normal no secundário	.341	.682
Baixo peso no secundário	.835	.417
Peso elevado no secundário	.341	.682
Presença de consequências devido ao peso elevado no secundário	.130	1.000
Consequências negativas devido ao peso elevado no secundário	.170	.645
Presença de consequências devido ao baixo peso no secundário	.455	.678
Presença de dieta no grupo de pares	.655	.643
Presença de PCA em conhecido	1.224	.345
Presença de PCA em amigo/par	.655	.643
Sentir-se enorme	.455	.678
Sentir-se enorme com preocupação	1.224	.345

Anexo V - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas nos fatores precipitantes

	χ^2	<i>p</i>
DOMÍNIO I - VULNERABILIDADE PESSOAL		
Presença de acontecimento precipitante	.639	.672
Número de acontecimentos precipitantes	.384	1.000
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade index - doença	.007	1.000
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade index - morte	.076	1.000
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade index – doença significativo	1.023	.419
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade index – alguém se juntou ou deixou a família	.597	.469
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade index – início de um relacionamento afetivo	.136	1.000
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade index – rompimento de um relacionamento afetivo	1.285	.284
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade index -agressão	.545	.589
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade index – exames/pressão trabalho	.384	1.000
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade index – stress	.130	1.000
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade index – comentários críticos em relação ao peso/forma/alimentação	.368	.689