

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

PREVALÊNCIA E SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA A
DOENÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM
ADOLESCENTES

PAULO GUILHERME BARROS DE SOUSA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2012



Prevalência e Sintomatologia associada a Doenças do Comportamento
Alimentar em Adolescentes

PAULO GUILHERME BARROS DE SOUSA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Coimbra, Março de 2012

“A beleza, conceito universal, não define as prioridades do Homem. Cada um encontra a beleza dependendo de onde a procura”

Autor desconhecido

Agradecimentos

A concretização deste trabalho culmina o final de uma árdua e esforçada caminhada que, não seria possível sem ajuda, colaboração e amizade de um conjunto de pessoas e que por este motivo, não poderia deixar de as reconhecer neste trabalho.

Assim sendo, o meu primeiro agradecimento é dirigido à Professora Maria dos Anjos Dixe, pela orientação, interesse, empenho, disponibilidade e apoio em todos os momentos. Pelo enorme profissionalismo e competência que me incutiu em todas as fases de concretização deste trabalho. Agradeço-lhe ainda, todo o apoio na análise estatística e palavras reconfortantes e reforçadoras nos momentos mais difíceis na elaboração deste percurso.

A todos os Professores das Escolas que integraram e ajudaram na concretização deste estudo, no entanto, devo aqui destacar os seguintes nomes: Professora Madalena Costa, responsável por toda a amostra conseguida na Escola D. Dinis; Professor Jorge Nunes, responsável por toda a amostra conseguida na Escola Secundária Domingos Sequeira e, à Professora Ana Maria Tildes, responsável por toda a amostra conseguida na Escola Secundária Afonso Lopes Vieira. O meu obrigado especial a estes três professores pela enorme disponibilidade e colaboração demonstrada, muitas vezes abdicando do seu tempo pessoal e profissional para que a concretização deste estudo fosse possível.

Ao Directores das três escolas mencionadas, por me terem aberto as portas das suas instituições, a fim de poder realizar este estudo.

Um agradecimento especial a todos os alunos que aceitaram participar neste estudo, colaborando na concretização da investigação fazendo parte da amostra obtida, tendo-se disponibilizado para responder ao questionário.

Às minhas amigas Maria e Elsa, pela enorme ajuda ao nível da construção do questionário e conhecimentos informáticos que prestaram e, que me foram muito úteis.

Ao meu amigo João, pelas palavras de incentivo e apoio para que a fadiga não vencesse.

Um agradecimento de destaque para os meus PAIS, pelo apoio, compreensão, paciência e palavras ao longo de toda a elaboração desta investigação. E claro a toda a restante FAMÍLIA (Avó, Avô, Madrinha, “Padrinho”, Tios e Primas) pelos mesmos motivos, obrigado pela vosso enorme apoio e preocupação!!

Finalizando, agradeço a todos aqueles que não mencionei os nomes, mas que de uma forma ou de outra, contribuíram e ajudaram na concretização deste trabalho.

Resumo

As Doenças do Comportamento Alimentar apresentam-se como um problema de saúde proeminente e, como tal, devem ser entendidas como multidimensionais e complexas, que interagem com factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais e, que podem ocorrer devido a comportamentos alimentares de carácter patológico e com consequências sérias na qualidade de vida presente e futura.

Este trabalho de investigação teve como principal objectivo avaliar a prevalência das Doenças do Comportamento Alimentar numa população não clínica de estudantes, assim como caracterizar o perfil socio-demográfico e familiar dos estudantes e, determinar a relação entre a sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e o sexo, idade, IMC, tipo de família, vinculação aos pais e ano de escolaridade dos adolescentes.

No intuito de concretizar os objectivos, realizámos um estudo não experimental, transversal e correlacional. A amostra foi constituída por 326 estudantes do 3º Ciclo e do Ensino Secundário da zona centro de Portugal. Foram aplicados um questionário anónimo composto por dados socio-demográficos, antropométricos e clínicos, o *Eating Disorder Inventory 2* (EDI 2) e o Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM).

De acordo com os critérios presentes no DSM-IV-TR não encontramos qualquer caso de Bulimia Nervosa em ambos os sexos. Nas raparigas, constatamos 1,5% de casos prováveis de Anorexia Nervosa tipo Restritivo, 0% de casos prováveis de Anorexia Nervosa tipo Purgativa, 17,3% de casos prováveis de Anorexia Nervosa Restritiva Parcial e 6,1% de casos prováveis de Anorexia Nervosa Purgativa Parcial.

Quanto aos rapazes, relatam-se 0,8% de casos prováveis de Anorexia Nervosa tipo Restritivo, 0% de casos prováveis de Anorexia Nervosa tipo Purgativa, 5,2% de situações parciais de Anorexia Nervosa Restritiva e 1,8% de situações parciais de Anorexia Nervosa Purgativa. Foram observadas também, correlações entre a sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar consoante o sexo, idade, IMC, tipo de família, vinculação aos pais e ano de escolaridade dos inquiridos.

Concluimos que todo o sistema familiar e escolar, especialmente pais e professores, devem estar alerta para os sinais manifestados pelos adolescentes no sentido de dar à prevenção um papel fulcral.

Palavras-chave: Adolescentes, Prevalência, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa.

Abstract

The eating disorders presents as a prominent health problem and as such, must be understood as a multidimensional and complex, that interact with biological, psychological and socio-cultural and which may occur due to the nature of pathological eating behaviors and with serious consequences on the quality of present and future life.

This research had as main objective to evaluate the prevalence of eating disorders in a nonclinical population of students, as well as to characterize the socio-demographic and family of students and to determine the relationship between the symptoms associated with eating disorders and sex, age, BMI, family type, linking parents and grade adolescents.

In order to achieve the objectives, we conducted a non-experimental, cross-sectional and correlational. The sample consisted of 326 students of the 3rd cycle and secondary education in central Portugal. There were administered an anonymous questionnaire consisting of socio-demographic data, anthropometric and clinical trials, the Eating Disorder Inventory 2 (EDI 2) and Attachment Questionnaire to the Father and Mother (QVPM).

According to the criteria in the DSM-IV-TR did not find any case of Bulimia Nervosa in both sexes. In girls, we found 1.5% of probable cases of Anorexia Nervosa Restricting Type, 0% of probable cases of Anorexia Nervosa Purging type, 17.3% of probable cases of Anorexia Nervosa Restrictive Partially and 6.1% of probable cases of Partial Anorexia Nervosa Purging.

As for boys, reported by 0.8% of probable cases of Anorexia Nervosa Restricting Type, 0% of probable cases of Anorexia Nervosa purging type, 5.2% of cases partial Restrictive Anorexia Nervosa and 1.8% of partial situations Anorexia Nervosa Purging. Were also observed, correlations between the symptoms associated with eating disorders according to sex, age, BMI, family type, attachment to parents and years of schooling of respondents.

We conclude that the entire family and school, especially parents and teachers should be alert to the signs manifested by adolescents in order to give prevention a central role.

Key-words: Adolescents, Prevalence, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa.

Índice

Parte I - Introdução	1
1- Fundamentação teórica	3
1.1 Anorexia Nervosa.....	3
1.2 Bulimia Nervosa.....	5
1.3 Relação entre Bulimia Nervosa e Anorexia Nervosa.....	7
1.4 Epidemiologia da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa	8
1.5 Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar.....	16
1.6 Vinculação aos Pais e Doenças do Comportamento Alimentar.....	20
Parte II – Materiais e Métodos.....	23
2.1 Metodologia	23
2.2 Objectivos.....	23
2.3 Hipóteses de Investigação	23
2.4 População e Amostra.....	24
2.5 Instrumentos	25
a) Aspectos socio-demográficos, escolares e familiares.....	25
b) Dados antropométricos e clínicos.....	25
c) Critérios do DSM-IV-TR.....	26
d) Inventário dos Distúrbios Alimentares – 2ª. versão	29
e) Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM).....	31
2.6 Procedimentos formais e éticos.....	32
2.7 Tratamento estatístico	34
Parte III - Resultados	35
a) Variáveis Sócio-demográficas, Escolares e Familiares.....	35
b) Dados antropométricos e clínicos	36
c) História de doença familiar e do inquirido	38
d) Prevalência de Casos Prováveis de Doenças do Comportamento Alimentar	39
e) Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar	43
f) Vinculação aos pais.....	43
Teste de Hipóteses	43
Parte IV - Discussão dos resultados.....	50
Parte V - Conclusão	59
Parte VI - Referências Bibliográficas	61
Parte VII - Anexos	71

Anexo A – Instrumento de colheita de dados	72
Anexo B – Pedido de autorização à Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC).....	73
Anexo C – Pedido de Autorização aos Directores das escolas da Cidade de Leiria	74
Anexo D – Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação	76
Anexo E – Pedido de Autorização do Eating Disorder Inventory 2 (EDI 2).....	77
Anexo F – Pedido de Autorização do Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM)	78
Anexo G – Aplicação do Teste de Kolmogorov-Smirnov para as subescalas do EDI 2 e QVPM.....	80

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Percepção da Imagem corporal	27
Quadro 2: Distorção da Imagem corporal	27
Quadro 3: Subescalas do EDI2 e sua descrição	31
Quadro 4: Variáveis Sócio-demográficas e escolares	35
Quadro 5: Características familiares	36
Quadro 6: Estatística Descritiva – Dados antropométricos na totalidade e por sexo dos inquiridos	37
Quadro 7: Satisfação com o peso actual na totalidade e por sexo dos inquiridos	37
Quadro 8: Desejo de ter outro peso na totalidade e por sexo	37
Quadro 9: Alterações de peso superiores a 4 Kg no último ano na totalidade e por sexo	38
Quadro 10: Historial de doença familiar	38
Quadro 11: Historial de doença do inquirido	39
Quadro 12: Frequências de respostas referentes à Distorção Corporal	39
Quadro 13: Frequências de respostas referentes ao Medo de ficar gordo(a)	40
Quadro 14: Frequências de respostas referentes aos Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva	40
Quadro 15: Frequências de respostas referentes à Indução do Vômito	40
Quadro 16: Frequências de respostas referentes à Utilização de Diuréticos e/ou Laxantes	40
Quadro 17: Frequências de respostas referentes à Dieta/Comida de baixo teor calórico	41
Quadro 18: Frequências de respostas referentes à Prática de Exercício físico	41
Quadro 19: Distribuição da amostra de acordo com a presença, ausência ou alterações do período menstrual nos últimos seis meses	41
Quadro 20: Distribuição da amostra de acordo com o interesse pela atividade sexual nos últimos seis meses	42
Quadro 21: Prevalência das Doenças do Comportamento Alimentar dos inquiridos por sexo	42
Quadro 22: Estatística Descritiva – EDI 2	43
Quadro 23: Estatística Descritiva – QVPM	43
Quadro 24: Resultados da aplicação do Teste de Mann-Whitney à sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar de acordo com o sexo dos inquiridos	44
Quadro 25: Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e a Idade dos inquiridos	45

Quadro 26: Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e o IMC dos inquiridos	45
Quadro 27: Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar de acordo com o tipo de família do inquirido	46
Quadro 28: Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e a vinculação dos inquiridos ao pai	47
Quadro 29: Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e a vinculação dos inquiridos à mãe	48
Quadro 30: Resultados da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis à Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar de acordo com o ano de escolaridade dos inquiridos	48

Parte I - Introdução

A adolescência caracteriza-se por um período de desenvolvimento sociocultural durante o qual os jovens desenvolvem a sua identidade. O termo adolescência significa “tornar-se adulto” e é um período de transição em que a criança se transforma, existindo um conjunto de mudanças biológicas, sociais e psicológicas e, como tal, pode ser um período de risco considerável no âmbito da saúde, porém também propício ao desenvolvimento de intervenções significativas para a sua educação (Costa, 2009; Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003; Story e Resnick, 2002). Por sua vez, a escola poderá ser um local importante onde essas intervenções poderão ter lugar (Carvalho, 2002).

Neste sentido, existem dois aspectos inequívocos que poderão ter um papel preponderante na promoção de um estilo de vida saudável: a prática de actividade física regular e uma alimentação equilibrada (Balaguer e Castilo, 2002 citado por Costa, 2009), aspectos estes ressalvados tanto por parte da população em geral como da comunidade científica, que sustentam as vantagens físicas, psicológicas e sociais que lhes estão associadas em todas as idades (Dias, Corte-Real, Corredeira, Barreiros, Bastos & Fonseca, 2008).

Contudo, e especialmente nesta faixa etária, diversos adolescentes não adoptam hábitos alimentares regulares e consistentes, iniciando muitas vezes comportamentos potencialmente prejudiciais ao estado de saúde, tais como a aquisição de hábitos alimentares inadequados, o consumo de drogas, álcool e tabaco (Subratty et al., 2001; Cunha et al., 2006 citados por Costa, 2009).

Mudanças corporais e de peso transformam a imagem mental que o adolescente faz de si, levando a que este se sinta estranho, desproporcional e com uma imagem corporal negativa (Dunker, Fernandes & Filho, 2009). O aparecimento da puberdade e das naturais alterações biológicas confrontam os adolescentes com mudanças na sua aparência física que as afasta do padrão sociocultural de beleza ideal, especialmente no sexo feminino com a pretensão de um corpo excessivamente magro e sem massa gorda. A valorização dada à magreza irá depender de outros aspectos da sua personalidade, uma vez que, quanto maiores forem as incertezas acerca de si, a necessidade de aprovação pelos outros, a aceitação do ideal sociocultural de beleza e a discrepância entre o corpo real e o corpo ideal, mais o jovem procurará alcançar um ideal de magreza através de dietas (Gouveia, 2000 citado por Neves 2008).

As Doenças do Comportamento Alimentar (DCA) são doenças complexas e multidimensionais, que reflectem a interacção entre factores psicológicos, biológicos e sócio-

culturais, manifestadas por comportamentos alimentares patológicos, com consequências sérias na Qualidade de Vida (QDV) dos doentes (Maximiano, Miranda, Tomé, Luís, Maia, s.d). Deste modo, analisaremos particularmente a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, não fazendo as Perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação (PCASOE) parte deste estudo.

Cordás (2004) caracteriza a Anorexia Nervosa como uma doença na qual há uma intensa perda de peso e um enorme receio de se ser obeso, provocando uma distorção da imagem corporal. Associam-se ainda comportamentos como uma dieta rígida e uma restrição quantitativa e qualitativa dos alimentos, na qual se verifica uma eliminação de alimentos ricos em calorias, visando o ideal corporal actualmente vigente, a magreza.

A Bulimia Nervosa (BN) é caracterizada por episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho ponderal, tais como vomitar; o uso de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum ou exercício físico excessivo (Maximiano, Miranda, Tomé, Luís, Maia, s.d).

Tendo por base o exposto, os objectivos deste trabalho passam por determinar a taxa de prevalência das duas doenças do comportamento alimentar supra citadas, caracterizar o perfil socio-demográfico e familiar dos estudantes, caracterizar o tipo de vinculação aos pais e, determinar a relação entre a sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e o sexo, tipo de família, vinculação aos pais e o Índice de Massa Corporal dos estudantes, sendo para tal aplicado um questionário socio-demográfico em que se incluíam dados antropométricos e clínicos, critérios presentes no DSM-IV-TR; o Eating Disorder Inventory 2 (EDI 2) e o Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM), a adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e 19 anos de idade de escolas da cidade de Leiria.

Deste modo, o corpo do trabalho está fundamentalmente dividido em duas partes, a parte teórica na qual se descrevem a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa, a relação em ambas, alguns estudos epidemiológicos e se relaciona a imagem corporal e vinculação aos pais com as Doenças do Comportamento Alimentar e a parte empírica, na qual se descrevem a metodologia, resultados e sua discussão e respectivas conclusões.

1- Fundamentação teórica

1.1 Anorexia Nervosa

A Anorexia Nervosa é uma doença do comportamento alimentar largamente descrita e analisada em inúmeras investigações nos mais diversos países permitindo afirmar que, esta doença remonta há vários séculos.

A Anorexia Nervosa teve o seu início na Europa medieval, sendo que a primeira descrição de uma situação que se identifica com a Anorexia Nervosa, foi feita em 1864 por Thomas Morton., num tratado de Tisiologia, descrevendo-a como “ estado de atrofia nervosa, com falta de apetite, aversão à comida, emagrecimento, hiperactividade e amenorreia” (Carmo, 2001, p. 42).

No entanto, só no século XIX o francês Lasègue e o inglês William Gull a identificaram claramente como entidade clínica. Lasègue evidenciou a causa psiquiátrica da doença, referindo que os médicos não deveriam actuar de uma forma irreflectida de modo a não causarem danos irreparáveis e evidenciando que era extremamente importante fazer um diagnóstico correcto. William Gull, refere que dos muitos casos que acompanhou apenas um teve um final fatal, sendo que nesse caso a autópsia evidenciou que a morte ocorreu apenas em consequência da fome, chegando a conclusão que “é a este ponto que o nosso espírito deve ater-se e que deve ser a orientação para o tratamento” (Carmo, 1994, p. 33).

Gerald Russell, teve uma importância essencial pois estabeleceu pela primeira vez de uma maneira objectiva as características fundamentais da anorexia nervosa, definindo-a como “Comportamento persistente com o objectivo de perder peso; alterações psicológicas características causadas pelo medo de engordar; presença de uma perturbação originada por alterações endócrinas e que se traduz na falta de menstruação nas mulheres e falta de potencia e interesse sexual nos homens” (Sampaio, 1998, p. 105).

Actualmente, observamos a existência de critérios segundo os quais se pode diagnosticar ou detectar casos de Anorexia Nervosa, sendo para isso utilizados os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000), que seguidamente se apresentam.

A. Recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura (por exemplo, perda de peso que leva a manter um peso corporal inferior a 85% do esperado; ou incapacidade em ganhar o peso esperado para o crescimento, ficando aquém de 85% do previsto).

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando o peso é insuficiente.

C. Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação, ou negação da gravidade do grande emagrecimento actual.

D. Nas jovens após a menarca, amenorreia, ou seja, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Uma mulher é considerada amenorreica se a menstruação ocorrer somente após a administração de hormonas, por exemplo, estrogénios.)

Segundo a mesma fonte existem dois tipos de Anorexia Nervosa:

- **Tipo Restritivo:** durante o episódio actual de Anorexia Nervosa, a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes (por exemplo, vómito ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas).
- **Tipo Ingestão Compulsiva/Purgativa:** durante o episódio actual de Anorexia Nervosa, a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos (vómitos ou abusos de laxantes, diuréticos e enemas) (APA, 2000).

A Anorexia apresenta diversos sintomas, entre os quais podemos destacar os sintomas físicos, psicológicos, comportamentais e sociais, e aos quais pais e professores devem estar especialmente alertados. Os sintomas físicos que se podem manifestar são dores de estômago, perda de cabelo, dificuldade em dormir, menstruação irregular ou inexistente, perda de força muscular, distensão abdominal, hipotensão com tonturas e desmaios (Carmo, 1999).

Ao nível dos sintomas psicológicos estes consistem em mudanças de humor, depressão, emotividade, ideias erradas quanto ao peso, isolamento social devido a perda de interesse pelas actividades do quotidiano, desconforto na presença de alimentos e busca constante pelo perfeccionismo. (Bouça, 2000).

No que diz respeito aos sintomas comportamentais e sociais podem constatar-se sintomas como a prática excessiva de exercício, uso de roupas largas para esconder a perda de peso, dificuldade em alimentar-se em público, isolamento social essencialmente durante a adolescência (Bouça, 2000).

As Doenças do Comportamento Alimentar desenvolvem-se ao longo do tempo com alguns factores causais (Seabra, 2011), sendo de destacar os factores biológicos, psicológicos, socioculturais e a influência dos média.

No que se refere aos factores biológicos, são de realçar estudos sobre distúrbios alimentares em famílias e em gémeos que indicaram que as possibilidades de se diagnosticar um transtorno de alimentação em mulheres adultas são muito maiores caso esta tenha algum parente que seja anoréctico. (Strober, Morrell, Burroughs, Salkin & Jacobs, 1985, citados por Straub, 2005). Revelou-se, ainda, que os sujeitos que têm transtornos alimentar tendem a possuir um histórico familiar depressivo, ansiedade e comportamentos obsessivo-compulsivos. A depressão é apresentada em elevado grau até antes da perturbação alimentar

nos indivíduos que têm Anorexia. (Straub, 2005).

Referente aos factores psicológicos deve ter-se em atenção as interacções precoces insatisfatórias; o facto de a adolescência ser uma etapa marcada por um crescimento rápido e desenvolvimentos pubertários que podem ser desencadeadores de doenças; o medo e evitamento do crescimento e da sexualidade e a história passada de obesidade e/ou dietas (Seabra, 2011).

Através dos factores socioculturais consegue-se perceber porque razão a Anorexia é mais comum nas mulheres do que nos homens e com maior incidência na cultura ocidental, visto que se preocupam mais com o peso. (Straub, 2005). Ao contrário das sociedades menos industrializadas em que o ideal de beleza passa pela gordura, a sociedade ocidental, tal como relatou Roberta Seid “...transformou a busca de um corpo magro e livre de gordura em uma nova religião. Ela tem um credo: ‘Como correctamente, controlo meu peso e faço exercícios. ‘ De fato, a anorexia nervosa pode ser chamada do paradigma de nossa era, pois a nossa crença nos encoraja a adoptar os comportamentos e as visões de um anoréxico” (Seid, 1994, citado por Straub, 2005, p. 260).

Outros factores responsáveis pelo aparecimento de Anorexia Nervosa são as enormes influências que os meios de comunicação social exercem, seja através da internet, televisão, jornais ou revistas, nos quais se enfatizam o ideal social da magreza.

1.2 Bulimia Nervosa

Na sua essência, o termo bulimia deriva do grego “bous” (boi) e “limos” (fome), designando um apetite tão grande que seria possível a um homem comer um boi (Cordás & Claudino, 2002). Já na época medieval se falava em *bulismus* ou *bolismus*, que se traduz por apetite insaciável; do século XV ao século XVIII o termo bulimia já se encontra em textos referenciados na área da Medicina como significando fome de cão ou *appetitus caninus*.

A partir da primeira descrição da Bulimia Nervosa (BN) por Gerald Russell (1979), que o conhecimento desta entidade nosológica distinta tem avançado imenso, fruto da proliferação de grupos de pesquisa nos mais diversos países. Podemos constatar que o reflexo da importância clínica e epidemiológica que a Bulimia Nervosa vem assumindo pelo facto de esta superar, ao nível de publicações, a Anorexia Nervosa (Cordás & Claudino, 2002).

Sumariamente, é uma doença que se caracteriza pela ingestão compulsiva e rápida de uma grande quantidade de alimentos, alternada com um comportamento dirigido para evitar o ganho de peso, recorrendo a métodos como o vómito, abuso de laxantes e diuréticos ou períodos de restrição alimentar severa (dietas) e, ainda um medo mórbido de engordar

(Cordás & Claudino, 2002).

Geralmente, um indivíduo com um quadro de Bulimia Nervosa, valoriza em demasia a forma do corpo e o peso, possuindo uma percepção física distorcida, dificuldade em identificar as emoções, ostenta uma baixa auto-estima, um elevado nível de ansiedade, baixa tolerância à frustração e um défice no controlo dos impulsos. Devido ao facto de se sentir inseguro, os seus padrões de beleza são muito altos, muitas vezes inatingíveis, e ao perceber que não consegue atingir o padrão desejado, sente-se deprimido, fracassado e retorna à compulsão, com conseqüente culpa e depressão. É um paciente que muitas vezes apresenta “tendências perfeccionistas, dificuldade em assumir compromissos e responsabilidades e uma organização sexual, em geral, conturbada e confusa, sendo comum a promiscuidade. (Romaro & Itokazu, 2002, p. 408)

“O vômito auto-induzido é extremamente comum, sendo encontrado em até 95% dos pacientes, provavelmente pelo seu efeito de redução imediata da ansiedade” (Cordás & Claudino, 2002, p.5). Quanto aos laxantes, estes são substâncias já usadas desde a Idade Média, sendo inclusive violentamente satirizados nas peças de Molière.

De seguida, apresentam-se os critérios de diagnóstico segundo o DSM-IV-TR:

- A. Episódios recorrentes da ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos 2 critérios seguintes.
 - 1) Comer, num período curto de tempo (por exemplo, num período até 2 horas), uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias;
 - 2) Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos).
- B. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar; usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; ou exercício físico excessivo.
- C. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos 2 vezes por semana em 3 meses consecutivos.
- D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelos peso e forma corporais.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa.

A Bulimia Nervosa pode apresentar-se de duas formas:

- **Tipo Purgativo:** durante o episódio actual de Bulimia Nervosa a pessoa induz regularmente o vômito ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas.
- **Tipo Não Purgativo:** durante o episódio actual de Bulimia Nervosa a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejum ou exercício físico excessivo, mas não induz -o vômito nem abusa de laxantes, diuréticos e enemas (APA, 2000).

A taxa de prevalência da Bulimia Nervosa em populações adolescentes e mulheres jovens ronda os 1 a 3%, aproximadamente; sendo a referida perturbação, para o sexo masculino, estimada em um décimo da taxa ocorrida no sexo feminino (APA, 2000).

Na maioria dos casos, a Bulimia Nervosa tem o seu início no final da adolescência ou início da idade adulta. Geralmente, os episódios de ingestão compulsiva iniciam-se durante ou após a realização de uma dieta e, este tipo de comportamento patentado prossegue durante vários anos numa percentagem elevada de amostras clínicas.

A evolução da Bulimia Nervosa pode seguir dois caminhos, “crónica ou intermitente, com períodos de remissão alternando com recorrências de ingestão compulsiva. Contudo, durante o seguimento a longo prazo, os sintomas de muitos sujeitos parecem diminuir. Os períodos de remissão superiores a um ano estão associados com um melhor prognóstico a longo prazo.” (APA, 2000, p. 593)

No que diz respeito à etiologia da Bulimia Nervosa, os episódios de ingestão compulsiva das pacientes diagnosticadas com Bulimia Nervosa e pacientes com obesidade e comportamento bulímico têm sido investigados e têm sido procuradas explicações para estes comportamentos ao nível do metabolismo dos hidratos de carbono e, as conclusões acerca destas investigações apontam para que não exista uma anomalia endócrino-metabólica primária, mas sim que as alterações ocorridas no organismo sejam consequência do regime de jejum/ingestão compulsiva.

1.3 Relação entre Bulimia Nervosa e Anorexia Nervosa

A Anorexia Nervosa tem dois sub-tipos, a restritiva e a ingestão compulsiva/purgativa e, de acordo com estudos realizados no passado (Beumont e col., 1976; Casper e col., 1980; Garfinkel, 1980 citado por Carmo, 2001) sabe-se que alguns indivíduos com Bulimia Nervosa passaram anteriormente por Anorexia Nervosa. A evolução de uma Anorexia Nervosa para uma Bulimia Nervosa não se processa de uma forma rápida, pois na anorexia

existe ainda um peso abaixo do peso de referência, porém este indicador não é predominante e existem comportamentos de ingestão compulsiva/purgativos dominantes. Difícil será, deste modo, a diferenciação entre uma Anorexia Nervosa do subtipo ingestão compulsiva ou uma Bulimia Nervosa com antecedentes de Anorexia Nervosa, ocorrendo esta situação em diversos casos. Uma investigação protagonizada por Mitchell (1992, citado por Carmo, 2001), numa população de 100 pacientes diagnosticadas com Bulimia dividida em dois grupos, um grupo com antecedentes de Anorexia Nervosa e outro grupo sem antecedentes da mesma, concluiu que, apesar de existirem algumas diferenças entre os grupos, estas não eram significativas, uma vez que o grupo de pacientes com antecedentes de Anorexia Nervosa fazia um maior uso de laxantes, ao passo que o grupo de pacientes sem antecedentes de Anorexia Nervosa fazia um maior uso do vômito.

O diagnóstico de Anorexia Nervosa deve ser dado a sujeitos que apresentem comportamentos de ingestão compulsiva durante a Anorexia Nervosa, sendo deste modo classificados como Anorexia Nervosa, Tipo Ingestão Compulsiva/Tipo Purgativo e não como Bulimia Nervosa.

1.4 Epidemiologia da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

Diversos estudos têm sido desenvolvidos ao longo dos anos no sentido de determinar a taxa de prevalência de Doenças do Comportamento Alimentar. Ao longo deste capítulo serão apresentados alguns dos trabalhos de investigação desenvolvidos nesta área.

Devido ao facto de as Perturbações Alimentares Parciais não terem um critério de definição universal torna-se difícil medir a sua prevalência e avaliar a sua magnitude na população adolescente. Nos Estados Unidos da América, 46% a 80% das adolescentes relatam insatisfação com o seu peso e, 26% a 77% referem ter feito dieta em algum momento. Estas taxas elevadas estão relacionadas com mudanças na puberdade e pelo crescente interesse da nossa sociedade em questões como a forma do corpo feminino e a procura de um peso ideal. A taxa de prevalência de comportamentos purgativos como o vômito, o uso de laxantes e de diuréticos oscila entre os 5% e os 16%, sendo estes valores muito semelhantes aos encontrados em países europeus. Os estudos epidemiológicos que utilizam critérios específicos para as Perturbações Alimentares parciais denotam uma grande disparidade na prevalência estimada, variando desde 0,8% a 14%, na população normal de adolescentes (Weber, Narring & Michaud, 2005).

Em Portugal, Carmo (1994) realizaram um estudo com 2398 alunas de escolas secundárias da área da grande Lisboa, verificando que 0,4%, ou seja, 9 raparigas sofriam de

Anorexia Nervosa, 12,6%, ou seja, 257 raparigas tinham alterações da imagem corporal e perda de peso sem deixarem de ser menstruadas e 7%, correspondente a 145 raparigas tinham alterações da imagem corporal sem perderem peso, fazendo com que a prevalência de doença parcial ou subclínica Anorexia Nervosa fosse de 19,6%.

A literatura aponta que os distúrbios alimentares no sexo masculino tem uma menor incidência do que no sexo feminino, no entanto, os homens representam 10 a 15% dos casos, embora sejam praticamente desconhecidos. (Holman, 1997; Geist et al., 1999 citados por Andrade, 2008)

Segundo Shore e Porter (1990) citado por Dixe (2002) aquando da aplicação do EDI 1 em estudantes de ambos os sexos, observaram que as raparigas apresentam um índice mais elevado de prevalência do que os rapazes, assim como resultados mais elevados em diferentes áreas, como desejo de emagrecer e insatisfação com o corpo. Nos rapazes não se observaram diferenças significativas nos resultados. Foi comprovado também que os valores médios, em raparigas mais velhas, são mais elevados, ao passo que nos rapazes, tal é verificado nos rapazes mais novos.

No que diz respeito aos estudos sobre as famílias, nos últimos anos, tem havido um número cada vez maior de pesquisas envolvidas no que ao tratamento das perturbações alimentares diz respeito, em que a família assume um papel de destaque na inclusão desta no programa de atendimento (Castro, J.; Toro, J. & Cruz, M., 2000; Webster, J.J. & Palmer, R.L., 2000; Whelon, E. & Looper, P.J., 2000 citados por Cobelo, Saikali & Schomer, 2004). Watson (2000) e Amigo (2005) citados por Sicchieri (2005) referem que existe um aumento da incidência de casos de Anorexia Nervosa, muito por causa da realização de um diagnóstico mais preciso por parte dos médicos ou da familiaridade da doença por parte dos pais/família.

A média de idade para o aparecimento de Anorexia Nervosa é de 17 anos, raramente se verificando este início em mulheres com mais de 40 anos. A prevalência é significativamente maior para o sexo feminino, uma vez que mais de 90% dos casos de Anorexia Nervosa ocorrem em mulheres. Apesar de se manifestar de uma forma antagónica à Anorexia, a Bulimia surge frequentemente associada a este transtorno alimentar, caracterizando-se por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados (Carreteiro, 2003).

Os principais componentes que reforçam a busca de um emagrecimento incessante são a baixa auto-estima e a distorção da imagem corporal, levando à prática de exercícios físicos, jejum e uso de laxantes ou diuréticos de uma forma ainda mais intensa, sendo que

pacientes com Anorexia Nervosa do tipo Purgativo, ou seja, pacientes que apresentam episódios bulímicos e alguma prática de purgação (vômitos, diuréticos, enemas e laxantes), são mais impulsivas e apresentam aspectos de personalidade diferentes de pacientes que usam apenas práticas restritivas e são mais perfeccionistas e obsessivas (Garner et al., 1993; Wonderlich e Mitchell, 2001 citados por Abreu & Filho, 2004).

Dias (2007) no seu estudo com 47 pacientes do sexo feminino diagnosticadas com Perturbações do Comportamento Alimentar, sendo que 21 (44,7%) padeciam de Anorexia Nervosa do tipo Restritivo e, usando entre outros instrumentos, o EDI 1, revelou diferenças estatisticamente significativas apenas na subescala Bulimia, sendo a média para o subtipo Purgativo (5,76) superior ao subtipo Restritivo (2,47).

Num estudo em que se pretendia comparar as prevalências e correlações da insatisfação corporal entre raparigas brancas, hispânicas e asiáticas do 6º e 7º ano no Estado da Califórnia, verificou-se que a população hispânica relatava maior insatisfação corporal do que as raparigas brancas e asiáticas. Os autores concluíram que a insatisfação corporal não está apenas ligada a raparigas de raça branca nem a estratos socioeconómicos altos e que as populações hispânicas e asiáticas podem ter uma maior propensão ao aparecimento de Doenças do Comportamento Alimentar do que seria previsto (Robinson, Killen, Litt, Hammer, Wilson, Haydel, Hayward & Taylor, 1996).

Granillo, Rodriguez e Carvajal (2005), ao realizarem um estudo numa população de adolescentes latinos residentes nos Estados Unidos da América numa faixa etária dos 11 aos 20 anos de idade, mostrou que as adolescentes de origem latina têm tendências semelhantes às americanas para uma Doença do Comportamento alimentar e que, as latinas de nível socioeconómico mais elevado têm uma maior propensão para este tipo de patologias.

Diversos estudos mostram as conclusões retiradas sobre as dietas em adultos, porém poucas são as que mostram as consequências físicas e psicológicas que estas têm nos adolescentes (Adolescent Health Committee, 2004).

Dixe (2007), através de um estudo que tinha como principal objectivo determinar a prevalência das doenças do comportamento alimentar numa população não clínica de estudantes e identificação da população em risco, utilizando um questionário com dados socio-demográficos e clínicos e o EDI 1, não encontrou nenhum caso de Anorexia Nervosa que preenche-se os critérios do DSM-IV. No entanto, no sexo feminino (14-17 anos), foram encontrados 3,4% de casos prováveis de situações parciais de Anorexia e 6,3% de Bulimia; ao passo que nas raparigas mais velhas (18-25 anos), verificou-se 1,4% de casos parciais de Anorexia e 3,4% de Bulimia. No que diz respeito aos rapazes (14-17 anos), relataram-se

1,1% de casos parciais de Anorexia e 3,5% de Bulimia; enquanto que em rapazes mais velhos (18-25 anos), os resultados não indicaram nenhuma situação parcial de Anorexia e 0,6% dos indivíduos apresentaram comportamentos enquadrados com a situação de Bulimia. Destaca-se ainda a presença da dieta e do exercício físico como o método de controlo de peso mais utilizado pelos sujeitos, em ambos os sexos, acrescentando Middlman, Vazquez, e Durant (1998) que, ao passo que os rapazes fazem desporto ou exercício físico para ganhar peso, as raparigas faziam o mesmo com o intuito de perder, sendo a dieta e o exercício físico as estratégias mais usadas para perder peso. Concluiu-se também que são mais as raparigas do que rapazes a provocarem o vómito ou a usar medicamentos para emagrecer (Viana, Santos & Guimarães, 2008).

Venâncio (2011), com uma amostra de 279 adolescentes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos de Viana do Castelo encontrou uma taxa de 1,1% de casos prováveis de Anorexia Nervosa, 0% de casos prováveis de Bulimia Nervosa e 1,4% de casos com perturbações subclínicas.

Numa amostra de 549 sujeitos (325 do sexo feminino e 224 do sexo masculino) de idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos, num estudo realizado por Pocinho (2000) onde se pretendia observar não só a taxa de prevalência de Doenças do Comportamento Alimentar como também efectuar uma relação com as Dietas e a Satisfação Corporal, verificou-se uma taxa de prevalência para a Anorexia Nervosa de 0,5% (0,6% para o sexo feminino e 0,4% para o sexo masculino); 1% para a Bulimia Nervosa (1,2% para o sexo feminino e 0,9% para o sexo masculino); 0,3% de casos prováveis de situação subclínica de Anorexia Nervosa para as raparigas com excepção do peso e 0,8% com diminuição da libido, 7,7% cumprem todos os critérios de AN à excepção do peso e da amenorreia; 3,8% de casos prováveis de situações subclínicas de BN que reúnem todos os critérios com excepção do sentimento de perda de controlo da ingestão alimentar (4% para o sexo feminino e 3,4% para o sexo masculino) e 0,9% para o caso da ingestão alimentar compulsiva (1,2% para o sexo feminino e 0,4% para o sexo masculino). Por fim, a autora encontrou, como valores totais, 10,4% na prevalência total para as situações subclínicas, distribuídas por 13% e 6,7% para o sexo feminino e masculino, respectivamente.

Carmo, Reis, Varandas, Bouça, Santo, Neves, André, Sampaio e Teles (2001) com o objectivo de determinar a prevalência da AN em adolescentes dos Distritos de Lisboa e Setúbal, assim como a prevalência da síndrome parcial, contaram com a participação de 2.398 jovens do sexo feminino do 5º ao 12º ano, com idades compreendidas entre os 10 e os 21 anos de idade. Usando como método um questionário que continha os critérios de

diagnóstico do DSM-III-R, obtiveram como resultados uma taxa de prevalência para a AN de 0,37%, 12,6% para a síndrome parcial, 7% para a perturbação da imagem corporal sem perda de peso e sem amenorreia, 38% das adolescentes desejava perder peso e, 15,3% tinham excesso de peso. A idade constatada como pico da idade de AN foi os 15 anos e, a classe social dos pais classificada como técnicos do nível médio e funcionários administrativos a mais atingida.

Com o objectivo de caracterizar a população adolescente seguida no Serviço de Pediatria do Hospital Santo André de Leiria quanto ao tipo de perturbação do Comportamento Alimentar, presença de sinais e sintomas de alerta e factores de risco, e seguindo os critérios de diagnóstico do DSM-IV, obtiveram-se como resultados numa população de 22 adolescentes, 20 pertencentes ao sexo feminino e 2 ao sexo masculino, que 5 adolescentes (23%) preencheram todos os critérios de Anorexia Nervosa e, 2 (9%) os critérios de Bulimia Nervosa, sendo que os restantes 15 (68%) se diagnosticaram como Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação. É de salientar o facto de metade da população ter referido ter uma família disfuncional. Os autores chegaram à conclusão de que a maioria dos adolescentes se enquadrava numa Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação, sendo que deste modo uma suspeição de uma Perturbação do Comportamento Alimentar não se deva restringir ao cumprimento dos critérios das outras categorias (Bacalhau & Moleiro, 2010).

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são um dos grupos de doenças psiquiátricas mais intrigantes e desafiantes e, como tal, Nunes, Silva, Brandão e Torres (2009) tinham como objectivo de estudo a caracterização de população clínica diagnosticada com Anorexia Nervosa do Tipo Restritivo internados no Hospital de São João, tendo classificado a maioria das jovens adultas com uma média de idade de 18 anos, pertencentes ao género feminino (n=60) e com valores de IMC baixos.

Nos Açores, Azevedo e Ferreira (1992) encontraram uma taxa de prevalência de Anorexia Nervosa de 0% e de 0,48% de situações parciais da mesma, sendo 0,76% nas raparigas e 0,17% nos rapazes. Em relação à Bulimia Nervosa, os valores encontrados foram de 0,16%, resultando de 0,30% no sexo feminino e 0% no sexo masculino.

Hoek e Van Hoeken (2003), estimam uma incidência para adolescentes do sexo feminino de 0,5% e 7% para a Anorexia Nervosa e 0,4% e 16,2% para a Bulimia Nervosa. Herscovici (1996) citado por Pocinho (2000) refere que a Bulimia Nervosa afecta mulheres adolescentes e adultas jovens entre 1 a 4%.

Costa, Ramos, Severo, Barros e Lopes (2008) com o objectivo de avaliar a associação

de características psicológicas, biológicas, sociais e familiares, distúrbios alimentares sintomatologia em 2036 adolescentes de 13 anos de idade na Cidade do Porto, obteve como resultados que o índice de massa corporal e a sintomatologia depressiva, em ambos os sexos, estavam associados positivamente com uma sintomatologia de perturbação alimentar, avaliados pelas 3 subescalas do EDI (desejo de emagrecer, bulimia, insatisfação corporal). Encontraram também que, a educação dos pais tem um efeito positivo significativo sobre o sexo feminino no desejo de emagrecer e insatisfação corporal e um efeito negativo na bulimia e na insatisfação corporal no sexo masculino. Foi também encontrado um efeito positivo entre o sexo e o nível socioeconómico com Doenças do Comportamento Alimentar, ou seja, raparigas com melhor nível socioeconómico e rapazes com menor nível socioeconómico apresentaram mais sintomatologia no que diz respeito a perturbações alimentares. Verificou-se que o maior índice de massa corporal e sintomatologia depressiva estavam associados a uma sintomatologia grave de Doenças do Comportamento Alimentar, em ambos os sexos.

Assim sendo, existe a convicção de uma maior propensão de casos de Doenças do Comportamento Alimentar nas classes média e alta. No entanto, os estudos realizados nesta área são poucos e os resultados são controversos, uma vez que existem estudos a afirmar que esta patologia está mais associada aos sujeitos de classes média e alta (Costa et al., 2008), ao passo que outros referem a classe baixa, existindo ainda outros estudos a não indicar qualquer associação entre a classe social dos sujeitos e uma propensão para uma patologia alimentar. No Brasil, por exemplo, não existem estudos que relacionem Doenças do Comportamento Alimentar e a satisfação corporal, tendo por base o nível socioeconómico dos adolescentes. Assim sendo, conclui-se que esta relação precisa de ser alvo de mais estudos para que se possa aferir uma conclusão quanto à classe que poderá ser mais susceptível a uma Doença do Comportamento Alimentar (Dunker, Fernandes & Filho, 2009).

Dunker et al. (2009) apontam alguns estudos na literatura internacional, com adolescentes dos 12 aos 18 anos, nos quais os resultados encontrados vão de encontro aos resultados do seu estudo, isto é, a situação socioeconómica não está relacionada com a presença de Doenças do comportamento alimentar.

No entanto, um estudo realizado com 7498 crianças e adolescentes alemães, com idades compreendidas entre os 11 e 17 anos, observou que os adolescentes de nível socioeconómico mais baixo apresentam quase duas vezes mais sintomas de Doenças do Comportamento Alimentar do que adolescentes pertencentes a classes socioeconómicas mais altas (Hölling & Schlack, 2007).

Vilela, Lamounier, Filho, Neto e Horta (2004), num estudo que procurava investigar

possíveis Doenças do Comportamento Alimentar e comportamentos alimentares inadequados em crianças e adolescentes, encontrou 59% dos mesmos insatisfeitos com sua imagem corporal, sendo que 48% gostavam de parecer mais magros e 52% gostariam de parecer mais gordos. Em relação aos que gostariam de parecer mais magros, 69% pertencem ao sexo feminino e 31% ao sexo masculino, entre os alunos que gostariam de parecer mais gordos, há uma predominância significativa do sexo masculino. No que concerne à prática de dietas, 40% alunos afirmaram fazer dietas, maioritariamente pertencentes ao sexo feminino. Destes 40%, 16% fazem dieta frequente e os restantes fazem-no de forma esporádica. Outro comportamento utilizado para perda de peso é a actividade física, tendo sido encontrado neste estudo 56% de alunos que fazem exercício físico para emagrecer, com maior predomínio do sexo feminino. 10% utilizam métodos purgativos para perder peso.

Ao pretender identificar os comportamentos e hábitos alimentares tal como o nível de satisfação/insatisfação com o corpo, nível psicopatológico e pressão social para a magreza sentida numa população de adolescentes e jovens adultos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 e os 25 anos numa amostra total de 741 estudantes do ensino secundário e superior da região centro do país, ao nível dos resultados constatou-se um número significativo de estudantes com comportamentos alimentares com vista à perda de peso e o Índice de Massa Corporal revelou 22,7% na magreza, 17,3% tem excesso de peso e 60% apresentam peso normal. Não se identificou nenhum caso provável de anorexia nervosa, apesar dos 0,4% casos de síndrome parcial, a prevalência da bulimia nervosa foi de 1,9% e a síndrome parcial de 4,5%. Realce ainda para os 64,7% de estudantes que se afirmam insatisfeitas com o seu corpo (Marques, 2003).

Numa amostra constituída por 326 estudantes do ensino secundário, com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos, os resultados do estudo de Costa (2009) mostram que 67,2% dos adolescentes do género masculino e 81,01% do feminino apresentam distorção da sua aparência, isto é, apesar de terem um índice de massa corporal normal, consideram-se gordos e apresentam uma forte probabilidade de desenvolverem distúrbios alimentares. A autora afirma “a importância da necessidade de implementar programas de educação alimentar e de promoção da actividade física direccionados para adolescentes, como instrumento de prevenção de danos para a saúde” (Costa, 2009, p. 135).

Ainda no que às diferenças de género diz respeito, a literatura indica os homens como sendo o género que menos vezes recorre ao uso de laxantes ou medicamentos para emagrecer. Tal facto pode estar relacionado com o metabolismo masculino, que leva os homens a possuir uma maior facilidade para perder peso sem ter de recorrer a medicamentos

(Carlat & Camargo, 1991; Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999).

Gila, Castro, Cesena e Toro (2005), num estudo através do qual pretendiam avaliar a imagem corporal e a sua relação com traços psicológicos e comportamentais associados a pacientes com Anorexia Nervosa do sexo masculino e, comparando população clínica com população não clínica, concluíram que os pacientes diagnosticados com Anorexia Nervosa sobrestimavam mais algumas partes dos seus corpos do que os restantes e a razão para tal prendia-se pela percepção que tinham do seu Índice de Massa Corporal, atitudes alimentares e desejo de emagrecer, não existindo relação com outras subescalas do EDI (Gila, Castro, Cesena & Toro, 2005).

No que toca à população adolescente, poucos estudos têm tentado definir as taxas de prevalência da Anorexia Nervosa. Os autores Rovenvinge, Borgen e Borresen (1997), num estudo com uma amostra de 678 adolescentes com 15 anos de idade, encontraram uma prevalência de Anorexia Nervosa em homens de zero.

Geist, Heinmaa, Katzman e Stephens (1999), com uma população de 21 homens e 136 adolescentes do sexo feminino com perturbações alimentares e, usando critérios do DSM-IV, encontraram 8 rapazes e 91 raparigas que preenchem a totalidade dos critérios DSM-IV para o subtipo restrição de AN, sendo que os adolescentes do sexo masculino e feminino apresentaram resultados semelhantes em relação às variáveis físicas e comorbidade psiquiátrica. Em relação às subescalas do EDI, Garner, Olmsted e Polivy (1983) encontraram diferenças significativas no que toca ao género, com o sexo feminino a obter uma pontuação superior no Desejo de Emagrecer e Insatisfação Corporal.

Com o objectivo de determinar a prevalência de perturbações alimentares, Anorexia Nervosa, Bulimia e síndromes parciais, em 1.281 estudantes de Madrid, Morandé, Celada e Casas (1999), concluíram que cinco raparigas (0,69% da população total do estudo) preencheram os critérios do DSM-III-R para a Anorexia Nervosa, e nove (1,24%), para Bulimia Nervosa. Dois rapazes (0,36%) tinham Bulimia. Vinte raparigas (2,76%) e três rapazes (0,54%) representaram síndromes parciais. No que diz respeito aos resultados encontrados no EDI, houve diferenças significativas entre rapazes e raparigas nas subescalas seguintes: Tendência para Emagrecer, Insatisfação Corporal, Ineficácia e Consciência Interoceptiva, tendo o sexo feminino apresentado resultados mais altos em todas estas categorias. Os rapazes obtiveram resultados mais elevados no Perfeccionismo do que as raparigas. As diferenças em relação a Bulimia e o Medo da Maturidade não foram estatisticamente significativas. Em relação à Imagem Corporal, 43,13% das mulheres referem estar gordas, em contraste com 13,65% dos rapazes e, no que concerne à Família, a mãe era

vista como fonte de afecto e ajuda em problemas pessoais ou de saúde, e o pai era considerado o disciplinador. (Morandé, Celada & Casas, 1999).

1.5 Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar

De acordo com Schilder (1994) citado por Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás (2004), a imagem corporal é a figura do próprio corpo formada e estruturada na mente do mesmo indivíduo, ou seja, a maneira pela qual o corpo se apresenta para si próprio. É o conjunto de sensações cinestésicas construídas pelos sentidos, oriundos de experiências vivenciadas pelo indivíduo, para o seu corpo e para o outro, sobre o objecto elaborado (Mataruna, 2004).

A insatisfação com o corpo é uma característica largamente saliente na adolescência. Para além da existência da influência dos pais e dos pares, a sociedade moderna valoriza também a magreza entre as mulheres e a força entre os homens, fazendo com que o adolescente mostre uma insatisfação com o seu corpo e adopte comportamentos tais como fazer dietas para emagrecer e/ou praticar exercício físico em excesso, tornado estes indivíduos mais susceptíveis ao aparecimento de doenças do comportamento alimentar como a Anorexia e Bulimia Nervosa. Os média desempenham um papel muito importante na construção da identidade dos indivíduos nesta faixa etária pois influenciam os seus comportamentos e mostram modelos de vida, na busca incessante de uma imagem corporal perfeita. Até ao século XIX, a magreza era associada à fragilidade e à pobreza (Ciampo & Ciampo, 2010).

De acordo com Duchesne e Almeida (2002), a imagem corporal envolve três componentes: a precisão da percepção do tamanho corporal; o grau de ansiedade associada a aparência e o comportamento de evitação de exposição corporal. Contudo, será que a distorção da imagem corporal é uma causa ou um sintoma das doenças do comportamento alimentar?

Na visão de Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás (2004), a Anorexia e a Bulimia são perturbações alimentares que se caracterizam por um comportamento alimentar gravemente perturbado, um controlo patológico do peso corporal e por distúrbios da percepção do formato corporal, sendo que no caso da Anorexia seria um inexplicável medo de ganhar peso ou de se tornar obeso, mesmo que os indivíduos estejam abaixo do peso, uma excessiva valorização dada ao seu corpo ou partes dele, ou seja, possuem uma distorção da imagem corporal. Deste modo, os autores consideram que a distorção da imagem é um sintoma. As distorções cognitivas estão relacionadas com um pensamento dicotómico, uma vez que o

sujeito idealiza extremos em relação à imagem que apresenta ou mostra-se crítico perante esta. Duchesne e Almeida (2004) referem que pacientes com doenças do comportamento alimentar apresentam crenças distorcidas e disfuncionais sobre o peso, formato corporal, alimentação e valor pessoal, sendo que estas crenças são consideradas expressivas para a manutenção de uma possível Doença do Comportamento Alimentar.

Os valores sociais e os ideais de figura corporal masculina e feminina, têm sofrido significativas alterações ao longo das últimas três décadas, acarretando, deste modo, um novo conceito de corpo perfeito. Os homens passaram a valorizar mais o corpo, implicando esta transformação profundas modificações da sua estrutura corporal em relação a padrões passados de beleza. (Assunção, 2002; Melin & Araújo, 2002).

Nos últimos trinta anos, a sociedade tem estado observadora e especialmente crítica ao ser humano nas mais variadas situações, sendo os padrões estéticos e as exigências corporais uma delas, uma vez que estas conduzem a rótulos e classificações da imagem corporal. A cultura do belo, do corpo perfeito, simétrico e teoricamente saudável, inicialmente apenas valorizada no sexo feminino estende-se actualmente também ao sexo masculino e ao seu ideal de corpo. Russo (2005) reforça a mesma ideia referindo que a indústria corporal, através dos meios de comunicação, se incumbem de criar desejos e reforçar imagens, padronizando corpos. Este desejo de ir de encontro aos padrões actuais de beleza fazem com que, hoje em dia, exista um número muito maior de indivíduos nos ginásios a praticar musculação e a usar anabolizantes para deste modo obter o padrão de modelos vigente na sociedade, procurando assim a perfeição corporal (Porto & Lins, 2009).

Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás (2004) dão conta das distorções cognitivas relacionadas com a avaliação do corpo e, de que estas são comuns em pessoas com perturbações alimentares, nas quais os sujeitos pensam sobre a sua aparência e são muito críticos em relação à mesma. Estes sujeitos com perturbações alimentares estão insatisfeitos com a sua própria aparência e procuram um ideal ilusório, e a diferença entre a realidade do seu corpo e a distante realidade de perfeição corporal a que se eles se impõem chegar poderá trazer consequências nefastas para a sua saúde.

Pope et al. (2000) citado por Porto & Lins (2009) mostraram que nos Estados Unidos da América, o sexo masculino está a ultrapassar o sexo feminino quanto à insatisfação corporal e, questionados sobre quantos anos seriam necessários para que atingissem os seus objectivos em relação ao peso, 17% referiu que três anos e 11% dariam cinco anos de vida em sacrifício.

Na Venezuela, 47% dos homens pensa constantemente sobre a sua imagem corporal, e quando questionados sobre o tipo de físico pretendido, estes referem que gostariam de ter um corpo bem constituído e musculado do que um corpo magro ou gordo (Pope et al, 2000 citado por Ballone, 2004 in Porto & Lins, 2009).

De acordo com Mangweth et al. (2003) citado por Ballone (2004), num estudo em que se comparam 27 homens diagnosticados com perturbações do comportamento alimentar, 17 com Anorexia Nervosa e 10 com Bulimia Nervosa, com 21 atletas masculinos e 21 homens normais não-atletas e, quando era pedido para escolherem o corpo ideal que gostariam de ter, os inquiridos com perturbações do comportamento alimentar escolhiam uma imagem com o corpo muito próximo daquele que tinha sido escolhido pela população de homens atletas e do grupo de controlo.

Esta problemática tende a ser mais comum no início na adolescência, período no qual os indivíduos têm tendência a estar mais insatisfeitos com o próprio corpo e se submetem aos ideais vigentes da suas culturas, sendo no sexo feminino o ideal da magreza e no sexo masculino o ideal de um corpo forte e musculado. Aliás, Souza e Fisberg (2002) citados por Porto & Lins (2009) referem que a busca por um corpo perfeito e atlético se tem tornado uma problemática vigente entre a população jovem, podendo desencadear futuramente perturbações de comportamento alimentar como a Anorexia e Bulimia Nervosas e o uso indevido de substancia anabolizantes.

Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002) indicam a dieta como o factor precipitante mais frequente nas perturbações do comportamento alimentar.

De acordo com Melin e Araújo (2002), as principais dificuldades de diagnóstico de uma perturbação de comportamento alimentar residem no facto de o sexo masculino apresentar diferenças em relação ao sexo feminino, ao nível da percepção em relação ao seu tamanho e formas corporais, visto que o sexo feminino refere ter pavor de mudar do tamanho 38 para o tamanho 42 e quer pesar menos de 50 Kg, ao passo que é raro no sexo masculino existir queixas acerca do tamanho das roupas que vestem ou do peso que possuem, no entanto, referem maiores desejos de perder a flacidez e de possuir um corpo forte e musculado.

Os autores Cohane e Pope (2001) citados por Assunção (2002) efectuaram uma revisão acerca dos aspectos relacionados com a imagem corporal em indivíduos do sexo masculino e concluíram que as alterações da imagem corporal nestes sujeitos, são quadros relativamente comuns e diferem do padrão de distorção tipicamente feminino, pois o sexo feminino apresenta níveis muito superiores de insatisfação do que o sexo masculino e referem

ter como objectivo obter um corpo magro, ideal de corpo este como o das modelos; sendo que no sexo masculino, existem indivíduos que adoptam o padrão defendido pelo sexo feminino, contudo a maior parte dos indivíduos aponta a obtenção de um corpo com um maior número de músculos como a imagem corporal ideal, visto considerarem serem mais atraentes.

Stice (2002) citado por Saikali, Soubhia, Scalfaro e Cordás (2004), afirma existirem evidências que suportam o facto de os meios de comunicação social estar em particular associação aos distúrbios da imagem corporal. Sujeitos que padecem de perturbações do comportamento alimentar referem sentir-se mais pressionados para obter um menor peso e terem aprendido técnicas de controlo de peso não saudáveis, tais como a indução do vómito, excesso de exercício físico e dietas drásticas, pois sentem-se pressionados pelos media.

As adolescentes, apesar de estarem com um peso adequado ou abaixo do peso ideal, têm tendência para se sentir gordas ou desproporcionais, e nestes casos estamos perante distorção da imagem corporal (Fleitlich et al., 2000 citados por Branco, Hilário & Cintra, 2006). Em relação ao sexo feminino, com o aumento da idade, há a tendência em querer perder peso, ao passo que no sexo masculino, essa vontade diminui pois existe o desejo de ganhar peso para obter um corpo atlético. (Vilela et al., 2001 citados por Branco, Hilário & Cintra, 2006).

Nunes, Olinto, Barros e Carney (2001) mostraram mulheres que se sentiam gordas apresentaram um risco quatro vezes maior de comportamentos alimentares anormais.

Anastácio e Carvalho (2006), num trabalho que incidia sobre a satisfação com a Imagem Corporal e a Auto-estima, em ambiente escolar e com uma amostra de 408 adolescentes, dos quais 183 eram do sexo masculino e 225 do sexo feminino, que frequentavam desde o 7.º ao 12.º anos de escolaridade, registaram no que diz respeito à satisfação com a Imagem Corporal, em função do ano, que os adolescentes do 8º ano eram os mais satisfeitos e os de 11º ano eram os mais insatisfeitos.

Estes estudos apresentados mostram-nos que em todo o Mundo a problemática da imagem corporal está em voga e que este problema afecta milhares de indivíduos tanto do sexo feminino como do sexo masculino, sendo esta problemática enfatizada quando os factores biológicos e psicológicos se conjugam com as imagens e mensagens que a sociedade e os meios de comunicação social exponenciam, corpos essencialmente perfeitos e muitas vezes inatingíveis.

1.6 Vinculação aos Pais e Doenças do Comportamento Alimentar

O termo vinculação é frequentemente definido como “um laço afectivo e emocional” com alguém que nos é querido, ou seja, estamos vinculados a alguém quando gostamos de estar com essa pessoa (Barbosa, 2001).

A teoria da vinculação resulta dos trabalhos de Bowlby e Ainsworth, e tem como base, conceitos retirados da etologia da cibernética, do processamento da informação, da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicanálise. O desenvolvimento emocional é o modelo que afirma que a ligação da mãe ao bebé condiciona e influencia o modelo das relações futuras do sujeito, promove expectativas e assumpções acerca dele próprio e dos outros, influenciando, com o tempo, as competências sociais (Ferreira & Pinho, 2009).

A adolescência é marcada por um período de transição entre as vinculações da infância, estabelecidas fundamentalmente no contexto das relações pais-filhos, e as ligações adultas, que extravasam geralmente as relações familiares (Soares, 1996).

Estudos longitudinais mostram que uma vinculação segura aumenta a probabilidade de um estado desenvolvimental mais favorável durante a infância, nomeadamente ao nível da autonomia, auto-estima e auto-confiança mais elevadas, maior capacidade na resolução de problemas, maior capacidade de tolerar o *stress*, menor probabilidade de ocorrência de problemas de comportamento, competências de regulação e compreensão emocional mais adequadas em situações de conflito (Steele & Steele, 2005 citados por Neves, 2008). A relação entre os padrões de vinculação e perturbações na adolescência foi observada no estudo de Sroufe et al. (2005) citados por Neves (2008), tendo os autores concluído que a vinculação evitante se apresentou correlacionada significativamente para a patologia geral no final da adolescência.

A relação entre a vinculação e doenças do comportamento alimentar tem sido pouco estudada na comunidade científica (Barbosa, 2001). Não obstante este facto, as investigações existentes tendem a evidenciar a importância de uma vinculação insegura no desenvolvimento e manutenção das perturbações do comportamento alimentar (Ward, Ramsey & Treasure, 2000).

Guidano e Liotti (1983) dão ênfase a uma série de estudos desenvolvidos com famílias de pacientes com perturbações alimentares, nomeadamente, com famílias de pacientes com Anorexia Nervosa e concluem que a trajectória desenvolvimental destes pacientes se caracteriza por experiências de desilusão em relação ao vínculo com a figura paterna, em particular durante a adolescência, contrariamente à relação com a mãe, caracterizada pela uniformidade, ao passo que a relação com o pai é geralmente marcada por

uma ruptura, um desilusão ou uma perda (Guidano & Liotti, 1983 citados por Dias, 2007). No entanto, alguns estudos revelam que as mães de adolescentes com perturbações alimentares se mostraram mais críticas em relação à aparência das filhas do que as mães de adolescentes sem perturbação (Hil & Franklin, 1998).

Numa comunidade espanhola, Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario e Martínez-Delgado (2004), procuraram identificar as variáveis familiares, sociais e psicopatológicas, numa amostra de indivíduos com 13 anos, para que pudessem prever o desenvolvimento de perturbações alimentares, concluindo que a insatisfação corporal patológica e uma percepção negativa das atitudes parentais são variáveis predictoras das perturbações alimentares.

Tendo em vista a avaliação dos factores de risco e dos factores protectores das perturbações do comportamento alimentar em 363 adolescentes do 7º e 8º ano, McVey, Pepler, Davis, Flett e Abdolell (2002), averiguaram o suporte parental constituiu um factor protector nas adolescentes com perturbação do comportamento alimentar, particularmente, nas jovens que experienciaram mais acontecimentos negativos na escola.

Um estudo de Cunha (2003) com 68 jovens, 34 anorécticas e 34 sem patologia alimentar procurava explorar as relações entre estes dois grupos ao nível do funcionamento familiar e relações de vinculação com pais e amigos, destacando-se que, em contraste com o grupo sem patologia alimentar, “as pacientes anorécticas evidenciam relações de vinculação inseguras com o pai, com a mãe e com os amigos, menor confiança na mãe, menor comunicação com os amigos” (Cunha, 2003 citado por Neves, 2008).

Moura e Matos (2008), com uma amostra de 310 adolescentes dos 14 aos 18 anos de idade de ambos os sexos e, usando o Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe, encontraram as seguintes médias: inibição da exploração e individualidade no pai (3,05 para os rapazes e 3 para as raparigas), qualidade do laço emocional do pai (4,97 para os rapazes e 4,80 para as raparigas) e ansiedade de separação e dependência do pai (3,68 para os rapazes e 3,97 para as raparigas); inibição da exploração e individualidade na mãe (3,24 para os rapazes e 3,12 para as raparigas), qualidade do laço emocional da mãe (5,21 para os rapazes e 5,29 para as raparigas) e ansiedade de separação e dependência da mãe (3,88 para os rapazes e 4,31 para as raparigas).

Neves (2008) afirma que a maioria dos estudos realizados com amostras da população não-clínica encontrou uma associação entre a insegurança da vinculação, medida através de instrumentos de auto-relato sobre a percepção da vinculação com os pais e a sintomatologia de perturbações alimentares, sendo descoberta uma associação entre a insegurança da

vinculação, associada a outras dimensões tais como sobreprotecção materna e paterna, percepção de desconfiança e abuso na relação com o pai, e a presença de comportamentos bulímicos, maior insatisfação com a imagem corporal ou com o peso e impulso para emagrecer.

Barbosa (2001) com uma amostra de 400 adolescentes portugueses da área do Porto com idade compreendidas entre os 15 e os 20 anos de idade, num estudo em que se procurava estudar a influência da vinculação aos pais na imagem corporal de adolescentes e jovens, verificou que apenas existiam diferenças significativas quanto ao grupo etário na vinculação à mãe e ao pai. Observou também que os rapazes eram mais satisfeitos com o peso e mais preocupados com a aparência do que as raparigas e que o padrão de vinculação seguro era o mais satisfeito com o peso e menos centrado na aparência física do que os padrões preocupado, amedrontado e desinvestido.

Contrariando este facto, Hart e Kenny (1997) e Kenny e Hart (1992), não encontraram relação entre o padrão de vinculação segura e as subescalas do EDI Insatisfação Corporal e Medo da Maturidade, concluindo os autores que a insatisfação corporal poderá ter maior influência por parte de factores socioculturais do que familiares. Já Meyer e Russell (1998) encontraram diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente nas subescalas Desejo de Emagrecer, Bulimia e Insatisfação Corporal avaliados pelo EDI, e a separação parental. Este e outros estudos parecem demonstrar uma ligação entre a separação da mãe e doenças do comportamento alimentar, a separação do pai não indicou resultados consistentes até agora, pelo que Barbosa (2001, p. 143) afirma “a necessidade futura de investigação acerca da dinâmica da relação pai-filha, esclarecendo-se como é que o processo desta separação pode contribuir para o desenvolvimento de uma perturbação alimentar”.

Sumariando, a literatura clínica tem vindo a apoiar a existência de associações, apesar de não lineares, entre a insegurança da vinculação e as perturbações alimentares, sendo “necessário avançar para além de uma abordagem descritiva, no sentido de análises mais compreensivas sobre os mecanismos e processos envolvidos nestas relações” (Neves 2008, p.96).

Parte II – Materiais e Métodos

2.1 Metodologia

A metodologia do estudo em apresentação revela-se de uma abordagem quantitativa, utilizando-se questionários auto aplicáveis. Este estudo de carácter transversal e correlacional, no qual a população envolvida foram estudantes com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, a frequentar o 3º Ciclo e o Ensino Secundário de três escolas da Cidade de Leiria.

No que diz respeito ao facto de a amostra ser composta por adolescentes jovens de ambos os sexos, a justificação para tal prende-se com a literatura mostrar que, a maior probabilidade de encontrar casos de doenças do comportamento alimentar (Anorexia e Bulimia Nervosas e/ou situações subclínicas) nestas idades e, devido ao particular interesse do investigador em detectar e avaliar possíveis doenças da temática descrita neste trabalho de investigação no sexo masculino e não apenas no feminino, onde incidem diversos outros trabalhos.

2.2 Objectivos

Este estudo teve como principais objectivos:

- a) Caracterizar o perfil sócio-demográfico e familiar dos estudantes com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, a frequentar o 3º Ciclo e o Ensino Secundário
- b) Determinar a taxa de prevalência de casos prováveis de Doenças do comportamento alimentar (Anorexia e Bulimia Nervosas e/ou situações subclínicas) numa população não clínica de estudantes com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos;
- c) Caracterizar a sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e o tipo de vinculação aos pais por parte dos estudantes com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, a frequentar o 3º Ciclo e o Ensino Secundário;
- d) Determinar a relação entre a sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e o sexo, tipo de família; situação profissional dos pais vinculação aos pais; IMC dos estudantes com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, a frequentar o 3º Ciclo e o Ensino Secundário.

2.3 Hipóteses de Investigação

- ✓ **H1** – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** consoante o **sexo** dos inquiridos.

- ✓ **H2** - Há **correlação positiva** e estatisticamente significativa entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** e a **Idade** dos inquiridos.
- ✓ **H3** - Existe **correlação negativa** e estatisticamente significativa entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** e o **IMC** dos inquiridos.
- ✓ **H4** - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** consoante o **tipo de família** dos inquiridos.
- ✓ **H5**: Existe **correlação negativa** e estatisticamente significativa entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** e a **vinculação dos inquiridos ao pai e à mãe**.
- ✓ **H6** - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** consoante o **ano de escolaridade** dos inquiridos.

2.4 População e Amostra

Perante os objectivos deste estudo, foram observados estudantes do 3º Ciclo e estudantes do Ensino Secundário da cidade de Leiria de ambos os sexos.

Deste modo, a amostra final desta investigação, incluiu os seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

1- Critérios de inclusão:

- Indivíduos voluntários de ambos os sexos;
- Indivíduos a frequentarem anos de escolaridade entre o 7º e o 12º ano;
- Indivíduos que preencheram os questionários e não se recusaram a serem pesados e medidos.

2- Critérios de exclusão:

- Indivíduos que se recusaram a serem pesados e/ou medidos (não existiu a exclusão de qualquer questionário devido a este facto);
- Indivíduos diagnosticados com doença do comportamento alimentar;
- Indivíduos que fizeram um preenchimento incorrecto dos questionários;
- Indivíduos que se recusaram a participar no estudo.

Foram inquiridos 326 estudantes no período compreendido entre o mês de Dezembro de 2011 e o mês de Janeiro de 2012, dos quais 194 eram do sexo feminino e 132 do sexo masculino. Tendo presente os critérios enumerados classificamos a amostra como não

probabilística por conveniência.

2.5 Instrumentos

Num momento anterior à escolha dos instrumentos a aplicar neste estudo, foi feita uma pesquisa bibliográfica na qual foram encontrados diversos instrumentos que permitem avaliar as variáveis pretendidas com esta investigação. Deste modo, a recolha de dados foi efectuada através de um questionário (Anexo A) constituído por vários instrumentos que a seguir se descrevem.

a) Aspectos socio-demográficos, escolares e familiares

- **Idade:** A variável idade foi cotada de acordo com o que era referido pelos sujeitos.
- **Sexo:** Os sujeitos respondiam a este item consoante o seu sexo masculino ou feminino.
- **Ano de escolaridade:** O sujeito respondia através de uma pergunta de resposta aberta qual o nível de ensino que frequenta.
- **Constituição do agregado familiar:** Nesta questão, o indivíduo era convidado a optar por uma das seguintes respostas: mãe, pai, irmãos e/ou outros familiares.
- **Nível de escolaridade dos Pais:** Esta questão, de carácter fechado, pretendia verificar qual o grau de escolaridade concluído por cada um dos progenitores dos sujeitos inquiridos, sendo as possibilidades de resposta as seguintes: ensino básico incompleto, ensino básico (4ª classe), 2º ciclo (6º ano), 3º ciclo (9º ano), ensino secundário (12º ano), bacharelato/licenciatura, mestrado e doutoramento.
- **Situação profissional dos Pais:** Esta questão foi operacionalizada em três opções: activo, desempregado ou reformado, tendo em vista cada um dos respectivos progenitores.
- **Tipo de família do inquirido:** Em relação ao tipo de família com quem o inquirido vive, esta questão possuía cinco hipóteses de resposta possíveis: “o meu pai e a minha mãe vivem juntos”, “o meu pai e a minha mãe estão separados”, “o meu pai e a minha mãe estão divorciados”, “o meu pai já faleceu” e “a minha mãe já faleceu”.

b) Dados antropométricos e clínicos de Doenças do comportamento alimentar

- **Peso, Altura actual e IMC:** Através desta questão pretendia-se medir o IMC (Índice de Massa Corporal). Apesar de nas idades dos inquiridos ser adequado calcular-se o IMC através do percentil, optou-se por calcular o IMC através do peso e altura, em

virtude de grande parte dos estudos assim o determinar. A fórmula que nos permitiu observar tal facto foi [$IMC = \text{Peso (Kilogramas)} / \text{Altura (metros)}^2$].

Os resultados calculados através da fórmula descrita, sendo depois classificados de acordo com Garrow e Welster (1985), sendo que resultados entre os 20 e os 24,9 eram considerados como adequados; os resultados abaixo de 19,9 eram considerados como baixos e os resultados superiores a 25 como peso excessivo. Neste último patamar, consideramos obesidade de grau I valores entre os 25 e os 29,9; obesidade de grau II valores entre os 30 e 39,9 e obesidade de grau III valores superiores ou iguais a 40.

- **Satisfação com o peso actual:** O indivíduo responderia conforme se sente bem ou não com o seu peso actual.
- **Desejo de ter outro peso:** Esta questão pretendia analisar se o inquirido se deseja ter outro peso que não o seu e qual, ou se está satisfeito com o seu peso.
- **Alterações de peso superiores a 4 Kg:** Era pretendido observar se, durante o último ano, tinham existido oscilações de peso superiores a 4 Kg, com as hipóteses de resposta a serem operacionalizadas da seguinte forma: “sim, aumentou”; “sim, diminuiu”; “alterações oscilantes para mais ou menos peso” e “não houve alterações”.
- **História de doença nos inquiridos e seus progenitores:** Pretendíamos saber se o inquirido, o pai e/ou mãe sofriam de alguma doença. No caso afirmativo o inquirido era convidado a responder qual a doença. As respostas à pergunta aberta serão posteriormente operacionalizadas em doença psíquica e doença física. No caso do inquirido, esta questão servia igualmente como critério de exclusão se fosse referida uma doença do comportamento alimentar.

c) Critérios do DSM-IV-TR na avaliação da prevalência de AN e BN:

- **Medo de ficar gordo / ganhar peso:** Esta questão ficou operacionalizada da seguinte forma com cinco opções de resposta: “não tenho medo de ficar gordo(a) ou de ganhar peso”; “às vezes tenho medo de ficar gordo(a) ou de ganhar peso”; “tenho sempre medo de ficar gordo(a) ou de ganhar peso”; “fico em pânico com a ideia de ficar gordo(a) ou de ganhar peso” e “preferia morrer a ficar gordo(a) ou de ganhar peso”. Será considerado como critério, qualquer resposta a partir da terceira opção, inclusive.
- **Episódios de ingestão alimentar compulsiva de alimentos nos últimos 6 meses:** A questão referente aos episódios de ingestão alimentar compulsiva é avaliada de acordo com cinco opções de resposta, a saber: “nunca”; “uma ou menos vez por semana”; “duas a três vezes por semana”; “quatro ou mais vezes por semana” e “mais do que

uma vez por dia”. Será considerado como critério uma frequência superior ou igual a 2/3 vezes por semana.

- **Métodos de controlo de peso:** Nesta questão existia um duplo objectivo, uma vez que através de uma tabela de dupla entrada conseguimos saber quais os métodos de controlo de peso utilizados pelos sujeitos e também com que frequência estes usam os métodos. Assim sendo, os métodos de controlo de peso eram: vomitar, diuréticos e/ou laxantes, dieta e/ou comida de baixas calorias, exercício físico e outro. Em relação à frequência com que utilizavam os métodos de controlo de peso referidos as opções de resposta eram seis: “nenhuma”; “menos de uma vez por semana”; “uma vez por semana”; “duas ou mais vezes por semana”; “todos os dias” e “várias vezes ao dia”. Será considerado como critério uma frequência superior a 2 ou mais vezes por semana em pelo menos um dos métodos referidos.
- **Distorção da imagem corporal:** No intuito de calcularmos a distorção da imagem corporal, foi questionado aos sujeitos a forma como percebem o seu corpo. Deste modo, os sujeitos escolhiam de 1 (demasiado magro(a)) a 5 (demasiado gordo(a)). O modelo pelo qual nos guiamos para o cálculo da distorção da imagem corporal foi o proposto por Dixe (2002), no qual nos é dito que um sujeito que não apresente distorção da imagem significa que possui uma imagem corporal adequada, sendo que deste modo foi criado um índice de massa corporal falso como o que se apresenta:

Quadro 1

Percepção da Imagem corporal

Percepção Corporal	Índice de Massa Corporal falso
Categoria 1 (muito magro)	IMC = 14
Categoria 2	IMC = 17
Categoria 3	IMC = 20
Categoria 4	IMC = 23
Categoria 5 (demasiado gordo)	IMC = 26

Fonte: Dixe (2002)

O cálculo da medida de distorção da imagem corporal é feito com base na diferença entre o índice de massa corporal real e o índice de massa corporal falso e, quanto maior for a diferença maior será a distorção da imagem. O quadro 2 classifica a gravidade das distorções:

Quadro 2

Distorsão da Imagem corporal

Diferença > -2	Ausência de distorção
-2 ≥ Diferença > -4	Distorção Ligeira
-4 ≥ Diferença > -6	Distorção Moderada
Diferença ≥ -6	Distorção Grave

Fonte: Dixe (2002)

Para o estudo da prevalência das doenças do comportamento alimentar, as categorias 2, 3 e 4 serão consideradas distorção da imagem corporal.

- **Período Menstrual:** Esta questão destinava-se apenas aos sujeitos do sexo feminino e pretendia dar a conhecer se as raparigas tinham tido período menstrual nos últimos seis meses ou não, sendo que existia a opção de resposta “não se aplica”, para além do “sim” e “não”, pois poderiam existir na população casos de gravidez ou de raparigas que ainda não tiveram a menarca.
- **Perda ou diminuição do interesse e da potência sexual:** Esta questão destinava-se apenas aos sujeitos do sexo masculino e pretendia observar se existia nos rapazes alguma perda ou diminuição do interesse e da potência sexual, sendo a resposta operacionalizada em quatro hipóteses de resposta: “não notei qualquer mudança no interesse pela actividade sexual”; “encontre-me menos interessado na actividade sexual do que habitualmente”; “cada vez me interessa menos pela actividade sexual” e “perdi completamente o interesse pela actividade sexual”.

Tendo em vista a determinação da prevalência da Anorexia nervosa e da Bulimia Nervosa, os critérios referidos anteriormente serão conjugados da seguinte forma:

Anorexia nervosa do tipo restritivo

- ✓ Medo de ganhar peso;
- ✓ Índice de massa corporal inferior a 20;
- ✓ Distorção da imagem corporal;
- ✓ Ausência do período menstrual nas raparigas e perda ou diminuição do interesse e potência sexual nos rapazes.

Anorexia do tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo

- ✓ Episódios de ingestão alimentar compulsiva pelo menos 2 vezes por semana;
- ✓ Métodos de controlo de peso pelo menos 2 vezes por semana;
- ✓ Índice de massa corporal inferior a 20;
- ✓ Ausência do período menstrual nas raparigas, e perda do interesse sexual e potência nos rapazes.

Bulimia

- ✓ Episódios de ingestão alimentar compulsiva pelo menos 2 vezes por semana;
- ✓ Métodos de controlo de peso pelo menos 2 vezes por semana;
- ✓ Índice de massa corporal superior a 20.

Situações subclínicas

- ✓ O sujeito alvo de inquérito apresenta todos os critérios para anorexia, mas apresenta período menstrual, caso seja do sexo feminino, e não apresenta perda ou diminuição do interesse e da potência sexual, caso seja do sexo masculino.

d) Inventário dos Distúrbios Alimentares – 2^a. versão (EDI 2 – *Eating Disorders Inventory – 2*; Garner, Olmstead & Polivy, 1983) - Para avaliação das atitudes, traços de personalidade, grupos de sintomas e sinais do comportamento alimentar em que se consideram importantes no desenvolvimento da Anorexia (AN) e Bulimia (BN).

O EDI2 surge num contexto de extensão do EDI (*Eating Disorder Inventory*; Garner, Olmstead & Polivy, 1983), sendo o início deste datado de 1980 e introduzido em 1983 como uma escala de auto-análise que se destina à possibilidade de medição de sintomas vulgarmente associados à Anorexia Nervosa (AN) e à Bulimia Nervosa (BN), assim como a outros distúrbios de personalidade pertinentes para o desenvolvimento das duas referidas patologias alimentares.

O EDI 1 é um instrumento composto por 64 itens e no qual existem seis hipóteses de respostas, variando de “nunca” a “sempre”, tendo na sua origem oito subescalas, nas quais cinco são identificativas de características psicológicas e factores de personalidade clinicamente relevantes para o diagnóstico de doenças do comportamento alimentar, a saber: Perfeccionismo (PERF), Medo da Maturidade (MM), Desconfiança Interpessoal (DI), Ineficácia (INEF) e Consciência Interoceptiva (CI); e as restantes três escalas, a Tendência para Emagrecer, a Bulimia e a Insatisfação Corporal, ressaltavam atitudes e comportamentos relacionados com a comida, a forma do corpo, o peso e sintomas directamente relacionados com distúrbios alimentares, a Tendência para Emagrecer (TE), Bulimia (BN) e Insatisfação Corporal (IC). (Pocinho, 2000; Carmo & Leal, 2006)

No que diz respeito à pesquisa referente ao EDI2, esta é largamente baseada em estudos de Garner, Olmstead & Polivy (1983). O EDI2 é então um instrumento que incorpora os 64 itens do EDI 1 mas que acrescenta mais 27 itens e adiciona também três novas subescalas, o Ascetismo (ASC), a Regulação de Impulsos (RI) e os Medos Sociais (MS). O Ascetismo permite a observação do regime de intensa e austera vida espiritual, sendo caracterizado pela meditação, renúncias, sacrifícios e mortificação tendo em vista o alcançar da perfeição moral; a Regulação de Impulsos avalia a tendência para a impulsividade, mais concretamente ao nível do abuso de substâncias, falta de cuidados, hostilidade, auto-mutilação e destrutividade das relações interpessoais e, os Medos Sociais permitem medir a

forma como os indivíduos sentem as relações sociais. Assim sendo, o EDI2 é composto por um total de 91 itens, que se subdividem por 11 subescalas. No quadro 3 são descritos os respectivos itens das 11 subescalas do EDI2. As classificações neste questionário composto podem oscilar entre o valor 0 e o valor 33 nas subescalas com mais itens. A variação dos pesos dos itens vai de 0 (zero) a 3 (três) pontos, indicando o *score* de 3 as respostas com direcção sintomática que se situam nos extremos da escala ("sempre" ou "nunca" dependendo se o item está formulado em direcção positiva ou negativa do sintoma); o *score* 2 é o valor da resposta imediatamente adjacente ao *score* 3 e o *score* 1 adjacente ao *score* 2, sendo que o *score* 0 (zero) corresponde às respostas com direcção assintomática, ou seja, as três opções mais afastadas do nível sintomático e adjacentes ao *score* 1. De modo mais concreto temos então, as respostas de sentido positivo com a seguinte pontuação: "Sempre"=3, "Normalmente"=2, "Regularmente"=1, "Às Vezes"=0, "Raramente"=0, "Nunca"=0; ao passo que nos itens de ordem inversa, a pontuação dá-se no sentido contrário, ou seja: "Sempre"=0, "Normalmente"=0, "Regularmente"=0, "Às Vezes"=1, "Raramente"=2, "Nunca"=3, pelo que as mais altas pontuações correspondem sempre a níveis de grande preocupação com aspectos relacionados com o peso. É de salientar que, apesar de o EDI2 não ser um instrumento de diagnóstico, este é um indicador crucial no que diz respeito a aspectos sintomatológicos e psicológicos relevantes nas perturbações do comportamento alimentar. (Pocinho, 2000) Este instrumento pode ser utilizado para a despistagem de indivíduos com elevado risco para o desenvolvimento de uma doença do comportamento alimentar. Na prática clínica, pode ser útil como indicador de prognóstico em estudos de tratamento. (Freitas, Gorenstein & Appolinario, 2002)

O cálculo dos *scores* dos itens que compõem o EDI2 devem ser efectuados por subescala, pois cada subescala avalia traços diferentes entre si e, o cálculo de *scores* totais colocaria graves problemas de interpretação. Assim como foi descrita a ressalva para o cuidado em relação à utilização das subescalas isoladamente, também a administração isolada dos itens que compõem o EDI2 podem colocar dificuldades ao nível da validade e da fidedignidade pois aquando da construção do instrumento este foi aferido tendo em vista a sua aplicação holística e não isoladamente ou por subescalas (Pocinho, 2000).

No que diz respeito aos pontos de corte do EDI2, é de referir que não existem valores estanques ou de referência para as subescalas do EDI que afirmem que não devem existir valores pré-determinados de pontos de corte pois os *scores* são variáveis em função da população alvo e, assim sendo, de acordo com Garner & cols. (1984) citados por Pocinho (2000), é recomendado aos investigadores que sejam eles próprios a definirem pontos de

corde compatíveis com as necessidades da pesquisa em curso. Neste estudo, optou-se por não os calcular em virtude deste não ter carácter diagnóstico nem prognóstico.

Quadro 3
Subescalas do EDI2 e sua descrição

<i>SUBESCALA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>ITENS</i>
TENDÊNCIA PARA EMAGRECER (TE)	PREOCUPAÇÃO COM O PESO	1*, 7, 11, 16, 25, 32 e 49
BULIMIA (BN)	TENDÊNCIA PARA A "FARRA" E PURGA	4, 5, 28, 38, 46, 53 e 61
INSATISFAÇÃO CORPORAL (IC)	INSATISFAÇÃO COM CERTAS PARTES DO CORPO	2, 9, 12*, 19, 31, 45, 55, 59 e 62
INEFICÁCIA (INEF)	SENTIMENTOS DE INADEQUAÇÃO E INSEGURANÇA	10, 18, 20*, 24, 27, 37*, 41, 42*, 50* e 56
PERFECCIONISMO (PERF)	PADRÕES DE COMPORTAMENTO IRREAIS	13, 29, 36, 43, 52 e 63
DESCONFIANÇA INTERPESSOAL (DI)	O EVITAR DAS RELAÇÕES ÍNTIMAS	15*, 17*, 23*, 30*, 34, 54 e 57*
CONSCIÊNCIA INTEROCEPTIVA (CI)	APREENSÃO ACERCA DAS EMOÇÕES	8, 21, 26*, 33, 40, 44, 47, 51, 60 e 64
MEDO DA MATURIDADE (MM)	DESEJO DE FICAR SEMPRE CRIANÇA	3, 6, 14, 22*, 35, 39*, 48 e 58*
ASCETISMO (ASC)	TODA A ESPÉCIE DE AUSTERIDADE DE VIDA COM O OBJECTIVO DE ALCANÇAR UM FIM SUPERIOR	66, 68, 71*, 75, 78, 82, 86 e 88
REGULAÇÃO DE IMPULSOS (RI)	IMPULSIVIDADE E IRRITABILIDADE	65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85 e 90
MEDOS SOCIAIS (MS)	INSEGURANÇA E INFELICIDADE EM SOCIEDADE	69*, 73*, 76*, 80*, 84, 87, 89* e 91*

Fonte: Pocinho (2000) *Itens invertidos

A tradução e validação na população portuguesa foi realizada por Pocinho (2000) e, contou com uma amostra de 549 indivíduos, tendo os 91 itens obtido uma consistência interna, medida pelo Alpha de Cronbach, de 0,911 e uma estabilidade temporal, medida pelo método teste reteste, de 0,923.

e) **Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM)**

O Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM) surge como um instrumento de auto-relato concebido com o intuito de avaliar as representações dos adolescentes/jovens adultos acerca da qualidade da sua relação de vinculação com as figuras parentais, em separado. (Gouveia & Matos, 2001)

A escolha por um instrumento de vinculação prende-se com o facto de que a influência das relações afectivas estabelecidas com os pais, na infância e adolescência, na vinculação na idade adulta, sugere a relação que pais carinhosos, disponíveis, atentos e capazes de responder às necessidades dos filhos, ou seja, pais que sustentam emocionalmente os filhos, parecem contribuir no sentido de uma vinculação segura na idade adulta. Canavarro (1999, p. 320) afirma “que diversos dados confluem no sentido que a maior contribuição para a saúde mental do adulto é oferecida pelas relações afectivas estabelecidas na idade adulta”.

Atendendo à visão da análise psicométrica, este instrumento foi operacionalizado em respostas de escolha forçada e fechada, para que existisse um maior grau de fiabilidade nas respostas a este instrumento muito útil no que respeita ao estudo das relações de vinculação e, que pode inclusive ser usado em contextos clínicos (Matos, 2002).

Após o desenvolvimento original (Matos, Almeida & Costa, 1998 citados por Gouveia & Matos, 2001), o QVPM foi revisto e foram feitas mudanças em alguns itens, baseadas nas versões 1 e 2, sendo no decorrer desta investigação usada a terceira versão, que conta com um total de 30 itens, 10 por cada dimensão.

A dimensão Inibição da Exploração e Individualidade surge como factor avaliador da percepção de restrições à expressão de individualidade própria, seja pelo embaraço sentido em proferir os seus pontos de visto ou opiniões divergentes das dos progenitores, pela falta de apoio a iniciativas de exploração, ou ainda, pela intromissão não desejada de questões pessoais; a dimensão Qualidade do Laço Emocional avalia a importância da figura parental enquanto figura de vinculação, figura crucial e única a quem o sujeito recorre quando presencia dificuldades e com quem pretende uma relação duradoura; por fim, a dimensão Ansiedade de Separação e Dependência está associada a experiências relacionadas com a ansiedade e medo de separação da figura de vinculação, facto que revela uma relação de dependência. (Moura, 2005) Assim sendo, a dimensão Inibição da Exploração e Individualidade está presente nos itens 1,4,7,10,13,16,19,22,25 e 28; a dimensão Qualidade do Laço Emocional é constituída pelos itens 2,5,8,11,14,17,20,23,27 e 30; a dimensão Ansiedade de Separação e Dependência verifica-se nos itens 3,6,9,12,15,18,21,24,26 e 29.

No que diz respeito às instruções de uso e cotação do instrumento, a instrução dada aos sujeitos alvo deste estudo era para que identificassem a resposta que melhor exprimisse o modo como se sentem com cada um dos seus pais no momento actual, de acordo com uma escala de Likert de 6 pontos que variava entre “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Discordo moderadamente”, “Concordo moderadamente”, “Concordo” e “Concordo totalmente”. A organização deste instrumento diferencia o pai e a mãe, uma vez que existe uma coluna para cada um dos progenitores, sendo que a cada alternativa de resposta corresponde uma pontuação, de 1 a 6 respectivamente, obtendo-se a média da dimensão pelo somatório dos itens pertencentes à dimensão e dividindo por 10. O instrumento não nos indica um valor de vinculação, indicando-nos sim uma abordagem tridimensional acerca da vinculação do indivíduo a cada um dos respectivos progenitores.

Na sua versão final, o Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM) apresenta valores de consistência interna entre 0.76 e 0.92 para as dimensões referentes à mãe, e valores entre 0.78 e 0.95 para as dimensões que correspondem ao pai (Gouveia & Matos, 2001)

2.6 Procedimentos formais e éticos

Por estarmos a trabalhar com seres humanos, comprometemo-nos a respeitar os aspectos

éticos envolvidos, assegurando assim, a impossibilidade de identificação do indivíduo sujeito a esta pesquisa, uma vez que todas as informações obtidas através dos testes serão mantidas em sigilo, sendo apenas utilizadas para o estudo e, que a participação dos sujeitos foi inteiramente voluntária, tendo os mesmos a liberdade para, a qualquer momento, abandonarem o estudo sem qualquer prejuízo ou punição. Deste modo, apenas participam no estudo os sujeitos que se demonstrem receptíveis a tal e, no início do estudo experimental, é dito aos participantes o objectivo do estudo e feita uma contextualização.

De realçar ainda que, a realização deste estudo, não contemplou qualquer risco ou dano significativo à família ou ao indivíduo alvo do estudo.

De modo a tornar exequível a recolha de dados para este trabalho de investigação e, após ter sido solicitado e obtido autorização por parte da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (Anexo B) para aplicação dos instrumentos acima referidos, foi então requerido aos Directores das escolas da Cidade de Leira (Anexo C) permissão para serem aplicados os questionários aos alunos. Deste modo, após as entregas das autorizações que os alunos deram aos encarregados de educação (Anexo D) para que pudessem ser parte integrante do estudo, foram combinados os dias, horas e local para que os questionários pudessem ser aplicados.

Assim sendo, em duas das três escolas, os questionários foram aplicados aos alunos nas aulas de Formação Cívica e Filosofia, não tendo sido aferido nesse momento o peso e a altura, uma vez que estes dados foram fornecidos ao investigador pelas Professoras de Educação Física responsáveis por este procedimento nas escolas, tendo os alunos apenas de preencher o questionários e posteriormente o investigador colocava o respectivo peso e altura de cada aluno. Na escola em que os alunos não se encontravam medidos e pesados previamente, os questionários foram todos aplicados em aulas de Educação Física a pedido do investigador e, depois de dadas as instruções aos alunos, dividiram-se as turmas por géneros, com o sexo feminino a ser medido e pesado pelo investigador, ao passo que o sexo masculino ia preenchendo o questionário na sala ao lado e à medida que terminassem os questionários seriam medidos e pesados, restando ao sexo feminino começar a responder ao questionário logo que a aferição era efectuada.

As instruções eram dadas aos alunos pelo investigador, nas quais eram salientados os factos de as respostas serem de carácter confidencial, não ser feita uma identificação individualizada do aluno, explicação de algumas particulares salientadas por turmas anteriores e, de que o investigador estaria ao inteiro dispor para esclarecimento de qualquer tipo de dúvida.

Por fim, é de particular relevância o facto de toda a informação ter sido codificada de modo a preservar a individualidade e confidencialidade de cada estudante envolvido no presente estudo e o sistema adoptado para codificar os questionários foi do exclusivo conhecimento do investigador e respectiva orientadora. Na aplicação dos instrumentos foram esclarecidas quaisquer dúvidas, sendo que estes foram aplicados, nos meses de Dezembro e Janeiro em horário escolar. De salientar ainda que foi obtida autorização dos autores do EDI 2 e do QVPM (Anexos E e F).

2.7 Tratamento estatístico

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo, foi efectuado a nível informático, através do programa *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 19.0, com o objectivo de caracterizar a amostra.

Tendo em conta as características do estudo, recorreu-se à estatística descritiva através de distribuição de frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central (médias, modas e medianas) e medidas de dispersão ou variabilidade (desvio padrão máximos e mínimos).

Para avaliar se as variáveis em estudo apresentam ou não distribuição normal dos seus resultados, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, como teste de normalidade da distribuição. O teste revelou que as variáveis apresentam uma distribuição não normal, $p < 0,05$ (Anexo F), pelo que se optou por utilizar testes não paramétricos de Kruskal Wallis, Mann-Whitney, Correlação de Spearman e o Qui-quadrado.

Para efeitos de análise das diferenças consideramos que quando o $p > 0,05$ significa que as diferenças não são significativas, que quando o p se situa entre 0,05 e 0,01 significa que as diferenças são significativas e que quando $p \leq 0,01$ significa que as diferenças são muito significativas.

Parte III - Resultados

a) Variáveis Sócio-demográficas, Escolares e Familiares

No quadro 4 estão representadas as características sócio-demográficas e escolares da amostra. Esta ficou constituída por 326 inquiridos, dos quais 132 eram indivíduos do sexo masculino (40,5%) e 194 indivíduos eram do sexo feminino (59,5%). A idade dos jovens oscila entre 11 e 19, para uma média de 14,9 (DP=1,7).

No que concerne ao ano de escolaridade frequentado pelo aluno inquirido, 75 adolescentes frequentam o 11º Ano de escolaridade (23%).

Quadro 4

Variáveis Sócio-demográficas e escolares (n=326)

		N	%	M	DP
Sexo	Masculino	132	40,5		
	Feminino	194	59,5		
Idade				14,9	1,7
Ano de escolaridade	7º Ano	38	11,7		
	8º Ano	46	14,1		
	9º Ano	38	11,7		
	10º Ano	71	21,8		
	11º Ano	75	23,0		
	12º Ano	58	17,8		

No que diz respeito à constituição do agregado familiar, a grande maioria dos inquiridos referiu fazerem parte do seu agregado familiar o pai, mãe e irmãos (67,2%).

No que diz respeito ao nível de escolaridade da mãe, 97 indivíduos responderam que a figura materna possui o Ensino Secundário (29,8%). Quanto ao nível de escolaridade da figura paterna, 96 indivíduos responderam que o Ensino Secundário (29,4%) como habilitação literária.

No que se refere à variável situação profissional da figura materna, 275 sujeitos indicam que a mãe está ativa (84,4%), ao passo que 282 sujeitos indicam o pai como estando no ativo (86,5%).

Por fim, no que respeita à variável tipo de família com quem vives, 251 sujeitos responderam “O meu pai e a minha mãe vivem juntos” (77%).

Quadro 5
Características familiares (n=326)

		N	%
Constituição do agregado familiar	Pai, mãe e irmãos	219	67,2
	Pai e mãe	42	12,9
	Pai	1	0,3
	Mãe	16	4,9
	Pai, irmãos e outros familiares	3	0,9
	Pai e outros familiares	1	0,3
	Mãe e irmãos	19	5,8
	Pai e irmãos	7	2,1
	Mãe, irmãos e outros familiares	4	1,2
	Mãe, pai, irmãos e outros familiares	6	1,8
	Outros familiares	1	0,3
	Lar/Instituição	2	0,6
Mãe e outros familiares	5	1,5	
Nível de escolaridade da mãe	Ensino Básico Incompleto	1	0,3
	Ensino Básico	23	7,1
	2º Ciclo	40	12,3
	3º Ciclo	57	17,5
	Ensino Secundário	97	29,8
	Bacharelato / Licenciatura	80	24,5
	Mestrado	12	3,7
	Doutoramento	7	2,1
Não respondeu	9	2,8	
Nível de escolaridade do pai	Ensino Básico Incompleto	4	1,2
	Ensino Básico	29	8,9
	2º Ciclo	37	11,3
	3º Ciclo	72	22,1
	Ensino Secundário	96	29,4
	Bacharelato / Licenciatura	54	16,6
	Mestrado	9	2,8
	Doutoramento	7	2,1
Não respondeu	18	5,5	
Situação profissional da mãe	Ativo	275	84,4
	Desempregado	38	11,7
	Reformado	4	1,2
	Não respondeu	9	2,8
Situação profissional do pai	Ativo	282	86,5
	Desempregado	15	4,6
	Reformado	12	3,7
	Não respondeu	17	5,2
Tipo de família com quem vives	O meu pai e mãe vivem juntos	251	77,0
	O meu pai e mãe estão separados	20	6,1
	O meu pai e mãe estão divorciados	37	11,3
	O meu pai já faleceu	8	2,5
	A minha mãe já faleceu	6	1,8
	Vivo num Lar / Instituição	2	0,6
	Não respondeu	2	0,6

b) Dados antropométricos e clínicos

A média do IMC dos alunos inquiridos foi de 20,9 com um desvio padrão de 3,2. Na globalidade, os jovens apresentam um IMC adequado. Ao compararmos o IMC consoante o sexo constatámos que as diferenças não têm significado estatístico ($p>0,05$).

Quadro 6

Estatística Descritiva – Dados antropométricos na totalidade e por sexo dos inquiridos

	Total (n=326)				Sexo Feminino (n=194)		Sexo Masculino (n=132)	
	Mínimo	Máximo	M	DP	M	DP	M	DP
IMC*	14,7	34,9	20,9	3,2	21,2	3,3	20,7	3,1
Peso	34	100	56,5	11,2	60,7	12,0	53,6	9,6
Altura	139	185	163,8	8,8	168,6	9,5	160,5	6,4

*U=11704,50; Z=-1,316; p=0,188

Os inquiridos, quando questionados acerca da satisfação com o peso actual, referem na sua maioria, estar satisfeitos com o seu peso actual (59,2%), tendo os restantes 40,5% mencionado estar insatisfeitos com o seu peso actual. Quanto ao género, são as raparigas (46,9%) a mostrar uma maior insatisfação em relação ao peso do que os rapazes (31,1%), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Quadro 7

Satisfação com o peso actual na totalidade e por sexo dos inquiridos

Estás contente com o teu peso actual	Total		Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	N	%	N	%	N	%
Sim	193	59,2	102	52,6	91	68,9
Não	132	40,5	91	46,9	41	31,1
Não respondeu	1	0,3	1	0,5	0	0,0

 $\chi^2=11,792$; p=0,001

No que concerne ao desejo de ter outro peso, observou-se que 50,3% (164) dos inquiridos não desejavam ter outro peso, ou seja, estão contentes com o peso que possuem actualmente, ao passo que 48,5% (158) referiram desejar ter outro peso. Por género, é no sexo feminino (53,6%) que se observa um maior desejo de obter outro peso, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Quadro 8

Desejo de ter outro peso na totalidade e por sexo

Desejavas ter outro peso	Total		Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	N	%	N	%	N	%
Sim	158	48,5	104	53,6	54	40,9
Não	164	50,3	87	44,8	77	58,3
Não respondeu	4	1,2	3	1,5	1	0,8

 $\chi^2=4,925$; p=0,023

Cerca de metade da amostra (165; 50,6%) referiu não ter sofrido alterações de peso superiores a 4K no último ano ao contrário de 72 (22,1%) inquiridos que referiram ter aumentado de peso. Em relação às alterações de peso por género, o sexo feminino (55,2%) relata uma percentagem maior de não ter tido alterações de peso superior a 4 Kg do que o sexo masculino (43,9%), não tendo as diferenças significado estatístico ($p > 0,05$).

Quadro 9

Alterações de peso superiores a 4 Kg no último ano na totalidade e por sexo

Alterações superiores a 4 Kg no último ano	Total		Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	N	%	N	%	N	%
Sim, aumentou	72	22,1	35	18,0	37	28,0
Sim, diminuiu	30	9,2	17	8,8	13	9,8
Alterações oscilantes entre +/- peso	56	17,2	35	1,8	21	15,9
Não	165	50,6	107	55,2	58	43,9
Não respondeu	3	0,9	0	0,0	3	2,3

 $\chi^2=5,795$; $p=0,122$ **c) História de doença familiar e do inquirido**

Relativamente à variável doença dos pais, 83,1% dos inquiridos referiram que o pai não apresentava qualquer tipo de doença (271). Em relação à mãe, 85,9% dos sujeitos afirmaram que a mãe não possui nenhuma doença (280).

A doença mais constatada, tanto pela figura materna como pela figura paterna, são as Doenças do aparelho circulatório com 33,3% e 36,4%, respectivamente.

Quadro 10

Historial de doença familiar (n=326)

Doença		Pai		Mãe	
		N	%	N	%
Doença	Sim	55	16,9	45	13,8
	Não	271	83,1	280	85,9
	Não respondeu	0	0,0	1	0,3
Qual a doença	Neoplasias	1	1,8	3	6,6
	Doenças do sangue	0	0,0	3	6,6
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5	9,1	6	13,3
	Transtornos mentais e comportamentais	2	3,6	0	0,0
	Doenças do sistema nervoso	1	1,8	0	0,0
	Doenças do olho	4	7,3	2	4,4
	Doenças do aparelho circulatório	20	36,4	15	33,3
	Doenças do aparelho respiratório	8	14,5	4	8,8
	Doenças do aparelho digestivo	4	7,3	2	4,4
	Doenças da pele	1	1,8	0	0,0
	Doenças osteoarticulares	5	9,1	6	13,3
	DAC*+ DENM**	1	1,8	0	0,0
	DENM** + DAR***	0	0,0	1	2,2
	DG**** + DAC*	1	1,8	0	0,0
	DENM** + DP*****	0	0,0	1	2,2
	DS*****+ DAG*****	1	1,8	0	0,0
	DAC* + DSN*****	0	0,0	1	2,2
Não respondeu / Não sabe o nome	1	1,8	1	2,2	

* Doenças do aparelho circulatório; ** Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; *** Doenças do aparelho respiratório; **** Doenças genitourinárias; ***** Doenças da pele; ***** Doenças do sangue; ***** Doenças do aparelho digestivo; ***** Doenças do sistema nervoso

Constatou-se que dos 326 inquiridos, 270 não possuíam nenhum problema de saúde/doença (82,8%), 55 tinham algum problema de saúde/doença (16,9%), sendo de destacar 22 terem afirmado Doenças do aparelho respiratório (40%). É, ainda, de realçar que dos 4 respondentes a Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,3%) nenhum deles ter

mencionado uma qualquer doença do comportamento alimentar, facto este que seria totalmente relevante uma vez que seria factor de exclusão do respondente caso afirmasse padecer de uma doença deste tipo.

Quadro 11
Historial de doença do inquirido

		N	%
Problema de saúde/doença	Sim	55	16,9
	Não	270	82,8
	Não respondeu	1	0,3
Tipo de problema	Doenças do sangue	3	5,5
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4	7,3
	Transtornos mentais e comportamentais	2	3,6
	Doenças do olho	2	3,6
	Doenças do ouvido	1	1,8
	Doenças do aparelho circulatório	6	10,9
	Doenças do aparelho respiratório	22	40,0
	Doenças do aparelho digestivo	3	5,5
	Doenças da pele	3	5,5
	Doenças genitourinárias	1	1,8
	Doenças osteoarticulares	3	5,5
	Em diagnóstico	2	3,6
	DENM* + DAR**	1	1,8
	DAC ***+ DAR**	1	1,8
	Não respondeu	1	1,8

*Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; ** Doenças do aparelho respiratório; *** Doenças do aparelho circulatório

d) Prevalência de Casos Prováveis de Doenças do Comportamento Alimentar

No que diz respeito à Distorção da Imagem Corporal (Quadro 12), no sexo masculino, 122 (92,4%) dos inquiridos mostraram ausência de distorção, apenas existindo um rapaz que se pode classificar como possuindo uma distorção moderada. No sexo feminino, 169 (87,1%) das inquiridas revelam uma ausência de distorção, enquanto 2 (1%) revela uma distorção moderada.

Quadro 12
Frequências de respostas referentes à Distorção Corporal

		Sexo			
		Masculino (n=132)		Feminino (n=194)	
		N	%	N	%
Distorção Corporal	Ausência de distorção	122	92,4	169	87,1
	Distorção ligeira	9	6,8	22	11,3
	Distorção moderada	1	,8	2	1,0
	Não respondeu	0	0	1	0,5

Quando questionados sobre o medo de ficar gordo(a) (Quadro 13), 118 (89,4%) dos rapazes referiram não ter receio de ficar gordo, ao passo que 14 (10,6%) afirmaram o contrário. As raparigas relataram, na sua larga maioria, com 152 (78,4%) respostas que não tinham medo de ficar gordas contra as 41 (21,1%) respostas afirmando o inverso.

Quadro 13

Frequências de respostas referentes ao Medo de ficar gordo(a)

Medo de ficar gordo(a)		Sexo			
		Masculino (n=132)		Feminino (n=194)	
		N	%	N	%
	Não cumpre os critérios estabelecidos	118	89,4	152	78,4
	Cumprer os critérios estabelecidos	14	10,6	41	21,1
	Não respondeu	0	0,0	1	0,5

No que concerne aos Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva (Quadro 14), o sexo masculino (94,7%) e o sexo feminino (92,8%) revelam, maioritariamente, que não fazem uso deste critério especificado no DSM-IV-TR. No entanto, são mais as raparigas (7,2%) que indicam ingerir uma grande quantidade de alimentos num curto espaço de tempo.

Quadro 14

Frequências de respostas referentes aos Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva

Episódios de ingestão alimentar compulsiva		Sexo			
		Masculino (n=132)		Feminino (n=194)	
		N	%	N	%
	Não cumpre os critérios estabelecidos	125	94,7	180	92,8
	Cumprer os critérios estabelecidos	6	4,5	14	7,2
	Não respondeu	1	0,8	0	0,0

Em relação ao método da indução do vômito tendo em vista o controlo do peso (Quadro 15), o sexo masculino (96,2%) demonstra resultados muito semelhantes aos praticados pelo sexo feminino (96,9%), ou seja, não existem nenhuma rapaz ou rapariga a fazer uso do vômito para controlar o peso duas ou mais vezes por semana.

Quadro 15

Frequências de respostas referentes à Indução do Vômito

Indução do vômito		Sexo			
		Masculino (n=132)		Feminino (n=194)	
		N	%	N	%
	Não cumpre os critérios estabelecidos	127	96,2	188	96,9
	Cumprer os critérios estabelecidos	0	0,0	0	0,0
	Não respondeu	5	3,8	6	3,1

No que diz respeito à utilização de diuréticos e/ou laxantes (Quadro 16), o sexo feminino (1,5%) responde usar mais vezes este método do que o sexo masculino (0%), sendo superior o número de rapazes (96,2%) que referem usar diuréticos e/ou laxantes do que as raparigas (93,3%), mas que não fazem duas ou mais vezes por semana.

Quadro 16

Frequências de respostas referentes à Utilização de Diuréticos e/ou Laxantes

Utilização de diuréticos e/ou laxantes		Sexo			
		Masculino (n=132)		Feminino (n=194)	
		N	%	N	%
	Não cumpre os critérios estabelecidos	127	96,2	181	93,3
	Cumprer os critérios estabelecidos	0	0,0	3	1,5
	Não respondeu	5	3,8	10	5,2

No que concerne à prática de dietas/comidas de baixa calorias (Quadro 17), o sexo feminino (25,3%) refere ter este método de controlo de peso mais vezes do que o sexo masculino (9,1%), sendo nos rapazes (84,8%) que, apesar de o fazerem menos de duas vezes por semana, existe um maior número de indivíduos a fazer dieta ou a ingerir comida de baixo teor calórico (112).

Quadro 17

Frequências de respostas referentes à Dieta/Comida de baixo teor calórico

		Sexo			
		Masculino (n=132)		Feminino (n=194)	
		N	%	N	%
Dieta/Comida de baixo teor calórico	Não cumpre os critérios estabelecidos	112	84,8	136	70,1
	Cumpram os critérios estabelecidos	12	9,1	49	25,3
	Não respondeu	8	6,1	9	4,6

Em relação à prática de exercício físico como método para controlar o peso, o sexo feminino (62,9%) refere fazê-lo mais vezes do que o sexo masculino (56,1%), no entanto, há a salientar uma maior prática do sexo masculino (40,9%), mas que não é feita mais de duas vezes por semana, como foi definido pelos critérios adoptadas nesta investigação.

Quadro 18

Frequências de respostas referentes à Prática de Exercício físico

		Sexo			
		Masculino (n=132)		Feminino (n=194)	
		N	%	N	%
Exercício físico	Não cumpre os critérios estabelecidos	54	40,9	66	34,0
	Cumpram os critérios estabelecidos	74	56,1	122	62,9
	Não respondeu	4	3,0	6	3,1

Das 192 raparigas que participaram na amostra verificamos (Quadro 19) que 88,1% (171) das inquiridas respondeu que teve o período nos últimos 6 meses ao contrário de 5,7% (11) que afirmou não ter sido menstruada nos últimos 6 meses.

Quadro 19

Distribuição da amostra de acordo com a presença, ausência ou alterações do período menstrual nos últimos seis meses (n=194)

		Sexo Feminino (n=194)	
		N	%
Tiveste o período nos últimos 6 meses?	Sim	171	88,1
	Não	11	5,7
	Não se aplica	12	6,2

Relativamente à perda ou diminuição do interesse e da potência sexual, nos últimos 6 meses” dos inquiridos do sexo masculino constatamos que 122 dos rapazes respondeu não ter notado alterações na atividade sexual (92,4%); 7 afirmaram estar menos interessados na atividade sexual do que habitualmente (5,3%); 1 respondeu “Cada vez me interesse menos pela atividade sexual” (0,8%) e 2 não responderam a esta questão (1,5%).

Quadro 20

Distribuição da amostra de acordo com o interesse pela atividade sexual nos últimos seis meses (n=132)

		Sexo Masculino (n=132)	
		N	%
Quanto à perda ou diminuição do interesse e da potência sexual, nos últimos 6 meses	Não notei qualquer mudança pela atividade sexual	122	92,4
	Encontro-me menos interessado na atividade sexual do que habitualmente	7	5,3
	Cada vez me interessei menos pela atividade sexual	1	0,8
	Não respondeu	2	1,5

De acordo com os critérios definidos no DSM-IV-TR (APA, 2000), apresentados anteriormente, para o diagnóstico das doenças do comportamento alimentar, especificamente para a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, tal como para as situações subclínicas de ambas, resulta no quadro 21.

No caso da Bulimia, tanto no sexo feminino como no sexo masculino, não existe nenhum indivíduo a preencher a totalidade dos critérios retratados nos DSM-IV-TR.

No que diz respeito à Anorexia Nervosa, observamos os seus dois subtipos. Na Anorexia Nervosa Restritiva, podemos constatar que dois indivíduos do sexo feminino (1,5%) e um indivíduo do sexo masculino (0,8%) cumprem todos os critérios descritos no DSM-IV-TR. Quanto à Anorexia Nervosa do tipo Purgativa, não existe nenhum indivíduo do sexo feminino nem do sexo masculino a preencher a totalidade dos critérios descritos no DSM-IV-TR.

Respeitante às situações subclínicas, na Anorexia Nervosa do Tipo Purgativa, existem 11 raparigas (6,1%) e 2 rapazes (1,8%), enquanto que na Anorexia Nervosa do Tipo Restritiva são de evidenciar 31 raparigas (17,3%) e 6 rapazes (5,2%) a apresentarem todos os critérios para Anorexia Nervosa, mas apresentando período menstrual, caso seja do sexo feminino, e não apresentando perda ou diminuição do interesse e da potência sexual, caso seja do sexo masculino.

Quadro 21

Prevalência das Doenças do Comportamento Alimentar dos inquiridos por sexo

Doença do Comportamento Alimentar		Feminino (n=194)		Masculino (n=132)	
		N	%	N	%
Anorexia restritiva	Sim	2	1,5	1	0,8
	Não	130	98,5	125	99,2
Anorexia purgativa	Sim	0	0,0	0	0,0
	Não	177	100,0	118	100,0
Anorexia purgativa parcial	Sim	11	6,1	2	1,8
	Não	169	93,9	112	98,2
Anorexia restritiva parcial	Sim	31	17,3	6	5,2
	Não	148	82,7	109	94,8
Bulimia	Sim	0	0,0	0	0,0
	Não	116	100,0	116	100,0

e) Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar

No quadro seguinte apresentam-se os resultados das várias dimensões do EDI2. Tendo presente a amplitude de variação assim como a mediana de cada uma delas poderemos salientar que os valores médios mais elevados se encontram na dimensão do Perfeccionismo (M=5,64; DP= 3,48) e o valor mais baixo na dimensão Bulimia (M=1,03; DP=2,27).

Quadro 22

Estatística Descritiva – EDI 2

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Tendência emagrecer (0-21)	326	0,00	21	3,18	4,58
Bulimia (0-21)	326	0,00	21	1,03	2,27
Insatisfação corporal (0-27)	326	0,00	27	5,97	6,87
Ineficácia (0-30)	326	0,00	27	2,69	3,86
Perfeccionismo (0-18)	326	0,00	17	5,64	3,48
Desconfiança interpessoal (0-21)	326	0,00	21	3,68	3,42
Consciência interoceptiva (0-30)	326	0,00	24	3,56	4,38
Medo maturidade (0-24)	326	0,00	20	5,99	4,14
Ascetismo (0-24)	326	0,00	18	3,99	2,95
Regulação impulsos (0-33)	326	0,00	33	4,60	4,93
Medos sociais (0-24)	326	0,00	24	4,13	3,62

Notas: M= Média; DP= Desvio Padrão

f) Vinculação aos pais

Relativamente à qualidade de vinculação dos jovens relativamente ao pai e à mãe verificamos que, em média, os jovens tem menores valores de inibição em relação à mãe do que ao pai e, maiores valores na qualidade do laço emocional e ansiedade de separação e dependência do que em relação ao valores encontrados no pai.

Quadro 23

Estatística Descritiva – QVPM

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Inibição pai (0-6)	291	1,00	5,70	3,09	0,94
Qualidade laço emocional pai (0-6)	298	1,00	6,00	4,94	1,05
Ansiedade separação e dependência pai (0-6)	301	1,00	6,00	3,67	0,99
Inibição mãe (0-6)	294	1,00	5,30	3,07	0,92
Qualidade laço emocional mãe (0-6)	304	2,30	6,00	5,28	0,70
Ansiedade separação e dependência mãe (0-6)	305	1,30	6,00	3,91	0,91

Teste de Hipóteses

De seguida apresentam-se as hipóteses de investigação deste estudo.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** consoante o **sexo** dos inquiridos

Através da aplicação do Teste de Mann-Whitney, verificamos que os valores das médias de rank são mais elevados no sexo feminino para as dimensões: Tendência para emagrecer, Insatisfação corporal, Ineficácia; Consciência interoceptiva, Medo de maturidade

e Medos sociais, sendo que essas diferenças apresentam significado estatístico ($p < 0,05$). Por outro lado, verificamos que os rapazes apresentam valores mais elevados que as raparigas na dimensão Perfeccionismo, sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,045$). Nas restantes dimensões, apesar das diferenças entre sexos, essas não apresentam significado estatístico.

Quadro 24

Resultados da Aplicação do Teste de Mann-Whitney à sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar de acordo com o sexo dos inquiridos

	Sexo	N	Mean Rank	U	Z	P
Tendência emagrecer	Masculino	132	134,48	8973,500	-4,735	0,000
	Feminino	194	183,24			
Bulimia	Masculino	132	169,55	12005,500	-1,157	0,247
	Feminino	194	159,38			
Insatisfação Corporal	Masculino	132	136,34	9219,000	-4,332	0,000
	Feminino	194	181,98			
Ineficácia	Masculino	132	144,53	10300,000	-3,070	0,002
	Feminino	194	176,41			
Perfeccionismo	Masculino	132	176,95	11029,000	-2,132	0,033
	Feminino	194	154,35			
Desconfiança interpessoal	Masculino	132	155,73	11778,500	-1,237	0,216
	Feminino	194	168,79			
Consciência interocetiva	Masculino	132	146,34	10539,500	-2,743	0,006
	Feminino	194	175,17			
Medo Maturidade	Masculino	132	143,83	10207,500	-3,120	0,002
	Feminino	194	176,88			
Ascetismo	Masculino	132	172,33	11639,000	-1,406	0,160
	Feminino	194	157,49			
Regulação Impulsos	Masculino	132	161,11	12488,500	-,381	0,703
	Feminino	194	165,13			
Medos Sociais	Masculino	132	148,25	10791,500	-2,424	0,015
	Feminino	194	173,87			

H2: Há correlação positiva e estatisticamente significativa entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** e a **Idade** dos inquiridos

No que diz respeito à correlação efectuada entre a idade dos inquiridos e as dimensões do EDI 2, podemos observar que apenas na Desconfiança interpessoal ($r = -0,116$, $p = 0,036$), o Ascetismo ($r = -0,149$, $p = 0,007$) e a Regulação de Impulsos ($r = -0,214$, $p = 0,000$) as correlações apresentam diferenças estatisticamente significativas. Em virtude do valor da correlação ser negativa, podemos inferir que **quanto maior a idade do inquirido menor será a sua propensão para apresentar Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar.**

Quadro 25

Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e a Idade dos inquiridos

	Idade	
	rs	p
Tendência emagrecer	0,012	0,827
Bulimia	0,074	0,183
Insatisfação corporal	0,071	0,204
Ineficácia	-0,028	0,616
Perfeccionismo	-0,026	0,639
Desconfiança interpessoal	-0,116*	0,036
Consciência interoceptiva	0,012	0,829
Medo maturidade	0,009	0,875
Ascetismo	-0,149**	0,007
Regulação impulsos	-0,214**	0,000
Medos sociais	0,037	0,509

*p≤0,05 ; **p≤0,01

H3: Existe **correlação negativa** e estatisticamente significativa entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** e o **IMC** dos inquiridos

Ao realizarmos a correlação de Spearman entre a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar com o IMC dos jovens verificamos que das onze dimensões são quatro aquelas em que os valores das correlações apresentam significado estatístico: a Tendência para emagrecer ($r=0,367$, $p=0,000$), a Insatisfação corporal ($r=0,394$, $p=0,000$), a Ineficácia ($r=0,121$, $p=0,029$) e a Consciência interoceptiva ($r=0,112$, $p=0,042$). Deste modo, podemos inferir que **quanto maior o IMC do inquirido maior será a sua propensão para padecer de uma doença do comportamento alimentar**, pois o valor da correlação é positiva.

Quadro 26

Resultados da aplicação da Correlação entre a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e o IMC dos inquiridos

	IMC	
	rs	p
Tendência emagrecer	0,367**	0,000
Bulimia	0,107	0,054
Insatisfação corporal	0,394**	0,000
Ineficácia	0,121*	0,029
Perfeccionismo	0,023	0,675
Desconfiança interpessoal	0,056	0,311
Consciência interoceptiva	0,112*	0,042
Medo maturidade	0,024	0,672
Ascetismo	0,071	0,201
Regulação impulsos	0,075	0,175
Medos sociais	0,057	0,301

*p≤0,05 ; **p≤0,01

H4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** consoante o **tipo de família** do inquirido

Através da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis pretendemos perceber se os valores das dimensões do EDI2 eram diferentes consoante o tipo de família (mãe e pai estão juntos; mãe e pai estão separados/divorciados e um dos pais já faleceu (pai e/ou mãe). Verificamos que os valores das médias de rank da sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar são diferentes consoante o tipo de família, no entanto apenas na dimensão Ascetismo as diferenças tem significado estatístico ($p=0,000$), pelo que se poderá entender que, nesta amostra, **o tipo de família não está relacionado com uma provável doença do comportamento alimentar.**

Quadro 27

Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar de acordo com o tipo de família do inquirido

	Tipo de família	N	Mean Rank	χ^2	p
Tendência emagrecer	Mãe e Pai juntos	251	157,14	2,854	0,240
	Mãe e Pai separados	57	179,24		
	Um dos pais faleceu	14	167,39		
Bulimia	Mãe e Pai juntos	251	157,54	4,243	0,120
	Mãe e Pai separados	57	180,47		
	Um dos pais faleceu	14	155,25		
Insatisfação corporal	Mãe e Pai juntos	251	159,18	1,781	0,410
	Mãe e Pai separados	57	175,30		
	Um dos pais faleceu	14	147,00		
Ineficácia	Mãe e Pai juntos	251	160,32	0,564	0,754
	Mãe e Pai separados	57	168,92		
	Um dos pais faleceu	14	152,36		
Perfeccionismo	Mãe e Pai juntos	251	162,00	1,376	0,503
	Mãe e Pai separados	57	153,40		
	Um dos pais faleceu	14	185,46		
Desconfiança interpessoal	Mãe e Pai juntos	251	162,57	0,167	0,920
	Mãe e Pai separados	57	157,08		
	Um dos pais faleceu	14	160,29		
Consciência interoceptiva	Mãe e Pai juntos	251	160,36	1,195	0,550
	Mãe e Pai separados	57	171,00		
	Um dos pais faleceu	14	143,29		
Medo maturidade	Mãe e Pai juntos	251	156,67	3,098	0,212
	Mãe e Pai separados	57	177,91		
	Um dos pais faleceu	14	181,21		
Ascetismo	Mãe e Pai juntos	251	155,09	16,647	0,000
	Mãe e Pai separados	57	202,31		
	Um dos pais faleceu	14	110,32		
Regulação impulsos	Mãe e Pai juntos	251	156,55	4,223	0,121
	Mãe e Pai separados	57	184,30		
	Um dos pais faleceu	14	157,36		
Medos sociais	Mãe e Pai juntos	251	158,47	1,320	0,517
	Mãe e Pai separados	57	173,95		
	Um dos pais faleceu	14	165,07		

H5: Existe **correlação negativa** e estatisticamente significativa entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** e a **vinculação dos inquiridos ao pai e à mãe**

Pela análise dos resultados apresentados no quadro seguinte em que aplicamos a

correlação de Spearman entre a vinculação ao pai e a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar verificamos que existe uma correlação positiva e significativa em várias das dimensões do EDI 2 e do Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe. Estes resultados permitem referir que a maior valor médio de sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar (tendência para emagrecer, bulimia, Insatisfação corporal, ineficácia, perfeccionismo, desconfiança interpessoal, consciência interocetiva, ascetismo, regulação de impulsos e medos sociais) corresponde maior valor médio de inibição. Por outro lado a maiores valores médios da qualidade do laço emocional ao pai estão associados menores valores médios de sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar (tendência para emagrecer, bulimia, insatisfação corporal, ineficácia, Consciência interocetiva e medos sociais). Por fim maiores valores médios de ansiedade de separação do pai, estão associados maiores valores de maturidade.

Quadro 28

Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e a vinculação dos inquiridos ao pai

	Inibição pai		Qualidade do laço emocional do pai		Ansiedade de separação do pai	
	rs	p	rs	p	rs	p
Tendência emagrecer	0,193**	0,001	-0,128*	0,027	-0,040	0,492
Bulimia	0,156**	0,008	-0,243**	0,000	-0,108	0,062
Insatisfação corporal	0,254**	0,000	-0,225**	0,000	-0,066	0,253
Ineficácia	0,239**	0,000	-0,251**	0,000	-0,039	0,504
Perfeccionismo	0,162**	0,006	0,085	0,143	0,080	0,165
Desconfiança interpessoal	0,149*	0,011	-0,109	0,060	0,026	0,650
Consciência interocetiva	0,274**	0,000	-0,171**	0,003	-0,011	0,850
Medo maturidade	0,073	0,215	0,064	0,272	0,186**	0,001
Ascetismo	0,119*	0,043	0,074	0,205	0,106	0,067
Regulação impulsos	0,324**	0,000	-0,049	0,403	0,109	0,058
Medos sociais	0,183**	0,002	-0,246**	0,000	-0,082	0,157

Pela análise dos resultados apresentados no quadro seguinte em que aplicamos a correlação de Spearman entre a vinculação à mãe e a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar. Estes resultados permitem referir que a maior valor médio de sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar (tendência para emagrecer, bulimia, Insatisfação corporal, ineficácia, desconfiança interpessoal, consciência interocetiva, regulação de impulsos e medos sociais) corresponde maior valor médio de inibição. Por outro lado a maiores valores médios da qualidade do laço emocional a mãe estão associados menores valores médios de sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar (bulimia, insatisfação corporal, ineficácia, Desconfiança interpessoal, medo da maturidade e medos sociais). Por fim maiores valores médios de ansiedade de separação da mãe, estão associados maiores valores de maturidade e

regulação de impulsos.

Quadro 29

Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e a vinculação dos inquiridos à mãe

	Inibição mãe		Qualidade do laço emocional mãe		Ansiedade de separação da mãe	
	rs	p	rs	p	rs	p
Tendência emagrecer	0,170**	0,004	-0,038	0,507	0,036	0,534
Bulimia	0,193**	0,001	-0,150**	0,009	-0,089	0,119
Insatisfação corporal	0,251**	0,000	-0,152**	0,008	-0,062	0,278
Ineficácia	0,303**	0,000	-0,208**	0,000	0,005	0,936
Perfeccionismo	0,109	0,063	0,082	0,153	0,064	0,267
Desconfiança interpessoal	0,199**	0,001	-0,163**	0,004	-0,001	0,992
Consciência interocetiva	0,257**	0,000	-0,030	0,606	0,098	0,086
Medo maturidade	0,066	0,260	0,145*	0,012	0,293**	0,000
Ascetismo	0,112	0,054	0,046	0,423	0,069	0,232
Regulação impulsos	0,352**	0,000	-0,042	0,468	0,117*	0,041
Medos sociais	0,198**	0,001	-0,189**	0,001	-0,034	0,550

H6: Existem diferenças estatisticamente significativas entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** consoante o **ano de escolaridade** dos inquiridos

Através da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis pretendemos perceber se os valores das dimensões do EDI2 eram diferentes consoante o ano de escolaridade. Verificamos que os valores das médias de rank da sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar são diferentes consoante o ano de escolaridade, no entanto apenas nas dimensões tendência para emagrecer, insatisfação corporal, perfeccionismo, desconfiança interpessoal e medo da maturidade, ascetismo e regulação de impulsos as diferenças tem significado estatístico ($p=0,000$). De salientar que são os estudantes do 9º ano que apresentam medias de rank maiores nas dimensões de Tendência para Emagrecer, Insatisfação e Desconfiança Interpessoal. São os estudantes do 7º ano que apresentam valores de rank maiores no perfeccionismo e ascetismo e regulação de impulsos. São os estudantes do 12º ano que apresentam valores mais elevados de medo de maturidade.

Quadro 30

Resultados da Aplicação do Teste de Kruskal-Wallis à Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar de acordo com o ano de escolaridade dos inquiridos

	Qual o ano de escolaridade que frequenta			Kruskal-Wallis Test	p
		N	Mean Rank		
Tendência emagrecer	7,00	38	171,80	17,053	0,004
	8,00	46	165,27		
	9,00	38	203,03		
	10,00	71	134,54		
	11,00	75	153,83		
	12,00	58	178,71		

Resultados da Aplicação do Teste de Kruskal-Wallis à Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar de acordo com o ano de escolaridade dos inquiridos - Continuação do Quadro 30

Bulimia*				6,222	0,285
	7,00	38	146,63		
	8,00	46	159,76		
Insatisfação corporal	9,00	38	203,29	11,804	0,038
	10,00	71	143,82		
	11,00	75	167,79		
	12,00	58	169,98		
Ineficácia*				2,424	0,788
	7,00	38	205,18		
	8,00	46	151,98	15,297	0,009
Perfeccionismo	9,00	38	157,82		
	10,00	71	146,39		
	11,00	75	151,14		
	12,00	58	185,98		
	7,00	38	166,72		
	8,00	46	187,34	12,361	0,030
Desconfiança interpessoal	9,00	38	198,76		
	10,00	71	146,84		
	11,00	75	154,83		
	12,00	58	150,99		
Consciência interoceptiva*				1,976	0,852
	7,00	38	169,82		
	8,00	46	179,33		
Medo maturidade	9,00	38	147,57	13,145	0,022
	10,00	71	168,78		
	11,00	75	135,45		
	12,00	58	187,06		
	7,00	38	192,68		
	8,00	46	181,03		
Ascetismo	9,00	38	186,24	12,275	0,031
	10,00	71	148,85		
	11,00	75	146,15		
	12,00	58	155,95		
	7,00	38	195,42		
	8,00	46	184,79		
Regulação impulsos	9,00	38	194,71	19,914	0,001
	10,00	71	155,96		
	11,00	75	150,69		
	12,00	58	131,04		
Medos sociais*				2,779	0,734

*Foram retirados os valores de rank em virtude de não apresentarem diferenças estatisticamente significativas.

Parte IV - Discussão dos resultados

Neste capítulo serão apresentadas descrições e reflexões mais detalhadas acerca dos resultados mais relevantes do estudo em questão, recorrendo especialmente a outros estudos efectuados com populações e amostras de características semelhantes.

As Perturbações do Comportamento Alimentar não se referem “simplesmente à existência de um hábito alimentar inadequado ou de um desejo excessivo por emagrecer, mas ao facto de que sob esse rótulo existe uma complexa patologia que inclui aspectos tais como desequilíbrios emocionais, transtornos da personalidade, comportamentos autolíticos, distorções perceptivas, pensamentos obsessivos, auto-avaliações negativas e todo um sem-fim de componentes que dão uma ideia da complexidade do transtorno.” (Caballo, 2005, p. 261)

Neste estudo, a amostra é composta por 326 adolescentes, na sua maioria pertencentes ao sexo feminino (59,5%), com uma média de idades de 14,9 anos e pertencentes ao 11º ano (23%), variando desde o 7º ao 12º ano.

No que diz respeito às suas características familiares, o seu agregado familiar é na sua larga maioria constituído por pai, mãe e irmãos (67,2%), seguido de pai e mãe (12,9%). A maior parte dos pais, independentemente do sexo, possui o Ensino Secundário como nível de escolaridade e em valores muito similares, 29,8% e 29,4% para a mãe e pai, respectivamente. No que concerne à situação profissional, a larga maioria dos pais estão no ativo, 84,4% das mães e 86,5% dos pais encontram-se a trabalhar. Em relação ao tipo de família com quem o inquirido vive, 77% afirmou que o pai e a mãe se encontram a viver juntos, ao passo que 11,3% indica que os pais se encontram divorciados.

Relativamente ao historial de doença familiar, em relação aos pais, os sujeitos referiram que estes não apresentavam qualquer tipo de doença, 83,1% e 85,9% para o pai e mãe, respectivamente. No entanto, quanto ao tipo de doença mais apresentada pelos pais dos alunos inquiridos, os resultados mostraram as Doenças do aparelho circulatório como as que mais afectam tanto o pai (36,4%) como a mãe (33,3%). Em relação aos inquiridos, a grande maioria não possui qualquer tipo de doença (82,8%), porém quando esta existe, são as doenças do aparelho respiratório as mais referidas (40%).

Neste estudo utilizamos os dados sobre o peso e a estatura dos alunos para poder determinar o IMC, e estes dados foram obtidos pelo próprio investigador, com o intuito de evitar o auto-relato e deste modo tornar credível a fiabilidade da utilização desta medida (Clemente, Moreira, Oliveira & Almeida, 2004). Assim sendo, a média do IMC dos

adolescentes desta amostra foi de 20,9, com um mínimo de 14,7 e um máximo de 34,9, com um desvio padrão de 3,2. Ou seja, a maioria dos inquiridos encontram-se perante valores de IMC dentro da normalidade, podendo os valores acima referidos como acima e abaixo do normal indiciar alguma propensão para um risco futuro de uma Doença do Comportamento Alimentar, sendo que o sexo masculino ($M=21,2$) revelou um IMC maior que o sexo feminino ($M=20,7$).

No que respeita à satisfação com o peso actual, foi possível observar que a maioria dos adolescentes (59,2%) se encontravam contentes com o peso, sendo que 40,5% não esconderam a sua insatisfação com o seu peso actual. Por género, são as raparigas (46,9%) a demonstrar uma maior insatisfação em relação ao peso do que os rapazes (31,1%). Pocinho (2000) obteve, inclusivamente, que dos 26% de inquiridos que se encontravam satisfeitos no seu estudo, 61% eram rapazes e 39% eram raparigas, o que nos leva a concluir que, os rapazes estão praticamente o dobro mais satisfeitos com o peso do que as raparigas. Também o estudo de Venâncio (2011), 54,5% da amostra do sexo feminino se mostrou insatisfeita, facto que poderá ir ao encontro de que o sexo feminino é mais insatisfeito com o corpo do que o sexo masculino (Barbosa, 2001; Dixe, 2007; Pocinho, 2000).

Em relação ao desejo de ter outro peso, 50,3% dos indivíduos referiu não desejar ter outro peso, perante os 48,5% que pretendiam outro peso que não o actual, sendo mais uma vez o sexo feminino a reportar um maior desejo em ter outro peso (53,6%). Venâncio (2011) apresenta valores muito superiores aos supra citados, ao encontrar 61,3% da população feminina com o desejo de ter outro peso. Há a salientar o facto de um elevado número de inquiridos ter respondido estar satisfeito com o seu peso actual, no entanto, na questão seguinte respondia que desejava ter outro peso. Tal situação poderá estar relacionado com as pressões existentes na sociedade actual para a obtenção de um corpo magro e esbelto como largamente se poderá encontrar tanto na literatura desta temática como ao longo da fundamentação teórica decorrente deste trabalho. O padrão de beleza vigente nas sociedades ocidentais privilegia, com especial relevo para o sexo feminino, um corpo magro (Pinto Gouveia in Marques, 2003; Porto & Lins, 2009; Souza & Fisberg, 2002).

Dixe (2007) afirma que, independentemente do IMC, uma percentagem elevada de adolescentes refere em diversos estudos que deseja perder peso, sendo tal situação mais saliente nas raparigas.

No que concerne às alterações de peso superiores a 4 Kg no último ano, a maioria dos inquiridos (50,6%) indicou não ter tido alterações, ao passo que 22,1% refere ter aumentado mais de 4 Kg durante o último ano. No entanto, são mais os rapazes (28,0%) a referir que o

seu peso aumentou mais de 4 Kg. Também em Dixe (2002), os valores mais elevados encontrados na resposta a esta questão se prenderam com não relataram oscilações de peso superiores a 4 Kg (44,6% para os rapazes e 49,3% para as raparigas, no grupo de idades dos 14 aos 17 anos.

Na maioria das vezes, para além do medo intenso de ganhar peso, os indivíduos que possuem doenças do comportamento alimentar também apresentam tendência para subestimar o seu tamanho corporal, afirmando-se mais gordos que na realidade são (Raich, 1999).

No que diz respeito à Distorção da Imagem Corporal, termo que designa a percepção que os jovens têm do seu corpo como apresentando um peso superior ao peso real, tanto no sexo masculino (92,4%) como no sexo feminino (87,1%) a esmagadora maioria dos inquiridos apresenta ausência de distorção, encontrando-se apenas 1 indivíduo do sexo masculino (0,8%) e 2 indivíduos do sexo feminino (1%) que apresentam uma distorção moderada. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Dixe (2002), numa população dos 14 aos 17 anos, em que 94,7% dos rapazes e 87,1% das raparigas não apresentam distorção da imagem corporal, ao passo que 5,3% dos rapazes e 17,9% das raparigas apresentavam distorção corporal, seja ela ligeira, moderada ou grave. Venâncio (2011) encontrou valores de distorção corporal de 12,2% apenas em raparigas. É de salientar que os valores são bastante maiores no sexo feminino, sendo de destacar uma preocupação excessiva com o peso e aspecto físico.

Quando questionados sobre o medo de ficar gordo(a) ou de ganhar peso, os rapazes (10,6%) referiram uma percentagem mais baixa do que as raparigas (21,1%). Estes resultados revelam-se superiores aos encontrados por Dixe (2007) tanto em relação aos rapazes (5,6%) como em relação às raparigas (25,8%) e, também os resultados de Venâncio (2011) com o sexo feminino a reportarem 34,4% receio de ganhar peso.

Em relação aos Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva, 4,5% dos rapazes e 7,2% das raparigas cumprem os critérios estabelecidos pelo investigador, valores estes inferiores aos verificados por Dixe (2007) em que 8,1% dos rapazes e 10,9% das raparigas dos 14 aos 17 anos relataram episódios de ingestão alimentar compulsiva mais do que duas vezes por semana. Valores muito superiores foram encontrados por Venâncio (2011), apenas no sexo feminino, com 13,7% a indiciar este tipo de comportamento na mesma frequência acima descrita.

Quanto à utilização de métodos compensatórios numa frequência superior a duas vezes por semana, critério definido pelo investigador como sendo relevante, apresentam-se

como resultados 0% de ambos os sexos em relação à indução do vômito; 56,1% dos rapazes e 62,9% das raparigas fazem exercício físico mais do que duas vezes por semana para controlar o peso; 0% dos rapazes e 1,5% das raparigas utilizam diuréticos e/ou laxantes; 9,1% dos rapazes e 25,3% das raparigas fazem dietas com alimentos de baixo teor calórico; Dixe (2007) encontrou taxas superiores, no sexo feminino, em relação ao vômito (0,3%), mas menores em relação ao uso de laxantes e/ou diuréticos (0%), dietas (22,3%) e exercício físico (53,6%); ao passo que nos rapazes, foram encontrados valores iguais em relação à indução do vômito (0%) e do uso de laxantes e/ou diuréticos (0%), mas muito inferiores nas dietas com alimentos de baixo teor calórico (1,8%) e na prática de exercício físico (48,8%). Pode afirmar-se que as raparigas apresentam maiores percentagens de comportamentos compensatórios, sendo o exercício físico e as dietas os métodos a que mais recorrem ambos os sexos. Dixe (2002) refere que a prática de exercício físico se pode relacionar com a promoção da aparência física difundida pela sociedade e pelos meios de comunicação social e não apenas como método de controlo do peso. Venâncio (2011) encontrou valores superiores em relação às dietas (26,2%) e valores inferiores no uso de laxantes e/ou diuréticos (0,7%) e na prática de exercício físico (48,1%). Middlman, Vazquez, e Durant (1998) constataam que, ao passo que os rapazes fazem exercício físico para ganhar peso, nas raparigas o intuito é o de perder.

A amenorreia, ausência do período menstrual em três ciclos consecutivos, nas raparigas e, a perda ou diminuição do interesse sexual nos rapazes, são sintomas precoces de alterações provocadas no organismo por uma doença do comportamento alimentar (Dixe, 2007). No estudo apresentado, 5,7% das raparigas relata ausência do período menstrual e 6,1% dos rapazes relata perda ou diminuição do interesse sexual, dados estes que são muito superiores aos encontrados por Dixe (2007), em que 1,2% das raparigas afirmaram a ausência do período menstrual e 0% dos rapazes indicou perda ou diminuição do interesse sexual.

Na sua maioria, os estudos efectuados em Portugal, apontam valores entre os 0 e os 0,6% (Azevedo & Ferreira, 1992; Pocinho, 2000) como taxa de prevalência de Anorexia Nervosa e, 0,16 e 6,3% (Azevedo & Ferreira, 1992; Dixe, 2002) no caso da Bulimia Nervosa. No entanto, os resultados que provêm deste tipo de perturbações oscilam de estudo para estudo consoante a população alvo da investigação e conforme os métodos de diagnósticos que são usados (Carmo, 2001).

Sendo a determinação da taxa de prevalência de Doenças do Comportamento Alimentar um dos objectivos deste estudo, verificamos que em relação à **Anorexia Nervosa tipo Restritiva**, uma taxa de 1,5% (2) para o sexo feminino e de 0,8% (1) para o sexo

masculino. Pocinho (2000) observou uma taxa de prevalência para a Anorexia Nervosa de 0,5% (0,6% para o sexo feminino e 0,4% para o sexo masculino).

A taxa de prevalência da **Anorexia Nervosa tipo Purgativa** foi de 0% em ambos os sexos. Azevedo e Ferreira (1992) encontraram uma taxa de prevalência semelhante de Anorexia Nervosa, com valores entre os 0% e 0,48% de situações parciais da mesma, sendo 0,76% nas raparigas e 0,17% nos rapazes e, Venâncio (2011) encontrou uma taxa de 1,1% de casos prováveis de Anorexia Nervosa.

Quanto às **situações subclínicas**, na Anorexia Nervosa Purgativa Parcial, a taxa de prevalência para o sexo feminino é de 6,1% (11), sendo a do sexo masculino de 1,8% (2); ao passo que na Anorexia Nervosa Restritiva Parcial, as raparigas apresentam uma taxa de 17,3% (31) e os rapazes uma taxa de 5,2% (6), significando estes dados que os adolescentes apresentam todos os critérios para Anorexia Nervosa, contudo apresentam período menstrual, caso sejam do sexo feminino, e não apresentam perda ou diminuição do interesse e da potência sexual, caso sejam do sexo masculino. Dixe (2007) verificou no sexo feminino (14-17 anos) 3,4% de casos prováveis de situações parciais de Anorexia; no que diz respeito aos rapazes (14-17 anos), relataram-se 1,1% de casos parciais de Anorexia. Carmo et al.(2001) encontraram taxas de prevalência muito superiores à deste estudo (12,6%).

Bacalhau & Moleiro (2010) observaram numa população clínica, que 68% dos adolescentes foram diagnosticados com Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação, dados que elucidam o enorme crescimento que este tipo de perturbação tem sido a sofrer.

Por fim, no que concerne à **Bulimia Nervosa**, a taxa de prevalência encontrada foi de 0% em ambos os sexos, números iguais aos encontrados por Venâncio (2011), contudo inferiores aos encontrados por Azevedo & Ferreira (1992) com 0,16%; Pocinho (2000) com 1%; Dixe (2007) verificou 6,3% (raparigas) e 3,5% (rapazes); Bacalhau & Moleiro (2010) encontrou 9% de indivíduos que preenchiam todos os critérios de Bulimia Nervosa e, de acordo com o DSM-IV-TR, as taxas de prevalência para a Bulimia Nervosa indicam valores entre 1 a 3%, taxas superiores às verificadas neste estudo (APA, 2000).

No que diz respeito ao EDI 2, instrumento que nos possibilitaria avaliar a frequência de sintomatologia de risco específica para um doença do comportamento alimentar como são a Anorexia e Bulimia Nervosas, salienta-se que os valores médios mais elevados se encontram na dimensão do Perfeccionismo (M=5,46; DP= 3,48) e o valor mais baixo na dimensão Bulimia (M=1,03; DP=2,26). Dixe (2007) encontrou valores na subescala Tendência para Emagrecer, no sexo feminino (M=4,39) 4 vezes superiores aos homens

(M=1,28) dos 14 aos 17 anos. Shore e Porter (1990) também encontraram valores superiores na subescala Bulimia no sexo feminino (M=1,14) em relação ao sexo masculino (M=1,12) e na Insatisfação Corporal, com as raparigas (M=7,25) a obterem também uma pontuação superior às dos rapazes (M=3,82).

Relativamente à qualidade de vinculação dos jovens aos pais observada no Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe verificamos que, em média, os jovens tem menor inibição à mãe do que ao pai, e valores superiores em relação à qualidade do laço emocional e ansiedade de separação e dependência do que em relação ao pai, tal como observado por Moura & Matos (2008). Deste modo, pode-se prever que, apesar de não ter sido estudado os tipos de vinculação, que o padrão inseguro aumentaria mais o risco de uma provável Doença do Comportamento Alimentar (Barbosa, 2001; Neves, 2008; Ward et al., 2000).

Seguidamente, apresentam-se as hipóteses de investigação do presente estudo, tratadas através do recurso ao uso de testes não paramétricos. Assim sendo, as hipóteses trabalhadas ao longo deste estudo são:

Relativamente à **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** consoante o **sexo** e, pela aplicação do Teste de Mann-Whitney, os valores das médias de rank revelaram-se estatisticamente significativos e mais elevados no sexo feminino nas dimensões: Tendência para Emagrecer, Insatisfação Corporal, Ineficácia; Consciência Interoceptiva, Medo de Maturidade e Medos Sociais, verificando-se por outro lado, que os rapazes apresentam valores mais elevados na dimensão Perfeccionismo. Dixe (2002) e Morandé, Celada e Casas (1999) reportam, à semelhança deste estudo, valores superiores no sexo masculino na subescala Perfeccionismo, facto que nos poderá indicar que os rapazes podem apontar para maiores padrões de comportamento irrealistas. Estes dados poderão indicar, tal como referido por Andrade (2008) que o sexo masculino poderá ter uma incidência menor do que o sexo feminino no que diz respeito a uma provável Doença do Comportamento Alimentar.

Quanto à **correlação** entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** e a **Idade** dos inquiridos, constatamos que apenas na Desconfiança interpessoal, Ascetismo e a Regulação de Impulsos se apresentam diferenças estatisticamente significativas, podendo-se deste modo concluir que **quanto maior a idade do inquirido menor será a sua propensão para a Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar**, dado o valor da correlação ser negativa. Estes resultados vão de encontro ao afirmado por Carreteiro (2003), que refere que a média de idade destas doenças é aos 17 anos. Dixe (2002) constatou que os rapazes de idades

compreendidas entre os 18 e os 25 anos (4,3%) reportaram maior risco de uma possível Doença do Comportamento Alimentar do que rapazes de idades entre os 14 e os 17 anos (4,2%), sucedendo o contrário no sexo feminino, onde raparigas mais novas (18,9%) seriam mais susceptíveis do que as mais velhas (12%). Pelo contrário, Vilela et al. (2001) citados por Branco, Hilário e Cintra (2006) afirmam uma tendência em querer emagrecer, no sexo feminino, com o aumento da idade.

Relativamente à **correlação** entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e o IMC**, a correlação de Spearman mostrou significado estatístico na Tendência para emagrecer, Insatisfação corporal, Ineficácia e a Consciência interoceptiva, podendo inferir-se que **quanto maior o IMC do inquirido maior será a sua propensão para padecer de uma doença do comportamento alimentar**, pois o valor da correlação é positiva. Venâncio (2011) encontrou correlações moderadas nas subescalas Tendência para Emagrecer ($r=0,38$) e Insatisfação Corporal ($r=0,42$). Nunes, Olinto, Barros e Carney (2001) referem que mulheres que se percebem como gordas apresentam um risco quatro vezes maior de comportamento alimentar anormais e, Gila, Castro, Cesena e Toro (2005) encontraram relação estatisticamente significativa entre IMC, atitudes alimentares e desejo de emagrecer.

Respeitante à **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar** consoante o **tipo de família** e, aplicando o Teste de Kruskal Wallis, os valores das médias de rank apenas mostram a dimensão Ascetismo ($p=0,000$) como significativa, podendo então ser retirada a conclusão de que, nesta amostra, **o tipo de família não está relacionado com uma possível doença do comportamento alimentar**. Também Dixe (2002) não encontrou relação entre estas variáveis. Meyer e Russell (1998) encontram relação entre as subescalas Tendência para Emagrecer, Bulimia e Insatisfação Corporal e a separação parental, demonstrando uma ligação entre a separação da mãe e Doenças do Comportamento Alimentar.

No que diz respeito à **correlação** entre a **Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar e a vinculação dos jovens ao pai e à mãe** e, aplicando a correlação de Spearman obtivemos que, quanto maior o valor médio de sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar maior será o valor de inibição tanto da figura materna como da figura paterna, podendo este facto indiciar que os inquiridos experienciam dificuldades na emissão de pontos de vista ou de expressar opiniões divergentes em relação às figuras parentais (Perfeccionismo, Medo da Maturidade e Ascetismo). Por outro lado, quanto maiores os valores médios da qualidade do laço emocional menores serão

os valores médios de sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar, o que nos poderá indicar que os adolescentes avaliam tanto a figura materna como a figura paterna como figura de vinculação, que estão conscientes da sua importância nas suas vidas e a quem podem recorrer aquando de situações menos favoráveis nas suas vidas. Por fim, quanto maiores os valores médios de ansiedade de separação do pai e mãe maiores os valores de maturidade e, na mãe, também menores valores de regulação de impulsos. Este facto pode indicar que quanto mais aumenta a sua ansiedade e medo de separação da figura vincutiva menores serão os seus medos de voltar a idades precoces e menores serão os seus índices de impulsividade e irritabilidade. Hart e Kenny (1997) e Kenny e Hart (1992) não encontraram relação entre o padrão de vinculação segura e as subescalas Insatisfação Corporal e Medo da Maturidade, concluindo que poderá existir uma maior influência de factores socioculturais do que familiares na propensão para Doenças do Comportamento Alimentar, contudo Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario e Martínez-Delgado (2004) encontraram relação entre a Insatisfação Corporal e a percepção negativa das atitudes parentais numa maior propensão para este tipo de patologias. Em relação às diferenças entre as figuras parentais, Morandé, Celada e Casas (1999) referem que a figura materna é vista com uma fonte de afecto e a figura paterna como disciplinadora.

Quanto à *Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar consoante o ano de escolaridade* e, através da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis, os valores das médias de rank obtidos mostram que, o 7º ano apresentava resultados mais elevados no Perfeccionismo, Ascetismo e Regulação de Impulsos, o que nos sugere que será uma população que poderá apresentar uma maior expectativa pessoal excessiva para objectivos elevados, assim como uma maior auto-disciplina e sacrifício das suas necessidades corporais na busca de maior prazer futuro e também uma maior impulsividade e irritabilidade. Os alunos do 9º ano apresentaram maiores valores na Tendência para Emagrecer, Insatisfação Corporal e Desconfiança Interpessoal, pelo que se poderá sugerir que são mais preocupados com o peso, com certas partes do corpo e que podem estar a evitar relações mais íntimas. Quanto aos alunos que frequentam o 12º ano, estes revelaram um maior Medo da Maturidade, facto que poderá indicar um desejo de voltar a outras idades mais precoces e um certo receio da vida adulta. Observando a satisfação com a Imagem Corporal, Anastácio e Carvalho (2006) encontraram nos estudantes do 8º ano os valores mais elevados e, no 11º ano os mais insatisfeitos com a sua imagem.

Sugere-se em estudos futuros um aumento da amostra, nomeadamente ao nível do sexo masculino e uma amostra da população em geral. Em relação aos instrumentos usados,

destacamos a necessidade de uma clarificação da questão sobre os métodos compensatórios, especialmente exercício físico, ao qual os inquiridos, muitas vezes, não perceberam que o método exercício físico serviria como método de controlo de peso e não a sua prática por lazer ou gosto. Ainda em relação aos métodos compensatórios deve dar-se a opção de o inquirido poder colocar quais seriam os outros métodos usados que não os mencionados. Poderá explorar-se também a questão de saber porque o sexo feminino apresenta ausência da menstruação, uma vez que tal poderá acontecer por estar grávida, por ainda não ter tido a menarca ou por existir alguma complicação hormonal. Destaca-se ainda o facto de ser preciso fazer uma Entrevista Clínica para confirmação dos dados clínicos encontrados.

Para os autores que possam replicar o estudo numa amostra superior de ambos os sexos, sugere-se a observação da existência de Sintomatologia associada a Perturbações do Comportamento Alimentar e a situação profissional dos pais (ativo, desempregado e reformado) e catalogar, caso seja um dos objectivos de uma futura investigação, os tipos de vinculação do QVPM. Finalmente, destaca-se que “deve ser dada relevância, para uma detecção precoce, a aspectos como uma perda ponderal, mesmo sem índice de massa corporal anómalo, um comportamento alimentar desadequado, uma insatisfação quanto à imagem corporal, associados a uma multiplicidade de queixas psicossomáticas e num ambiente familiar disfuncional (Bacalhau & Moleiro, 2010, p. 783).

Parte V - Conclusão

Considerando os objetivos do presente estudo serão resumidamente apresentados os resultados mais importantes desta investigação. No cômputo geral, os resultados deste estudo levam-nos às seguintes conclusões:

- ✓ Os rapazes estão mais satisfeitos com o seu peso corporal do que as raparigas, desejando estas pesar menos;
- ✓ O método de controlo do peso mais utilizado pelos rapazes e raparigas são a dieta e o exercício físico;
- ✓ A prevalência de bulimia nervosa é zero em ambos os sexos, assim como a anorexia nervosa tipo purgativa, existindo dois prováveis casos de anorexia nervosa tipo restritiva no sexo feminino e um no sexo masculino. De destacar também a existência de quadros clínicos parciais de ambos os subtipos de anorexia nervosa nos dois géneros;
- ✓ As raparigas apresentam em média valores mais elevados do que os rapazes em todas as subescalas do EDI 2, excepto o Perfeccionismo;
- ✓ Quanto maior a idade do inquirido menor será a sua propensão para apresentar Sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar;
- ✓ Quanto maior o IMC do inquirido maior será a sua propensão para padecer de uma doença do comportamento alimentar;
- ✓ O tipo de família não está relacionado com uma provável doença do comportamento alimentar;
- ✓ A maior valor médio de sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar corresponde maior valor médio de inibição e maiores valores de ansiedade de separação. Por outro lado, a maiores valores médios da qualidade do laço emocional ao pai estão associados menores valores médios de sintomatologia associada a perturbações do comportamento alimentar;
- ✓ Os estudantes do 9º ano apresentam médias de rank maiores nas dimensões de Tendência para Emagrecer, Insatisfação Corporal e Desconfiança Interpessoal, os estudantes do 7º ano que apresentam valores de rank maiores no Perfeccionismo, Ascetismo e Regulação de Impulsos e, os estudantes do 12º ano que apresentam valores mais elevados de Medo de Maturidade.

Uma dificuldade sentida nesta investigação relaciona-se com um critério presente no DSM-IV-TR, que indica que para que se possa fazer um diagnóstico de Anorexia Nervosa as mulheres têm de ter três meses de amenorreia, criando um problema para o género masculino.

Assim sendo, a CID-10 minora este problema ao referir que nos homens contaria como critério a perda de interesse e potência sexual. No entanto, apesar de ser uma solução para a diferença de género, tal facto não resolve a questão, pois as alterações endócrinas da Anorexia Nervosa nos homens não têm manifestações semelhantes à situação da amenorreia ocorrida nas mulheres. Pacientes homens diagnosticados com Anorexia Nervosa apresentam uma queda dos níveis de testosterona, levando a uma diminuição gradual no desejo e desempenho sexual. Deste modo, o critério mais adequado em relação ao sexo masculino, seria se se exigisse a diminuição, em vez da perda, do impulso ou do funcionamento sexual, ou comprovar laboratorialmente a redução dos níveis de testosterona. (Melina & Araújo, 2002)

Vários são os estudos que sugerem que os comportamentos alimentares em adolescentes podem e devem melhorar através de programas de prevenção primária (Canetti, Bachar, Gur & Stein, 2009; Hay, 2002).

Sztainer (2009) criou inclusive um programa de prevenção da obesidade e Doenças do Comportamento Alimentar em adolescentes baseado em cinco passos: 1) desencorajar a dieta pouco saudável; 2) promoção de uma imagem corporal positiva; 3) incentivar mais frequentes e agradáveis refeições em família; 4) incentivar as famílias a falar menos sobre o peso e fazer mais uma alimentação saudável e atividade física e, 5) assumir que os adolescentes com excesso de peso sofrem com o seu peso e abordar esta questão com os adolescentes e família.

A observação dos estudos leva-nos a que a sociedade e os média, aliciem a busca de um corpo perfeito tanto pela população masculina como pela feminina, no entanto devemos realçar que pais e professores devem procurar educar, orientar e conscientizar os adolescentes sobre possíveis dependências de actividades físicas ou dietas extravagantes (Porto & Lins, 2009), uma vez que os ideais ocidentais de beleza e forma corporal apelam à magreza à qual muitos jovens adolescentes respondem com uma preocupação constante com o peso e deste modo possíveis comportamento patológicos ao nível da alimentação. (Pinto Gouveia in Marques, 2007).

Concluindo, apesar do nosso conhecimento actual sobre os factores etiológicos das Doenças do Comportamento Alimentar, a prevenção primária continua a ser uma tarefa árdua e, na ausência de prevenção primária, torna-se imprescindível dirigir a nossa atenção para a determinar da forma mais eficaz do tratamento deste tipo de patologias. Vandereycken e Meerman (1984) citados por Touyz (1997, p. 16) afirmam “a prevenção primária parece ainda um sonho distante, a prevenção secundária parece ser um desejo realista e prevenção terciária (reabilitação) é, por vezes, uma frustrante realidade”.

Parte VI - Referências Bibliográficas

- Abreu, C. & Filho, R. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa – Abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 177-183
- Adolescent Health Committee, Canadian Paediatric Society (CPS). (2004). Dieting in adolescence. *Paediatrics & Child Health*, 9, 487-491
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-IV-TR*. Lisboa: Climpesi Editores
- Anastácio, Z. & Carvalho, G. (2006). *Saúde na adolescência: satisfação com a imagem corporal e auto-estima*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas
- Andrade, T. (2008). *O imaginário da perfeição: a corporeidade em homens com transtorno alimentar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Universidade de São Paulo
- Assunção, S. (2002). Dismorfia muscular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 80-84
- Azevedo, M. & Ferreira, C. (1992). Anorexia and Bulimia: A prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 86, 432-436
- Bacalhau, S. & Moleiro, P. (2010) Perturbações do Comportamento Alimentar em Adolescentes - O Que Procurar?. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 777-784
- Ballone, G. (2004). *Vigorexia*. Acedido em 16, Fevereiro, 2012, em <http://gballone.sites.uol.com.br/alimentar/vigorexia.html>
- Barbosa, M. (2001). *A Vinculação aos Pais e a Imagem Corporal de Adolescentes e Jovens*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Universidade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto
- 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, 287-294

Bouça, D. (2000). *Anorexia Nervosa – Minha amiga* (2ª ed.). Porto: Edições Ambar

Branco, L., Hilário, M. & Cintra, I. (2006). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 292-296

Braun, D., Sunday, S., Huang, A. & Halmi, K. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 415-424

Caballo, V. (2005). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Transtornos Gerais*. São Paulo: Livraria Santos Editora

Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental – uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora

Canavarro, M., Dias, P. & Lima. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma Revisão Crítica a Propósito da Aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na População Portuguesa. *Psicologia*, v.20, n.1

Canetti, L., Bachar, E. Gur, E. & Stein, D. (2009). The influence of a primary prevention program on eating related attitudes of Israeli female middle-school students. *Journal of Adolescence*, 32, 275-291

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

Carmo, I. (1994). *A vida por um fio – A anorexia nervosa*. Lisboa: Relógio D'Água Editores

Carmo, I. (1999). *Magros, gordinhos e assim-assim*. Porto: Edinter – Edições Internacionais, Lda

Carmo, I. (2001). *Doenças do comportamento alimentar*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Santo, D., Neves, A., André, I., Sampaio, D. & A. Teles. (2001). Epidemiologia da Anorexia Nervosa – Prevalência da Anorexia Nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Médica Portuguesa*; 14, 301-316

Carmo, C. & Leal, I. (2006). *Comportamento alimentar e dimensões de personalidade numa amostra não-clínica*. Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde Organizado por Isabel Leal, José Pais Ribeiro, e Saul Neves de Jesus. Faro: Universidade do Algarve

Carreteiro, R. (2003) *A Anorexia: Perturbações Alimentares*. Acedido em 28, Setembro, 2011 em http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0157

Carvalho G. (2002). Literacia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In Leandro M, Araújo M e Costa M. (Orgs.) *Actas do Colóquio Internacional saúde e discriminação social*. Braga: Universidade do Minho; 119-135.

Ciampo, L. & Ciampo, I. (2010). Adolescência e Imagem Corporal. *Adolescência e Saúde*, 7, 55-59

Clemente, L., Moreira, P., Oliveira, B. & Almeida, M. (2004). Índice de Massa Corporal - Sensibilidade e Especificidade. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 353-358

Cobelo, A., Saikali, M. & Schomer, E. (2004). *A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 184-187

Cordás, T. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 154-157

Cordás, T. & Claudino, A. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 3-6

Costa, J. (2009). *Influência da Percepção do Peso no Comportamento Alimentar: Um Estudo com Adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto apresentada à Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro

Costa, C., Ramos, E., Severo, M., Barros, H. & Lopes, C. (2008). Determinants of Eating Disorders Symptomatology in Portuguese Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162, 1126-1132

Dias C; Corte-Real N, Corredeira R, Barreiros A, Bastos T, Fonseca A. A prática desportiva dos estudantes universitários e suas relações com as autopercepções físicas, bem-estar subjectivo e felicidade. *Estudos de Psicologia*, 13, 223-232

Dias, P. (2007). *Vinculação e Regulação Autonómica nas Perturbações Alimentares*. Tese de Doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade do Minho

Dixe, M. (2002). *Aspectos familiares nas Doenças do Comportamento Alimentar*. Tesis Doctoral em Psicologia apresentada à Universidade da Extremadura

Dixe, M. (2007) Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 559-569

Duarte, J. (2002). Anorexia Nervosa. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Duchesne, M. & Almeida, P. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, V. 24, 49-53

Dunker, K., Fernandes, C. & Filho, D. (2009). Socioeconomic influence on eating disorders risk behaviors in adolescents. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58, 156-161

Ferreira, F. & Pinho, P. (2009). *Psicanálise e teoria de vinculação*. Acedido em 14, Novembro, 2011 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0160.pdf>

Freitas, S., Gorenstein, C. & Appolinario, J. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. Assessment instruments for eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 34-38

- Garner D., Olmsted M., & Polivy J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34
- Garrow, J. & Welster, J. (1985). Quetelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *International Journal of Obesity*, 9, 147-153
- Geist R, Heinmaa M, Katzman D & Stephens D. (1999). A comparison of male and female adolescent referred to an eating disorder program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 374–378
- Gila, A., Castro, J., Cesena, J., & Toro, J. (2005). Anorexia nervosa in male adolescents: body image, eating attitudes and psychological traits. *Journal of Adolescent Health*, 36, 221–226
- Gleitman, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Gouveia, T. & Matos, P. (2001). *Manual QVPM – Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe*. Acedido em 6, Setembro, 2011 em <https://sites.google.com/site/manualqvpm/home>
- Granillo, T., Rodriguez, G. & Carvajal, S. (2005). Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: associations with substance use and other correlates. *Journal of Adolescent Health*, 36, 214–220
- Hart, K. & Kenny, M. (1997). Adherence to the super woman ideal and eating disorder symptoms among college woman. *Sex Roles*, 36, 461-479
- Hay, P. (2002). Epidemiology of eating disorders: current status and future developments. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 13-7
- Hil, A. & Franklin, J. (1998). Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3-13

Hoek, H. & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396

Holling H, Schlack R. (2007). Eating disorders in children and adolescents, first results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50, 794-799

Kenny, M. & Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in a inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 521-526

Koff, E. & Rierdan, J. (1991). Perceptions of Weight and Attitudes Toward Eating in Early Adolescents Girls. *Journal of Adolescent Health*, 12, 307-312

Lobera, I. & Ríos, P. (2011). Body image quality of life in eating disorders. *Patient Preference and Adherence*, 5, 109–116

Machado, P. (2004). Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços. *Revista de informação e divulgação científica do NDCA*, Vol. 1 nº1

Marques, A. (2003). *Comportamentos Alimentares numa População Portuguesa: Estudo da Interação entre a Pressão para a Magreza, a Satisfação com o Corpo e os Factores Individuais*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade da Extremadura – Badajoz

Matos, P. (2002). *(Des)continuidades na vinculação aos pais e ao par amoroso em adolescentes*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Maturana, L. (2004). Imagem Corporal: noções e definições. *Educación Física y Deporte Revista Digital*, Buenos Aires – Año 10 – Nº71

Maximiano, J., Miranda, M., Tomé, C., Luís, A. & Maia, T. (s.d). Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 69-76

Melin, P. & Araújo, A. (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, suppl.3

Meyer, D. & Russell, R. (1998). Caretaking, separation from parents, and the development of eating disorders. *Journal of Counseling & Development*, 76, 166-173

McVey, G., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L. & Abdolell, M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 22, 75-95

Mitrany, E., Lubin, F., Chetrit, A. & Modan, B. (1995). Eating Disorders among Jewish Female Adolescents in Israel: a 5-Year Study. *Journal of Adolescent Health*, 16, 454-457

Morandé, G., Celada, J. & Casas, J. (1999). Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School-Age Population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219

Morgan C.; Vecchiatti, I. & Negrão, A. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócios culturais *Revista Brasileira Psiquiatria*, v. 24, supl 3

Moura, O. & Matos, P. (2008). Vinculação aos pais, divórcio e conflito interparental em adolescentes. *Psicologia*, Vol. XXII, 127-152

Moura, O. (2005). *A Vinculação aos Pais e Relações Familiares na Adolescência*. Tese de Mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Muise, A., Stein, D. & Arbess, G. (2003). Eating Disorders in Adolescent Boys: A Review of the Adolescent and Young Adult Literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 427-435

Neves, L. (2008). *Vinculação, Episódios Emocionais e Compreensão Emocional nas Perturbações Alimentares*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho

Nunes, M., Olinto, M., Barros, F. & Carney, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.23, n.1

Nunes, P., Silva, S., Brandão, I. & Torres, A. (2009) Internamento na Anorexia Nervosa de Tipo Restritivo: um olhar sobre nove anos de experiência. *Revista de informação e divulgação científica do NDCA*, v.6, n. 12

Peebles, R., Wilson, J. & Lock, J. (2006). How Do Children with Eating Disorders Differ from Adolescents with Eating Disorders at Initial Evaluation?. *Journal of Adolescent Health* 39, 800–805

Pocinho, M. (2000). *Peso, insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar: um contributo para o estudo das suas relações*. Dissertação de Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga – ESAE

Raich, R. (1999). *Anorexia y bulimia: Transtornos Alimentares*. Madrid: Edições Piramide

Robinson, T., Killen, J., Litt, I., Hammer, L., Wilson, D., Haydel, K., Hayward, C., & Taylor, C. (1996). Ethnicity and Body Dissatisfaction: Are Hispanic and Asian Girls at Increased Risk for Eating Disorders?. *Journal of Adolescent Health*, 19, 384-393

Romaro, R. & Itokazu, F. (2002). Bulimia Nervosa: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 407-412

Roussaux, J, Kreit, B. & Hers, D. (2002). *O alcoólico em família*. Lisboa: Climepsi Editores

Rovenjinge J., Borgen J. & Borresen R. (1997). The prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating among 15-year-old students: A controlled epidemiological study. *European Eating Disorders Review*, 7, 382–91

Russo, R. (2005) Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*, v.5, n.6

Saikali, C.; Soubhia, C., Scalfaro, B. & Cordás, T. (2004) *Imagem corporal nos transtornos alimentares*. São Paulo: *Revista de Psiquiatria Clínica* vol. 31, Nº4 164-166.

Sampaio, D. (1998). *Vivemos livres numa prisão*. Lisboa: Editorial Caminho, SA.

Seabra, J. (2011). *Perturbações do Comportamento Alimentar*. Acedido em 2, Fevereiro, 2012, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0587.pdf>

Sicchieri, J. (2005). *Avaliação dos portadores de Transtornos Alimentares: da doença a quê?* Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional mãe-filho*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho

Story, M. & Resnick M. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviours. *Journal of the American Dietetic Association*, 102, 40-51

Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Portalegre: Artmed Editora

Sztainer, D. & Hannan, P. (2000). Weight-Related Behaviors Among Adolescent Girls and Boys. *Archives of Pediatrics & Adolescence Medicine*, 154, 569-577

Sztainer, D. (2009) Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents: What Can Health Care Providers Do?. *Journal of Adolescent Health* 44, 206–213

Touyz, S. (1997). Anorexia and bulimia nervosa: A case for prevention. *Clinical Psychologist*, 2, 13-17

Venâncio, C. (2011). *Perturbações do Comportamento Alimentar nas Adolescentes do Ensino Secundário da Cidade de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado de Promoção e Educação para a Saúde apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Viana, V., Santos, P. & Guimarães, M. (2008). Comportamento e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 209-231

Vilela, J., Lamounier, J., Filho, M., Neto, J. & Horta, G. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Journal of Pediatrics*, 80, 49-54

Ward, A., Ramsey, R. & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51

Weber, C., Narring, F. & Michaud, P. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. *Journal of Adolescent Health*, 37, 417-427

Parte VII - ANEXOS

Anexo A – Instrumento de colheita de dados

Anexo B – Pedido de autorização à Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC)

de **mime-noreply@gepe.min-edu.pt**
para paulo.g.b.sousa@gmail.com,
manjos.dixe@gmail.com

data 2 de Novembro de 2011 15:43
assunto Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0248800001
enviado por gepe.min-edu.pt

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0248800001, com a designação *Patologia Alimentar, Insatisfação Corporal, Peso, Dietas e Vinculação: o estudo das suas relações*, registado em 21-09-2011, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
Isabel Oliveira
Directora de Serviços de Inovação Educativa
DGIDC

Observações:

- a) Deverá ser obtida a autorização expressa dos encarregados de educação dos alunos com menos de 18 anos a inquirir .
- b) Deverá ser obtido o consentimento informado dos alunos maiores de 18 anos a inquirir.
- c) Dada a extensão do questionário e a natureza de algumas questões sugerimos que o mesmo seja aplicado apenas ao nível do ensino secundário.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo C – Pedido de Autorização aos Directores das escolas da Cidade de Leiria

Exmo. Senhor Director da Escola D.
Dinis

Data: 7 de Novembro de 2011

Assunto: Autorização para o estudo da “Patologia Alimentar, Insatisfação Corporal, Peso, Dietas e Vinculação: o estudo das suas relações” em alunos do 7.º, 8.º e 9.º anos de escolaridade da Escola D. Dinis.

O estudo “Patologia Alimentar, Insatisfação Corporal, Peso, Dietas e Vinculação: o estudo das suas relações”, organizado pelo Mestrado em Psicoterapia e Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga em parceria com o Instituto Politécnico de Leiria, pretende conhecer a prevalência de doenças do comportamento alimentar, bem como relacionar a percepção da imagem corporal, exercício físico e dietas, observando também a vinculação aos pais em alunos (7.º, 8.º e 9.º anos de escolaridade) da Escola D. Dinis.

Neste sentido, contacto-vos solicitando autorização para realizar a recolha de informação junto dos vossos alunos.

Os métodos para o estudo a utilizar serão:

- Uma pequena ficha (anexo 1 – Parte I e II) de preenchimento rápido com Dados Sociodemográficos e Clínicos, incluindo a medição dos alunos através de uma fita métrica e a pesagem dos mesmos através de uma balança mecânica.
- Um questionário que avalia comportamentos e atitudes alimentares a aplicar aos alunos, o “EDI-2” (anexo 1- Parte III) de preenchimento de cerca de 10 minutos.
- Um questionário que avalia a Vinculação dos alunos ao Pai e à Mãe, o “QVPM” (anexo 1- Parte IV) de preenchimento de cerca de 10 minutos.

Pretende-se que a recolha de informação seja feita durante o mês de Novembro, sendo a forma da sua aplicação a combinar posteriormente, de acordo com as vossas sugestões.

Informo também que já foi requerida à DGIDC (Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular) a implementação dos instrumentos referidos anteriormente (anexo 2).

Todas as famílias dos alunos menores de idade (menores de 18 anos), receberão

informação antecipada sobre este estudo e só serão incluído os alunos cujos pais autorizarem. Todos os procedimentos serão efectuados tentando não interferir no decorrer normal das aulas e segundo as vossas sugestões de horário. De salientar ainda que, de acordo com os requisitos éticos da investigação, a participação dos alunos é voluntária e todos os dados obtidos serão confidenciais e anónimos.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, estou à vossa disposição para qualquer informação suplementar que considerem relevante, bem como proporem qualquer sugestão que julguem pertinente para a execução atempada desta investigação.

Leiria. 7 de Novembro de 2011

O investigador,

(Paulo Guilherme Barros de Sousa)

Anexo D – Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação**Autorização dos Encarregados de Educação**

Assunto: Estudo da Prevalência de Doenças do Comportamento Alimentar

Investigador: Paulo Guilherme Barros de Sousa

E-mail: paulo.g.b.sousa@gmail.com

O objectivo deste estudo consiste em conhecer qual a prevalência de Doenças do Comportamento Alimentar bem como relacionar a percepção da imagem corporal, exercício físico e dietas, observando também a vinculação aos pais em alunos que frequentam os 7.º, 8.º e 9.º anos de escolaridade da Escola D. Dinis situada na Cidade de Leiria.

O projecto realizar-se-á com a deslocação do investigador à respectiva escola para entrega dos questionários, avaliar peso e altura de cada aluno que se disponha a participar, em consonância com a respectiva coordenação dos membros executivos deste estabelecimento de ensino e sem interferir com o decorrer normal das aulas.

O questionário é composto por respostas rápidas e utilizado para avaliar sintomas de doenças do comportamento alimentar, nomeadamente para a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, assim como comportamento e atitudes alimentares.

O processo de recolha de dados será realizado durante o mês de Novembro. Os resultados serão completamente confidenciais, o que significa que o seu filho não será identificado aquando da apresentação dos resultados. A participação será voluntária e o seu filho poderá recusar-se em qualquer momento a continuar qualquer processo. Todas as dúvidas serão respondidas pelo responsável no local, ou caso deseje esclarecer algum aspecto, poderá fazê-lo através do contacto acima indicado.

(Destacar e entregar ao Professor(a) Director de Turma)

Autorização ao Pai, Mãe ou Tutor do aluno

Li e percebi a explicação que me foi dada e autorizo a participação do(a) meu/minha filho(a) neste estudo.

Nome do aluno(a): _____

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor: _____

Data: ____/____/____

Anexo E – Pedido de Autorização do Eating Disorder Inventory 2 (EDI 2)

De: **Paulo Sousa Paulo Sousa** (paulo_sousa_85@hotmail.com)
Enviada: sexta-feira, 6 de Maio de 2011 21:16:25
Para: Dra Margarida Pocinho (margarida_pocinho@estescoimbra.pt)

Boa noite Dra. Margarida,

Como está? Espero que esteja tudo bem consigo.

Envio-lhe este email pois queria perguntar-lhe se foi a autora da tradução e validação do EDI-2 para a população portuguesa?

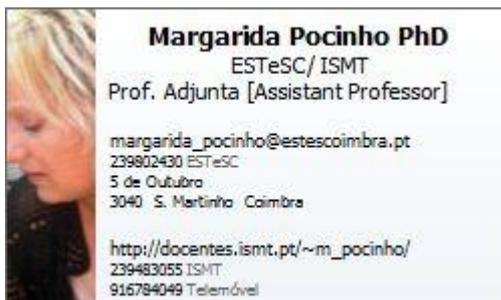
Os melhores cumprimentos,

Paulo Sousa

De: **Margarida Pocinho** (Margarida_Pocinho@estescoimbra.pt)
Enviada: terça-feira, 10 de Maio de 2011 20:40:54
Para: 'Paulo Sousa Paulo Sousa' (paulo_sousa_85@hotmail.com)

Olá Paulo

Fui uma das pessoas. Fi-lo na minha tese de mestrado. Quer que lha envie?



Anexo F – Pedido de Autorização do Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM)



AUTORIZAÇÃO

Declaro que autorizo Paulo Sousa a utilizar o instrumento Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (Paula Mena Matos & Maria Emília Costa, 2001), no âmbito do seu projecto de Mestrado em Psicoterapia e Psicologia Clínica, que versa sobre as temáticas da Patologia Alimentar, Insatisfação Corporal, Peso, Dietas e Vinculação, orientado pela Prof. Dr.ª Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, e a decorrer no ISMT.

Porto, 15 de Setembro de 2011

Prof. Dr.ª Paula Mena Matos

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade do Porto
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva
P-4200-392 Porto-Portugal
Telef. 351 22 8079778/05
Fax 351 22 8079727
email: pmmatos@fpce.up.pt



Anexo G – Aplicação do Teste de Kolmogorov-Smirnov para as subescalas do EDI 2 e QVPM

Aplicação do Teste de Kolmogorov-Smirnov para as subescalas do EDI 2 e QVPM

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
Tendência emagrecer	,258	266	,000
Bulimia	,357	266	,000
Insatisfação corporal	,192	266	,000
Ineficácia	,241	266	,000
Perfeccionismo	,088	266	,000
Desconfiança interpessoal	,156	266	,000
Consciência interocetiva	,211	266	,000
Medo maturidade	,125	266	,000
Ascetismo	,155	266	,000
Regulação impulsos	,184	266	,000
Medos sociais	,149	266	,000
Inibição pai	,070	266	,003
Qualidade laço emocional do pai	,172	266	,000
Ansiedade separação do pai	,060	266	,021
Inibição mãe	,047	266	,200*
Qualidade laço emocional da mãe	,163	266	,000
Ansiedade separação da mãe	,055	266	,048