

Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Bárbara Freire de Brito Cesar Machado

**Factores de Risco no Desenvolvimento
da Anorexia Nervosa**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Bárbara Freire de Brito Cesar Machado

**Factores de Risco no Desenvolvimento
da Anorexia Nervosa**

Doutoramento em Psicologia
Área de Especialidade em Psicologia Clínica

Trabalho efectuado sob a orientação do
Professor Doutor Paulo P. P. Machado

DECLARAÇÃO

Nome: Bárbara Freire de Brito Cesar Machado

Endereço Electrónico: bosorio@porto.ucp.pt

Telefone: +351919604773

Nº Bilhete de Identidade: 10752694

Título da Tese de Doutoramento:

Factores de Risco no Desenvolvimento da Anorexia Nervosa

Orientador: Professor Doutor Paulo P. P. Machado

Ano de Conclusão: 2010

Designação do Doutoramento: Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica

De acordo com a legislação em vigor não é permitida a reprodução de qualquer parte desta tese/trabalho.

Universidade do Minho, / /

Assinatura: _____

À minha avó,
a quem dedico mais um trabalho,
mais um projecto. Pelo exemplo!

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer a todas as participantes deste estudo, pela disponibilidade e genuinidade com que aceitaram colaborar nesta investigação. Pelo tempo dispendido. Pelos seus valiosos testemunhos.

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo P. P. Machado, pela disponibilidade, apoio e rigor, que caracterizaram o acompanhamento deste trabalho. Pela oportunidade de aprender, investigar e praticar no domínio das perturbações do comportamento alimentar.

À Professora Doutora Sónia Gonçalves um agradecimento muito especial pelas suas várias e permanentes contribuições ao longo da realização deste trabalho. Por toda a sua dedicação. Pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos. Por esta longa caminhada sempre acompanhada.

Ao Departamento de Psiquiatria do Hospital de São João, no Porto, e em particular ao Dr. António Roma-Torres e à Dra. Isabel Brandão por tornarem possível a recolha de dados no âmbito das perturbações do comportamento alimentar. Pelo acolhimento. Por todo o esforço na articulação entre a intervenção e a investigação. Por todas as aprendizagens e oportunidades de aprofundar, cada vez mais, esta temática. Por viabilizarem mais um projecto na investigação das perturbações do comportamento alimentar. À Dra. Sofia Duarte Silva pela sua disponibilidade.

À equipa do Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, na pessoa do Professor Doutor Daniel Sampaio, pela colaboração prestada no levantamento de dados. Um agradecimento muito especial à Dra. Ana Rita Vaz, à Dra. Susana Tereno e à Dra. Mariana Celani.

À Professora Doutora Carla Martins pelo apoio prestado ao nível do tratamento estatístico dos dados.

Aos vários psicoterapeutas que gentilmente sinalizaram e viabilizaram a realização de entrevistas com os seus pacientes, permitindo a composição de um

grupo de controlo com outras perturbações mentais. Em particular à Dra. Alexandra Alves, à Dra. Maria Blanco, à Dra. Sofia Ramalho, à Dra. Armanda Gonçalves, à Dra. Ivone Almeida, à Dra. Carla Rocha e ao Dr. Rodrigo Lopes.

Ao Dr. Pedro Dias, pela amizade e companheirismo que têm caracterizado o desenvolvimento dos nossos projectos no âmbito das perturbações do comportamento alimentar.

Aos meus colegas da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica, por todo o apoio que foram demonstrando ao longo da realização deste trabalho. Pelos vários incentivos, nos avanços e recuos.

Às minhas grandes amigas, em especial à Vera, à Rita, à Sónia e à Inês, pelas palavras reconfortantes, carinhosas e sempre mobilizadoras de energia. Por terem sempre uma palavra a dizer!

À minha família, por tudo aquilo que eu esperava de uma família!

Aos meus primos, Piazinha e Jorginho, pelos bons momentos que temos passado ultimamente (até que a Austrália apareceu no mapa, Pia!).

À Tia Fátima, pela dedicação e amor para aqueles que eu mais amo, obrigada!

Às minhas Tias, únicas, um agradecimento muito especial por me fazerem sentir, sempre, muito, muito, querida.

À Avó Olívia, pelo amor incondicional e sem riscos! Pela força, pela coragem, por tudo o que é mais admirável e digno de orgulho. Obrigada Vozinha, para sempre.

Aos meus pais pelo amor e sentimento de segurança que sempre deixaram crescer em mim. À minha mãe, pelo exemplo da dedicação e persuasão. Por me mostrar e fazer acreditar que há sempre algo a aprender. Por me ensinar que vale sempre a pena... afinal ontem, hoje, amanhã poderão ser sempre melhores.

Aos meus irmãos, pela cumplicidade! Pelo sentimento de união que nos liga, sempre e em qualquer lugar. Aos meus queridos sobrinhos que entretanto vieram fazer parte desta união.

Ao Tiago, pela nossa família. Pelos nossos projectos, por tudo que temos vindo a construir, por tudo que é só nosso, para sempre!

Aos meus filhos, que entretanto passaram a acompanhar a realização deste trabalho, por tudo, pelo amor incomensurável. Porque junto deles nada importa e tudo é tão mágico. Pela euforia de cada reencontro.

Este estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Bolsa de Investigação SFRH / BD / 22038 / 2005 financiada pelo POCTI 2010 – Formação Avançada para a Ciência – Medida IV.3)

RESUMO

A anorexia nervosa tem sido consensualmente descrita como uma perturbação grave que afecta, sobretudo, adolescentes e mulheres jovens. Caracteriza-se pela sobrevalorização do peso e forma corporais e convicção acerca da competência no seu controlo. Resulta no alcance de um peso abaixo do normal que, habitualmente, decorre da realização de dietas altamente restritivas. O seu diagnóstico tem sido associado a um risco aumentado de morte prematura. A sua etiologia é considerada multifactorial não se reconhecendo, à data, nenhum potencial factor etiológico que, considerado isoladamente, seja capaz de explicar o seu desenvolvimento (Cooper, 1995). **OBJECTIVO:** O presente estudo tem 3 objectivos: (1) identificar os factores de risco que precedem o desenvolvimento de anorexia nervosa; (2) determinar se esses factores são específicos da anorexia nervosa ou se precedem o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas em geral; (3) comparar os factores de risco associados ao desenvolvimento de anorexia nervosa com os factores de risco associados ao desenvolvimento de bulimia nervosa. **MÉTODO:** Foram realizados dois estudos com um desenho caso-controlo com três grupos comparativos. No primeiro estudo foram comparadas 98 pacientes com anorexia nervosa com 86 participantes da população de controlo normal, com 68 participantes da população de controlo psiquiátrico e com 79 pacientes com bulimia nervosa. A amostra de controlo normal e psiquiátrica foi emparelhada com a amostra clínica com anorexia nervosa de acordo com a idade e nível sócio-económico, em ambos os estudos. No segundo estudo as comparações foram realizadas apenas com as pacientes com anorexia que estavam emparelhadas individualmente com uma participante do grupo de controlo normal e com uma participante do grupo de controlo psiquiátrico (86 anorécticas vs. 86 participantes do grupo de controlo normal e 68 anorécticas vs. 68 participantes do grupo de controlo psiquiátrico). Para a avaliação dos factores de risco foi utilizada a *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990). **RESULTADOS:** Foram encontrados 3 grupos de factores de risco: gerais, específicos e aqueles que distinguem as pacientes com anorexia nervosa das pacientes com bulimia nervosa. Alguns dos factores de risco avaliados incluem: (1) o peso elevado na infância, (2) a presença de tensão familiar durante as refeições relacionada com a alimentação, (3) a existência de comentários parentais sobre a alimentação, (4) a presença de comentários repetidos sobre a alimentação por parte de outros elementos que não

família, (5) o isolamento familiar, (6) o contacto parental pobre, (7) o envolvimento excessivo da mãe, (8) o facto de a família nuclear não resolver os desentendimentos entre os seus membros, (9) história actual ou passada de obesidade parental, (10) a história de dietas realizadas pelos pais com o objectivo de influenciar o peso/forma corporais, (11) a atitude negativa do próprio face ao peso dos pais, (12) a história de gozo pelos amigos, (13) a história passada de problemas de saúde graves que tenham afectado a aparência das jovens, (14) a maior consciência em relação à aparência comparativamente com o grupo de pares, (15) o sentimento de estar gorda com preocupação associada, (16) o gozo pelo grupo de pares sobre a forma, peso, alimentação e/ou aparência, (17) o perfeccionismo, (18) os sentimentos negativos em relação ao aparecimento da menstruação, (19) a vivência de um acontecimento precipitante no ano anterior ao início dos problemas alimentares, (20) a história de perturbação obsessivo-compulsiva na família, e (21) a história familiar de perturbações do comportamento alimentar. **DISCUSSÃO:** Existem 2 grupos de factores de risco envolvidos na etiologia da anorexia nervosa, os factores de risco gerais, potencialmente comuns ao desenvolvimento de psicopatologia no geral, e os factores que podem vulnerabilizar especificamente para o desenvolvimento de anorexia nervosa. Encontramos ainda um conjunto de factores de risco que parecem distinguir as anorécticas das bulímicas do ponto de vista das suas trajectórias individuais.

ABSTRACT

Anorexia nervosa is a serious disorder that affects mainly adolescents and young women. It is characterized by an over-evaluation of weight and body shape and a conviction about the power in their control. It results in a significant underweight due to a highly restrictive diet. The diagnosis of anorexia nervosa has been associated with an increased risk of premature death. Its etiology is considered multifactorial. To date there has not been recognized any etiological factor which on its own is able to explain anorexia's development (Cooper, 1995). **AIMS:** (1) Identify risk factors that precede the development of anorexia nervosa; (2) Determine whether these factors are specific to anorexia nervosa or precede the development of psychiatric disorders in general; (3) Compare the risk factors associated with the development of anorexia nervosa with the risk factors associated with the development of bulimia nervosa. **METHOD:** Two case-control studies with three integrated comparisons groups were conducted. The first study compared 98 female subjects with anorexia nervosa with 86 healthy control subjects, 68 subjects with other psychiatric disorders and 79 subjects with bulimia nervosa. In both studies, subjects of the control groups were matched with anorexia patients within age and parental social class bands. The second study compared only anorectics which were individually matched with subjects of both control groups (86 anorectics vs. 86 healthy control subjects and 68 anorectics vs. 68 subjects with other psychiatric disorders). We used the Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule (RFED; Fairburn & Welch, 1990) to evaluate risk factors. **RESULTS:** We found 3 groups of risk factors: general, specific and those that distinguished anorectics from bulimics. Some of the risk factors included: (1) childhood overweight, (2) the presence of family tension during meals related to eating, (3) parental comments about eating, (4) the presence of repeated comments about feeding by others than family, (5) family isolation, (6) poor parental contact, (7) maternal overinvolvement, (8) that the nuclear family does not resolve disagreements among its members, (9) current or past history of parental obesity, (10) parental history of dieting for weight or shape control, (11) negative attitudes toward parents shape and weight, (12) teasing by friends, (13) history of serious health problems that affected their appearance, (14) higher consciousness about appearance compared with others at the same age, (15) the feeling of being fat associated with significant concern, (16) teasing by peers about shape, weight, eating and appearance (17) perfectionism, (18) negative feelings about

the onset of menstruation, (19) living some special event in the year preceding the eating disorder, (20) current or past history of family obsessive-compulsive disorder, and (21) current or past history of family eating disorders. **DISCUSSION:** There are two groups of risk factors involved in the etiology of anorexia nervosa: General risk factors, common to psychopathology development in general, and those that increase specifically the vulnerability of anorexia nervosa development. We also found a group of risk factors that specifically distinguish anorectics from bulimics according to their individual trajectories.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	viii
ABSTRACT	x
ÍNDICE	xii
Índice de Quadros	xiv
Índice de Figuras	xix
GLOSSÁRIO	xx
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Caracterização clínica das perturbações do comportamento alimentar	13
1.1. Breve resenha histórica	18
1.2. Classificação e diagnóstico da anorexia nervosa	20
1.3. A anorexia nervosa e as outras perturbações do comportamento alimentar	26
1.4. Dados epidemiológicos	31
1.5. Comorbilidade	34
2. Factores de risco nas perturbações do comportamento alimentar	47
3. Factores de risco individuais no desenvolvimento da anorexia nervosa	59
3.1. Factores psicológicos e comportamentais	59
3.1.1. Auto-estima	60
3.1.2. Perfeccionismo	64
3.1.3. Afecto negativo	68
3.1.4. Perturbações de humor, ansiedade e abuso de substâncias	71
3.1.5. Insatisfação com a imagem corporal e preocupação com o peso	76
3.1.6. Dieta e alimentação restritiva	79
3.2. Acontecimentos de vida adversos	83
3.2.1. Abuso sexual	83
3.2.2. Outros acontecimentos de vida adversos	85
4. Factores de risco familiares no desenvolvimento da anorexia nervosa	93
4.1. Obesidade parental	93
4.2. Psicopatologia parental	95
4.3. Dinâmica familiar	101
5. Factores de risco desenvolvimentais no desenvolvimento da anorexia nervosa	111
5.1. Adolescência	111
5.2. Obesidade pré-mórbida e índice de massa corporal elevado	113

5.3. Alimentação e problemas alimentares durante a infância	114
5.4. Gozo e críticas acerca do peso e forma corporais	118
5.5. Puberdade precoce	120
6. Factores de risco socioculturais no desenvolvimento da anorexia nervosa	125
6.1. Género	126
6.2. Etnia	129
6.3. Nível sócio-económico	134
6.4. Contextos profissionais / desportivos associados ao controlo de peso	135
6.5. Meios de comunicação social	136
CAPÍTULO II	
ESTUDO EMPÍRICO	
1. Factores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa	151
1.1. Introdução	151
1.2. Metodologia	152
1.2.1. Sujeitos	152
1.2.2. Instrumentos	155
1.2.3. Procedimento	162
1.2.4. Análise estatística	166
1.3. Resultados	169
1.3.1. Resultados descritivos da amostra	169
1.3.2. Resultados relativos à história dos problemas do comportamento alimentar nas populações com anorexia e bulimia nervosas	179
1.3.3. Resultados das análises de regressão logística	186
1.4. Discussão e Conclusões	261
1.4.1. Estudo dos factores de risco	262
1.4.2. História da sintomatologia alimentar nas participantes com anorexia e bulimia nervosas	283
1.4.3. Características sócio-demográficas e clínicas das amostras	290
1.4.4. Conclusões	299
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	315

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	
Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para a Anorexia Nervosa (APA, 2002)	21
Quadro 2	
Critérios de Diagnóstico do CID-10 para a Anorexia Nervosa (OMS, 1992)	21
Quadro 3	
Prevalência das Perturbações do Comportamento Alimentar em Portugal (Machado <i>et al.</i> , 2007)	33
Quadro 4	
Factores de risco potenciais para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (traduzido e adaptado de Jacobi e colaboradores, 2004)	140
Quadro 5	
Resultados relativos à idade e caracterização sócio-demográfica das quatro amostras avaliadas	152
Quadro 6	
Diagnósticos clínicos da amostra de controlo psiquiátrica	154
Quadro 7	
Resultados relativos à idade e nível sócio-económico (NSE) nas três amostras emparelhadas	155
Quadro 8	
Domínios e respectivos subdomínios da Entrevista para Factores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar / Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule / RFED; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves <i>et al.</i> , 2001)	158
Quadro 9	
Resultados relativos ao peso, altura e índice de massa corporal nas quatro amostras avaliadas	170
Quadro 10	
Resultados relativos à presença de períodos menstruais nos 6 meses anteriores à avaliação nas quatro amostras avaliadas	171
Quadro 11	
Resultados relativos à importância do peso e da forma corporal, medo de ganhar peso e sentimento de estar gorda nas quatro amostras avaliadas	172
Quadro 12	
Resultados relativos às tentativas para perder peso ou para evitar ganhá-lo nos 3 meses anteriores à avaliação nas quatro amostras	173
Quadro 13	
Resultados relativos à presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva / IAC nos 3 meses anteriores à avaliação nas quatro amostras	174
Quadro 14	
Dados relativos à frequência de episódios de ingestão alimentar compulsiva nas amostras com anorexia e bulimia nervosas	174
Quadro 15	
Resultados relativos à presença de métodos compensatórios para controlo do peso nos 3 meses anteriores à avaliação nas quatro amostras	175
Quadro 16	
Resultados relativos à frequência de métodos compensatórios nas amostras com anorexia e bulimia nervosas	176
Quadro 17	
Resultados relativos à história (passada ou actual) de tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa e comportamentos auto-flagelatórios nas quatro amostras	177
Quadro 18	
Dados relativos à frequência de tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa e	

comportamentos auto-flagelatórios nas populações com anorexia e bulimia nervosas e grupo de controlo psiquiátrico	177
Quadro 19	
Dados relativos à frequência da perda de controlo sobre comportamentos específicos, nas quatro semanas anteriores à avaliação, nas quatro amostras	178
Quadro 20	
Dados relativos à distribuição da amostra com anorexia e bulimia nervosas em sub-tipos de diagnóstico	179
Quadro 21	
Dados relativos à presença de medicação no momento da avaliação	180
Quadro 22	
Dados relativos à idade de início da importância excessiva atribuída ao peso e /ou forma corporais, em que se iniciaram os episódios de ingestão alimentar compulsiva e os métodos para controlo do peso	180
Quadro 23	
Dados relativos à frequência dos comportamentos que se iniciaram primeiro nos quadros clínicos da anorexia e bulimia nervosas	182
Quadro 24	
Resultados relativos à idade de início dos primeiros problemas do comportamento alimentar e dos quadros clínicos de anorexia e bulimia nervosas	183
Quadro 25	
Resultados relativos ao peso apresentado quando começa a atribuir-se importância excessiva ao peso e /ou forma corporais, quando se iniciam os episódios de ingestão alimentar compulsiva e os métodos para controlo do peso	183
Quadro 26	
Dados relativos à história passada de bulimia e anorexia nas participantes com diagnóstico actual de anorexia e bulimia nervosas respectivamente	184
Quadro 27	
Dados relativos à duração máxima, em meses, dos quadros clínicos com anorexia e bulimia nervosas respectivamente	184
Quadro 28	
Resultados relativos à história de peso nas amostras com anorexia e bulimia nervosas	185
Quadro 29	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio características da infância, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	190
Quadro 30	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio problemas comportamentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	190
Quadro 31	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais (sempre), para as populações com anorexia e para a de controlo normal	191
Quadro 32	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio problemas parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	192
Quadro 33	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	193
Quadro 34	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	193
Quadro 35	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	194
Quadro 36	

Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de dieta, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	195
Quadro 37	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de obesidade, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	197
Quadro 38	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio perturbações alimentares parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	197
Quadro 39	
Regressão logística no domínio factores adicionais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	198
Quadro 40	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio características da infância, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	203
Quadro 41	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	204
Quadro 42	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais (sempre), para as populações com anorexia e e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	204
Quadro 43	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio problemas parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	205
Quadro 44	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	206
Quadro 45	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	206
Quadro 46	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de dieta para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	207
Quadro 47	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de obesidade, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	208
Quadro 48	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio perturbações alimentares parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	209
Quadro 49	
Regressão logística no domínio factores adicionais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	209
Quadro 50	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio características da infância, para as populações com anorexia e bulimia nervosas	214
Quadro 51	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, para as populações com anorexia e bulimia nervosas	214
Quadro 52	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais (sempre), para as populações com anorexia e bulimia nervosas	215
Quadro 53	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio problemas parentais, para as populações com anorexia e bulimia nervosas	216

Quadro 54	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos, para as populações com anorexia e bulimia nervosas	217
Quadro 55	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio gozo e agressão, para as populações com anorexia e bulimia nervosas	217
Quadro 56	
Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico, para as populações com anorexia e bulimia nervosas	218
Quadro 57	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de dieta, para as populações com anorexia e bulimia nervosas	219
Quadro 58	
Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de obesidade, para as populações com anorexia e bulimia nervosas	220
Quadro 59	
Regressão logística no domínio factores adicionais, para as populações com anorexia e bulimia nervosas	220
Quadro 60	
Regressão logística, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal e anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas e anorexia nervosa vs bulimia nervosa (quadro resumo)	221
Quadro 61	
Valores significativos da regressão logística por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal, anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas e anorexia nervosa vs bulimicas (quadro resumo)	224
Quadro 62	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio características da infância, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	233
Quadro 63	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio problemas comportamentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	233
Quadro 64	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais (sempre), para as populações com anorexia e para a de controlo normal	234
Quadro 65	
Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio problemas parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	235
Quadro 66	
Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	236
Quadro 67	
Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	236
Quadro 68	
Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	237
Quadro 69	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de dieta, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	238
Quadro 70	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de obesidade, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	239
Quadro 71	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio	240

perturbações alimentares parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	
Quadro 72	
Regressão logística condicional no domínio factores adicionais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal	240
Quadro 73	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio características da infância, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	245
Quadro 74	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais (sempre), para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	246
Quadro 75	
Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio problemas parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	247
Quadro 76	
Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	248
Quadro 77	
Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	249
Quadro 78	
Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	249
Quadro 79	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de dieta, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	250
Quadro 80	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de obesidade, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	251
Quadro 81	
Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio perturbações alimentares parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	251
Quadro 82	
Regressão logística condicional no domínio factores adicionais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas	252
Quadro 83	
Regressão logística condicional, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal e anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas (quadro resumo)	253
Quadro 84	
Valores significativos da regressão logística condicional por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal e anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas (quadro resumo)	255

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Representação esquemática do movimento temporal entre as perturbações alimentares 28
(traduzido e adaptado de Fairburn & Harrison, 2003)

Figura 2

Estrutura empírica das perturbações do comportamento alimentar (figura traduzida e adaptada de 53
Collier & Treasure, 2004).

Figura 3

Fases no desenvolvimento e manutenção das perturbações do comportamento alimentar (figura 54
traduzida e adaptada de Cooper, 1995).

Figura 4

Factores de risco gerais e específicos para o desenvolvimento da anorexia nervosa 307

GLOSSÁRIO

AN	Anorexia Nervosa
APA	American Psychiatric Association
BN	Bulimia Nervosa
EDE	Eating Disorders Examination
EDE-Q	Eating Disorders Examination - Questionnaire
EDNOS	Eating Disorders Not Otherwise Specified
FRE	Fatores de Risco Específicos
FRG	Fatores de Risco Gerais
IAC	Ingestão Alimentar Compulsiva
IMC	Índice de Massa Corporal
NIMH	National Institute of Mental Health
PP	Perturbação de Personalidade
RFED	Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM – IV, Axis Disorders
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar são, hoje, uma questão de saúde pública da maior importância. Por exemplo, nos Estados Unidos da América o Instituto Nacional de Saúde Mental (*National Institute of Mental Health / NIMH*) considera de elevada prioridade a compreensão e o tratamento destas perturbações (Chavez & Insel, 2007).

Como salientam Chavez e Insel (2007), as perturbações do comportamento alimentar ocorrem geralmente durante a adolescência ou no início da idade adulta, prolongam-se habitualmente durante toda a vida e podem ter um impacto devastador, não só nos pacientes, como nas suas famílias; para além do acentuado prejuízo no funcionamento social, co-ocorrem frequentemente com outras perturbações como depressão, ansiedade, traços obsessivos e abuso de substâncias. Aliás, estas perturbações posicionam-se entre as 10 principais causas de incapacidade em mulheres jovens, sendo, a anorexia nervosa entre todas as perturbações mentais, a perturbação que apresenta a maior taxa de mortalidade (Attia & Walsh, 2007; Bulik, Landt, van Furth & Sullivan, 2007).

Assim, e no que respeita à anorexia nervosa em particular, ela tem sido consensualmente descrita como uma perturbação psiquiátrica grave que afecta sobretudo raparigas adolescentes e mulheres jovens. Apesar de tudo, os factores de risco, a etiologia e o curso desta perturbação permanecem ainda por esclarecer (Keski-Rahkonen *et al.*, 2007). O diagnóstico de anorexia nervosa tem sido associado a um risco aumentado de morte prematura, mas, com a possibilidade de a taxa de mortalidade poder ser reduzida pelo diagnóstico precoce e pelo acompanhamento especializado (cf., Lindblad, Lindberg & Hjern, 2006; Millar *et al.*, 2005).

Em termos históricos, a anorexia nervosa foi a primeira perturbação do comportamento alimentar a ser identificada (cf., Garfinkel, 2002) e, à semelhança das outras perturbações alimentares, é caracterizada pela sobrevalorização do peso e forma corporais e convicção acerca da competência no seu controlo (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003). Na anorexia nervosa, o controlo excessivo sobre o peso e a forma corporais resulta no alcance de um peso abaixo do normal que, habitualmente, decorre da realização de dietas altamente restritivas e

selectivas. Existem alguns pacientes que também praticam exercício físico excessivo; já o vômito auto-induzido e o abuso de laxantes e diuréticos têm sido associados a um menor número de pacientes, tal como a perda de controlo sobre a alimentação. Hoje estima-se que apenas metade dos casos com anorexia nervosa são detectados nos cuidados primários e que apenas 1/3 dos casos da comunidade são tratados em clínicas de saúde mental (Hoek & Hoeken, 2003; Keski-Rahkonen *et al.*, 2007). No que respeita à epidemiologia, os vários estudos são consensuais ao corroborarem a ideia de que não há uma distribuição aleatória das perturbações do comportamento alimentar na população, já que estas são mais comuns nas mulheres jovens, nas sociedades ocidentais e industrializadas e em determinadas profissões específicas em que existe uma pressão para a magreza (Hoek, 2002). Relativamente à prevalência da anorexia nervosa, os resultados obtidos num estudo epidemiológico em duas fases realizado em Portugal são muito semelhantes aos encontrados em estudos idênticos noutras culturas ocidentais (e.g., Hoek, 2006; Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007).

Quanto à etiopatologia das perturbações do comportamento alimentar, as explicações socioculturais continuam a ser predominantes em combinação com os avanços mais actuais a respeito da sua eventual componente genética (e.g., Bulik *et al.*, 2007; Collier & Treasure, 2004). Assim, os autores têm conceptualizado aquelas perturbações enquanto patologias heterogéneas com uma complexa etiologia multifactorial que implica a interacção entre os genes e o meio ambiente; no que respeita à contribuição exacta dos factores genéticos e ambientais nas perturbações do comportamento alimentar, admite-se que seja razoável aceitar que ambos os factores contribuem do mesmo modo para a perturbação.

Deste modo, e à semelhança do que caracteriza outras perturbações psiquiátricas, a etiologia das perturbações do comportamento alimentar, e da anorexia nervosa em particular, também é considerada multifactorial não se reconhecendo, à data, nenhum potencial factor etiológico que, considerado isoladamente, seja capaz de explicar o desenvolvimento da perturbação alimentar em causa, ou mesmo as variabilidades observadas entre os indivíduos (Cooper, 1995). Entre esses vários factores podemos considerar os factores de risco, os factores precipitantes, os factores de manutenção e os factores protectores.

Já no que respeita à identificação de factores de risco associados ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar e, sobretudo, da anorexia

nervosa, a baixa incidência destas perturbações dificulta a realização de estudos longitudinais prospectivos com um número suficiente de sujeitos. Hoje, a definição de factor de risco é consensual e entende este factor como característica, acontecimento ou experiência que precede o início de um resultado de interesse, neste caso, de uma perturbação do comportamento alimentar e, se presente, está associado ao aumento da probabilidade – risco, de um determinado resultado sobre os resultados obtidos na população em geral, não exposta (Striegel-Moore & Bulik, 2007). De acordo com Schmidt (2002), os principais tipos de estudos utilizados na investigação dos factores de risco são os estudos transversais com casos-controlo e os estudos longitudinais prospectivos com coortes de sujeitos.

Os factores de risco para as perturbações do comportamento alimentar têm sido agrupados em 3 grandes categorias: factores de risco individuais, factores de risco familiares e factores de risco socioculturais (e.g., Halmi, 2005; Jacobi, Hayward, Zwaan & Agras, 2004; Polivy & Herman, 2002; Schmidt, 2002). São vários os factores de risco individuais que têm sido propostos pela literatura; estes abrangem a baixa auto-estima, o perfeccionismo, o afecto negativo, as perturbações de humor, as perturbações de ansiedade, o abuso de substâncias, o estilo de vinculação inseguro, a insatisfação com a imagem corporal, a dieta e a alimentação restritiva, o abuso sexual, físico e outros acontecimentos de vida stressantes ou adversos, a adolescência, a obesidade pré-morbida e o índice de massa corporal elevado, a alimentação e problemas alimentares na infância, o gozo e críticas acerca do peso e forma corporais, a puberdade precoce, as perturbações de ansiedade na infância, os factores genéticos, neurotransmissores e outros factores biológicos. No que respeita aos factores de risco de natureza familiar, estes incluem a obesidade parental, a psicopatologia parental e a dinâmica familiar. Finalmente, e quanto aos factores de risco socioculturais, a literatura tem realçado o género, a etnia, o nível sócio-económico, os contextos profissionais e/ou desportivos associados ao controlo do peso, a orientação sexual e o papel dos meios de comunicação social.

Por último, uma das questões mais actuais a respeito das perturbações do comportamento alimentar prende-se com os critérios de diagnóstico vigentes e veiculados pelo DSM-IV, discutindo-se sobre os que deveriam ser alvo de modificação com a edição, em 2012, do novo DSM-5. Quanto à anorexia nervosa em particular, a comunidade científica tem discutido acesamente a validade e utilidade relativamente aos sub-tipos de

diagnóstico existentes (e.g., Peat, Mitchell, Hoek & Wonderlich, 2009). No que respeita aos critérios de diagnóstico propriamente ditos, foi recentemente proposto por alguns autores a adopção de critérios de diagnóstico mais amplos, preservando, contudo, os sintomas principais que caracterizam a anorexia nervosa tal como a conhecemos e diagnosticamos (cf., Walsh & Sysko, 2009). Aliás, e como teremos a oportunidade de expor, o grupo de trabalho do DSM-5 (*American Psychiatric Association / APA*, 2010), responsável pelo estudo das perturbações do comportamento alimentar, antecipa algumas alterações que, neste momento, se propõe rever.

Este trabalho está organizado em três partes. Uma primeira, que designamos por enquadramento teórico, em que é apresentada uma revisão da literatura sobre os temas considerados mais pertinentes para a realização do estudo em questão. Uma segunda parte corresponde ao estudo empírico desenvolvido e seus resultados e, finalmente, uma terceira e última parte, na qual são apresentadas as principais conclusões, com base na sistematização dos principais resultados obtidos, integrados à luz do contributo de tantos outros estudos desenvolvidos até à data.

Mais detalhadamente, no primeiro capítulo teórico, dedicado, sobretudo, à caracterização clínica das perturbações do comportamento alimentar em geral, e da anorexia nervosa em particular, são referidos os aspectos que são hoje mais consensuais acerca daquelas perturbações. Assim, a anorexia nervosa surge como a perturbação do comportamento alimentar que, há mais anos, tem chamado a atenção dos clínicos. É enquadrada de um ponto de vista histórico, reflectindo-se acerca do seu curso, evolução e actualidade da classificação e diagnóstico desta perturbação; são referidos os dados epidemiológicos mais actuais, incluindo dados sobre a população portuguesa e, finalmente, tecem-se algumas considerações acerca da co-ocorrência de outras perturbações psicopatológicas nos quadros de anorexia nervosa, em especial a comorbilidade com quadros depressivos e de ansiedade, não descurando, contudo, o papel das perturbações de personalidade. O segundo capítulo teórico é dedicado à revisão da literatura sobre os factores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa. Esta revisão está organizada de acordo com os principais factores de risco de natureza individual, familiar, desenvolvimental e sociocultural que a literatura tem documentado e os estudos empíricos têm suportado.

Na segunda parte desta dissertação, que corresponde ao estudo empírico desenvolvido, começamos por apresentar a caracterização clínica e demográfica das populações com anorexia e bulimia nervosas e amostras de controlo normal e controlo com outras perturbações psiquiátricas. Posteriormente, procede-se ao estudo dos factores que precedem o desenvolvimento da anorexia nervosa. Para este efeito, realizam-se dois tipos de análises de regressão. As análises de regressão logística (levadas a cabo no SPSS, versão 15.0) - comparando o nível de exposição por subdomínios de factores de risco entre a amostra clínica com anorexia nervosa com a amostra de controlo normal, entre a amostra clínica com anorexia nervosa com a amostra de controlo psiquiátrica e entre a amostra clínica com anorexia nervosa com a amostra com bulimia nervosa; e as análises de regressão logística condicional (levadas a cabo no Egret, versão 2.0.3), programa estatístico específico para o tratamento de dados com amostras emparelhadas. Neste caso também é comparado o nível de exposição por subdomínios de factores de risco entre a amostra clínica com anorexia nervosa e a amostra de controlo normal e entre a amostra clínica com anorexia nervosa e a amostra de controlo psiquiátrica, amostras estas emparelhadas individualmente, de acordo com a idade actual e nível sócio-económico.

A última parte desta dissertação é dedicada à discussão dos principais resultados e às principais conclusões que os estudos desenvolvidos permitem avançar. Nela são também apresentadas algumas limitações dos estudos em questão e esboçadas algumas sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

1. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Das perturbações do comportamento alimentar existentes e reconhecidas pelo DSM-VI-TR (APA; 2000): anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (cf., Wilson, Grilo & Vitousek, 2007), a anorexia nervosa foi a primeira a ser identificada (Bulik, Sullivan & Kendler, 2000; Garfinkel, 2002; Striegel-Moore & Smolak, 2001). Pensa-se que começou a ser referida por clínicos há 300 anos e há cerca de 200 anos foi referido o que se entende hoje por bulimia nervosa (Shapiro, 1988). De acordo com alguns autores (e.g., Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Polivy & Herman, 2002), não deixa de ser surpreendente o facto de as semelhanças que aquelas perturbações partilham entre si serem maiores do que aquilo que as distingue, situação que será tida em consideração ao longo da descrição daquelas problemáticas. Assim sendo, começaremos por nos centrar no que é comum e relativamente transversal às perturbações do comportamento alimentar em geral, para mais tarde nos determos nas especificidades da anorexia nervosa em particular.

Deste modo, os autores consideram as perturbações do comportamento alimentar essencialmente “perturbações cognitivas” que partilham entre si alguns aspectos em comum, já que estão unidas por uma psicopatologia essencial que as caracteriza e que é, basicamente, a mesma entre mulheres e homens, adultos e adolescentes - sobrevalorização do peso e forma corporais e competência no seu controlo. Os indivíduos com perturbações do comportamento alimentar julgam o seu valor pessoal maioritariamente, se não totalmente, de acordo com a sua forma e peso e competência no seu controlo (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003)¹. Esta psicopatologia central pode ser expressa de diversas formas, o que torna as restantes características destas perturbações secundárias a esta psicopatologia e seus efeitos. Deste modo, a maioria dos pacientes com perturbações do comportamento alimentar apresentam uma preocupação excessiva com o seu peso; alguns pesam-se frequentemente, preocupando-se conseqüentemente com mudanças insignificantes do peso, ao contrário de outros que recusam saber o seu peso, mantendo contudo a sua

¹ A sobrevalorização do peso e forma corporais deve distinguir-se da insatisfação com a forma corporal já que esta se refere ao descontentamento sobre a aparência e é comum na população em geral, sendo a sua presença muitas vezes descrita como “descontentamento normativo” (Fairburn, 2008).

intensa preocupação com este. Um comportamento semelhante é encontrado a respeito da forma corporal, dando-nos conta de que muitos pacientes verificam e observam repetida e meticulosamente o seu corpo, focando-se em partes que não são do seu agrado, enquanto outros evitam cuidadosamente observar-se, assumindo que parecem gordos e repugnantes. A maioria teme o aumento de peso e o poderem tornar-se “gordos” e muitos “sentem-se gordos” tendendo sistematicamente a equiparar-se ao “estarem gordos” independentemente do seu peso actual. Um grande número de pacientes (sobretudo os mais jovens na fase inicial da perturbação do comportamento alimentar ou aqueles que têm o peso abaixo do normal) valoriza substancialmente o sentido de autocontrolo proveniente das dietas intensas que adoptam, da contagem de calorias e do evitamento alimentar (Fairburn, 2008).

De acordo com Fairburn (2008), a restrição alimentar, resultante das tentativas continuadas e extremas de limitar os alimentos ingeridos, é considerada uma das características mais proeminentes das perturbações do comportamento alimentar; resulta numa dieta alimentar com regras múltiplas, altamente específicas e exigentes, concebidas para limitar a quantidade de comida ingerida. As tentativas realizadas para limitar a quantidade de comida ingerida podem ser, ou não, bem sucedidas; invariavelmente têm como resultado a sub-alimentação no sentido fisiológico do termo. Se as tentativas descritas forem bem sucedidas (o que habitualmente sucede numa fase inicial das perturbações do comportamento alimentar) o peso corporal torna-se significativamente abaixo do normal e, como resultado, desenvolvem-se efeitos físicos e psicossociais.

Também é comum que alguns pacientes se envolvam na prática de exercício físico excessivo (atitude mais habitual nos que apresentam baixo peso); as formas mais habituais de exercício são: (1) actividade diária excessiva (e.g., permanecer de pé sem se sentar, andando por todo lado); (2) fazer exercício normal mas com um carácter excessivo (e.g., ir ao ginásio 3 vezes por dia, todos os dias); (3) fazer exercício de um modo anormal (e.g., fazer um grande número de flexões ou abdominais) (cf., Fairburn, 2008).

A ingestão alimentar compulsiva, apesar de menos comum na anorexia nervosa, é característica das perturbações do comportamento alimentar, definindo-se como um episódio no qual se verifica a ingestão de uma grande quantidade de alimentos (objectivamente), de acordo com a circunstância em que ocorre, acompanhada pelo sentimento de falta de controlo. Na quase totalidade dos pacientes, aquele tipo de ingestão ocorre por contraste com a restrição alimentar severa. Paralelamente, têm sido

descritos episódios de ingestão alimentar compulsiva “subjectivos” (cf. Fairburn, 2008), nos quais a quantidade de comida ingerida não é verdadeiramente excessiva, dadas as circunstâncias. A maioria dos episódios de ingestão alimentar compulsiva observados nos pacientes com anorexia nervosa são desta natureza, sendo estes tão angustiantes e perturbadores como os episódios objectivos.

De acordo com Fairburn (2008), a utilização de métodos purgativos também é uma realidade comum às diferentes perturbações do comportamento alimentar. Os comportamentos purgativos podem ser de natureza compensatória (utilizados com o objectivo de minimizar os efeitos no peso de episódios de ingestão específicos perspectivados pelos pacientes como excessivos) ou não compensatória (funcionando este comportamento, à semelhança da dieta, como uma forma rotineira de controlar o peso).

Finalmente, e no que respeita ao peso, este aspecto distingue claramente os pacientes com anorexia nervosa, que por definição apresentam um peso abaixo dos limites normais (i.e., índice de massa corporal / $IMC^2 \leq 17.5$) daqueles com bulimia nervosa e da maioria dos pacientes com perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação (apesar de existir uma proporção de casos diagnosticados com perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação que apresentam um $IMC \leq 17.5$; cf., Fairburn, 2008).

Mais especificamente, na anorexia nervosa existe uma procura sistemática e determinada no sentido de perder de peso, que é bem sucedida e, em consequência, o alcance de um baixo peso (Bulik, Reba, Siega-Riz & Reichborn-Kjennerud, 2005; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Por sua vez, esta perda de peso resulta, primariamente, de uma severa e selectiva restrição alimentar, apesar de muitos pacientes se envolverem na prática de exercício excessivo; o vómito auto-induzido e o abuso de laxantes e diuréticos é utilizado por menos pacientes. A perda de controlo sobre a alimentação também pode acontecer³, apesar de alguns autores (e.g., Fairburn, 2008; Fairburn e Harrison, 2003) admitirem que as quantidades ingeridas nunca são muito grandes.

Habitualmente, a anorexia nervosa começa a meio da adolescência, com o início da restrição alimentar, afectando tipicamente raparigas ou mulheres jovens (Keski-Rahkonen *et al.*, 2007; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Em cerca de 10-20% dos casos, a

² O índice de massa corporal é uma forma de representar o peso ajustado à altura. Corresponde ao peso (em kg) dividido pelo quadrado da altura (em metros): $\text{peso} / \text{altura}^2$.

³ Com o passar do tempo, praticamente metade sucumbe à ingestão alimentar compulsiva (cf., Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

anorexia revela-se intratável e ininterrupta, sendo uma das perturbações do comportamento alimentar associadas à mais elevada taxa de mortalidade (a maioria das mortes devido ao resultado directo de complicações médicas, ou ao suicídio; cf. Attia & Walsh, 2007; Bulik *et al.*, 2005; Garfinkel & Dorian, 2001; Hoek, 2006; Fairburn e Harrison, 2003; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Sullivan, 2002); a taxa de mortalidade foi calculada entre 5 a 5.6% por década, estando a anorexia nervosa associada a um aumento para o risco de suicídio 50 vezes superior (cf., Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner & Gao, 2005; Keski-Rahkonen *et al.*, 2007).

Hoek (2006) sintetiza o contributo de estudos recentes que confirmam a elevada taxa de mortalidade associada à população com anorexia nervosa. No Canadá, em 326 pacientes com anorexia nervosa acompanhados ao longo de 20 anos, a taxa de mortalidade padronizada foi calculada em 10.5%; no nordeste da Escócia, 23 dos 524 pacientes com anorexia nervosa acompanhados em serviços especializados durante 11 anos morreram (a taxa de mortalidade bruta foi calculada em 4.4% e a taxa de mortalidade padronizada em 3.3%); na Alemanha, para os 103 pacientes com anorexia nervosa avaliados por um período de 12 anos a taxa de mortalidade bruta foi estimada em 7.7%. Nos estudos que especificam as causas da morte, a maioria é explicada por complicações decorrentes das perturbações do comportamento alimentar; uma pequena percentagem é atribuída ao suicídio e uma percentagem ainda mais reduzida a causas desconhecidas ou outros motivos (cf., Hoek, 2006).

A anorexia nervosa também está associada a alterações fisiológicas em praticamente todo o organismo, apesar de os resultados obtidos em testes laboratoriais de rotina serem frequentemente normais e o exame físico revelar apenas uma magreza acentuada (Attia & Walsh, 2007). Apresenta um curso de evolução altamente variável com resultados individuais que oscilam entre a recuperação completa e o desenvolvimento de incapacidades psicossociais crónicas e severas acompanhadas de complicações físicas e morte. Parece que as complicações mais comuns são respostas fisiológicas normais à inanição e as mais significativas do ponto de vista clínico são as desenvolvidas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, reprodutivo e electrolítico (Beumont, 2002). Aliás, um terço das mortes registadas em adultos com perturbações do comportamento alimentar deve-se a complicações cardíacas (cf., Katzman, 2005). Contudo, importa referir que à excepção da redução da densidade óssea, as complicações descritas

habitualmente não requerem tratamentos específicos para além da realimentação, normalizando com a restauração ponderal (cf., Attia & Walsh, 2007).

Os estudos também sugerem que as complicações médicas associadas ao desenvolvimento de anorexia nervosa na adolescência são diferentes das relatadas por adultos e que muitas destas complicações não são completamente reversíveis, sendo o seu impacto, ao longo da vida, desconhecido (Katzman, 2005). Intervenções numa fase precoce do desenvolvimento da anorexia nervosa e restabelecimento completo do peso estão associadas a melhores resultados. Os pacientes adolescentes apresentam melhor prognóstico, comparativamente com os pacientes adultos (Attia & Walsh, 2007).

Os resultados obtidos em vários estudos de seguimento realizados estimam que 30% a 75% dos pacientes recuperam da anorexia nervosa (50% a 70% para a bulimia nervosa; cf., Vrabel, Rosenvinge, Hoffart, Martinsen & Ro, 2008). Conjugando resultados de diferentes estudos de seguimento de longo termo Wilson e colaboradores (2007) estimam que quase 50% dos pacientes podem eventualmente recuperar completamente; 20% a 30% mostram sintomas residuais, 10 a 20% permanecem gravemente doentes e 5% a 10% morrem devido a causas relacionadas com a perturbação. Surpreendentemente, num estudo realizado por Keski-Rahkonen e colaboradores (2007), que avaliaram 2881 mulheres gémeas nascidas na Finlândia entre 1975 e 1979, concluiu-se que a grande maioria das mulheres que tinha desenvolvido anorexia nervosa recuperava clinicamente dentro de 5 anos (66.8%) e que 5 anos após a recuperação clínica a maioria progredia para uma recuperação integral (ou quase integral). Mais recentemente, e de acordo com os resultados obtidos num estudo prospetivo realizado por Wentz e colaboradores (2009), com uma amostra comunitária de 51 anorécticas com idade de início média da perturbação durante os 14 anos de idade e 51 participantes do grupo de controlo normal emparelhados individualmente, os autores concluíram pela presença de alguns factores associados a um prognóstico desfavorável: idade de início da anorexia nervosa baixa, perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva pré-mórbida e traços autistas (nomeadamente competências sociais pobres). A duração média da anorexia nervosa foi calculada em 3 anos, acrescida de mais 4 anos em média para o preenchimento dos critérios de diagnóstico para a bulimia nervosa ou para a perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (cf., Wentz, Gilberg, Anckarsater, Gilberg & Rastam, 2009).

As taxas de recaída calculadas para as perturbações do comportamento alimentar andam na ordem dos 22% a 51%; mais recentemente estimou-se uma taxa de recaída de 36% para a anorexia nervosa (35% para a bulimia nervosa; Keel, Dorer, Franko, Jackson & Herzog, 2005). Ao fim de um ano de recuperação ponderal, as taxas de recaída andam na ordem dos 50%; acompanhamentos intermédios e de longo-prazo têm estimado que 20% dos pacientes ainda preenchem os critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa (cf. Attia & Walsh, 2007). Muito recentemente, Yakobovitch-Gavan e colaboradores (2009) identificaram alguns factores associados à predição da não remissão sintomática da anorexia nervosa: número de hospitalizações, duração do tratamento em ambulatório, história de vegetarianismo, história de ansiedade e abuso sexual na infância. Também concluíram que factores como hábitos vegetarianos, preocupações com a alimentação e baixo índice de massa corporal não só distinguem os pacientes em remissão sintomática daqueles que não estão em remissão como estão associados à não remissão (cf., Yackobovitch-Gavan *et al.*, 2009).

Apesar de tudo, estima-se que apenas metade dos casos com anorexia nervosa são detectados nos cuidados primários e que apenas 1/3 dos casos da comunidade são tratados em clínicas de saúde mental (e 6% dos casos diagnosticados com bulimia nervosa; cf., Hoek & Hoeken, 2003; Keski-Rahkonen *et al.*, 2007).

1.1. BREVE RESENHA HISTÓRICA

Até ao século XIX, anorexia era um termo médico utilizado apenas para classificar a perda de apetite, considerando-se ser um sintoma de várias perturbações físicas e emocionais. Ao longo da história e durante séculos, a abstenção voluntária de ingestão de alimentos e a negação da necessidade de comer, não eram primariamente tidos como um fenómeno patológico, já que o jejum extremo fazia parte da prática ascética ou penitencial de muitos cristãos devotos (Vandereycken, 2002; Yates, 1989), como tão bem ilustra o caso de Catalina Bennicasa, mais tarde canonizada pela Igreja Católica como Santa Catarina de Siena (cf., Adams, Gullota & Markstrom-Adams, 1994). De acordo com Bell (1985), existem outros registos de jovens que, adoptando comportamentos idênticos, aspiravam à pureza da alma e à sua aceitação por parte de Deus, o que leva o autor a concluir que a procura e o desejo de um corpo magro vivido por muitas jovens nos tempos

actuais parece ter tido a sua equivalência nos tempos medievais, no desejo de alcançar a pureza espiritual.

Só, em última análise, é que formas extremas ou não usuais de abstinência alimentar eram vistas como sinais de perturbações mentais. Aliás, o evitamento alimentar e a emaciação eram sintomas comuns de reconhecidas doenças, como a histeria, a mania, a melancolia, a clorose e todos os tipos de psicoses. Só na segunda metade do século XIX é que a recusa alimentar e o jejum foram reconhecidos como uma entidade clínica distinta, apesar de ser atribuído ao médico Inglês, Richard Morton, já no final do século XVII, o primeiro relatório médico sobre anorexia nervosa, quando descreve uma jovem “consumida pelo seu estado nervoso” (*nervous consumption*) e lhe atribui um enfraquecimento diferente do da tuberculose e devido a perturbação emocional (Attia & Walsh, 2007; Vandereycken, 2002). Assim, as primeiras descrições explícitas de anorexia nervosa surgem em 1873 com o clínico parisiense Ernest-Charles Lasègue, com a publicação de um artigo sobre “anorexia histérica” e, em Outubro do mesmo ano, com a publicação de um outro artigo, da autoria de Sir William Withey Gull, médico londrino (Striegel-Moore & Bulik, 2007). De acordo com ambos os clínicos, tratava-se de uma perturbação de génese psicológica que ocorria predominantemente em adolescentes e jovens mulheres; mais recentemente e de acordo com Vandereycken (2002), as características descritas são válidas ainda hoje: grave perda de peso, amenorreia, obstipação, agitação e ausência de evidência relativamente a uma patologia orgânica subjacente.

A aceitação da anorexia nervosa como uma perturbação mental esvanece quando, em 1914, o patologista Alemão, Morris Simmonds, encontrou lesões na glândula pituitária em alguns pacientes emaciados, passando a associar-se a anorexia nervosa à doença de Simmonds ou caquexia hipofisária. Foi só depois de 1960, com o trabalho pioneiro da psiquiatra americana Hilde Bruch ao fixar a sua atenção sobre a falta de auto-estima e distorção da imagem corporal das pacientes com anorexia nervosa, que esta perturbação passa de novo para o âmbito das perturbações mentais, acrescentando aquela autora à descrição clínica originalmente proposta por Lasègue e Gull, a implacável busca da magreza e a perturbação da imagem corporal daquelas pacientes (cf. Vandereycken, 2002).

Em Portugal, os primeiros casos de anorexia nervosa descritos na literatura clínica foram da autoria do psiquiatra Elysio de Moura aquando da preparação para a

leccionação de um Curso de Férias organizado pela Faculdade de Medicina de Coimbra (cf. Moura, 2005, obra original publicada em 1947). Ao que parece, de entre os vários casos de anorexia que descreve, todos eles resultantes da sua prática clínica, o primeiro data da década de 20. É interessante verificar o rigor com que o autor descreve o curso e evolução da anorexia nervosa de acordo com as descrições mais actuais, notando o seu começo insidioso e imperceptível associado à alimentação cada vez mais restritiva e deficitária “...*dissimulada com o auxilio dos mais variados estratagemas, das mais hábeis fraudes, antecede um emagrecimento evidente...o anoréxico mental pode chegar a recusar-se a ingerir tudo o que, em estado sólido ou liquido, se lhe afigure possuir valor alimentar, e limitar-se a lamber os dedos que esfarelaram no miolo de pão, ou a humedecer os lábios com um pincel molhado em água açucarada...*” (p.39).

1.2. CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA ANOREXIA NERVOSA

Como já referimos, as perturbações do comportamento alimentar têm sido descritas na literatura médica há já algumas décadas, mas só nas duas últimas é que foram reconhecidas como entidades diagnósticas (Collier & Treasure, 2004; Garfinkel, 1995; Herzog & Delinsky, 2001; Mizes, 1998).

Ainda na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-II, APA, 1968), nem a anorexia, nem muito menos a bulimia nervosa, eram nele considerados. Havia uma breve referência à anorexia nervosa, como “Distúrbio da Alimentação”, na secção de diagnóstico designada por “Sintomas Especiais Não Classificados em Qualquer Outro Lugar” (cf. Mizes, 1998). Só na terceira edição daquele manual (DSM-III, APA, 1980), é que a anorexia nervosa é considerada como entidade de diagnóstico e a bulimia aparece como a segunda perturbação alimentar existente, incluindo uma outra categoria sem especificação, designada por “*Perturbação Alimentar Atípica*” (Bulik *et al.*, 2000). É apenas no DSM-III-R (APA, 1987) que a categoria “Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação” conquista a atenção dos estudiosos e ganha maior especificidade, sendo proposta uma quarta Perturbação do Comportamento Alimentar “Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva”, como critério sugerido para investigação, onde permanece até aos dias de hoje, ao longo do DSM-IV e DSM-IV-TR (APA, 1996; 2002).

Apesar do aumento do leque de escolhas para o diagnóstico das perturbações do comportamento alimentar (três entidades nosológicas distintas e uma proposta para investigação), à interrogação sobre se estas alterações traduzem ou não uma melhoria, relativamente aos esquemas de diagnóstico anteriores, fica-se ainda sem resposta. Algumas das limitações que Bulik e colaboradores (2000), apresentam na evolução da nosologia destas perturbações específicas devem-se: (1) ao facto de os dados usados para suportar as alterações diagnósticas serem provenientes de amostras clínicas que apenas representam uma parcela dos indivíduos com estas perturbações, cujo viés é significativo; (2) ao facto de os critérios do DSM derivarem de um consenso entre especialistas, resultando em critérios de diagnóstico por vezes controversos (e.g., presença de amenorreia para o diagnóstico de anorexia nervosa; cf., Attia & Walsh, 2007; Cachelin & Maher, 1998).

Os critérios para o diagnóstico da anorexia nervosa, hoje vigentes e sustentados quer pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, DSM-IV-TR, 2002), quer pela Organização Mundial de Saúde (OMS, CID-10, 1992), constam dos quadros 1 e 2, respectivamente (cf., Halmi, 2005).

Quadro 1. Critérios de Diagnóstico do **DSM-IV-TR** para a Anorexia Nervosa (APA, 2002)

- A. Recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura (ex., perda de peso que leva a manter um peso 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 administração de hormonas, por exemplo, estrogénios).

Especificar o tipo

Tipo Restritivo: durante o episódio actual de Anorexia Nervosa a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes (ex., vômito ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

Tipo Ingestão Compulsiva/Tipo Purgativo: durante o episódio actual de Anorexia Nervosa, a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos regulares (vômito ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

Quadro 2. Critérios de Diagnóstico do **CID-10** para a Anorexia Nervosa (OMS, 1992)

- A. Perda de peso ou, em crianças, falta de ganho ponderal, levando a um peso corporal pelo menos 15% inferior ao normal ou ao peso esperado para a idade e altura.
 - B. A perda de peso é auto-induzida pelo evitamento de "comidas que engordem".
 - C. Existe auto-percepção de se ser muito gordo, acompanhada de um medo intrusivo de engordar, que leva à auto-imposição para atingir um determinado peso baixo.
 - D. Uma perturbação endócrina que envolve o eixo hipotalâmico-pituitário-gonadal é manifestada nas mulheres como amenorreia e nos homens pela perda do interesse e potência sexuais. (Uma excepção é a persistência de hemorragia vaginal nas mulheres anorécticas que estão em terapia de substituição hormonal, tido habitualmente com um contraceptivo oral).
 - E. A perturbação não preenche os critérios A e B para a Bulimia Nervosa.
-

Assim, a anorexia nervosa é constituída por 4 critérios específicos: (1) perda de peso acentuada, (2) medo de ganhar peso, (3) distorção da imagem corporal e (4) amenorreia (nas mulheres). Também se subdivide em 2 subcategorias: sub-tipo restritivo (para aqueles pacientes que limitam a quantidade de comida ingerida e praticam exercício para o controlo de peso) e sub-tipo ingestão alimentar compulsiva / purgativo (nos casos em que os pacientes se envolvem em episódios de ingestão alimentar compulsiva e ou em comportamentos purgativos como o vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas).

Apesar de tudo, parece que a anorexia nervosa, sub-tipo restritivo, mais do que representar um sub-tipo distinto, é uma fase durante o curso e evolução da anorexia, já que apenas uma minoria de sujeitos não desenvolve o sub-tipo purgativo (cf., Collier & Treasure, 2004; Eddy *et al.*, 2008; Eddy *et al.*, 2002; Keel, Dorer, Franko, Jackson & Herzog, 2005; Nishimura *et al.*, 2008; Peat, Mitchell, Hoek & Wonderlich, 2009; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007; Wonderlich, Joiner Jr., Kell, Williamson & Crosby, 2007). Num estudo longitudinal recente (com a duração de 7 anos) desenvolvido por Eddy e colaboradores (2008) ficou clara e apoiada a distinção entre anorexia e bulimia nervosas, ao contrário da distinção entre os sub-tipos de diagnóstico de anorexia que não obteve suporte. Num estudo de revisão, ainda mais recente, sobre a validade e utilidade relativas à manutenção dos sub-tipos de diagnóstico de anorexia nervosa, Peat e colaboradores (2009) avançaram importantes conclusões: (1) parece não existir validade preditiva para a existência destes sub-tipos já que de facto se verifica uma evolução da anorexia tipo restritivo para a anorexia tipo ingestão compulsiva-purgativo e desta para a bulimia nervosa (apesar de poderem ainda ocorrer outros cruzamentos); (2) as definições preconizadas pelo próprio DSM-IV não permitem que os clínicos distingam de forma fidedigna os subtipos restritivo vs ingestão compulsiva-purgativo já que a definição de crises bulímicas ou purgativas “*regulares*” não é clara e não há referência de pontos de corte; (3) ausência de clareza sobre o que caracteriza um episódio de ingestão alimentar compulsiva na anorexia nervosa, sendo que o conhecimento clínico tem sustentado que muitos pacientes com anorexia nervosa consomem quantidades moderadas de comida, muito embora mencionem que tiveram um episódio daquela natureza; (4) finalmente, e apesar da maioria das investigações sustentarem com alguma clareza que os sub-tipos de diagnóstico podem mudar ao longo do tempo e que os padrões mais comuns são a evolução da anorexia restritiva para o sub-tipo ingestão compulsiva-purgativo e deste para

o diagnóstico de bulimia nervosa, existe um número considerável de pacientes que apresentam outras evoluções (cf., Peat *et al.*, 2009). Os autores propõem algumas opções: (1) manter o sistema de diagnóstico vigente; (2) modificar o esquema relativo aos sub-tipos de diagnóstico para a anorexia, enfatizando que aqueles indicam a presença actual de comportamentos restritivos ou de ingestão compulsiva-purgativos; (3) eliminar simplesmente os subtipos de diagnóstico para a anorexia nervosa. Apesar de tudo, parece que a principal conclusão a retirar da revisão descrita é, de facto, a ausência de validade preditiva para os subtipos existentes; quanto à existência de uma solução, resta aguardar pelo DSM-5 a ser editado em 2012.

De acordo com Garfinkel (2002), desde 1969 que uma variedade de critérios operacionais para a anorexia nervosa têm sido desenvolvidos. Os primeiros foram os propostos por Gerald Russell em 1970 que enfatizavam, essencialmente: (1) uma alteração do comportamento (que, por sua vez, conduzia a uma marcada perda de peso), (2) uma psicopatologia característica (caracterizada pelo medo mórbido de ficar gordo), e (3) uma perturbação endócrina (amenorreia nas mulheres e perda do interesse e potência sexuais nos homens). Foram estes os critérios estudados e desenvolvidos pelos DSM e CID e, como se pode observar através dos quadros 1 e 2, são contemplados nas versões mais actuais daqueles manuais de diagnóstico.

Assim, o DSM-IV-TR reconhece e operacionaliza um conjunto de critérios para o diagnóstico de anorexia e bulimia nervosas, propondo uma categoria de diagnóstico residual – Perturbação do Comportamento Alimentar Sem outra Especificação, reservada para as situações que não cumprem os critérios para o diagnóstico de uma das duas perturbações alimentares reconhecidas. Como salienta Fairburn (2008), ficam reservadas para aquela categoria residual perturbações alimentares de severidade clínica que, como veremos no capítulo relativo à epidemiologia, são responsáveis pelo maior número de casos observados na prática clínica e avaliados na comunidade (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Wonderlich e colaboradores (2007) sistematizam as principais vantagens e desvantagens que têm sido consideradas relativamente ao sistema de diagnóstico vigente preconizado pelo DSM-IV que passaremos a referir. As principais vantagens apontadas são: (1) o facto de as perturbações do comportamento alimentar poderem ser diagnosticadas com fiabilidade por meio de várias entrevistas clínicas semi-estruturadas; (2) existir alguma evidência sobre a validade diagnóstica que distingue a anorexia da

bulimia nervosa, apresentando estas perturbações diferentes padrões longitudinais em matéria de recuperação e de mortalidade; (3) finalmente, a anorexia e a bulimia nervosas apresentarem respostas distintas aos diferentes tratamentos disponíveis. As principais limitações dizem respeito: (1) a alguns critérios de diagnóstico específicos das diferentes perturbações do comportamento alimentar (como o medo de ganhar peso e a amenorreia no diagnóstico da anorexia nervosa e a definição de ingestão alimentar compulsiva e frequência exigida para o diagnóstico de bulimia nervosa); (2) à ausência de validade verificada nos diferentes sub-tipos de diagnóstico propostos tanto para a anorexia como para a bulimia nervosa; (3) à validade discutível das diferenças que alicerçam a distinção entre anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (crítica aprofundada no próximo capítulo).

Mais especificamente, e no que respeita ao medo de ganhar peso, enquanto sintoma para o diagnóstico de anorexia nervosa, em determinadas culturas, este sintoma nem sempre está presente em indivíduos que aparentemente apresentam aquele diagnóstico; o critério baseado na presença de amenorreia também tem sido fortemente contestado já que não é um indicador fidedigno do estado do peso corporal (e.g., Attia & Walsh, 2007; Herzog & Delinsky, 2001; Mitchell, Cook-Myers & Wonderlich, 2005). Quanto à definição de ingestão alimentar compulsiva, esta é dificilmente operacionalizável, por exemplo no que se refere à ingestão de uma quantidade de comida indubitavelmente superior à ingerida por outras pessoas nas mesmas circunstâncias; também a ideia de que aquele tipo de ingestão alimentar seria limitado no tempo não é baseada em dados empíricos e a frequência sugerida para os episódios bulímicos (duas vezes por semana nos últimos 3 meses) não tem obtido suporte empírico num número substancial de estudos (Wonderlich *et al.*, 2007).

Baseados nas críticas que têm sido dirigidas aos critérios de diagnóstico vigentes para as perturbações alimentares, sobretudo a que tem sido apontada ao facto da categoria residual - perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação, ser a mais comumente diagnosticada pelos clínicos, Walsh e Sysko (2009) propuseram o que designam por Categorias Amplas para o Diagnóstico das Perturbações Alimentares (*Broad Categories for the Diagnosis of Eating Disorders / BCD-ED*). Assim, e no que respeita à anorexia nervosa em particular, esta passaria a designar-se por Anorexia Nervosa e Perturbações Comportamentalmente Semelhantes (*Anorexia Nervosa and Behaviorally Similar Disorders / AN-BSD*). De acordo com os autores, para receberem

este diagnóstico, os indivíduos teriam que cumprir basicamente 2 critérios; (1) restrição da ingestão de alimentos (dieta grave e auto-imposta) que resultaria na manutenção de um peso corporal inapropriado, considerando a idade e a altura do indivíduo e (2) e sofrimento ou perturbação no funcionamento do indivíduo clinicamente significativa e relacionada com a perturbação alimentar. O caso prototípico desta categoria deveria cumprir os critérios de diagnóstico actuais para a anorexia nervosa, sendo que não seria exigida a presença de amenorreia (apesar de ser contemplada esta possibilidade nas mulheres pós-menarca). Assim, e de acordo com Walsh e Sysko (2009), seriam ainda incluídos nesta categoria: a) indivíduos que tivessem perdido uma quantidade significativa de peso corporal, apesar de manterem um peso igual ou superior ao mínimo aceitável (e.g., 85% do esperado); b) mulheres sem amenorreia; c) indivíduos sem medo intenso de ganhar peso, evidenciando contudo uma sobrevalorização do peso ou forma corporal. Para as restantes perturbações do comportamento alimentar o racional seria idêntico: preservação dos sintomas principais que caracterizam cada uma das restantes perturbações alimentares, propondo critérios mais amplos em torno dos outros sintomas (cf. Walsh & Sysko, 2009). Um dos principais objectivos dos autores foi diminuir a utilização da categoria sem outra especificação, preservando as categorias existentes para as restantes perturbações do comportamento alimentar.

Finalmente, e de acordo com os critérios disponíveis, à data, na página do DSM-5 (APA, 2010), estão em cima da mesa propostas que antecipam algumas alterações. Resumidamente, o critério A passaria a assumir a existência de uma restrição alimentar responsável pela perda de peso ou manutenção de um peso baixo; ambas as situações assumem um peso inferior a 85% do previsto. A grande alteração refere-se à substituição do termo *recusa* relativo à manutenção de um peso corporal saudável. Para o critério B é proposta alguma flexibilização no sentido de não ser exclusivamente requerido o *medo intenso de ganhar peso*, contemplando a possibilidade de o indivíduo poder antes manifestar um comportamento persistente no sentido de evitar o aumento de peso (em ambas as situações os sintomas descritos existiriam na presença de um peso insuficiente). Para o critério C não são propostas alterações e o critério D deixaria de existir (presença de amenorreia). Quanto aos sub-tipos de diagnóstico, propõem-se a substituição de “episódio actual” pela existência de uma janela temporal de 3 meses no que respeita à presença ou ausência recorrente de ingestão compulsiva – comportamento purgativo.

Como tivemos oportunidade de referir, muitas críticas têm sido dirigidas e fortemente debatidas relativamente aos critérios defendidos nestes manuais (cf. Herzog & Delinsky, 2001; Polivy & Herman, 2002; Vrabel, Rosenvinge, Hoffart, Martinsen & Ro, 2008; Walsh & Sysko, 2009; Wonderlich, Joiner Jr., Kell, Williamson & Crosby, 2007). Talvez a que mais valha a pena considerar seja a que se refere à distinção entre anorexia nervosa e bulimia nervosa, pela importância que a primeira perturbação assume no nosso estudo.

1.3. A ANOREXIA NERVOSA E AS OUTRAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Quando perspectivamos a anorexia nervosa na sua relação com as outras perturbações do comportamento alimentar – bulimia nervosa e perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação, não deixa de ser curioso verificar que a psicopatologia que caracteriza aquelas perturbações é muito semelhante (cf. Fairburn, 2008). Tal como Polivy e Herman (2002) recordam, os sintomas essenciais das perturbações do comportamento alimentar (e.g., insatisfação corporal, preocupação com a comida, peso e forma e alguns défices do ego) não distinguem, necessariamente, a anorexia da bulimia nervosa. No limite, apenas o peso corporal as diferencia. Para aqueles autores, o que distingue um anoréctico tipo ingestão alimentar compulsiva / purgativo de um bulímico tipo purgativo é a incapacidade deste para manter um peso abaixo do normal ou esperado. Uma vez que as oscilações de peso são frequentes nestas perturbações, um paciente pode oscilar entre dois diagnósticos com a mesma frequência com que oscila de peso. Gleaves e colaboradores (2000), num estudo que realizaram recentemente, concluíram que aquele tipo de anorexia nervosa tem mais semelhanças com a bulimia do que com a própria anorexia tipo restritivo, pelo que defendem que a anorexia sub-tipo ingestão alimentar compulsiva / purgativo deveria ser simplesmente considerada bulimia nervosa.

Grande parte dos pacientes com perturbações do comportamento alimentar migram entre as categorias de diagnóstico existentes, sobretudo em relação ao primeiro diagnóstico (Collier & Treasure, 2004; Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Nishimura *et al.*, 2008; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Tozzi *et al.*, 2005; Vrabel, Rosenvinge, Hoffart, Martinsen & Ro, 2008; Wonderlich, Joiner Jr., Kell,

Williamson & Crosby, 2007). Segundo estes autores as alterações mais comumente observadas são a passagem da anorexia para a bulimia nervosa (sobretudo para aqueles pacientes cujo diagnóstico inicial pertencia ao sub-tipo restritivo). Não será por acaso que metade dos pacientes com anorexia que desenvolvem ingestão alimentar compulsiva desenvolvem bulimia nervosa e que cerca de um quarto dos casos clínicos de bulimia nervosa já preencheram os critérios de diagnóstico para a anorexia nervosa (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003).

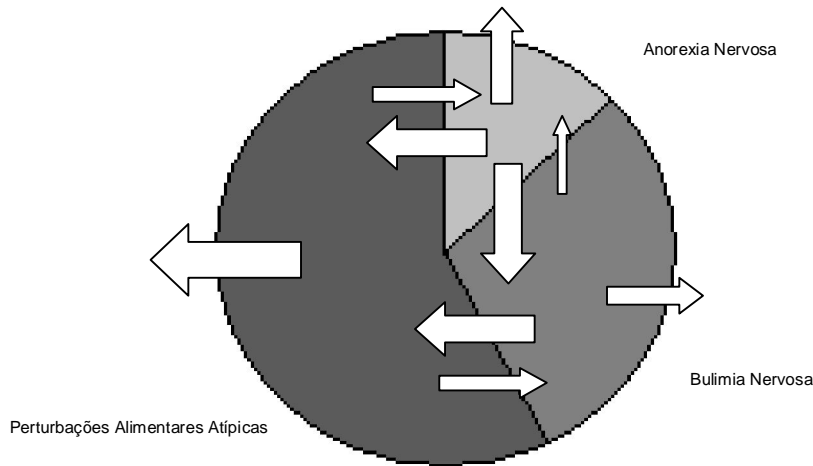
Estes resultados têm sido corroborados por diversas investigações que apontam para percentagens na ordem dos 20% a 50% dos sujeitos com anorexia nervosa desenvolverem bulimia nervosa ao longo do tempo; as estimativas dos estudos longitudinais a respeito da evolução de bulimia nervosa para anorexia são diferentes e com valores bastante mais baixos, na ordem dos 10% a 27% dos casos (cf., Eddy *et al.*, 2008; Wonderlich *et al.*, 2007). Há estudos que estimaram que, ao fim de 5 anos, 62% dos pacientes com diagnóstico inicial de anorexia nervosa sub-tipo restritivo passaram a sub-tipo ingestão alimentar compulsiva / purgativo e 21% a 36% para o diagnóstico de bulimia nervosa (cf., Eddy *et al.*, 2008; Fichter, 2006; Tozzi, 2005; Thornton *et al.*, 2005).

Segundo Fairburn e Harrison (2003), parece que os pacientes com perturbações do comportamento alimentar tendem a migrar entre as categorias de diagnóstico de anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbações alimentares atípicas, alterando o seu estatuto como resultado da evolução dos sintomas (cf. Figura 1).

Este movimento temporal, associado ao facto de aquelas três perturbações partilharem as mesmas características psicopatológicas, sugere que são comuns os mecanismos envolvidos na sua persistência. Tal consideração, aliada ao facto de as perturbações alimentares habitualmente não evoluírem para outras perturbações psicopatológicas vem, por sua vez, reforçar a distinção destas categorias de diagnóstico como um todo (Fairburn & Harrison, 2003).

Considerando estas alterações de diagnóstico ao longo do curso de evolução da anorexia nervosa sub-tipo restritivo, tornou-se um imperativo conseguir antecipar esta possibilidade já que, segundo a literatura, a bulimia nervosa e o comportamento purgativo predizem um prognóstico desfavorável e aumentam o tempo para remissão sintomática (Nishimura *et al.*, 2008).

Figura 1
Representação esquemática do movimento temporal entre as perturbações alimentares (traduzido e adaptado de Fairburn & Harrison, 2003)



Tozzi e colaboradores (2005) identificaram alguns factores que estão associados à passagem da anorexia para a bulimia nervosa e vice-versa. Baixos níveis de auto-direcção (*self-directedness*) estão associados às mudanças de diagnóstico em ambas as direcções; o elevado criticismo parental estava associado à passagem de anorexia para bulimia enquanto o abuso / dependência de álcool e baixos níveis de procura de novidade estavam associados à passagem de bulimia para anorexia. Assim, os autores concluíram que o baixo auto-direcção pode estar associada à instabilidade diagnóstica em geral, ao passo que outros factores específicos estão já relacionados com a direcção da mudança de diagnóstico. Mais recentemente, Nishimura e colaboradores (2008) corroboraram os resultados comentados, concluindo que o criticismo parental e o baixo auto-direcção são variáveis associadas à evolução diagnóstica de anorexia nervosa sub-tipo restritivo, para bulimia nervosa; a tendência para a obesidade também está associada a esta passagem constatando os autores que os pacientes com anorexia restritiva obtiveram resultados superiores no IMC actual bem como resultados mais elevados no IMC máximo obtido no passado. Estes resultados indicam que as características familiares e da personalidade podem influenciar o curso das perturbações do comportamento alimentar, dando indicações sobre o plano de intervenção a adoptar.

Ao nível das taxas de recaída Keel e colaboradores (2005) estimaram que as mulheres com diagnóstico inicial de anorexia nervosa sub-tipo restritivo tendem a desenvolver sintomas bulímicos durante a recaída, ao passo que as mulheres com o diagnóstico inicial de anorexia nervosa sub-tipo ingestão alimentar compulsiva / purgativo ou bulimia nervosa tendiam a regressar a padrões bulímicos durante a recaída. De acordo com os autores, parece que uma maior perturbação da imagem corporal aumenta o risco de recaída para ambas as perturbações do comportamento alimentar, sendo que um pior funcionamento psicossocial aumenta o risco de recaída para o desenvolvimento de bulimia nervosa.

Um importante estudo relativamente à compreensão do curso e evolução das perturbações do comportamento alimentar, sua sintomatologia e alterações ao nível diagnóstico, foi desenvolvido por Milos e colaboradores (2005). Este estudo dá-nos a possibilidade de uma perspectiva sobre a estabilidade / instabilidade na evolução do diagnóstico desta problemática; os autores estudaram estas alterações de diagnóstico por um período de 2,5 anos com dois momentos de seguimento e concluíram que: (1) as alterações de diagnóstico nas perturbações do comportamento alimentar são comuns e recorrentes entre aquelas perturbações; (2) ao fim de apenas um ano quase metade dos pacientes com anorexia ou bulimia nervosas já não apresentam os critérios de diagnóstico avaliados aquando da realização do diagnóstico inicial (ou mudaram para outra perturbação do comportamento alimentar, ou apresentam remissão dos sintomas). Este resultado é coerente com aqueles obtidos em vários estudos longitudinais que apontam para as elevadas taxas de recaída nas perturbações do comportamento alimentar, sugerindo que os indivíduos com aquelas perturbações se vão movimentando ao longo do tempo dentro e fora destas problemáticas (Milos, Spindler, Schyder & Fairburn, 2005). Aliás, as elevadas taxas associadas à mudança de diagnóstico e as características clínicas partilhadas entre as diferentes perturbações do comportamento alimentar levaram alguns autores a defender que este tipo de perturbações seria mais bem conceptualizado como uma única perturbação, diferenciadas por especificadores de peso. No estudo conduzido pelos autores supracitados concluiu-se que num período de 30 meses de seguimento, aproximadamente 70% dos sujeitos diagnosticados com perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação passam a preencher os critérios para o diagnóstico de anorexia ou bulimia nervosas.

Os resultados que têm sido comentados impulsionaram a conceptualização de modelos alternativos para a classificação das perturbações do comportamento alimentar. Temos o modelo tridimensional de Williamson e colaboradores (2005, *in* Wonderlich *et al.*, 2007) e a abordagem transdiagnóstica de Fairburn (2008; Vrabell, Rosenvinge, Hoffart, Martinsen & Ro, 2008; Wonderlich *et al.*, 2007). De acordo com este autor, fica por responder a questão relativa às mudanças de diagnóstico observadas nas perturbações do comportamento alimentar, se dentro daquela nomenclatura reflectem verdadeiramente a recuperação de uma perturbação e o desenvolvimento de uma outra (tal como o esquema de diagnóstico proposto pelo DSM-IV pode sugerir) ou se, pelo contrário, reflectem a evolução de uma única perturbação do comportamento alimentar.

Assim, segundo Fairburn (2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003), o facto de os pacientes com anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação partilharem entre si um grande número de características, associado ao curso de evolução daquelas perturbações, curso marcado por migrações entre aqueles 3 diagnósticos, reforça a perspectiva de as perturbações do comportamento alimentar como uma única categoria de diagnóstico. De acordo com o autor, a maior diferença entre a anorexia e a bulimia reside no equilíbrio relativo entre sub-alimentação e sobre-alimentação e no seu efeito no peso corporal. Na bulimia nervosa o peso está habitualmente dentro dos padrões normais, dado a sub-alimentação e a sobre-alimentação se cancelarem mutuamente; ao contrário, na anorexia nervosa as tentativas para restringir a ingestão de alimentos são mais bem sucedidas, resultando que a sub-alimentação predomine e os pacientes permaneçam com o peso significativamente baixo. Secundariamente, estes pacientes desenvolvem algumas características físicas e psicossociais que, na opinião de Fairburn (2008), mantém o baixo peso e enclausuram os pacientes num estado auto-perpetuante.

Num estudo recente conduzido por Eddy e colaboradores (2008) que avaliou um total de 216 mulheres com anorexia ou bulimia nervosas ao longo de 7 anos, os autores corroboraram alguns dos resultados que têm sido comentados, consolidando importantes conclusões: (1) a maioria das mulheres com anorexia nervosa mudam de diagnóstico, especialmente entre o sub-tipo restritivo e o sub-tipo ingestão alimentar compulsiva / purgativo (mais de metade); (2) 1/3 altera o seu diagnóstico de anorexia para bulimia nervosa, ficando predispostas a recair de novo na anorexia nervosa; (3) as mulheres com bulimia nervosa, pelo contrário, não alteram o seu diagnóstico para anorexia. Assim, estes

resultados vêm apoiar a distinção diagnóstica entre anorexia e bulimia nervosas, não validando o esquema adoptado para os sub-tipos de diagnóstico da anorexia nervosa que não parecem ser grupos diagnósticos distintos. Uma explicação avançada sobre estas frequentes alterações entre os sub-tipos prende-se com a possibilidade de o sub-tipo restritivo poder representar uma fase inicial no curso de evolução da anorexia nervosa, uma vez que as pacientes com este sub-tipo de diagnóstico são habitualmente mais novas e têm uma duração da perturbação mais reduzida.

Assim, os diferentes estudos permitem avançar com a hipótese de que existe de facto um elevado risco para as mudanças de diagnóstico nos indivíduos com a anorexia e bulimia nervosas mas que o curso clínico destas problemáticas tende a estabilizar ao fim de 5 anos (cf., Tozzi *et al.*, 2005).

1.4. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que não há uma distribuição aleatória das perturbações do comportamento alimentar na população, já que estas são mais comuns nas mulheres jovens, nas sociedades ocidentais e industrializadas e em determinadas profissões específicas em que existe uma pressão para a magreza (Hoek, 2002). Apesar da anorexia e bulimia nervosas serem as perturbações do comportamento alimentar mais bem documentadas e descritas, a maioria dos indivíduos que procuram ajuda não preenche os critérios de diagnóstico para nenhuma daquelas perturbações, caindo na categoria residual que o DSM-IV-TR (2002) propõe – perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (cf., Fairburn, 2008; Fairburn & Bohn, 2005; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007; Striegel-Moore & Bulik, 2007). Em clínicas de ambulatório as perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação representam, em média, 60% de todos os casos, comparativamente com 14.5% dos pacientes com anorexia nervosa e 25.5% dos pacientes com bulimia nervosa (cf., Fairburn & Bohn, 2005).

A incidência da anorexia nervosa calculada em mulheres entre os 15 e os 19 anos de idade tem aumentado consistentemente desde 1930, atingindo o seu pico em meados dos anos 70; desde então parece que tem permanecido estável na Europa (cf., Hoek,

2006; Keski-Rahkonen, Hoek, Susser, Linna, Sihvola, Raevuori, Bulik, Kaprio & Rissanen, 2007). Hoek (2006), numa recente revisão da literatura sobre a incidência das perturbações do comportamento alimentar, sistematizou os principais resultados obtidos até então. Assim, entre 1935-1989 em Rochester, MN, USA, a incidência da anorexia nervosa foi estimada em 8.3 por 100 000 habitantes por ano. No Reino Unido foi calculada, durante o ano de 2000, em 4.7, comparativamente com 4.2 por 100 000 habitantes por ano durante 1993. Na Holanda, entre 1985-1989, a incidência da anorexia nervosa foi estimada em 7.4 por 100 000 habitantes ano; estes resultados são comparáveis com os obtidos durante 1995-1999: 7.4 (Hoek, 2002; Hoek, 2006). As taxas de incidência para a anorexia nervosa são superiores em mulheres entre os 15-19 anos de idade explicando aproximadamente 40% de todos os casos identificados. Assim, em Rochester, MN, USA, a taxa de incidência calculada foi de 74 por 100 000 pessoas ano em mulheres entre os 15-19 anos de idade (durante 1935-1989); na Suíça a incidência foi estimada em 20 por 100 000 pessoas ano em mulheres entre os 12 e os 25 anos de idade (durante 1993-1995; Hoek, 2006). Mais recentemente, num estudo realizado na Finlândia, a taxa de incidência da anorexia nervosa foi duas vezes mais elevada do que a que tem sido obtida nos estudos referidos (cf., Keski-Rahkonen, Hoek, Susser, Linna, Sihvola, Raevuori, Bulik, Kaprio & Rissanen, 2007). Assim, a taxa de incidência da anorexia nervosa em jovens entre os 15 e os 19 anos de idade foi estimada em 270 por 100 000 habitantes por ano.

No que respeita aos dados de prevalência, o padrão de avaliação adoptado para as perturbações do comportamento alimentar é o que emprega duas fases para a selecção de casos (cf. Hoek, 2006). Assim, e pelo que respeita à realidade portuguesa, Machado e colaboradores (2007) realizaram um complexo estudo a nível nacional cuja metodologia utilizada consistiu em duas fases. Assim, este estudo incluiu uma amostra comunitária representativa da população jovem portuguesa de Norte a Sul do país e apresentou os seguintes resultados: a prevalência da anorexia nervosa foi calculada em .39%; .30% para a bulimia nervosa e 2.37% para as perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação. À semelhança dos resultados obtidos em estudos realizados em contexto clínico, esta última categoria diagnóstica representa 77.4% de todos os casos de perturbações do comportamento alimentar diagnosticados na comunidade, comparativamente com 13% para a anorexia nervosa e 10% para a bulimia nervosa (para obter informação mais detalhada consultar quadro 3). Os resultados obtidos

são aproximadamente idênticos aos encontrados em estudos semelhantes noutras culturas ocidentais. A prevalência da anorexia nervosa calculada em .39% é equiparável à taxa de prevalência média obtida na Europa e América do Norte (cf., Hoek & Hoeken, 2003).

Quadro 3. Prevalência das Perturbações do Comportamento Alimentar em Portugal (Machado *et al.*, 2007).

	n(%)
Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação	48(2.37)
Anorexia Nervosa Sub-Clínica	5(.25)
Bulimia Nervosa Sub-Clínica	19(.94)
Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva	2(.10)
Anorexia Nervosa IMC>17.5	3(.15)
Uso Regular de Métodos Compensatórios	19(.94)
Anorexia Nervosa	8(.39)
Bulimia Nervosa	6(.30)
Número Total de Casos	62(3.06)

Notas: Anorexia nervosa sub-clínica - todos os critérios do DSM-IV para anorexia nervosa excepto amenorreia
 Bulimia Nervosa Sub-Clínica - todos os sintomas para bulimia nervosa estavam presentes, à excepção do critério relativo à frequência semanal que estava abaixo do proposto pelo DSM-IV
 Anorexia Nervosa IMC>17.5 - todos os critérios estavam presentes mas, apesar da perda de peso significativa, o IMC actual estava acima de 17.5
 Uso Regular de Métodos Compensatórios - uso regular de métodos compensatórios para controlo de peso inapropriados na ausência de episódios regulares de ingestão alimentar compulsiva

De igual modo, a distribuição das perturbações do comportamento alimentar em Portugal (cf. Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007) espelha, de certa forma, a realidade de outros países europeus, como é o caso do Reino Unido e da Itália (cf. Fairburn & Harrison, 2003), nos quais também se verifica uma superioridade de casos de perturbações do comportamento alimentar atípicas, seguidos pela bulimia nervosa e, em último lugar, pelos casos de anorexia nervosa. Podemos concluir, de acordo com os dados mais recentes, que aproximadamente 60% dos indivíduos diagnosticados com perturbações do comportamento alimentar não preenchem os critérios para anorexia ou bulimia nervosas mas sim para uma perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (cf., Hoek, 2006; Fairburn & Bohn, 2005; Machado *et al.*, 2007).

No sexo masculino, o número de casos diagnosticados com anorexia nervosa é bastante mais reduzido. Aliás, são poucos os estudos que informam sobre os dados de incidência da anorexia na população masculina. Da sistematização dos principais resultados obtidos nos escassos estudos existentes, Hoek (2006) conclui que a incidência da anorexia nervosa naquela população está abaixo de 1.0 por 100 000 habitantes por ano. Mais recentemente, num estudo epidemiológico nacional sobre a anorexia nervosa em gémeos do sexo masculino, foram avaliados 2122 participantes do sexo masculino (FinnTwin16 coorte). Raevuoti e colaboradores (2009) estimaram uma incidência, para a

anorexia, de 15.7 por 100 000 habitantes por ano, durante o pico etário de maior risco: dos 10 aos 24 anos de idade; a prevalência foi calculada em .24% (cf., Raevuori, Hoek, Susser, Kaprio, Rissanen & Keski-Rahkonen, 2009).

Poucos são os estudos epidemiológicos realizados sobre as perturbações do comportamento alimentar fora dos países Ocidentais e os resultados obtidos nos escassos estudos conduzidos, acabaram por apresentar resultados contraditórios (cf., Hoek, 2006). Um interessante estudo realizado na ilha de Curaçao (Caraíbas), por Hoek e colaboradores (2005), permitiu retirar importantes conclusões sobre o papel das sociedades que atravessam mudanças socioeconômicas e as minorias étnicas. Assim, as taxas de incidência calculadas para a anorexia nervosa entre 1995-1998 foram de 1.82 na população total e 17.48 para o grupo de mulheres entre os 15-24 anos de idade; nenhum caso foi encontrado na maioria da população negra. Já na população branca e mestiça a incidência da anorexia nervosa foi de 9.08 por 100 000 habitantes por ano; este último resultado é semelhante à incidência calculada para os EUA e Europa. De acordo com o autor, no geral os resultados são consistentes com os obtidos no estudo de prevalência realizado nos EUA, no qual também não foram identificados casos de anorexia nervosa nas mulheres negras, contrastando com a taxa de prevalência de 1.5% de anorexia nervosa nas mulheres brancas ao longo da vida; a bulimia nervosa e a perturbação de ingestão alimentar compulsiva ocorrem frequentemente nas mulheres negras, mas também podem ser mais comum nas brancas.

1.5. COMORBILIDADE

Características depressivas e de ansiedade são comuns nas perturbações do comportamento alimentar, fazendo que a presença concomitante de depressão e ansiedade nos quadros de anorexia e bulimia nervosas seja muitas vezes referida pelos clínicos (e.g., Bulik, 2002; Bulik, Landt, van Furth & Sullivan, 2007; Chavez & Insel, 2007; Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Waller, 2008; Nishimura *et al.*, 2008; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, 2004; Walsh *et al.*, 2005; Wonderlich, Joiner Jr., Kell, Williamson & Crosby, 2007). De acordo com os resultados obtidos muito recentemente por Wentz e colaboradores (2009), no estudo prospectivo com uma amostra comunitária de 51 anorécticas com idade de início da perturbação durante a adolescência (M=14 anos

de idade) e 51 participantes do grupo de controlo normal emparelhados individualmente, os autores concluíram que 39% das participantes com anorexia cumpria os critérios de diagnóstico para, pelos menos, outra perturbação psiquiátrica; uma em cada cinco tinha uma perturbação de humor (cf., Wentz, Gilberg, Anckarsater, Gilberg & Rastam, 2009).

Segundo Fairburn (2008), traços depressivos são mais comuns entre os pacientes que têm episódios de ingestão alimentar compulsiva, enquanto traços de ansiedade são mais característicos dos pacientes que têm elevados níveis de restrição alimentar; nos pacientes com baixo peso, os traços obsessivos tendem a ser proeminentes e, em parte, são consequência daquele estado. Segundo o autor, a auto-mutilação (os cortes em particular) e o abuso de substâncias (especialmente o consumo excessivo de álcool), apesar de mais comuns nos pacientes com episódios de ingestão alimentar compulsiva, também têm sido registadas nas diferentes perturbações do comportamento alimentar (cf. Wilson, 2002). De acordo com algumas referências, 50% dos sujeitos com uma perturbação do comportamento alimentar abusa ou é dependente do álcool ou de uma substância ilícita, comparativamente com aproximadamente 9% da população geral; dos sujeitos com uma perturbação pela utilização de substâncias, mais de 35% relata algum tipo de perturbação alimentar (cf., Holderness, Brooks-Gunn & Warren, 1994; *The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University*, 2003).

Fairburn, Cooper e Waller (2008) consideram existirem algumas características da depressão passíveis de serem esperadas nos pacientes com perturbações alimentares. Por exemplo, argumentam que, sendo a baixa auto-estima comum entre estes pacientes, é de esperar que o pensamento auto-crítico seja neles habitual. Também salientam que o humor deprimido, problemas de concentração, diminuição da energia, problemas de sono, diminuição da libido, aumento da obsessão, características estas que podem ser sugestivas de uma depressão clínica, são esperadas nos pacientes com índice de massa corporal baixo. Um pouco à semelhança do que sucede com os episódios de ingestão alimentar compulsiva que provocam frequentemente sentimentos de vergonha, culpa, humor deprimido e auto-crítica. Consideram igualmente que a restrição alimentar continuada pode resultar em irritabilidade e concentração perturbada, ambas características da depressão clínica. Por último, salientam que o funcionamento pessoal perturbado, resultado tão comum de uma perturbação do comportamento alimentar, pode levar a que os pacientes se sintam inúteis e sem valor, sentimentos estes que também podem ser sugestivos de uma depressão.

As perturbações de ansiedade mais comuns entre os pacientes com anorexia e bulimia nervosas são a perturbação obsessivo-compulsiva (cf., Altman & Shankman, 2009), a fobia social e a fobia específica e muitos estudos mostraram que na maioria das situações o início das perturbações de ansiedade precedia o início da anorexia ou bulimia (cf., Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, 2004). Aliás, este resultado foi replicado recentemente por Kaye e colaboradores (2004) num estudo conduzido com 672 participantes: 97 com diagnóstico de anorexia nervosa, 282 com bulimia nervosa e 293 com anorexia e bulimia nervosas simultaneamente. Os autores concluíram que: (1) cerca de 2/3 dos participantes com perturbações do comportamento alimentar tiveram uma ou mais perturbações de ansiedade ao longo da vida; (2) as perturbações de ansiedade mais comuns foram a perturbação obsessivo-compulsiva e a fobia social; (3) a maioria dos participantes evidenciou o início da perturbação obsessivo-compulsiva, fobia social e perturbação de ansiedade generalizada durante a infância, antes do início das perturbações do comportamento alimentar; (4) a presença de perturbações de ansiedade em geral e da perturbação obsessivo-compulsiva em particular é muito superior nos sujeitos com anorexia nervosa e bulimia nervosa do que no grupo de controlo da comunidade. O facto de as perturbações de ansiedade terem o seu início habitualmente na infância, antes do desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar, levou os autores a avançarem a hipótese de que aquelas perturbações podem constituir-se como um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosas.

Quanto à relação entre a perturbação obsessivo-compulsiva e as perturbações do comportamento alimentar, esta ligação foi recentemente revista por Altman e Shankman (2009). Os autores sintetizam as principais conclusões de acordo com a natureza dos estudos revistos. Assim, e de acordo com a revisão dos estudos longitudinais, parece que a comorbilidade entre a perturbação obsessivo-compulsiva e as perturbações do comportamento alimentar não é devida ao acaso nem tão pouco ao viés da amostragem. Quanto ao contributo dos estudos longitudinais, a sua grande maioria apoia o modelo da comorbilidade assente na relação etiológica que poderá existir entre as duas classes de perturbações. Esta relação tanto defende a comorbilidade enquanto expressão alternada ou diferentes fases da mesma perturbação subjacente, como considera a perturbação obsessivo-compulsiva enquanto factor de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Esta última constatação também foi apoiada pela revisão

dos resultados obtidos nos estudos da família, que também suportam uma relação etiológica entre a perturbação obsessivo-compulsiva e as perturbações alimentares. É importante notar que os estudos com sujeitos da comunidade apoiam uma maior prevalência para a comorbilidade entre bulimia nervosa/perturbação obsessivo-compulsiva, ao passo que os estudos com populações clínicas suportam taxas superiores para a comorbilidade entre anorexia nervosa/perturbação obsessivo-compulsiva (cf., Altman & Shankman, 2009).

Conceptualmente, Bulik (2002) considera que, de entre os modelos explicativos para a comorbilidade, cinco são particularmente plausíveis na explicação que oferecem acerca da relação entre estas perturbações. O primeiro modelo considera que a depressão e a ansiedade são consequência das perturbações alimentares; pelo contrário, o segundo modelo postula que as perturbações alimentares são sequela das perturbações de humor ou ansiedade; por sua vez, o terceiro modelo defende que as perturbações alimentares são expressão de uma perturbação depressiva ou ansiosa latente; no quarto modelo, as perturbações alimentares, de ansiedade ou afectivas não passam de diferentes expressões de uma mesma causa subjacente (e.g., neuroticismo ou perturbação neuroendócrina); finalmente, o quinto modelo aceita que, enquanto as perturbações alimentares, afectivas e de ansiedade são um conjunto único de constelações de sintomas, podem partilhar alguns factores etiológicos entre si.

Parece que a natureza da relação entre a depressão e as perturbações do comportamento alimentar é fonte de controvérsia. Para alguns, as perturbações alimentares não deixam de ser variantes depressivas (e.g., Pope & Hudson, 1988), para outros a depressão pode ser um factor predisponente no desenvolvimento das perturbações alimentares (Cooper & Fairburn, 1986; Strober & Katz, 1988). Cooper (1995), por sua vez, admite que a depressão é uma consequência das perturbações alimentares e apoia esta tomada de posição nos seguintes dados: (1) a depressão raramente precede o início da perturbação do comportamento alimentar; (2) a depressão não aparece em todos os tipos de perturbações alimentares (é mais comum nas variantes bulímicas e associa-se ao sentimento de perda de controlo e efeitos secundários da própria patologia alimentar); (3) os sintomas depressivos são muito prevalentes nas fases agudas da perturbação, mas pouco frequentes na fase de remissão; (4) os sintomas depressivos presentes nas perturbações do comportamento alimentar são diferentes dos presentes no quadro clínico da depressão *major*; (5) enquanto a elevada prevalência de

perturbações depressivas em familiares de pacientes com perturbações do comportamento alimentar sugere uma transmissão familiar da vulnerabilidade para perturbações de humor, a ausência de prevalência significativa de perturbações alimentares entre familiares com perturbações depressivas contraria a perspectiva de uma patogénese comum entre estas patologias. Mais recentemente, Nishimura e colaboradores (2008) avançaram a hipótese de a sintomatologia depressiva poder ser causada pela ingestão alimentar compulsiva e o vômito auto-induzido.

Alguns dos indicadores que facilitam a distinção entre as perturbações do comportamento alimentar como uma entidade clínica distinta e as perturbações comórbidas referidas são: (1) o facto das perturbações do comportamento alimentar mostrarem um curso de evolução mais longo e demorado comparativamente com as perturbações de humor e ansiedade; (2) os estudos sobre a história familiar não encontrarem evidências que suportem a etiologia partilhada entre as perturbações do comportamento alimentar e as perturbações do humor, ansiedade e abuso de substâncias (cf. Wonderlich, Joiner Jr., Kell, Williamson & Crosby, 2007). Concluem os autores que as perturbações do comportamento alimentar e as outras formas de psicopatologia são mais bem perspectivadas como entidades independentes que talvez partilhem factores de risco.

Quanto ao padrão de comorbilidade existente entre as perturbações do comportamento alimentar e o abuso de substâncias, Root e colaboradores (2010) publicaram, muito recentemente, um importante estudo que avança conclusões bastante consistentes a este respeito (cf, Root *et al.*, 2010). O estudo foi realizado com 13 297 mulheres do *Swedish Twin Registry* e o abuso de substâncias foi investigado através de 4 grupos de perturbações do comportamento alimentar: anorexia nervosa (n=378; 3%), bulimia nervosa (n=267; 2%), bulimia e anorexia (n=95; 1%) e perturbação de ingestão alimentar compulsiva (n=49; <1%). Os autores chegaram a 3 importantes conclusões: (1) a prevalência do uso de substâncias é superior em todos os grupos de perturbações alimentares estudados, comparativamente com os respectivos controlos; (2) ao contrário de outros estudos (e.g., Azengruber *et al.*, 2006), a utilização de tabaco pelas mulheres com perturbações alimentares não é superior comparativamente com as participantes do grupo de controlo; (3) a constatação de que as mulheres com anorexia nervosa referem elevados comportamentos de consumo de substâncias, desafiando a ideia de que o uso

de substâncias não era comum naquelas mulheres e que estaria limitado aos sub-tipos ingestão alimentar compulsiva/purgativo da anorexia nervosa (e.g., Herzog *et al.*, 2006).

Fairburn, Cooper e Waller (2008), propõem três questões centrais no esclarecimento sobre as características que podem sugerir a co-existência de outras perturbações do eixo I como a depressão, perturbações de ansiedade ou abuso de substâncias: (1) As características da perturbação co-existente são atribuíveis à perturbação do comportamento alimentar ou consequência desta? (2) As características da perturbação co-existente interferem com o tratamento bem sucedido da perturbação do comportamento alimentar? e (3) As características da perturbação co-existente são susceptíveis de desaparecer se a perturbação do comportamento alimentar for tratada com sucesso? Ao contrário do que se passa com as perturbações de ansiedade e o abuso de substâncias, que, de acordo com os autores, podem co-existir com as perturbações do comportamento alimentar sem que tenham grande interferência com o tratamento, o mesmo não se pode dizer em relação à co-existência de depressão clínica. Fairburn e colaboradores (2008) entendem que existe uma proporção substancial de pacientes com perturbações alimentares que têm, simultaneamente, uma depressão clínica que requer tratamento autónomo. Avançam algumas características passíveis de distinguir uma depressão menos comum nos pacientes com perturbações alimentares e, neste caso, sugestivas de uma depressão clínica concomitante, como sejam: (1) intensificação recente da sintomatologia depressiva na ausência de qualquer alteração da perturbação alimentar ou das circunstâncias do paciente, (2) pensamento negativo, universal e extremo, aumentado, (3) diminuição dos interesses e do envolvimento com os outros, (4) diminuição da energia, e capacidade para a tomada de decisões perturbada e (5) choro fácil, aparência pessoal e hábitos de higiene negligenciados, actividades do dia-a-dia negligenciadas, início tardio da perturbação do comportamento alimentar, entre outras.

Em relação à anorexia em particular, os dados de investigação têm sustentado a ideia de que, em relação àquela perturbação e à depressão, se verifica que a primeira pode anteceder a segunda e vice versa, e que os familiares dos pacientes com anorexia nervosa, comparativamente com os familiares de controlos saudáveis, estão em risco significativo de desenvolvimento de depressão major (cf. Bulik, 2002). Os estudos também têm sugerido que a depressão major é a perturbação psiquiátrica mais comórbida em mulheres com anorexia nervosa e que as duas perturbações podem ser influenciadas

por factores genéticos partilhados. Num estudo desenvolvido na Alemanha, 15% do grupo de anorexia, tipo restritivo, tinham história de depressão *major*, passando para 46% no grupo dos pacientes tipo purgativo e pacientes com bulimia nervosa (Bulik, 2002). Estes estudos devem ser interpretados com as devidas reservas dado envolverem pacientes que estão em tratamento (Cooper, 1995). Este autor defende que os sintomas depressivos manifestados pelos pacientes com anorexia nervosa são, na grande maioria, secundários relativamente à inanição. Defende a mesma posição em relação aos sintomas de ansiedade que possam também surgir no desenrolar daquela patologia dado aqueles sintomas, como acontece com os da depressão, desaparecerem como consequência da recuperação da anorexia nervosa.

Quanto à comorbilidade com as perturbações de personalidade, a sua avaliação nos pacientes com perturbações do comportamento alimentar é muito complicada já que a sintomatologia alimentar afecta directamente características importantes da personalidade. De acordo com Fairburn, Cooper e Waller (2008), os pacientes com comportamentos de auto-flagelação e abuso de substâncias são muitas vezes diagnosticados com perturbação de personalidade estado-limite. Já os pacientes com perfeccionismo clínico são frequentemente avaliados como tendo uma perturbação obsessivo-compulsiva de personalidade e os pacientes com baixa auto-estima recebem, por vezes, o diagnóstico de perturbação de personalidade evitante ou dependente.

Aliás, e como salientam Cassin e von Ranson (2005) na revisão da literatura que realizaram a respeito da personalidade e perturbações do comportamento alimentar, os estudos que têm surgido a este respeito são predominantemente correlacionais e transversais, surgindo a necessidade de estudos prospectivos que clarifiquem a relação temporal entre as perturbações alimentares e os traços ou perturbações de personalidade. Também reflectem sobre a necessidade de estudos que examinem os traços e as perturbações de personalidade em amostras superiores de indivíduos que tenham recuperado de uma perturbação alimentar.

Sistematizando, existe alguma evidência que apoia determinadas variáveis da personalidade (e.g., níveis elevados de obsessionalidade, restrição e perfeccionismo) como estando estreitamente relacionadas com a anorexia nervosa, podendo inclusivamente representar factores de risco associados à família. Do mesmo modo, também parece estar devidamente esclarecido que determinadas variáveis da personalidade são consequência da própria anorexia, ao passo que outras podem

influenciar o curso desta perturbação, do mesmo modo que qualquer característica pode actuar como predisponente, complicação secundária, causa comum ou modeladora da anorexia nervosa (neste caso, e de acordo com os autores, assumindo assim uma significância patoplástica / *pathoplastic*; cf., Wonderlich, Lilenfeld, Riso, Engel & Mitchell, 2005).

Mais recentemente, Vrabel, Ro, Martinsen, Hoffart e Rosenvinge (2010) conduziram um estudo prospectivo que avaliou 74 pacientes com perturbações do comportamento alimentar através da Entrevista Clínica Estruturada de Diagnóstico das Perturbações Mentais do DSM-IV, Eixo II (SCID-II). A avaliação foi conduzida ao longo de 4 momentos: internamento e seguimento durante o 1º, 2º e 5º anos. No momento da admissão, 18% das pacientes tinham o diagnóstico de anorexia nervosa, 50% de bulimia nervosa e 32% de perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação. Os resultados indicaram que, durante o internamento, 78% (n=58) dos pacientes tinham uma ou mais perturbações de personalidade; ao fim de 5 anos, o número reduziu-se para 43% (n=32). As perturbações de personalidade mais frequentes durante todos os momentos de avaliação foram a perturbação de personalidade (PP) evitante, a PP obsessivo-compulsiva, a PP estado-limite e a PP paranóide. A PP estado-limite foi significativamente mais frequente no grupo de pacientes com bulimia nervosa durante o 1º e o 2º ano de seguimento; a PP obsessivo-compulsiva foi significativamente mais frequente no grupo de pacientes com anorexia nervosa durante o 2º ano. A principal conclusão que os autores tiraram do estudo foi relativa à alteração sintomática ao nível das perturbações de personalidade que se verifica no decorrer do tratamento focalizado na sintomatologia alimentar. Tal, reforça a necessidade de focalizar o tratamento nos sintomas alimentares e não nos traços de personalidade já que estes parecem mudar no decorrer do próprio tratamento dirigido às perturbações alimentares. Ora, os autores argumentam que, uma vez que as melhorias ao nível da sintomatologia do comportamento alimentar precedem as modificações ao nível das perturbações de personalidade, estas podem ser consideradas como consequência parcial da sintomatologia em geral e dos próprios sintomas das perturbações do comportamento alimentar.

Em síntese, a anorexia nervosa foi a primeira perturbação do comportamento alimentar a ser referida pelos clínicos e a fazer reunir esforços no sentido de se desenvolverem critérios de diagnóstico consistentes e consensuais. Actualmente, a

comunidade científica discute os critérios vigentes e veiculados pelo DSM-IV-TR e antecipam-se algumas propostas de alteração na edição, de 2012, do DSM-5. Contudo, os sintomas principais mantêm-se, propondo-se o seguinte: (1) a assumpção de que existe uma restrição alimentar responsável pela perda de peso ou pela manutenção de um peso baixo (sempre inferior a 85% do previsto), (2) não ser necessário existir medo intenso de ganhar peso, contemplando a possibilidade de o indivíduo poder antes manifestar um comportamento persistente no sentido de evitar o aumento de peso (em ambas as situações o peso mantém-se insuficiente) e (3) que os sub-tipos de diagnóstico definam a existência de uma janela temporal de 3 meses no que respeita à presença ou ausência recorrente de ingestão compulsiva – comportamento purgativo. Deixaria, contudo, de existir, como critério de diagnóstico, a presença de amenorreia.

Assim, e ao longo dos tempos, os sintomas que melhor caracterizam a anorexia nervosa têm-se mantido, apesar de as suas características psicopatológicas essenciais a aproximarem do que se entende por bulimia nervosa. Estas características são (1) sobrevalorização do peso e forma corporais e competência no seu controlo; (2) restrição alimentar; (3) prática de exercício físico excessivo; (4) episódios de ingestão alimentar compulsiva; (5) utilização de métodos purgativos. Em última análise, parece que, na anorexia nervosa, a procura sistemática e determinada no sentido de perder peso, que é bem sucedida e, em consequência, o alcance de um baixo peso é o factor que melhor a distingue das restantes perturbações do comportamento alimentar (bulimia nervosa e perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação). Por sua vez, esta perda de peso resulta, em primeiro lugar, de uma severa e selectiva restrição alimentar. As características psicopatológicas comuns entre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa podem justificar a considerável migração que se verifica entre ambas as nosologias, no sentido de a anorexia poder evoluir, mais tarde, para o quadro de bulimia nervosa. Assim, é o sub-tipo de diagnóstico ingestão alimentar compulsiva / purgativo da anorexia nervosa que está mais sujeito a este movimento.

Aliás, e como tivemos oportunidade de referir, a validade e utilidade dos sub-tipos de diagnóstico da anorexia nervosa foram, muito recentemente, postas em causa através do estudo desenvolvido por Peat e colaboradores (2009) corroborando-se a evolução de anorexia nervosa tipo restritivo para a anorexia nervosa tipo ingestão compulsiva-purgativo e, desta, para a bulimia nervosa. Apesar do referido, tal dinâmica não põe em causa a anorexia nervosa enquanto entidade diagnóstica distinta de uma das

perturbações do comportamento alimentar existentes, o que é reforçado pelo facto de estas perturbações frequentemente não evoluírem para outras perturbações psicopatológicas. Os critérios de diagnóstico vigentes e veiculados pelo DSM-IV também têm sido alvo de debate, existindo propostas concretas sobre as vantagens e desvantagens de serem adoptadas categorias mais amplas, não só para o diagnóstico de anorexia nervosa, como para o diagnóstico das restantes perturbações do comportamento alimentar (e.g., Walsh & Sysko, 2009). Pelo que diz respeito aos sintomas menos consensuais ou mais debatidos pela comunidade científica constam a amenorreia, a restrição alimentar, o medo intenso de ganhar peso, e a frequência dos sintomas que definem os sub-tipos de diagnóstico para a anorexia nervosa. Por sua vez, todos eles estão actualmente a ser considerados, nas propostas de revisão contempladas pela equipa do DSM-5, responsável pelas perturbações do comportamento alimentar.

Quanto à comorbilidade, a anorexia nervosa, à semelhança das restantes perturbações do comportamento alimentar, co-ocorre frequentemente com outras psicopatologias como a depressão, a ansiedade, os traços obsessivos e o abuso de substâncias. Parece que os traços depressivos são mais comuns entre os pacientes que têm episódios de ingestão alimentar compulsiva, enquanto os traços de ansiedade são mais característicos nos pacientes que têm elevados níveis de restrição alimentar; os traços obsessivos tendem a ser mais acentuados nos pacientes com baixo peso. Tendencialmente, a auto-mutilação e o abuso de substâncias têm sido sobretudo descritos nos pacientes com episódios de ingestão alimentar compulsiva, apesar de, muito recentemente, se ter verificado que as mulheres com anorexia nervosa referem elevados comportamentos de consumo de substâncias, independentemente do sub-tipo de diagnóstico (cf. Root *et al.*, 2010). As perturbações de ansiedade mais comuns entre os pacientes com anorexia e bulimia nervosas são a perturbação obsessivo-compulsiva, fobia social e fobia específica. Assim, e enquanto a depressão tem sido explicada quase como condição secundária da própria perturbação do comportamento alimentar, as perturbações de ansiedade têm-no sido como quadros clínicos que, muitas vezes, podem preceder o início das perturbações do comportamento alimentar.

Já as perturbações de personalidade mais frequentes são a perturbação de personalidade evitante, a perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva, a perturbação de personalidade estado-limite e a perturbação de personalidade paranóide; a perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva tem sido descrita como sendo mais

frequente nas pacientes com anorexia nervosa. Muito recentemente concluiu-se que os tratamentos focalizados na sintomatologia alimentar produzem alterações sintomáticas ao nível das perturbações de personalidade, sustentando-se que, uma vez que as melhorias ao nível da sintomatologia do comportamento alimentar precedem as modificações ao nível das perturbações de personalidade, estas podem ser consideradas como consequência parcial da sintomatologia em geral e dos próprios sintomas das perturbações do comportamento alimentar (cf., Vrabel *et al.*, 2010).

Por último, e quanto aos dados de incidência e prevalência, estes sugerem que a anorexia nervosa é uma perturbação rara e sujeita a uma distribuição não aleatória na população, já que é mais comum nas mulheres jovens, nas sociedades ocidentais e industrializadas e em determinadas profissões específicas em que existe uma pressão para a magreza. Em Portugal, os dados de prevalência encontrados através da realização de um estudo epidemiológico em duas fases são congruentes com os que, noutros países, têm sido apontados há já alguns anos.

FACTORES DE RISCO

2. FACTORES DE RISCO NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

A identificação de factores de risco associados ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar e, da anorexia nervosa em particular, torna-se um desafio, já que a baixa incidência destas perturbações dificulta a realização de estudos longitudinais prospectivos com uma extensão suficiente (Attia & Walsh, 2007). Não obstante, estas perturbações posicionam-se entre as 10 principais causas de incapacidade em mulheres jovens sendo, entre todas as perturbações mentais, a anorexia nervosa que apresenta a maior taxa de mortalidade (Attia & Walsh, 2007; Bulik, Landt, van Furth & Sullivan, 2007).

De acordo com Striegel-Moore e Bulik (2007), estes indicadores, de preocupante significância clínica, justificam os esforços para a identificação de factores de risco para as perturbações do comportamento alimentar por, pelo menos, quatro razões críticas. Primeiro, a identificação de mecanismos causais pode contribuir para a compreensão do que faz algumas pessoas desenvolverem aquelas perturbações e outras não, diminuindo o estigma associado ao desenvolvimento de perturbações mentais. Segundo, a classificação actual das perturbações do comportamento alimentar, veiculada pelo DSM-IV, baseia-se unicamente em constelações de sinais ou sintomas observados. Pelos motivos já expostos no primeiro capítulo, os critérios propostos para estas perturbações são, na actualidade, alvo de um aceso debate. Como terceiro motivo, as autoras apontam um melhor tratamento associado ao conhecimento das causas de uma perturbação. A quarta e última razão, atribui uma grande importância à identificação dos factores de risco na determinação de grupos de alto risco alvo de intervenções específicas, possibilitando a conceptualização de programas com conteúdos de prevenção e informando as medidas políticas, como por exemplo a criação de legislação proibitiva acerca da publicidade enganosa muitas vezes veiculada pela indústria das dietas alimentares (cf., Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Foi durante os últimos 12 anos que a definição de factor de risco se tornou mais precisa e a este respeito os artigos de Kazdin e Kraemer foram cruciais (Kazdin, Kessler, Kupfer & Offord, 1997; Kraemer *et al.*, 1997). Por definição, entende-se como factor de risco o factor que está associado a uma perturbação, podendo manter com esta uma ligação causal (cf., Schmidt, 2002). Assim, um factor de risco pode ser entendido como

uma variável que se mostrou predizer prospectivamente um resultado patológico subsequente (Stice, 2001, 2002). Mais pormenorizadamente e de acordo com Striegel-Moore e Bulik (2007), um factor de risco é uma característica, acontecimento ou experiência que precede o início de um resultado de interesse, neste caso, de uma perturbação do comportamento alimentar e, se presente, está associado ao aumento da probabilidade (risco) de um determinado resultado sobre os resultados obtidos na população em geral (não exposta). Deste modo, subjacente ao conceito de factor de risco está a capacidade que aquele factor tem de dividir a população em dois grupos: grupo de alto risco e grupo de baixo risco, devendo ser superior no primeiro grupo a probabilidade de obter um determinado resultado (cf., Jacobi, Hayward, Zwaan & Agras, 2004).

Ainda no que respeita à terminologia relativa à definição de factor de risco, podem ser consideradas várias tipologias de factores de risco que passaremos a mencionar: “correlato” – quando a associação entre um potencial factor de risco e um resultado é estatisticamente significativa; “factor de risco” – quando pode ser demonstrado que o correlato precede o resultado; “factor de risco variável” – factor que pode alterar-se espontaneamente (e.g., idade, peso) ou que pode ser modificável através de intervenção (e.g., medicação, psicoterapia); “marcador fixo” – quando o factor de risco não se altera ou não é modificável (e.g., etnia, género, ano de nascimento); “factor de risco causal” – quando um factor de risco variável é manipulado, alterando-se o risco em relação à obtenção de um resultado (e.g., início de uma perturbação); “marcador variável” – quando a manipulação de um factor de risco variável não produz a alteração para o risco de obtenção de um determinado resultado (Jacobi *et al.*, 2004). De acordo com Jacobi e colaboradores (2004), os estudos transversais são capazes de identificar correlatos e marcadores fixos; os estudos longitudinais são capazes de identificar factores de risco e factores de risco variáveis; e os ensaios clínicos randomizados podem identificar tanto marcadores variáveis como factores de risco causais. Os autores também classificam os estudos dedicados à investigação dos factores de risco em duas categorias. A primeira, que designam por estudos de risco preliminares, contempla diferentes tipos de estudos transversais (estudos epidemiológicos baseados na população, estudos transversais e estudos retrospectivos casos-controlo e estudos da família ou da história familiar). Apelidam a segunda categoria de estudos de risco definitivos e englobam a identificação de genes ou marcadores genéticos e os estudos longitudinais.

Assim, e uma vez considerada a terminologia e a metodologia características das investigações sobre os factores de risco, parece caber à investigação longitudinal prospectiva a capacidade para interpretar inequivocamente a direcção dos efeitos entre as variáveis já que nos estudos transversais pode não ser possível diferenciar um factor de risco de um factor concomitante ou consequente da perturbação (Stice, 2001, 2002). De acordo com o autor, os estudos experimentais que manipulam potenciais factores de risco também podem ser considerados, uma vez que, não só documentam a direcção da variável, como excluem explicações sobre o efeito de terceiras variáveis.

Idealmente, e para que a causalidade possa ser inferida, Striegel-Moore e Bulik (2007), apontam 3 exigências: (1) é necessário que seja mostrado que a associação entre o factor de risco e o resultado não é influenciado por variáveis parasitas, (2) os resultados devem ser replicáveis e (3) a existência de explicações convincentes para os processos que medeiam a relação entre o factor hipotetizado e o resultado obtido. Na opinião das autoras, nenhum estudo consegue abranger todos estes requisitos, o que implica que a investigação sobre os factores de risco envolva juntar as peças do *puzzle* resultantes de múltiplos estudos que utilizam uma série de procedimentos e métodos.

Deste modo, provas que suportem a ligação de causalidade entre um factor de risco e uma perturbação estipulam (1) que o factor que precede a perturbação tenha sido estudado; (2) a presença repetida do mesmo factor de risco em múltiplos estudos de factores de risco; (3) que o factor de risco esteja associado com apenas uma perturbação; (4) a constatação de que uma intervenção experimental que elimine o factor de risco também elimine a perturbação (cf. Schmidt, 2002). Ora, muitos dos estudos sobre perturbações do comportamento alimentar, especialmente os que adoptam metodologias transversais, violam este primeiro pressuposto em matéria de precedência temporal, uma vez que, e apesar de pretenderem identificar factores de risco, não são capazes de identificar o que acontece primeiro – se o eventual factor de risco, se a perturbação do comportamento alimentar. Para cumprir aquele requisito, é necessário estipular a data de início do factor de risco e a data de início da perturbação do comportamento alimentar; apesar de poder não ser complicado estipular quando um indivíduo desenvolveu uma perturbação de severidade clínica, perceber se houve precedência de sintomas sub-clínicos e datá-los pode ser bastante difícil.

Sistematizando, e de acordo com Schmidt (2002), os principais tipos de estudos utilizados na investigação dos factores de risco são os estudos transversais com casos-

controlo e os estudos longitudinais prospectivos com coortes, reunindo ambos importantes vantagens e desvantagens que os caracterizam. Assim, a principal vantagem dos estudos casos-controlo é o facto de estes serem valiosos quando a condição estudada é rara, tal como acontece com a anorexia nervosa. A maior desvantagem prende-se com os potenciais vieses associados à comparação de casos clínicos e controlos; o viés, associado à recordação sobre informação retrospectiva, é um problema bastante comum que pode ser reduzido substancialmente pela utilização de entrevistas clínicas semi-estruturadas. Como o autor salienta, estas entrevistas ajudam os pacientes a recordar informação auto-biográfica relacionada com marcos temporais (e.g., entrada na escola, mudança de casa) e investiga aprofundadamente múltiplos factores que permitem obter uma descrição detalhada, encorajando o paciente a fornecer vários exemplos sobre os fenómenos descritos. De acordo com Schmidt (2002), os estudos casos-controlo de referência que adoptaram a utilização de entrevistas clínicas semi-estruturadas são o estudo sueco realizado por Gilberg e Rastam (1998) e o que foi realizado em Oxford por Fairburn e colaboradores (1997, 1998, 1999). Já os estudos de coorte prospectivos, apesar de permitirem um controlo bastante cuidadoso sobre a natureza e qualidade da informação recolhida, não se ajustam a problemáticas de maior raridade pois necessitam de grandes amostras e pode ser preciso muito tempo para detectar associações entre determinados factores de risco e o início da problemática (que, por sua vez, pode surgir passados muitos anos).

Apesar de tudo, têm sido identificados numerosos factores como estando implicados no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar. No entanto, os resultados que têm sido obtidos através dos diversos estudos revelam-se de difícil interpretação. Algumas das críticas dirigidas aos estudos realizados são: (1) a maioria das investigações foca-se num número restrito de potenciais factores de risco; (2) grande parte das amostras são recrutadas em clínicas especializadas; (3) são poucos os estudos que contemplam grupos de controlo com outras perturbações psiquiátricas e grupos de controlo com outras perturbações do comportamento alimentar (cf., Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997).

Os factores de risco para as perturbações do comportamento alimentar têm sido agrupados em 3 grandes categorias: factores de risco individuais (que podem incluir os factores psicológicos, os factores comportamentais, os acontecimentos de vida adversos, os factores desenvolvimentais e os factores biológicos), factores de risco familiares e

factores de risco socioculturais (e.g., Halmi, 2005; Jacobi *et al.*, 2004; Polivy & Herman, 2002; Schmidt, 2002). São vários os factores de risco individuais que têm sido propostos pela literatura; estes abrangem a baixa auto-estima, o perfeccionismo, o afecto negativo, as perturbações de humor, as perturbações de ansiedade, o abuso de substâncias, o estilo de vinculação inseguro, a insatisfação com a imagem corporal, a dieta e a alimentação restritiva, o abuso sexual, físico e outros acontecimentos de vida stressantes ou adversos, a adolescência, a obesidade pré-morbida e o índice de massa corporal elevado, a alimentação e problemas alimentares na infância, o gozo e críticas acerca do peso e forma corporais, a puberdade precoce, as perturbações de ansiedade na infância, os factores genéticos, neurotransmissores e outros factores biológicos. No que respeita aos factores de risco de natureza familiar, estes incluem a obesidade parental, a psicopatologia parental e a dinâmica familiar. Finalmente, e quanto aos factores de risco socioculturais, a literatura tem realçado o género, a etnia, o nível sócio-económico, os contextos profissionais e/ou desportivos, associados ao controlo de peso, a orientação sexual e o papel dos meios de comunicação social.

Como tivemos oportunidade de referir, e considerando as perturbações do comportamento alimentar no seu todo, apesar da literatura apontar um grande conjunto de potenciais factores de risco associados ao seu desenvolvimento, se admitirmos apenas os resultados que têm sido corroborados por estudos longitudinais prospectivos, neste caso revistos por Stice, Shaw e Marti (2007), os autores admitem, como factores de risco, empiricamente demonstrados, apenas os seguintes: (1) pressão para a magreza percebida pelos familiares, pares e comunicação social; (2) internalização do ideal de magreza veiculado pelas mulheres da cultura ocidental; (3) índice de massa corporal; 4) insatisfação com a imagem corporal; 5) afecto negativo.

No que respeita à anorexia nervosa, e como tem sido salientado por alguns autores, esta afecta menos de 1% da população, o que implica que as investigações sobre os factores de risco, de natureza longitudinal e baseadas na população, encontrem apenas um número reduzidíssimo de casos. Assim, e admitindo uma etiologia heterogénea subjacente à anorexia nervosa, a identificação de um reduzido número de casos que reflectam uma multiplicidade de factores etiológicos vai tornar particularmente difícil encontrar factores de risco replicáveis (cf., Bulik, Reba, Siega-Riz & Reichborn-Kjennerud, 2005; Bulik *et al.*, 2006). Os autores apontam algumas características dos estudos sobre os factores de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa que

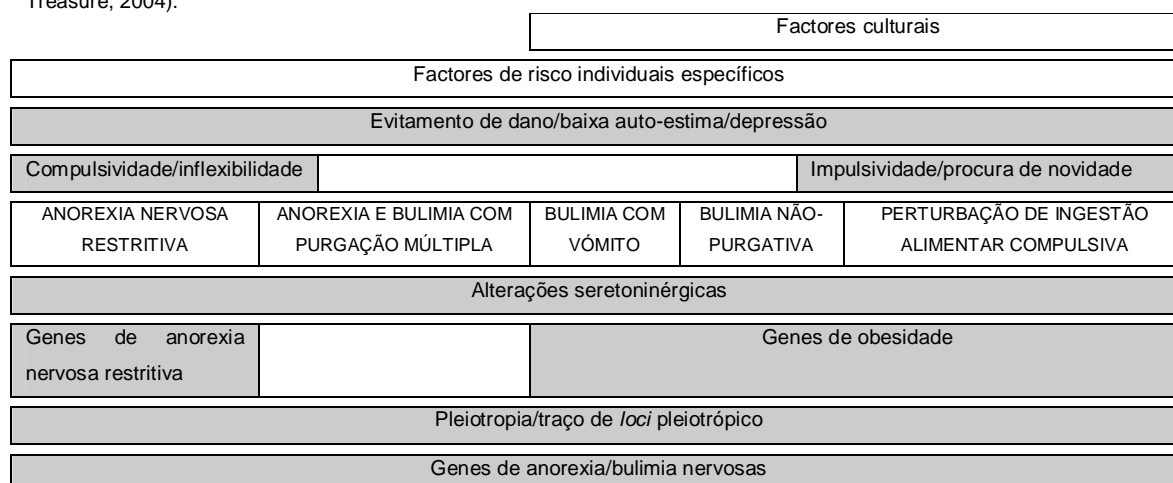
fazem com que os resultados que têm sido obtidos até então devam ser considerados como moderados: (1) existem muito poucos estudos longitudinais nos quais tenha sido detectado um número suficiente de casos que, por sua vez, permitam a identificação de factores de risco; (2) na anorexia nervosa em particular é difícil distinguir entre os primeiros sintomas da perturbação e factores de risco (e.g., dieta e níveis elevados de exercício); (3) são poucos os estudos que permitem uma exploração sobre a especificidade dos factores de risco para os três tipos de perturbações alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação do comportamento alimentar sem outras especificação), bem como as variáveis comuns a mais do que um diagnóstico em casos subclínicos.

Deste modo, e no que respeita à anorexia nervosa em particular, o desafio, relativamente à identificação de factores de risco, torna-se ainda mais elevado, dada a baixa incidência da perturbação e consequente dificuldade na realização de estudos prospectivos com amostragens de tamanho suficiente. Como salientam Attia e Walsh (2007), apesar de também poder ser identificada uma variedade de potenciais factores de risco associados ao desenvolvimento de anorexia nervosa, parece que, até à data, nenhum deles foi conclusivamente demonstrado.

No que respeita à etiopatologia das perturbações do comportamento alimentar, as explicações socioculturais foram sempre predominantes (cf., Bulik, Landt, van Furth & Sullivan, 2007; Collier & Treasure, 2004). De acordo com Collier e Treasure (2004), a maior mudança de opinião a este respeito ocorreu durante os anos 90 com um conjunto de evidências empíricas concordantes provenientes de estudos de gémeos e famílias que comprovaram que aquelas perturbações têm uma componente genética. Como salientam os autores, apesar da relevância das questões socioculturais nestas perturbações, estas são mais bem conceptualizadas enquanto perturbações heterogéneas com uma complexa etiologia multifactorial que implica a interacção entre os genes e o meio ambiente, especialmente no que diz respeito aos factores sociais. Apesar de ainda não ser possível tirar conclusões sólidas sobre a contribuição exacta dos factores genéticos e ambientais nas perturbações do comportamento alimentar, é razoável aceitar que ambos os factores contribuem do mesmo modo para a perturbação. A figura 2 ilustra o consenso crescente relativo ao entendimento de que as perturbações do comportamento alimentar são perturbações complexas nas quais ambos os factores, genéticos e ambientais têm uma

componente desenvolvimental profundamente relacionada com a evolução da perturbação na idade adulta (Collier & Treasure, 2004). De acordo com os autores, os factores culturais incluem factores largamente difundidos como a dieta e atitudes culturais em relação ao peso e forma corporais; o estilo cognitivo e a personalidade seriam influenciados pelos genes e ambiente. Também sustentam que existem correlações entre os factores biológicos (e.g., funções serotoninérgicas), ambientais (e.g., experiências adversas na infância), de personalidade (e.g., impulsividade) e afecto e que todos estes factores são influenciados e mediados pelos genes.

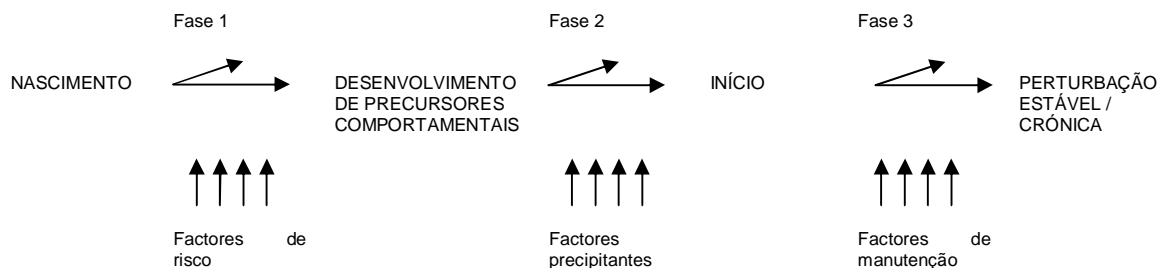
Figura 2. Estrutura empírica das perturbações do comportamento alimentar (figura traduzida e adaptada de Collier & Treasure, 2004).



Assim, e à semelhança do que caracteriza outras perturbações psiquiátricas, a etiologia das perturbações do comportamento alimentar também é considerada multifactorial - não se reconhece nenhum potencial factor etiológico que, considerado isoladamente, seja capaz de explicar o desenvolvimento da perturbação alimentar em causa ou mesmo as variabilidades observadas entre os indivíduos (Cooper, 1995). Entre esses vários factores podemos considerar os factores de risco – os que predispõem a criança ou o adolescente para o desenvolvimento de uma determinada perturbação; os factores precipitantes – os que desencadeiam o início ou a exacerbação acentuada de determinada perturbação; os factores de manutenção – os que perpetuam a perturbação desenvolvida previamente; e os factores protectores – os que previnem o desenvolvimento ou a deterioração de um quadro clínico (cf., Carr, 1999).

De acordo com Cooper (1995), o desenvolvimento e manutenção das perturbações do comportamento alimentar dependem da ocorrência de circunstâncias que activam as vulnerabilidades do indivíduo a factores de risco específicos e ao funcionamento dos factores protectores, conceptualizando para o efeito várias fases ou processos distintos (cf., figura 3). A fase inicial abrange o período que vai da concepção à ocorrência do que se designa por precursor comportamental da perturbação; é durante este período que o indivíduo pode ser exposto a determinados factores de risco que, por definição, ocorrem antes do início da perturbação e aumentam a possibilidade do seu desenvolvimento sem, no entanto, a tornar inevitável. A segunda fase abrange o período que vai do desenvolvimento do precursor comportamental ao início da perturbação. De acordo com o autor, na grande maioria das situações a dieta é o precursor que habitualmente precede tanto a anorexia como a bulimia nervosas. Durante esta fase, alguns acontecimentos, que Cooper (1995) apelida de factores precipitantes, podem ocorrer, aumentando o risco para o desenvolvimento da perturbação na combinação com a dieta, podendo conduzir ao início da perturbação. O autor explica que, embora a dieta tenha semelhanças com um factor precipitante, é diferente deste já que é uma característica tanto da anorexia como da bulimia nervosas uma vez que estas sejam desenvolvidas. Também salienta que apesar da dieta estar invariavelmente presente, esta não traduz apenas a fase inicial para o desenvolvimento da perturbação alimentar já que em muitos casos não é seguida pela perturbação. Durante a terceira fase, alguns factores de manutenção podem interagir com factores protectores, determinando, se a perturbação tiver surgido, a sua natureza transitória ou, pelo contrário, estável ou mesmo crónica.

Figura 3. Fases no desenvolvimento e manutenção das perturbações do comportamento alimentar (figura traduzida e adaptada de Cooper, 1995).



Sintetizando: na interpretação dos vários estudos sobre os factores de risco, associados ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar, é crucial a adopção de uma terminologia clara e consensual para que seja possível o enquadramento dos vários factores que têm sido apontados em numerosos estudos empíricos. O contributo que cada investigação dá à conceptualização sobre o risco nas perturbações do comportamento alimentar vai depender, em larga medida, da metodologia adoptada, considerando, desde logo, as vantagens e desvantagens que cada uma delas encerra.

Como se já não bastasse a necessidade de ter permanentemente presente a noção de quão complexa se pode tornar a leitura do risco nas perturbações do comportamento alimentar, para a devida integração dos contributos dos vários estudos torna-se essencial a consideração da etiopatologia das perturbações do comportamento alimentar na lógica da multifactorialidade. Não há, assim, nenhum factor etiológico que, isoladamente, explique o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar nem, tão pouco, variabilidades que possam ser observadas entre os indivíduos.

Deste modo, nos capítulos seguintes vamos apresentar os principais factores de risco que têm sido apresentados pela literatura como estando associados ao aumento da predisposição para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar em geral e da anorexia nervosa em particular. Para este efeito, serão sistematizados os factores que têm sido referidos com alguma consistência ao nível dos resultados obtidos em vários estudos da especialidade. Os vários factores de risco, sobre os quais nos vamos debruçar, são organizados de acordo com as categorias já referidas e propostas por alguns autores (cf., Halmi, 2005; Jacobi *et al.*, 2004; Polivy & Herman, 2002; Schmidt, 2002). Assim, vamos começar com a exposição dos factores de risco individuais: psicológicos e comportamentais; os acontecimentos de vida adversos também serão considerados nesta rubrica. Seguem-se os factores de natureza familiar, onde enquadraremos a obesidade e a psicopatologia parentais e a dinâmica familiar. Iremos depois abordar alguns dos principais factores de risco desenvolvimentais, nomeadamente a adolescência, a obesidade pré-mórbida e índice de corporal elevado, a alimentação e problemas alimentares durante a infância, o gozo e críticas acerca do peso e forma corporais e a puberdade precoce. Finalmente apresentaremos os vários factores de natureza sociocultural como o género, a etnia, o nível sócio-económico, os contextos

profissionais ou desportivos associados ao controlo de peso e os meios de comunicação social. Sempre que considerarmos oportuno, iremos reflectir sobre alguns modelos teóricos que, de alguma forma, contribuem para o melhor entendimento dos factores de risco apresentados.

Com esta organização, vamos procurar fazer uma revisão da literatura, clara e actual, apresentando para alguns factores, conceptualizações a eles associadas que nos pareçam relevantes. Procurámos referir todos os factores que, de alguma forma, têm obtido algum suporte empírico. Como critério de selecção dos factores de risco a documentar, também foi considerado o facto de termos nós avaliado esses mesmos factores através do estudo empírico que desenvolvemos. Assim, não foi revista literatura sobre o papel da vinculação na etiopatologia das perturbações alimentares nem considerada a relação da orientação sexual e desenvolvimento destas perturbações. Com base no mesmo critério, também excluimos a revisão de artigos sobre o papel dos factores biológicos, nomeadamente genéticos e neurotransmissores, que recentemente têm captado o interesse de muitos investigadores e obtido resultados bastante promissores (e.g., Bulik, 2005; Mazzeo, Zucker, Gerke, Mitchell & Bulik, 2005).

Ao longo da revisão da literatura sobre os diferentes factores de risco iremos pautar a selecção de estudos que investiguem especificamente os factores que estão associados à maior predisposição para o posterior desenvolvimento da anorexia em particular. Contudo, na maioria dos factores estudados iremos acabar por considerar os contributos da literatura sobre os factores de risco nas perturbações do comportamento alimentar em geral. Aliás, nas poucas investigações que estudam os factores de risco nas outras perturbações alimentares (e.g., bulimia nervosa e perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação), os resultados que têm sido obtidos não têm distinguido factores em função das diferentes entidades de diagnóstico (cf. Schmidt *et al.*, 2008), apontando para uma etiopatogénese partilhada a respeito dos diferentes factores de risco entre as diferentes perturbações alimentares.

FACTORES DE RISCO INDIVIDUAIS

3. FACTORES DE RISCO INDIVIDUAIS NO DESENVOLVIMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

Neste capítulo iremos debruçar-nos sobre a revisão dos principais estudos a respeito dos factores de risco individuais associados ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar, com especial enfoque naqueles estudos que são mais esclarecedores a respeito do papel destas variáveis na anorexia nervosa. Assim, este capítulo explora os diferentes factores que têm sido propostos, distinguindo-os entre os factores de risco individuais de natureza psicológica e comportamental e os factores de risco individuais, associados à vivência de acontecimentos de vida adversos.

3.1. FACTORES PSICOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS

A anorexia nervosa tem sido consistentemente associada a um conjunto de traços da personalidade e temperamento. Walsh e colaboradores (2005) citam os seguintes: auto-avaliação negativa, baixa auto-estima, complacência excessiva, obsessão, perfeccionismo, neuroticismo e evitamento de dano. Segundo os autores, em grande parte dos estudos estes traços continuam a caracterizar os sujeitos que desenvolveram anorexia nervosa, mesmo após a sua recuperação; fica por esclarecer se, de facto, estes traços eram pré-mórbidos à anorexia nervosa ou se representam apenas sequelas, por aqueles sujeitos terem tido anorexia nervosa. Assim, e dentre as características de personalidade mencionadas passaremos a detalhar, a título dos factores de risco psicológicos e comportamentais que podem estar associados ao desenvolvimento de anorexia nervosa, aqueles factores que nos pareçam mais relevantes e que tenham conquistado algum apoio do ponto de vista empírico, nomeadamente, baixa auto-estima, perfeccionismo, afecto negativo, perturbações de humor, ansiedade e abuso de substâncias, insatisfação com a imagem corporal e preocupação com o peso e dieta e alimentação restritiva.

3.1.1. AUTO-ESTIMA

O papel da baixa auto-estima na etiopatologia das perturbações do comportamento alimentar não é recente (e.g., Bruch, 1962). Aliás, os modelos que conceptualizam sobre o desenvolvimento da anorexia nervosa posicionam a baixa auto-estima como importante factor na etiologia e manutenção da sintomatologia alimentar (e.g., Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999; Fairburn & Wilson, 1993). Muito recentemente, Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn e Hawker (2008), admitem que a baixa auto-estima, à semelhança do perfeccionismo, para além de ser comum nas perturbações do comportamento alimentar, pode preceder o seu início. Apontam como principais características da baixa auto-estima: (1) a perspectiva negativa, universal e incondicional, do valor pessoal que, por sua vez, é duradoura e não explicada pela presença de depressão clínica (estes pacientes acreditam que o seu valor como pessoas é reduzido ou nulo), (2) têm uma visão negativa do futuro e da possibilidade para a mudança e (3) um marcado viés no processamento cognitivo negativo. Apesar de, habitualmente, a auto-estima apresentar melhoras, decorrentes de um tratamento bem sucedido, os autores chamam a atenção para um sub-grupo de pacientes cuja baixa auto-estima dificulta a resposta ao tratamento devido a dois importantes processos. O primeiro está relacionado com a intensidade da baixa auto-estima, que leva alguns pacientes a esforçarem-se arduamente no controlo da alimentação, forma e peso corporais, no sentido de alcançar algum mérito o que, por sua vez, dificulta a capacidade dos pacientes no que respeita à moderação da dieta, do exercício, da verificação corporal, entre outros; nestas situações, os autores consideram que a baixa auto-estima desempenha um mecanismo adicional no desenvolvimento da perturbação do comportamento alimentar em causa. O segundo motivo prende-se com a perspectiva negativa que estes pacientes têm acerca deles próprios, cuja natureza é universal e incondicional, retirando qualquer perspectiva quanto à possibilidade de recuperação, dificultando o seu envolvimento no tratamento. Contudo, e apesar do contributo de Fairburn e colaboradores (2008) sobre o papel da baixa auto-estima na manutenção da sintomatologia alimentar, fica por esclarecer o poder daquela variável na predisposição para o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar e da anorexia nervosa em particular. Iremos então destacar alguns estudos que têm

contribuído para o esclarecimento do papel da baixa auto-estima na etiopatologia alimentar.

Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer e Agras (2004), na revisão da literatura que realizaram sobre os factores de risco nas perturbações do comportamento alimentar, consideraram 24 estudos que avaliaram o papel da baixa auto-estima, ineficácia (subescala do *Eating Disorders Inventory* / EDI; Garner, Olmstead & Polivy, 1983) e auto-conceito negativo na anorexia nervosa (destes estudos apenas 7 contemplaram também a presença de um grupo de controlo psiquiátrico no seu desenho metodológico, para além do grupo de controlo normal). Assim, em 21 dos estudos, as pacientes com anorexia nervosa exibiam valores mais elevados de menor auto-estima, auto-conceito negativo ou maior ineficácia, comparativamente com as participantes do grupo de controlo normal. Este resultado não foi corroborado em apenas 3 estudos nos quais os resultados eram equiparáveis aos obtidos pelos grupos de controlo normais. Resultados muito semelhantes foram obtidos nos estudos que investigaram o papel daquelas variáveis nas pacientes com bulimia nervosa concluindo os autores pela confirmação da presença de défices no auto-conceito, tanto nas pacientes com anorexia como nas pacientes com bulimia (cf. Jacobi *et al.*, 2004). As limitações apontadas aos referidos estudos são várias, mas as mais importantes estão relacionadas com: (1) o facto da maioria das participantes dos grupos de controlo normais serem estudantes universitárias com elevada prevalência de sintomatologia do comportamento alimentar; (2) a quase totalidade das investigações realizadas não contemplarem grupos de controlo psiquiátricos; (3) a presença de sintomatologia depressiva associada à baixa auto-estima não ter sido controlada; (4) em nenhum dos referidos estudos a auto-estima foi avaliada antes do início da perturbação do comportamento alimentar.

Passaremos agora a reflectir sobre os resultados obtidos em dois estudos transversais que avaliaram o papel da baixa auto-estima antes do início da perturbação do comportamento alimentar. Temos os estudos desenvolvidos por Fairburn e colaboradores (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Fairburn *et al.*, 1998; Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999) nos quais foi avaliado o papel de um grande conjunto de potenciais factores de risco para o desenvolvimento da anorexia nervosa (e.g., Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999), bulimia nervosa (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997) e perturbação de ingestão alimentar compulsiva (Fairburn *et al.*, 1998). Todos eles contemplaram um grupo de controlo normal (sem história passada

ou actual de perturbações mentais) e um grupo de controlo psiquiátrico (com diagnóstico actual no eixo I e sem história passada ou actual de sintomatologia alimentar); nos 3 estudos referidos, as participantes dos dois grupos de controlo foram individualmente emparelhadas com as pacientes com perturbações do comportamento alimentar. À excepção das pacientes com anorexia nervosa, os sujeitos com bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva foram recrutados na comunidade. A auto-avaliação negativa foi significativamente superior nas pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa, comparativamente com os dois grupos de controlo; o mesmo resultado foi obtido nas pacientes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva, mas apenas em relação ao grupo de controlo normal. Os resultados relativos às pacientes com bulimia nervosa foram replicados por Raffi, Rondini, Grandi e Fava (2000), quando estudaram a interacção entre acontecimentos de vida e sintomas prodrômicos na bulimia nervosa. A baixa auto-estima foi um dos resultados que distinguiu significativamente as pacientes com bulimia nervosa das participantes do grupo de controlo normal. De acordo com Jacobi e colaboradores (2004) os resultados obtidos nos estudos comentados permitiram que a auto-avaliação negativa fosse classificada enquanto correlato retrospectivo de potência média.

Considerando o contributo dos estudos longitudinais a respeito do papel da baixa auto-estima, ineficácia e auto-conceito negativo no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar, Jacobi e colaboradores (2004) reviram os resultados obtidos em 7 estudos (i.e., Button *et al.*, 1996; Calam & Waller, 1998; Ghaderi & Scott, 2001; Killen *et al.*, 1994, 1996; Leon *et al.*, 1995, 1999). Por exemplo, no estudo conduzido por Ghaderi e Scott (2001), os autores avaliaram 1157 mulheres da comunidade entre os 18 e os 30 anos de idade, identificando 34 casos de perturbações do comportamento alimentar (destes, apenas 1 tinha o diagnóstico de anorexia nervosa). Por sua vez, estas participantes, comparativamente com o grupo de controlo normal (n=643), evidenciaram significativamente baixa auto-estima e elevada preocupação com o corpo. Sistematizando, Jacobi e colaboradores (2004) concluíram pela existência de uma ligeira superioridade relativamente a estudos que confirmam a presença do auto-conceito negativo, da baixa auto-estima ou do sentimento de ineficácia antes do início do desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar. Deste modo, e baseados nos resultados obtidos nos diferentes estudos longitudinais, classificaram tanto a baixa auto-estima como a ineficácia como factores de risco variáveis, com potência

variando entre a baixa e a elevada (potência enquanto magnitude da associação entre um determinado factor de risco e um determinado resultado). O impacto de amostras reduzidas, controlo relativo à idade de início da perturbação do comportamento alimentar e o efeito pouco claro relativo à sintomatologia depressiva não têm sido satisfatoriamente investigados (cf. Micali, 2005).

No que respeita à anorexia nervosa em particular, e como salientam Nicholls e Viner (2009), a baixa auto-estima, enquanto factor de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa, foi estabelecida em apenas alguns estudos transversais (e.g., Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999), mas não tem sido confirmada através dos estudos longitudinais (ao contrário do que acontece nos estudos da bulimia nervosa). Aliás, no estudo realizado pelos autores muito recentemente, de natureza longitudinal, Nicholls e Viner (2009) avaliaram 16,567 bebés após o nascimento, com avaliações de seguimento aos 5, 10 e 30 anos (população do *British Cohort Study*, de 1970). De entre os vários resultados obtidos a respeito dos factores de risco associados ao desenvolvimento de anorexia nervosa, a baixa auto-estima não surgiu como factor de risco, mas surgiu a auto-estima elevada como factor protector em relação ao desenvolvimento de anorexia. Aliás, e se considerarmos os contributos de um outro estudo longitudinal, realizado por Beato-Fernández e colaboradores (2004), com uma população comunitária de 1076 adolescentes, a auto-estima positiva também obteve resultados significativos como factor protector em relação ao desenvolvimento do sentimento de insatisfação com a imagem corporal patológica entre os 15 e os 16 anos de idade. Os resultados comentados mudam o foco de atenção em relação ao papel da baixa auto-estima levando mesmo os autores a proporem o desenvolvimento de medidas preventivas que se fixem na auto-estima, já que esta pode ser protectora em relação ao desenvolvimento de insatisfação corporal, sendo esta, por sua vez, uma importante variável predictor das perturbações do comportamento alimentar (cf., Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario & Martínez-Delgado, 2004).

Sintetizando, e à excepção de alguns estudos que foram por nós enfatizados, parece que o papel da baixa auto-estima, enquanto factor de risco específico para o desenvolvimento de anorexia nervosa em particular, tem dividido o posicionamento dos diversos autores, quer pela ausência de resultados consistentes entre si, quer pela quase inexistência de grupos de controlo psiquiátricos quer pela pouca clareza quanto à estipulação de forma clara e fidedigna da idade de início relativamente aos primeiros

sintomas alimentares. Por sua vez, dois importantes estudos longitudinais avançam a hipótese de a auto-estima, quando elevada, poder constituir-se como factor protector, abrindo as portas para a necessidade de mais investigações que dêem consistência a esta possibilidade.

3.1.2. PERFECCIONISMO

Tanto a experiência clínica, como a evidência empírica, indicam que o perfeccionismo enquanto característica ou traço de personalidade é comum nas perturbações do comportamento alimentar, sendo muitas vezes evidente a sua existência antes do início da perturbação alimentar (cf. Bardone-Cone *et al.*, 2007; Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn & Hawker, 2008). Assim, as diferentes conceptualizações que começaram a surgir acerca do papel do perfeccionismo como factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares, começaram por considerá-lo como traço de personalidade que poderia fomentar a busca implacável do ideal de magreza; mais tarde foi destacado como factor de manutenção da sintomatologia bulímica, já que supostamente fomentava os padrões de dieta rígidos que perpetuavam o ciclo de ingestão alimentar compulsiva-purga (cf. Stice, 2002).

Adoptando um ponto de vista puramente clínico, como salientam Jacobi e colaboradores (2004), é consensualmente reconhecido que os pacientes com anorexia nervosa apresentam frequentemente comportamentos rígidos, estereotipados, ritualísticos ou perfeccionistas. Ou, como Cassin e von Ranson (2005) sugeriram mais recentemente, a anorexia nervosa é também caracterizada pelo perfeccionismo, obsessão, rigidez, baixa impulsividade, medo da incerteza e evitamento de situações novas. Assim, e considerando a conceptualização dominante sobre as perturbações do comportamento alimentar, como salientam alguns autores, estas características, decorrentes de um tipo de personalidade inibida, são um requisito essencial na resposta a determinados stressores ambientais, passando estes indivíduos a exercer um rigoroso controlo sobre a alimentação e, deste modo, introduzindo um sentido de previsibilidade e realização nas suas vidas (cf., Wade *et al.*, 2008).

Mais concretamente, o perfeccionismo tem sido definido como a auto-avaliação que se baseia na busca contínua de padrões pessoais exigentes; quando está presente

uma perturbação do comportamento alimentar, estes padrões são particularmente focados no controlo sobre a alimentação, forma e peso corporais (cf., Shafran, Cooper & Fairburn, 2002). O perfeccionismo, levado ao extremo, foi designado por Shafran e colaboradores (2002), como perfeccionismo clínico definido enquanto dependência excessiva da auto-avaliação na busca determinada de padrões pessoais exigentes e auto-impostos em, pelo menos, um domínio muito importante (apesar das suas consequências negativas). Os autores entendem que este tipo de perfeccionismo corresponde a um estado no qual esta característica ou traço da personalidade é tão marcado ao ponto da vida do sujeito ficar seriamente comprometida. Aliás, e como aqueles autores defendem, a grande questão não passa pela anorexia nervosa ou pela bulimia nervosa, simplesmente co-ocorrerem com o perfeccionismo clínico já que, na grande maioria das situações, são expressão do perfeccionismo no domínio da alimentação, forma ou peso corporais e seu controlo. Mais recentemente, Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn e Hawker (2008) identificaram as principais características do perfeccionismo clínico: (1) sobre-avaliação da concretização e realização nos domínios valorizados da vida do sujeito (expressos em áreas como o trabalho, desempenho no desporto ou música, etc., e na perturbação alimentar); (2) marginalização de outros aspectos da vida; (3) busca rigorosa de padrões pessoais exigentes, muito embora possa ter efeitos adversos no desempenho actual e possa comprometer outros aspectos da vida do sujeito; (4) desvalorização dos sucessos e redefinição de padrões quando os objectivos são alcançados (e.g., se um objectivo de trabalho for alcançado, este é imediatamente substituído por um novo e ainda mais exigente); (5) verificações repetidas quanto ao desempenho (i.e., controlar se determinado desempenho vai ao encontro dos padrões pessoais e compará-lo com o desempenho dos outros); (6) medo de falhar no alcance dos padrões pessoais; (7) evitamento de testes decisivos ao desempenho pelo receio de que este não seja suficientemente bom (e.g., não apresentar ou entregar trabalhos); (8) preocupação acerca dos seus próprios pensamentos sobre o desempenho.

À parte das conceptualizações teóricas acerca do papel do perfeccionismo na etiopatologia das perturbações do comportamento alimentar e, da anorexia nervosa em particular, a determinação da direcção da influência do perfeccionismo, esclarecendo se este é uma consequência de se ter tido anorexia nervosa ou, pelo contrário, se predispõe ao desenvolvimento desta, permanece por esclarecer (Wade *et al.*, 2008). Ou, como

sustentam Jacobi e colaboradores (2004), a maioria dos estudos existentes não avaliou o perfeccionismo pré-mórbido.

Por exemplo, na revisão meta-analítica realizada por Stice (2002), este autor defende que os estudos considerados suportam afirmações de que o perfeccionismo é um factor de risco para a sintomatologia bulímica e um factor de manutenção para as perturbações alimentares, salientando a emergência de estudos que considerem o papel que aquele factor pode ter na interacção com outros factores de risco na predição das perturbações alimentares.

Deste modo, são de considerar os resultados obtidos nos estudos efectuados com casos-controlo, realizados por Fairburn e colaboradores, com um foco na precedência temporal de um conjunto de factores de risco até chegar ao desenvolvimento da perturbação do comportamento alimentar em particular (cf. Fairburn *et al.*, 1997; Fairburn *et al.*, 1998; Fairburn *et al.*, 1999). Os autores concluíram que o perfeccionismo pré-mórbido distingue tanto as pacientes com anorexia nervosa, como as pacientes com bulimia nervosa, dos dois grupos de controlo, sendo mais comum nas perturbações do comportamento alimentar, comparativamente com o grupo de controlo psiquiátrico. De acordo com a revisão da literatura realizada por Jacobi e colaboradores (2004), os resultados comentados levaram a que os autores classificassem o perfeccionismo como um correlato retrospectivo específico de potência média.

Já nos 4 estudos longitudinais revistos por Jacobi e colaboradores (2004), os resultados são aparentemente contraditórios e não suportam a associação entre a subescala perfeccionismo do EDI e o desenvolvimento subsequente de perturbações do comportamento alimentar, o que levou os autores a classificar o perfeccionismo como correlato (e.g., Killen *et al.*, 1994, 1996; Leon *et al.*, 1995, 1999; *in* Jacobi *et al.*, 2004).

Numa recente investigação realizada por Wade, Tiggemann, Bulik, Fairburn, Wray e Martin (2008) sobre o temperamento e os factores de risco no desenvolvimento de anorexia nervosa, os autores consideraram uma amostra comunitária de 1002 gémeos do sexo feminino: 226 pares monozigóticos, 122 pares dizigóticos e 360 pares incompletos (170 monozigóticos e 190 dizigóticos); as participantes foram avaliadas com um instrumento de auto-relato dirigido ao perfeccionismo (FMPS; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990) e uma entrevista clínica semi-estruturada (EDE; Fairburn & Cooper, 1993). Os resultados obtidos indicaram que os padrões pessoais, a organização e a dependência em relação à recompensa são superiores nos casos-índice (*proband*) de

gémeos não afectados das anorécticas, comparativamente com os pares de gémeos não afectados do grupo de controlo. Também concluíram que, quando o temperamento do gémeo 1 foi incluído enquanto covariável nos gémeos monozigóticos, o temperamento do gémeo 2 estava significativamente associado com a condição de anorexia nervosa do gémeo 1, nos padrões pessoais e na dependência de recompensas. Deste modo, os autores concluíram que os resultados obtidos replicaram os resultados já obtidos noutros estudos que demonstraram que a anorexia nervosa estava associada a níveis elevados de perfeccionismo e obsessão. Concluíram, a respeito das comparações realizadas entre os pares de gémeos monozigóticos, que a natureza do risco compartilhado é, em parte, genética. Os autores admitem que é o contexto de objectivos e padrões elevados que é determinante na predisposição para o desenvolvimento de anorexia nervosa, em lugar do auto-criticismo quando os objectivos não são atingidos. De acordo com Wade e colaboradores (2008), estes resultados devem ser interpretados à luz dos resultados obtidos noutros estudos que defendem que o perfeccionismo só actua como factor de risco para as perturbações alimentares na interacção com outros factores de risco, incluindo a baixa auto-estima e a insatisfação corporal, podendo indicar que o perfeccionismo benigno pode ser um potente factor de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa.

Finalmente, Pike e colaboradores (2008) conduziram um estudo que avaliou especificamente os factores de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa no primeiro estudo efectuado até à data com casos-controlo emparelhados individualmente. Pela actualidade e pelas semelhanças que o referido estudo tem com o nosso, será descrito com algum detalhe. Assim, a amostra foi composta por 50 mulheres com diagnóstico actual de anorexia nervosa (25 sub-tipo restritivo e 25 sub-tipo purgativo), recrutadas em contextos clínicos, 50 participantes do grupo de controlo normal sem história actual ou passada de perturbações alimentares e sem história actual de outras perturbações mentais e 50 participantes do grupo de controlo psiquiátrico com diagnóstico actual no eixo I (DSM-IV), mas sem história de sintomatologia alimentar (27 tinham o diagnóstico de uma perturbação de humor, 17 de uma perturbação de ansiedade, 2 tinham uma perturbação pela utilização de substâncias e 4 tinham perturbação dismórfica corporal). Todos os participantes foram entrevistados com a Entrevista de Factores de Risco (Fairburn *et al.*, 1998). O perfeccionismo foi uma das variáveis que obteve resultados significativamente superiores nas pacientes com anorexia, comparativamente

com ambos os grupos de controlo: normal e psiquiátrico. Os autores consideraram o perfeccionismo como correlato de risco específico para a anorexia nervosa (cf., Pike *et al.*, 2008).

Resumidamente, o perfeccionismo tem ocupado um importante lugar nas conceptualizações teóricas apresentadas sobre o desenvolvimento, curso e manutenção das perturbações do comportamento alimentar, mas começando por estar mais associado às teorizações sobre a anorexia nervosa em particular. Quanto ao papel do perfeccionismo enquanto potencial factor de risco, os resultados que têm sido obtidos são bastante consistentes entre si, ou antes, apesar dos resultados obtidos em alguns estudos longitudinais serem algo contraditórios, os derivados de estudos transversais efectuados com casos controlo e com estipulação da idade de início da sintomatologia alimentar têm suportado o papel do perfeccionismo, como factor de risco potencial, para o desenvolvimento de anorexia nervosa em particular. Interessa ainda salientar os resultados obtidos por Wade e colaboradores (2008) que, apesar da necessidade quanto à sua replicação, chamam a atenção ao permitirem que se criem hipóteses sobre o papel prejudicial que o perfeccionismo não clínico, a par de outros factores de risco, poderá desempenhar na predisposição para o desenvolvimento de anorexia nervosa.

3.1.3. AFECTO NEGATIVO

O afecto negativo começou por ser considerado, ao longo do tempo, como um dos principais mecanismos psicológicos desencadeantes dos episódios de ingestão alimentar compulsiva (e.g., Polivy & Herman, 1993). Aliás, e de acordo com o modelo de regulação do afecto sintetizado por Stice (2002), a ingestão alimentar compulsiva surge num esforço de proporcionar conforto e distração em relação a emoções adversas; os comportamentos compensatórios mais extremos, como o vómito, também podem ser usados pelos sujeitos por forma a reduzir a ansiedade relativamente à possibilidade iminente do aumento de peso ou, simplesmente, porque os sujeitos acreditam que a purga proporciona uma catarse emocional. O afecto negativo também pode estar adversamente associado com a insatisfação corporal (cf. Stice, 2002).

Mais recentemente, o seu papel na conceptualização sobre a bulimia nervosa, foi alargado à anorexia nervosa e perturbações do comportamento alimentar sem outra

especificação de acordo com a proposta do modelo transdiagnóstico para as perturbações alimentares de Fairburn (2008). Assim, a ingestão alimentar compulsiva, o vômito auto-induzido e o exercício excessivo podem ter como efeito a modulação directa do humor, uma vez que amortecem e atenuam estados emocionais intensos (cf., Fairburn *et al.*, 2008).

Quanto ao seu papel na etiopatologia das perturbações do comportamento alimentar, de acordo com os resultados obtidos nos estudos prospectivos e experimentais revistos por Stice (2002), há indicação de que o afecto negativo pode ser um factor de risco para aquelas perturbações e um factor de risco causal para a insatisfação corporal e ingestão excessiva de alimentos. Entre os indivíduos com uma perturbação alimentar, os resultados revistos também sustentam que o afecto negativo pode actuar como um factor de manutenção causal para a ingestão alimentar compulsiva. O autor também salienta que os efeitos tendem a ser mais potentes, caso se trate de afecto negativo no geral, comparativamente com a ansiedade, e que o afecto negativo pode resultar numa ingestão calórica superior, caso os indivíduos tenham acesso à comida durante a indução do humor negativo.

As principais características do afecto negativo são a elevada reactividade ao *stress* e depressão, juntamente com a consciência interoceptiva caracterizada pela incapacidade de distinguir entre diferentes tipos de emoções e estados físicos (cf., Leon, Fulkerson, Perry, Keel & Klump, 1998). Aliás, os autores citados entendem que aqueles factores, entre outros, podem vulnerabilizar para o desenvolvimento subsequente de psicopatologia. No estudo que realizaram sobre os factores de risco comportamentais e da personalidade no desenvolvimento posterior de perturbações alimentares nos adolescentes, os autores consideraram uma amostra constituída por 1424 estudantes do 7º ao 10º ano (726 raparigas e 698 rapazes). Os resultados evidenciaram que, 3 a 4 anos depois da avaliação inicial, o afecto negativo se revelou um predictor significativo para o desenvolvimento posterior de perturbações alimentares nos adolescentes de ambos os sexos. Na revisão da literatura realizada por Jacobi e colaboradores (2004), os autores consideraram o afecto negativo enquanto factor de risco variável de potência pouco clara, já que nos restantes 4 estudos longitudinais revistos pelos autores o afecto negativo não predisse os resultados obtidos nas análises multivariadas (e.g., Attie & Brooks-Gunn, 1989; Graber *et al.*, 1994; Killen, *et al.*, 1996; Leon *et al.*, 1995).

No que respeita à anorexia nervosa em particular, de acordo com os resultados obtidos num estudo realizado recentemente por Pike e colaboradores (2008), descrito com algum detalhe na rubrica anterior, um outro resultado obtido pelos autores que distinguiu as pacientes com anorexia nervosa das participantes dos grupos de controlo normal e psiquiátrico, foi a superioridade obtida no factor afectividade negativa. Assim, esta variável foi considerada pelos autores como factor de risco específico para o desenvolvimento de anorexia nervosa (cf., Pike *et al.*, 2008). Os autores consideraram que os resultados obtidos em relação ao afecto negativo e ao perfeccionismo apoiam o papel central que aqueles factores podem assumir na etiologia da anorexia nervosa já que são consistentes com as características clínicas, modelos conceptuais e outros estudos empíricos. Admitem ainda a possibilidade de que um elevado nível de perfeccionismo e de afecto negativo possam ser correlatos retrospectivos primários, enquanto as questões relacionadas com o peso e a forma corporal possam, por sua vez, intensificar-se com a maior proximidade da emergência da perturbação.

Assim, parece que o afecto negativo, enquanto factor de risco para o eventual desenvolvimento de perturbações alimentares, tem reunido alguns resultados relativamente consistentes entre si. Apesar de não ser a variável mais estudada na literatura sobre o risco e problemáticas alimentares, alguns estudos longitudinais têm apoiado o seu papel enquanto factor predisponente para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar e de insatisfação com a imagem corporal e desenvolvimento de episódios de ingestão alimentar compulsiva em particular. Quanto ao seu papel na etiopatologia da anorexia nervosa em particular, os resultados obtidos muito recentemente por Pike e colaboradores (2008) realçam o seu potencial, sobretudo se considerado a par com os resultados obtidos ao nível do perfeccionismo. Neste caso, os autores realçam a importância daqueles factores sobre as preocupações relacionadas com o próprio peso e forma corporais.

3.1.4. PERTURBAÇÕES DE HUMOR, ANSIEDADE E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

O papel das outras perturbações psiquiátricas no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar começou por originar teorias que atribuíam às outras perturbações o papel de condição subjacente primária. Assim, as perturbações afectivas eram consideradas perturbações subjacentes à bulimia nervosa e a perturbação obsessivo-compulsiva subjacente à anorexia nervosa (e.g., Jacobi *et al.*, 2004; Micali, 2005). Aos primeiros estudos realizados sobre a comorbilidade nas perturbações do comportamento alimentar são apontadas algumas limitações já que, como salientam Jacobi e colaboradores (2004), adoptam metodologias, por excelência, transversais, nas quais apenas uma minoria controla a idade de início em que a perturbação alimentar se desenvolveu; destes estudos, apenas metade contempla grupos de controlo. Apesar de tudo, Micali (2005) defende que existem resultados suficientemente convincentes que suportam a relação entre problemas psiquiátricos na infância e início da adolescência e as perturbações do comportamento alimentar; ou, como defendem Kaye e colaboradores (2000), estilos de personalidade ansiosa, perfeccionista e obsessiva podem inclusivamente ser considerados como traços pré-mórbidos que contribuem para a patogénese daquelas perturbações (cf., Kaye, Klump, Frank & Strober, 2000).

Com o intuito de esclarecer a natureza da relação entre as perturbações alimentares e outras perturbações mentais, vamos debruçar-nos sobre os principais resultados de alguns estudos que, apesar de adoptarem metodologias transversais, combinam critérios para a estipulação da idade de início e contemplam a presença de grupos de controlo. Assim, num estudo realizado por Rastam (1992), no qual se procedeu à entrevista de mães de sujeitos com anorexia nervosa e respectivos controlos, 66% das anorécticas (vs 27% dos controlos) revelaram perturbação de personalidade pré-mórbida; a perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva foi a que obteve diferenças estatisticamente significativas, ocorrendo com maior frequência nos sujeitos com anorexia nervosa comparativamente com os sujeitos da população de controlo. Apesar dos sintomas depressivos serem bastante comuns no grupo de pacientes com anorexia nervosa, estes não precederam o início da perturbação em causa. Relativamente às perturbações do eixo I, Bulik, Sullivan, Fear e Joyce (1997) conduziram um estudo com vários grupos de participantes do sexo feminino: um grupo com anorexia nervosa (n=68), outro com bulimia nervosa (n=118), um grupo de controlo clínico com diagnóstico de

perturbação depressiva major (n=56) e um grupo de controlo normal (n=98). Foram várias as conclusões obtidas: (1) a prevalência da perturbação de pânico foi superior na amostra com anorexia nervosa e perturbação depressiva major; (2) a fobia social foi superior no grupo com bulimia nervosa; (3) a perturbação obsessivo-compulsiva e a perturbação de ansiedade de separação foram superiores no grupo com anorexia nervosa; (4) a perturbação de ansiedade generalizada foi superior nos grupos com anorexia e bulimia nervosas. Em 90% das anorécticas, 94% das bulímicas e 71% dos sujeitos com depressão major o início da perturbação de ansiedade precedeu o desenvolvimento da perturbação diagnosticada na actualidade. O estudo citado concluiu ainda que, comparativamente com o grupo de controlo, o risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa aumentava significativamente na presença da perturbação obsessivo-compulsiva e da perturbação de ansiedade generalizada (já o risco para o desenvolvimento de bulimia nervosa e depressão major aumentava na presença da fobia social e da perturbação de ansiedade generalizada, comparativamente com o grupo de controlo). Bulik e colaboradores (1997) consideram a hipótese de que a perturbação de ansiedade generalizada durante a infância pode ser um factor de risco não específico para o posterior desenvolvimento de psicopatologia (seja ela alimentar ou afectiva), estabelecendo com a anorexia nervosa uma relação particularmente sólida. Do mesmo modo, a fobia social também pode representar um factor de risco não específico para as perturbações alimentares e afectivas, apesar de a sua associação com a bulimia nervosa ser mais forte. Também avançam a hipótese de que a perturbação obsessivo-compulsiva pode ser um factor de risco específico para o desenvolvimento de anorexia nervosa.

Na sua recente revisão da literatura sobre os factores de risco para o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar e de acordo com os resultados obtidos nos estudos transversais supracitados, Jacobi e colaboradores (2004) classificaram a perturbação de ansiedade generalizada na infância, a fobia social, a perturbação obsessivo-compulsiva e a perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva como correlatos retrospectivos, não só para a anorexia nervosa, como para a bulimia nervosa.

Nos três estudos com casos controlo realizados por Fairburn e colaboradores sobre o papel de um grande número de potenciais factores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva (cf., Fairburn *et al.*, 1997; Fairburn *et al.*, 1998; Fairburn *et al.*, 1999), foram avaliadas três

perturbações psiquiátricas pré-mórbidas à patologia alimentar: depressão *major*, abuso de drogas e abuso de álcool. Sistematizando os resultados obtidos nos três estudos citados, os autores concluíram que a depressão *major* é significativamente superior no grupo de anorécticas, bulímicas e nas que sofrem de perturbação de ingestão alimentar compulsiva, comparativamente com os grupos de controlo normal; as anorécticas também obtiveram resultados superiores e estatisticamente significativos no que respeita ao abuso de drogas, comparativamente com o grupo de controlo normal. Este último resultado está de acordo com os que foram obtidos por Root e colaboradores (2010), que já referimos, nos quais as participantes com anorexia nervosa, à semelhança das que apresentam outras perturbações alimentares, estão em igual risco no que respeita ao consumo de substâncias ilícitas (cf., Root *et al.*, 2010). Os autores não controlaram a idade de início relativamente ao consumo de substâncias e ao desenvolvimento de perturbações alimentares, pelo que admitem 3 possibilidades: (1) a presença de uma perturbação alimentar poder aumentar o risco para o consumo de substância, (2) a utilização de substâncias poder aumentar o risco para o desenvolvimento de uma perturbação alimentar e (3) a existência de uma variável oculta que possa aumentar o risco para o desenvolvimento de ambas: perturbações alimentares e abuso de substâncias.

No que respeita aos estudos longitudinais, são sete os que foram revistos por Jacobi e colaboradores (2004). Apesar dos estudos longitudinais referidos terem considerado a morbilidade psiquiátrica geral, a psicopatologia ou a emocionalidade negativa enquanto preditores das perturbações do comportamento alimentar, Jacobi e colaboradores (2004) sustentam a ideia de que em nenhum dos estudos foi avaliada a especificidade daqueles factores de risco (e.g., Leon, Fulkerson, Perry, Keel & Klump, 1999). Argumentam que os mesmos factores, como as perturbações de ansiedade pré-mórbidas e o afecto negativo, têm sido apontados como factores de risco para o desenvolvimento de outras problemáticas, como é o caso das perturbações afectivas e o abuso de substâncias (cf., Hayward, Killen, Kraemer & Taylor, 2000). Concluem que aqueles factores têm um papel pouco claro perspectivando-os como factores de risco não específicos.

Bulik e colaboradores (2006) realizaram um estudo longitudinal prospectivo com 31 406 gémeos contactados através do *Swedish Twin Registry*. Destes, consideraram apenas 76 sujeitos do sexo feminino diagnosticados com anorexia nervosa e cuja idade de início da perturbação foi posterior à avaliação de alguns factores de risco prospectivos;

estas participantes foram comparadas com 12 999 mulheres que não cumpriam os critérios de diagnóstico para aquela perturbação. Os factores de risco avaliados pelos autores foram 6: IMC, problemas gástricos, exercício excessivo, acontecimentos de vida stressantes, neuroticismo e extroversão. O neuroticismo surgiu como o único factor predictor para o desenvolvimento posterior de anorexia nervosa ($p < .001$). Os autores consideraram este resultado consistente com os resultados que têm sido obtidos relativamente às perturbações de ansiedade e do seu papel enquanto factor antecedente nos sujeitos que, mais tarde, desenvolvem anorexia nervosa (cf., Bulik *et al.*, 2006).

Mais recentemente, e no que respeita à associação entre a perturbação obsessivo-compulsiva em particular e as perturbações do comportamento alimentar, Altman e Shankman (2009) reviram os resultados obtidos em 12 estudos longitudinais. Em 7 destes estudos concluíram pelo papel da perturbação obsessivo-compulsiva enquanto factor de risco na etiologia das perturbações alimentares. Passaremos a analisar muito brevemente os 7 estudos em questão. Os resultados obtidos por Bulik e colaboradores (1997), que já referimos, concluíram que 33% das anorécticas desenvolveram uma perturbação obsessivo-compulsiva anterior ao desenvolvimento da anorexia. Nos resultados obtidos por de Mathis e colaboradores (2008), num estudo realizado com 330 sujeitos com perturbação obsessivo-compulsiva, os autores avançam a hipótese da idade de início daquela perturbação predizer o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar no futuro (cf., de Mathis *et al.*, 2008). Já Kaye e colaboradores (2004), avaliaram 97 sujeitos com anorexia, 282 com bulimia e 293 com anorexia e bulimia simultaneamente e concluíram que 63.5% de todos os sujeitos tiveram o diagnóstico de, pelo menos, uma perturbação de ansiedade ao longo da vida. A perturbação de ansiedade mais comum foi a obsessivo-compulsiva que esteve presente em 40% dos sujeitos e, em 23% das situações esta perturbação precedeu o início da perturbação alimentar; o mesmo se pode dizer em relação a 13% dos sujeitos que tiveram fobia social e 10% fobia específica. Aliás, em 282 (42%) sujeitos da amostra que tiveram uma (ou mais) perturbação de ansiedade durante a infância, esta precedeu a perturbação alimentar (cf., Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, 2004). No estudo realizado por Morgan e colaboradores (2007), com 21 bulímicas recuperadas, 25 pacientes com diagnóstico actual de bulimia e 28 participantes do grupo de controlo, os autores concluíram que os scores obtidos através do Inventário Obsessivo-Compulsivo do Maudsley, eram significativamente superiores tanto nas pacientes com bulimia nervosa

actual como passada comparativamente com o grupo de controlo (cf., Morgan, Wolfe, Metzger & Jimerson, 2007). Rastam e colaboradores (1996) e Wentz e colaboradores (2001, 2009), acompanharam a evolução sintomática de 51 anorécticas (emparelhadas individualmente com cada uma das 51 participantes do grupo de controlo) com avaliações de seguimento aos 6, 10 e 18 anos. Concluíram que, na grande maioria dos casos, a perturbação obsessivo-compulsiva precedeu o início de anorexia nervosa e esta situação foi consistentemente associada a um mau prognóstico (cf., Rastam, Gillberg & Gillberg, 1996; Wentz, Gillberg, Anckarsäter, Gillberg & Rastam, 2009; Wentz, Gillberg, Gillberg & Rastam, 2001). No estudo realizado por Thornton e Russel (1997) os autores também sustentaram a hipótese dos traços obsessivos serem características pré-mórbidas das perturbações do comportamento alimentar. Esta conclusão teve por base os resultados que os autores obtiveram na avaliação de 35 anorécticas e 33 bulímicas que já evidenciavam que a perturbação obsessivo-compulsiva precedeu a perturbação alimentar em 86% das situações. Finalmente, e num estudo conduzido por von Ranson e colaboradores (1999) com 29 pacientes com história passada de bulimia, 31 com diagnóstico actual de bulimia e 19 controlos, os autores também concluíram pela superioridade dos sintomas obsessivo compulsivos nas pacientes com bulimia actual ou história passada, comparativamente com as participantes do grupo de controlo (cf., von Ranson, Kaye, Weltzin, Rao & Matsunaga, 1999).

Após uma revisão minuciosa dos estudos supracitados, Altman e Shankman (2009) concluem que, no que respeita aos resultados obtidos nos estudos realizados por Bulik e colaboradores (1997), de Mathis e colaboradores (2008) e Thornton e Russell (1997), a idade de início da perturbação obsessivo-compulsiva precede o desenvolvimento de anorexia nervosa e desenvolve-se, em média, 5,4 anos antes. Quanto aos resultados obtidos nos restantes estudos, os autores concluem, no mínimo, pela existência de factores etiológicos comuns, subjacentes a ambas as perturbações: do comportamento alimentar e obsessivo-compulsiva.

Sintetizando, podemos realmente beneficiar de um conjunto de investigações recentes e metodologicamente robustas que vêm esclarecer o papel que as outras perturbações podem assumir na etiopatologia das perturbações alimentares. Como tivemos oportunidade de sustentar, mediante os resultados obtidos em algumas investigações, parece que as perturbações de ansiedade são as que mantêm com as alimentares uma relação mais clara como factores que podem predizer, mais tarde, o

desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Quanto à anorexia nervosa em particular, há alguma evidência em relação à perturbação obsessivo-compulsiva poder constituir-se como factor de risco específico para aquela perturbação. No que respeita às perturbações de humor e abuso de substâncias, é provável que ambas sejam factores de risco comuns entre as problemáticas alimentares e as outras perturbações clínicas já que os estudos transversais com grupos de controlo normais e psiquiátricos apenas distinguem as perturbações alimentares do primeiro grupo.

3.1.5. INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E PREOCUPAÇÃO COM O PESO

A trilogia insatisfação com a imagem corporal, preocupação com o peso e dieta tem obtido resultados bastante consistentes nos estudos longitudinais que posicionam aqueles factores como factores de risco variáveis, de acordo com a tipologia de Kraemer (cf., Connors, 1996; Jacobi *et al.*, 2004). Como defendem Polivy e Herman (2002), e apesar de a maioria das pessoas que se encontram insatisfeitas com o seu corpo nunca virem a desenvolver perturbações do comportamento alimentar, é difícil imaginar o desenvolvimento daquelas perturbações sem a presença de insatisfação com a imagem corporal.

Num estudo longitudinal com população da comunidade, realizado em Espanha por Beato-Fernández e colaboradores (2004), os autores avaliaram 1076 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos. Utilizaram para o efeito várias medidas que permitiram identificar variáveis psicopatológicas, sociais e familiares durante os 13 anos dos participantes na perspectiva destas variáveis poderem predizer, dois anos mais tarde, o desenvolvimento de perturbações alimentares. Estas perturbações foram avaliadas por intermédio de uma entrevista estruturada que controlava o início dos primeiros sintomas alimentares. Os autores identificaram 40 casos de perturbações do comportamento alimentar (anorexia nervosa=1; bulimia nervosa=8; EDNOS=31). Um dos principais resultados obtidos pelos autores diz respeito à insatisfação com a imagem corporal avaliada aos 13 anos de idade e anterior ao desenvolvimento dos primeiros sintomas alimentares, que mostrou predizer, dois anos mais tarde, o desenvolvimento de perturbações alimentares; aliás, o risco para o desenvolvimento destas perturbações foi

estimado como sendo 3 vezes superior (cf., Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario & Martínez-Delgado, 2004).

Num interessante estudo desenvolvido por Lunner e colaboradores (2000) com adolescentes suecas e australianas, os autores investigaram a associação entre peso, gozo, imagem corporal e perturbações alimentares. A amostra foi constituída por 629 estudantes do sexo feminino com uma média de idades de 13.6 anos. Como principais resultados surgiram o IMC enquanto predictor do gozo e insatisfação com a imagem corporal; por sua vez, a insatisfação com a imagem corporal predizia o nível de restrição alimentar.

Num outro estudo, este longitudinal e conduzido pela equipa *McKnight* (2003), foram avaliadas 1,358 jovens em idade escolar ao longo de 3 anos (estudantes do ensino preparatório e secundário). Os instrumentos utilizados foram o questionário *McKnight Risk Factor Survey IV* e a entrevista semi-estruturada *McKnight Eating Disorder Examination*. Foram omitidas das análises sobre os factores de risco 34 jovens com diagnóstico prévio de sintomatologia ou perturbações alimentares. Os autores concluíram que a preocupação com o corpo (a par da pressão social) mostrou predizer o início daquelas perturbações.

De facto, a insatisfação com a imagem corporal tem sido descrita pela literatura como um importante predictor relativamente ao desenvolvimento de problemas alimentares na população feminina. Permanece, contudo, por esclarecer quais são os factores que medeiam a relação entre insatisfação com a imagem corporal – perturbações do comportamento alimentar. Como enfatiza Tylka (2004), se assim não fosse como se explicaria o facto de a grande maioria das mulheres que se sente insatisfeita com o seu corpo num nível bastante considerável não apresentar concomitantemente sintomatologia alimentar clinicamente relevante. Aliás, foi com o objectivo de perceber quais poderiam ser as variáveis mediadoras da relação insatisfação corporal – perturbações alimentares que Tylka (2004) conduziu uma investigação em que avaliou duas amostras diferentes de jovens universitárias (304 universitárias com uma média de idade de 22.2 e 373 universitárias com uma média de idade de 23.74) com uma vasta bateria de instrumentos de auto-relato (EDI-2, Garner, 1991; OBC, McKinley & Hyde, 1996; NEO-FFI, Costa & McCrae, 1992; EAT-26, Garfinkel & Garner, 1979). A autora concluiu que a vigilância corporal, o neuroticismo e o facto de ter um familiar ou amigo com uma perturbação do comportamento alimentar intensificam a relação insatisfação corporal – sintomatologia

alimentar moderando, as variáveis descritas, a variância daquela relação em 6%, 3% e 2%, respectivamente. De acordo com os resultados obtidos, a autora salienta a importância que a avaliação dos comportamentos de vigilância corporal, níveis de neuroticismo e conhecimento a respeito da presença de sintomatologia alimentar na rede familiar e círculo de amizades podem assumir na identificação entre as muitas mulheres que apresentam níveis elevados de insatisfação corporal, as que estão em maior risco relativamente ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

Já a preocupação com o peso tem sido a variável mais avaliada nos estudos longitudinais. Numa recente revisão da literatura, Jacobi e colaboradores (2004) constataram que a preocupação com o peso é a variável que mais consistentemente prediz o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Este resultado foi obtido em 9 de 10 estudos que controlaram o início da sintomatologia alimentar (cf., Jacobi *et al.*, 2004). No estudo longitudinal realizado por Ghaderi e Scott (2001), que já citámos, dos 34 casos de perturbações do comportamento alimentar detectados, os autores concluíram que, comparativamente com o grupo de controlo normal, as jovens com patologia alimentar obtiveram resultados significativamente mais elevados de preocupação com o corpo entre o período anterior ao desenvolvimento daquelas perturbações e o período posterior à sua detecção (2 anos de intervalo).

Como sustentam Polivy e Herman (2002), enquanto a insatisfação corporal é, provavelmente, um factor necessário para o aparecimento de uma perturbação alimentar, não é suficiente para o seu desenvolvimento. Em última análise, pode realmente conferir um propósito para um foco mais acentuado e, muitas vezes, exclusivo, no peso corporal e na obtenção de um determinado peso. Teoricamente, e de acordo com Stice (2002), a insatisfação com a imagem corporal promove a dieta e o afecto negativo que, por sua vez, podem aumentar o risco relativamente ao desenvolvimento de sintomatologia do comportamento alimentar. Assim, a insatisfação corporal supostamente conduziria à dieta assente na crença de que esta seria uma técnica de controlo de peso eficaz. Quanto ao papel da insatisfação corporal na estimulação do afecto negativo, a sua explicação baseia-se na assunção de que a aparência é uma dimensão valorativa central para a maioria das mulheres. Por último, o autor também considera o papel mais directo que a própria insatisfação corporal pode assumir na promoção de alguns comportamentos compensatórios característicos das perturbações alimentares. Aliás, na sua revisão meta-analítica de variadíssimos estudos prospectivos e experimentais, Stice (2002) conclui que

os resultados até então obtidos sugerem que a insatisfação corporal pode ser considerada um factor de risco para a dieta, afecto negativo e sintomatologia alimentar, e um factor de manutenção para a bulimia nervosa. O autor assume que a insatisfação corporal foi o factor de risco e manutenção mais consistente e robusto para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

Resumidamente, há de facto evidência empírica que tem suportado a presença pré-mórbida de índices de insatisfação com a imagem corporal e preocupação com o peso e desenvolvimento posterior de perturbações alimentares. Uma das questões mais inquietantes, que permanece por responder, prende-se com a evidência de que um número substancial de mulheres apresenta indicadores de insatisfação com a imagem corporal e não desenvolve sintomatologia alimentar. Realmente, os resultados que comentamos apontam pistas para a presença de importantes mediadores entre insatisfação com o corpo e preocupação com o peso e predisposição para o posterior desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

3.1.6. DIETA E ALIMENTAÇÃO RESTRITIVA

Corroborando as palavras de Jacobi e colaboradores (2004), a associação entre dieta e perturbações do comportamento alimentar é a mais citada na literatura da etiopatologia daquelas problemáticas que tem vindo a considerar a dieta como um importante precursor, se não causa, das perturbações alimentares. Como por exemplo defende Connors (1996), a dieta é um precursor das perturbações do comportamento alimentar já que, na anorexia nervosa, ela é levada a níveis extremos ao ponto de causar emagrecimento extremo e desencadear frequentemente episódios de ingestão alimentar compulsiva, precedendo, habitualmente, os quadros de bulimia nervosa. Como salientam Fairburn e colaboradores (2005), não só a experiência clínica, mas também os resultados obtidos através da investigação têm testemunhado que as perturbações do comportamento alimentar se iniciam habitualmente por aquilo que se pode assemelhar a uma dieta normal. Apesar de os autores estarem cientes de que apenas uma pequena minoria de jovens mulheres que praticam dieta desenvolvem, mais tarde, perturbações alimentares, estas jovens não deixam de constituir um importante grupo de alto-risco (cf., Fairburn, Cooper, Doll & Davies, 2005).

Do ponto de vista teórico, e considerando as conceptualizações propostas pelos modelos de restrição dietética, a privação calórica aumenta o risco em relação aos primeiros sintomas de ingestão alimentar compulsiva e bulimia nervosa, contribuindo igualmente para a manutenção daqueles sintomas. Nesta linha, a dieta pode fomentar o desenvolvimento de sintomatologia alimentar, uma vez que os indivíduos podem desenvolver episódios de ingestão alimentar compulsiva por forma a neutralizar os efeitos de privação calórica a que se sujeitam (cf., Stice, 2002). Contudo, e de acordo com a revisão meta-analítica realizada por Stice (2002), os resultados obtidos em diversas investigações a respeito da dieta avaliada por intermédio de auto-relato têm sido vários: (1) a dieta prediz o aumento do afecto negativo (e.g., Stice & Bearman, 2001), dos sintomas bulímicos (e.g., Stice, 2001) e das perturbações alimentares (e.g., Leon, Fulkerson, Perry, Keel & Klump, 1999). No entanto, há estudos com resultados inconclusivos (e.g., Cooley & Toray, 2001) e resultados contraditórios a respeito do seu papel enquanto factor de manutenção da sintomatologia bulímica (e.g., Stice & Agras). No que respeita aos resultados obtidos através da manipulação experimental da privação calórica, parece que esta aumenta a ingestão calórica e a ingestão alimentar compulsiva, avaliadas laboratorialmente, mas diminui, ao longo do tempo, a patologia alimentar no ambiente natural (cf. Stice, 2002). Aliás, dadas as incongruências encontradas entre os estudos prospectivos e os experimentais, o autor conclui que a dieta não é um factor de risco para as perturbações alimentares; pelo contrário, atenua a tendência para os episódios de alimentação exagerada.

Mais recentemente, e considerando os contributos das investigações transversais baseadas em amostras clínicas, parece que a dieta assume um papel diferente tratando-se de sujeitos com anorexia nervosa ou de sujeitos com bulimia nervosa. Assim, na anorexia nervosa, a dieta, enquanto potencial factor de risco, pode ser confundida com o próprio início da perturbação que requer um período mais longo de dieta, associada a uma considerável diminuição ponderal. Pelo contrário, na bulimia nervosa, a dieta, enquanto potencial factor de risco, pode ser facilmente distinguida da ingestão alimentar compulsiva que surge enquanto sintoma daquela problemática e que habitualmente define o início da perturbação (apesar de, nem sempre, serem obtidos resultados consistentes nesta matéria; cf. Jacobi *et al.*, 2004). De forma a tornar o papel da dieta mais claro no que respeita ao seu potencial enquanto factor de risco, é necessário estudos que

repliquem os resultados comentados e que contemplem outros grupos de controlo clínicos.

Com o principal objectivo de perceber quais as características das jovens que praticam dieta que as colocam em maior risco para o desenvolvimento subsequente de perturbações alimentares, Fairburn e colaboradores (2005) avaliaram prospectivamente 10,077 jovens da comunidade com idades compreendidas entre os 16 e os 23 anos. Identificaram 2,992 participantes que faziam dieta naquele momento e que não tinham história passada ou actual de perturbações alimentares ou condições médicas associadas que afectassem os seus hábitos alimentares. Avaliaram-nas ao longo de 2 anos, a cada 6 meses, utilizando o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) e a *Eating Disorder Examination* (EDE), identificando 457 participantes em risco para o desenvolvimento daquelas perturbações. Destas jovens, 332 foram entrevistadas, diagnosticando-se 104 casos de perturbações alimentares de acordo com o DSM-IV (9.6% com anorexia nervosa, 18.3% com bulimia nervosa e 72.1% com perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação). Em 39.5% das situações a perturbação foi desenvolvida logo 6 meses após a primeira avaliação de seguimento (23%, 20% e 17%, ao longo dos restantes 18 meses, respectivamente). Os itens do EDE-Q que se mostraram significativamente relacionados com o desenvolvimento posterior de perturbações alimentares foram a frequência de ingestão alimentar compulsiva (≥ 3 episódios durante os últimos 28 dias), seguida pelo comer em segredo, índice de massa corporal baixo (<19), preocupação com a comida e a alimentação, desejo de ter o estômago vazio, frequência de comportamentos purgativos (≥ 2 episódios durante os últimos 28 dias), medo de perder o controlo durante a alimentação e preocupação com o peso e a forma corporal. Os autores discutem a natureza não surpreendente dos resultados obtidos, não só no que respeita à reduzida proporção de participantes em dieta que, mais tarde, desenvolvem perturbações alimentares, como em relação ao facto destas mesmas jovens apresentarem hábitos e comportamentos alimentares mais perturbados logo desde o início. Argumentam sobre a potencial viabilidade em relação à identificação precoce das mulheres jovens que praticam dieta e que, mais tarde, dentro de um prazo de 2 anos, poderão desenvolver perturbações alimentares, de acordo com as características distintivas que apresentam. Assim, a combinação entre as tentativas para reduzir a ingestão de alimentos e as características identificadas neste estudo podem

conferir um maior risco para o desenvolvimento daquelas perturbações (cf., Fairburn, Cooper, Doll & Davies, 2005).

Quanto à alimentação restritiva durante a infância, existem dados bastante actuais que corroboram o seu papel na etiologia da anorexia nervosa em particular. Nicholls e Viner (2009) conduziram um estudo longitudinal recente com uma população do *British Cohort Study*, de 1970, que avaliou 16,567 bebés após o nascimento, com avaliações de seguimento aos 5, 10 e 30 anos. O objectivo principal dos autores foi estudar a associação entre um vasto conjunto de factores de risco infantis e história posterior de anorexia nervosa aos 30 anos. Dos 11,211 sujeitos avaliados durante os 30 anos de idade, os autores identificaram 406 participantes com história de problemas alimentares e 101 (9%) com história de anorexia nervosa (5 do sexo masculino); os restantes 10,906 sujeitos formaram o grupo de participantes sem história de problemas alimentares. As comparações foram ajustadas de acordo com o sexo e nível sócio-económico (o que fez uma amostra de 96 anorécticas comparativamente com 5,768 participantes do grupo de controlo). Dentre os 5 factores de risco identificados para o desenvolvimento de anorexia nervosa destacou-se a alimentação restritiva avaliada durante os 10 anos de idade que mostrou predizer o desenvolvimento subsequente de anorexia nervosa. Dada a média de scores obtida relativamente ao índice de massa corporal não ser inferior no grupo de anorécticas, comparativamente com as participantes do grupo de controlo, os autores consideram importante explorar, noutras investigações, os mecanismos que possam explicar, de forma mais conclusiva, esta associação.

Assim, o papel da dieta na predisposição para o desenvolvimento de anorexia nervosa em particular não é claro, já que este comportamento é um importante sintoma daquela problemática, dificultando a distinção entre sintoma inicial daquele quadro clínico, sintoma concomitante daquele diagnóstico e factor de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa. Talvez o maior interesse quanto ao entendimento do papel da dieta na etiopatologia da anorexia recaia sobre o estudo dos factores que se associem à dieta e distingam com alguma fiabilidade as jovens que fazem apenas dieta daquelas que paralelamente desenvolvem outros comportamentos associados que simultaneamente as tornam mais vulneráveis relativamente ao desenvolvimento posterior de anorexia. Quanto ao papel da alimentação restritiva durante a infância, os resultados que nós próprios comentámos corroboram a possibilidade daquele factor poder constituir-se como um

importante factor de risco na etiologia da anorexia nervosa necessitando, contudo, de outros estudos que repliquem estes resultados.

3.2. ACONTECIMENTOS DE VIDA ADVERSOS

Seguidamente, referimos os estudos que avaliam o impacto dos acontecimentos de vida adversos na predisposição para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar e anorexia nervosa mais especificamente (nomeadamente abuso sexual, físico e negligência). Quanto ao papel de outros factores potencialmente traumáticos, serão referidos na rubrica intitulada por “Outros Acontecimentos de Vida Adversos”. Aqui, referimos alguns estudos que avaliam o papel de vários tipos de vivências como rupturas ou dificuldades nos relacionamentos, perdas, problemas de saúde graves, adversidades durante a infância, *stress*, entre outros.

3.2.1. ABUSO SEXUAL

O papel do abuso sexual na etiopatologia das perturbações do comportamento alimentar ocupou, durante alguns anos, um lugar de destaque. São vários os estudos que, de algum modo, contribuíram para aquilo que hoje é relativamente consensual ao nível do entendimento sobre abuso e psicopatologia (cf., Jacobi *et al.*, 2004). Vamos debruçar-nos apenas sobre os que, do ponto de vista metodológico, estipularam a idade de início da perturbação do comportamento alimentar vs história de abuso sexual na infância e/ou adolescência.

Vize e Cooper (1995) realizaram um estudo com 3 grupos de pacientes: anorexia nervosa, bulimia nervosa e depressão e um grupo de controlo normal. Avaliaram a precedência do abuso sexual nos 3 grupos clínicos e concluíram que as taxas de abuso encontradas não distinguem os 3 diferentes grupos de pacientes. No entanto, os grupos clínicos têm taxas de abuso sexual significativamente superiores ao grupo de controlo normal. Estes resultados são consistentes com os obtidos por Welch e Fairburn (1994) numa amostra comunitária (sujeitos com bulimia nervosa, sujeitos sem perturbações do

comportamento alimentar e sujeitos com diagnóstico de outras perturbações mentais) e um grupo clínico de pacientes com bulimia nervosa. Os autores concluíram que o abuso sexual é significativamente superior no grupo da comunidade com bulimia nervosa comparativamente com o grupo de controlo normal; no entanto, não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com bulimia nervosa, os sujeitos da comunidade com bulimia nervosa e os pacientes do grupo de controlo psiquiátrico. Estes resultados foram corroborados mais tarde, num outro estudo efectuado por Fairburn e colaboradores (1999) relativo aos factores de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa em particular; apesar do abuso sexual severo e repetido e do abuso sexual e físico, severo e repetido, distinguem significativamente as pacientes com anorexia nervosa das participantes do grupo de controlo normal, o mesmo não se verifica em relação aos resultados obtidos na comparação de pacientes com anorexia nervosa vs grupo de controlo psiquiátrico. Estes resultados levaram os autores a concluir que o abuso sexual é um factor de risco para as perturbações psiquiátricas em geral (incluindo as perturbações do comportamento alimentar) entre mulheres jovens. Já num estudo realizado por Dansky, Brewerton, Kilpatrick e O'Neal (1997), também com uma amostra da comunidade, os autores concluíram que os pacientes com bulimia nervosa obtiveram uma prevalência significativamente superior de abuso sexual comparativamente com o grupo de controlo normal; apesar de tudo, os participantes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva não obtiveram diferenças estatisticamente significativas comparativamente com o grupo de controlo.

Como salientam Jacobi e colaboradores (2004), os resultados obtidos nos estudos que não controlaram a idade de início da anorexia ou bulimia nervosas são, regra geral, idênticos aos que acabámos de comentar. Os autores chamam apenas a atenção para o facto das evidências encontradas serem mais consistentes para a bulimia nervosa do que para a anorexia nervosa e para o facto dos resultados não obterem diferenças, quer se trate de amostras clínicas ou de amostras baseadas na comunidade. Deste modo, classificam o abuso sexual como um correlato retrospectivo não específico para a anorexia e bulimia nervosas. Aliás, e no que respeita à anorexia nervosa em particular, os resultados referidos são consistentes com os obtidos muito recentemente por Pike e colaboradores (2008) num estudo sobre os factores de risco específicos para aquela problemática no qual a idade de início dos primeiros sintomas alimentares é cuidadosamente controlada. Para o efeito emparelharam individualmente 50 anorécticas

com 50 participantes do grupo de controlo normal e com 50 participantes do grupo de controlo psiquiátrico. Uma das conclusões a que os resultados obtidos permitiram chegar tem que ver com o papel do abuso físico e sexual na infância enquanto factor de risco comum para o desenvolvimento de perturbações mentais em geral, já que apenas distinguiu as anorécticas das participantes do grupo de controlo normal (cf., Pike *et al.*, 2008).

O estudo longitudinal realizado por Johnson, Cohen, Kasen e Brook (2002), que utilizou uma amostra comunitária de mães e filhos, investigou a associação entre adversidades durante a infância (entre as quais abuso sexual) e a presença de problemas com a alimentação ou peso durante a adolescência e início da idade adulta. Os autores concluíram que os indivíduos com história de abuso sexual ou maus-tratos físicos durante a infância apresentavam maior risco em relação ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar e alguns problemas alimentares como flutuações de peso e dietas restritivas durante a adolescência e início da idade adulta. Baseados nos resultados que acabámos de comentar, Jacobi e colaboradores (2004) classificaram o abuso sexual e maus-tratos físicos como factores de risco variáveis, não específicos, de potência média, apelando à necessidade de novos estudos longitudinais que repliquem estes resultados.

Sintetizando: apesar do abuso sexual ter sido hipotetizado como factor de risco específico para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, as investigações realizadas até à data têm sistematicamente corroborado a sua associação a estas perturbações como factor de risco geral, não só para o desenvolvimento de patologia alimentar, como para o desenvolvimento de outras perturbações mentais.

3.2.2. OUTROS ACONTECIMENTOS DE VIDA ADVERSOS

O papel dos acontecimentos de vida adversos e o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar permanece ainda por esclarecer. Essencialmente, podemos apontar três motivos responsáveis: (1) o primeiro deve-se à escassez de investigações que estudem a associação das perturbações do comportamento alimentar e adversidades que não se limitem apenas ao abuso sexual e físico; (2) os poucos estudos existentes adoptarem metodologias transversais, dada a

baixa incidência daquelas perturbações; (3) os resultados obtidos serem inconsistentes entre as diferentes investigações.

Neste sentido, na revisão da literatura realizada por Jacobi e colaboradores (2004), os autores consideraram dignos de reflexão os resultados obtidos em 7 estudos diferentes que passaremos a referir com maior detalhe.

No estudo realizado por Welch, Doll e Fairburn (1997), os investigadores concluíram que os pacientes com bulimia nervosa, recrutados na comunidade, referiram mais acontecimentos de vida stressantes no ano que precedeu o desenvolvimento da perturbação alimentar, comparativamente com o grupo de controlo normal; os acontecimentos em causa envolviam, sobretudo, rupturas nos relacionamentos com familiares ou amigos ou ameaças à integridade física. Relativamente à anorexia nervosa em particular, e considerando agora os resultados obtidos sobre os factores de risco associados ao desenvolvimento daquela perturbação, no estudo desenvolvido por Fairburn e colaboradores (1999), dos acontecimentos disruptivos avaliados (e.g., morte parental, mudança de figura parental, problemas de saúde graves, entre outros), nenhum obteve resultados significativamente superiores nos pacientes com anorexia nervosa comparativamente com os dois grupos de controlo: normal e psiquiátrico (cf., Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999). Já no estudo realizado por Troop e Treasure (1997), efectuado com pacientes recuperadas de quadros de anorexia e bulimia nervosas, os resultados não apontaram diferenças significativas entre aquelas pacientes e o grupo de controlo. Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews e Treasure (1997) compararam pacientes com anorexia e bulimia com um grupo de controlo da comunidade e apenas obtiveram diferenças entre estes grupos no que respeita à vivência de dificuldades major ou problemas associados com o pudor. Um resultado idêntico tinha já sido obtido por Rastam e Gilberg (1992) no que respeita à vivência de acontecimentos de vida major (e.g., perda de familiares em primeiro grau) nos 3 meses anteriores ao desenvolvimento de anorexia nervosa. Este resultado foi significativamente superior no grupo de anorécticas, comparativamente com o grupo de controlo.

Considerando agora o contributo dos estudos que também contemplaram grupos de controlo psiquiátrico, os resultados obtidos por Horesh e colaboradores (1995; 1996) são bastante consistentes entre si. Assim, Horesh e colaboradores (1995) realizaram uma investigação com 21 adolescentes internadas e diagnosticadas com anorexia nervosa severa e dois grupos de controlo: um grupo de controlo psiquiátrico (constituído por 79

adolescentes internadas com outros diagnósticos mentais que não perturbações do comportamento alimentar) e um grupo de controlo normal (composto por 40 adolescentes saudáveis). Comparativamente com o grupo de controlo normal, as anorécticas obtiveram resultados significativamente superiores em todas as escalas que avaliavam acontecimentos de vida negativos; comparativamente com o grupo de controlo psiquiátrico, as diferenças significativas obtidas reflectiram-se ao nível dos acontecimentos de vida negativos que envolviam os seus progenitores. Num outro estudo desenvolvido por Horesh e colaboradores (1996) que avaliou 20 jovens com perturbações do comportamento alimentar, 20 jovens com outras perturbações mentais e 20 jovens sem perturbações, os autores voltaram a concluir que a maioria dos acontecimentos de vida e adversidades distingue de forma significativa os dois grupos de pacientes e os controlos saudáveis. A presença de pressão parental inadequada distingue o grupo com perturbações do comportamento alimentar do grupo de controlo psiquiátrico. Finalmente, Gowers, North e Byram (1996), avaliaram um conjunto de acontecimentos de vida ocorridos um ano antes do início do quadro de anorexia nervosa em 35 participantes utilizando uma entrevista semi-estruturada que também avaliava um dos progenitores das pacientes em causa. Os resultados obtidos não evidenciaram diferenças significativas entre os 3 grupos de participantes, apesar de indicarem uma percentagem intermédia relativa à presença de acontecimentos de vida negativos nas participantes com anorexia nervosa, comparativamente com o grupo de controlo normal e psiquiátrico.

Num estudo longitudinal conduzido por Johnson, Cohen, Kasen e Brook (2002), os autores entrevistaram 782 mães e seus filhos durante 3 períodos: infância, adolescência e início da idade adulta; foram diagnosticados, durante a adolescência e idade adulta, 52 casos de perturbações alimentares (43 do sexo feminino e 9 do sexo masculino). Depois dos autores controlarem estatisticamente os efeitos da idade, presença de problemas alimentares e temperamento difícil durante a infância, psicopatologia parental e ocorrência de adversidades durante a infância, os resultados obtidos revelaram a existência de um grande conjunto de adversidades durante a infância, associadas a um risco aumentado para o desenvolvimento de perturbações alimentares ou problemas com a alimentação ou o peso durante a adolescência e o início da idade adulta. As adversidades identificadas incluíam a negligência física ou o abuso sexual, problemas paternos, pobreza e baixa instrução parental. Mais recentemente, Nicholls e Viner (2009), no estudo longitudinal que conduziram com 96 anorécticas identificadas e 5,768

participantes sem história de problemas alimentares, as separações da figura materna superiores a 1 mês, até aos 5 anos de idade das crianças, mostrou predizer significativamente o desenvolvimento posterior de anorexia nervosa. Os autores aceitam este resultado com algumas reservas já que não foi replicado no modelo multivariado do risco para a anorexia nervosa.

Considerando o contributo dos diferentes estudos citados, existe alguma evidência empírica a suportar a hipótese de que as pacientes com anorexia e bulimia nervosas vivenciam mais acontecimentos de vida adversos antes do início do problema alimentar, comparativamente com o grupo de controlo normais. Parece que este resultado não é específico das perturbações do comportamento alimentar, já que também distingue os participantes com outras perturbações dos grupos de controlo normais (cf. Micali, 2005). A apreciação destes resultados levou Jacobi e colaboradores (2004) a considerar os acontecimentos de vida adversos como correlatos retrospectivos não específicos de baixa potência.

Mais recentemente, Rojo e colaboradores (2006) conduziram um estudo epidemiológico em duas fases o qual teve como principal objectivo estudar a influência do *stress* antes do início das perturbações do comportamento alimentar. Os 32 casos de perturbações alimentares detectados na comunidade foram comparados com 32 participantes do grupo de controlo. Os autores obtiveram alguns resultados interessantes, dignos de nota. Os sujeitos com perturbações alimentares exibiram, em média, um número de dificuldades significativamente superior comparativamente com os participantes do grupo de controlo (2.88 ± 1.99 vs 1.26 ± 1.05 , respectivamente). A maioria das dificuldades, nos casos de perturbações alimentares, estava associada com o relacionamento com os pais e as relações sociais (as dificuldades dos participantes do grupo de controlo eram essencialmente escolares). Quanto à vivência de acontecimentos de vida precipitantes, esta foi significativamente superior nos sujeitos com perturbações alimentares, comparativamente com os participantes do grupo de controlo, verificando-se em 25% dos sujeitos (vs 3.1%); 10.3 (95% CI, 1.2-88.4) foi o risco calculado de um indivíduo exposto a um acontecimento gerador de *stress* desenvolver perturbações alimentares. Finalmente, 62.5% (5/8) dos sujeitos com perturbações alimentares que tiveram vivências stressantes anteriores tinham uma perturbação psiquiátrica adicional o que revela que a relação entre o *stress* e as perturbações alimentares não é totalmente independente da comorbilidade com outras perturbações mentais. Assim, os autores

concluíram que o stress pode ser um factor precipitante para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, se bem que este efeito é largamente mediado pela co-ocorrência de outras perturbações mentais (cf., Rojo, Conesa, Bermudez & Livianos, 2006). Aliás, estes resultados são corroborados pelos obtidos por Pike e colaboradores (2008) num estudo que avaliou especificamente os factores de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa com casos-controlo emparelhados individualmente: 50 mulheres com diagnóstico actual de anorexia nervosa, 50 participantes do grupo de controlo normal e 50 participantes do grupo de controlo psiquiátrico. O grupo de anorécticas e de participantes do grupo de controlo psiquiátrico revelaram um número significativamente superior de acontecimentos de vida que antecederam o início da sintomatologia alimentar, comparativamente com o grupo de controlo normal. Os acontecimentos avaliados eram de natureza diversa e diziam respeito à mudança de residência, doenças físicas significativas, gravidez, luto, doenças major em elementos significativos, alterações na estrutura familiar, término de relacionamento afectivo, abuso físico, abuso sexual, stress relacionado com escola ou trabalho, comentários críticos sobre peso, forma ou alimentação, preocupações com a segurança ou qualquer outra vivência significativa durante os 12 meses prévios ao desenvolvimento de sintomatologia alimentar (cf., Pike, Hilbert, Wilfley, Fairburn, Dohm, Walsh & Striegel-Moore, 2008).

Contudo, e como sustentam Walsh e colaboradores (2005), é importante esclarecer três aspectos sobre a compreensão do impacto deste tipo de acontecimentos nas pacientes com perturbações do comportamento alimentar: (1) se são as pacientes com aquelas perturbações que realmente experienciam mais acontecimentos de vida adversos, (2) se estas pacientes se recordam melhor dos acontecimentos de vida adversos, comparativamente com as pacientes sem este tipo de vivências, (3) se as pacientes com perturbações alimentares são mais susceptíveis ao impacto dos acontecimentos de vida em geral.

Entre os vários resultados obtidos nos diversos estudos que acabámos de rever, parece que o tempo que medeia entre a exposição a uma determinada adversidade e a manifestação de perturbações alimentares pode ser decisivo. Isto é, os estudos que avaliaram a vivência daquele tipo de acontecimentos nos 12 meses anteriores à manifestação dos primeiros sintomas alimentares obtêm resultados mais consistentes entre si. Contudo, os acontecimentos de vida adversos não têm distinguido apenas as pacientes com patologia alimentar das participantes do grupo de controlo normal, já que

na grande maioria dos estudos apresentados o mesmo se verificou em relação às participantes com outras perturbações vs grupo de controlo normal. Quanto à natureza dos acontecimentos em si, são vários aqueles que têm sido apontados, persistindo a necessidade quanto à realização de outras investigações que repliquem os resultados comentados.

FACTORES DE RISCO FAMILIARES

4. FACTORES DE RISCO FAMILIARES NO DESENVOLVIMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

Este capítulo procura fazer um ponto da situação a respeito dos principais factores de risco familiares que têm sido considerados estarem associados ao desenvolvimento das perturbações alimentares, com um foco particular na anorexia nervosa. Os que têm obtido maior suporte empírico dizem respeito à obesidade e à psicopatologia parentais e dinâmica familiar (e.g., Connors, 1996; Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Fairburn *et al.*, 1998; Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997). Enquanto os factores familiares podem desempenhar um importante papel na génese e manutenção das perturbações alimentares, assumimos que o conhecimento actual contradiz a hipótese de que aqueles factores poderiam ser exclusivos ou mecanismos primários que estariam na base do risco para as perturbações alimentares (cf., le Grange, Lock, Loeb & Nicholls, 2010). Posto isto, a revisão da literatura a respeito da temática tem como principal objectivo considerar factores de risco de natureza familiar que têm obtido algum consenso entre as diferentes investigações e que, por isso mesmo, são factores, entre outros, a considerar na complexa lógica da multifactorialidade e etiopatologia dos problemas alimentares. Assim, os factores de risco familiares foram agrupados nas seguintes rubricas: obesidade parental, psicopatologia parental e dinâmica familiar.

4.1. OBESIDADE PARENTAL

Citando mais uma vez os resultados obtidos por Fairburn e colaboradores nos três estudos realizados com casos controlo sobre os factores de risco e a anorexia nervosa (cf., Fairburn *et al.*, 1999), bulimia nervosa (cf., Fairburn *et al.*, 1997) e perturbação de ingestão alimentar compulsiva (cf., Fairburn *et al.*, 1998), a história de obesidade parental foi estudada em dois momentos distintos: antes do início da perturbação do comportamento alimentar em causa, ou independentemente da idade do sujeito. No que respeita às pacientes com anorexia nervosa, a história de obesidade parental antes do desenvolvimento da perturbação alimentar não distinguiu as anorécticas de nenhum dos dois grupos de controlo, mas sim das pacientes com bulimia nervosa, sendo que os

resultados foram significativamente superiores nestas. Quanto à história de obesidade parental, seja ela anterior ou posterior ao desenvolvimento da perturbação do comportamento alimentar, as pacientes com bulimia nervosa obtiveram resultados significativamente superiores, comparativamente com o grupo de controlo normal e psiquiátrico. Os autores não obtiveram resultados significativos no que respeita às pacientes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva e grupos de controlo.

Num outro estudo, realizado por Stice, Agras e Hammer (1999), durante o qual foram avaliadas 216 crianças e respectivos pais durante os primeiros 5 anos de vida daquelas, os autores concluíram que o índice de massa corporal, tanto materno como paterno (elevado), mostrou predizer prospectivamente a emergência de sintomatologia alimentar durante a infância (nomeadamente alimentação inibida, em segredo, excessiva e vômito auto-induzido). Outras variáveis maternas preditoras dos sintomas descritos foram a insatisfação com a imagem corporal, internalização do ideal de magreza, dieta, e sintomas bulímicos.

Sintetizando os resultados comentados, a obesidade parental pode ser considerada como correlato retrospectivo para o desenvolvimento de bulimia nervosa, mas não para o desenvolvimento de anorexia nervosa. Aliás, e a respeito da anorexia nervosa em particular, aqueles resultados podem ser lidos em simultâneo com os obtidos muito recentemente por Nicholls e Viner (2009) no estudo longitudinal que realizaram. Assim, de entre os vários resultados a respeito dos factores de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa (que já temos vindo a apresentar), o índice de massa corporal materno acima da média obteve resultados significativos enquanto factor protector para o posterior desenvolvimento de anorexia nervosa (diminuição do risco para o posterior desenvolvimento de anorexia, estimado em 9%). Os autores defendem que a natureza protectora que o índice de massa corporal materno pode assumir, quando é superior, em relação ao desenvolvimento de anorexia está, muito provavelmente, relacionado com a importância que a influência familiar pode ter ao nível do desenvolvimento de preocupações com o peso e a forma corporal e comportamento alimentar.

Deste modo, os resultados que têm sido obtidos a respeito do papel da obesidade parental na predisposição para o desenvolvimento de sintomatologia alimentar são algo consistentes no que respeita à bulimia nervosa ou desenvolvimento de alguns sintomas alimentares. Já no que se refere à anorexia nervosa os resultados são diferentes,

surgindo num recente estudo longitudinal o índice de massa corporal materno como factor protector para o desenvolvimento desta perturbação.

4.2. PSICOPATOLOGIA PARENTAL

A história de psicopatologia familiar nos parentes das pacientes com perturbações do comportamento alimentar e anorexia nervosa em particular, tem originado um número substancial de investigações, nomeadamente sobre a possibilidade de transmissão familiar daquelas perturbações, sobre a incidência de depressão nos familiares em primeiro grau de pacientes com perturbações alimentares e associação entre abuso de substâncias na família e perturbações alimentares (cf. Connors, 1996). No entanto, são várias as limitações metodológicas apontadas aos vários estudos existentes. Por forma a triar entre os diversos estudos os que merecem uma análise mais cuidada pela contribuição que prestam à leitura do risco e ao papel da história psiquiátrica familiar, vamos considerar, *a priori*, tais limitações. A primeira diz respeito ao tipo de metodologia adoptada: baseada no estudo da família vs baseada na história familiar. A primeira é caracterizada pela avaliação directa de cada elemento da família por meio de uma entrevista cujo objectivo principal incide na história psiquiátrica da família; através da segunda metodologia a avaliação da história psiquiátrica da família é obtida indirectamente, através da entrevista com os próprios pacientes com perturbações alimentares (cf., Jacobi *et al.*, 2004). Uma das principais limitações do último procedimento metodológico comentado diz respeito à possibilidade da prevalência de perturbações psiquiátricas na família ser subestimada pelos seus familiares (e.g., Andreasen, Rice, Endicott, Reich & Coryell, 1986, *in* Jacobi *et al.*, 2004). Outras limitações apontadas dizem respeito: (1) ao facto de a grande maioria dos investigadores conhecerem o diagnóstico dos pacientes com perturbações alimentares, aquando da avaliação dos seus familiares; (2) a utilização de amostragens clínicas de pacientes com perturbações alimentares (vs amostragens baseadas na comunidade); (3) a ausência de estratificação das amostras com perturbações alimentares no que respeita à presença de comorbilidade (limitação especialmente relevante nos estudos sobre anorexia nervosa); (4) grande parte dos estudos utilizar amostras com um número reduzido de sujeitos; (5) a escassez de estudos que

contemplem grupos de controlo com outras perturbações; (6) o facto de os estudos realizados até 2004 e revistos por Jacobi e colaboradores (2004; à excepção dos estudos realizados pela equipa de Fairburn e publicados durante 1997, 1998 e 1999) não especificarem a idade de início do desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar estudadas, podendo, as perturbações familiares então identificadas, ser posteriores ao desenvolvimento da própria perturbação alimentar. Aliás, e de acordo com Jacobi e colaboradores (2004), esta é talvez a principal limitação a apontar às investigações sobre psicopatologia familiar e perturbações do comportamento alimentar realizadas até à data.

Considerando as limitações acima referidas, vamos mencionar os principais resultados obtidos através dos estudos que adoptaram metodologias baseadas na avaliação directa dos familiares das pacientes com anorexia nervosa, revistos por Jacobi e sua equipa.

Assim, no estudo realizado por Rivinus e colaboradores (1984; *in* Jacobi, 2004), os resultados obtidos apontam para taxas significativamente mais elevadas de perturbações psiquiátricas nos familiares em primeiro grau dos pacientes com perturbações alimentares, comparativamente com o grupo de controlo normal (36.6% vs. 18.2%); as frequências combinadas de depressão ou abuso de substâncias eram significativamente mais elevadas nos familiares em primeiro e segundo graus, comparativamente com o grupo de controlo (29.5% vs. 12.9% e 23.3% vs. 13.8%, respectivamente). Um dos resultados relativamente consensuais entre 3 diferentes estudos (e.g., Gershon *et al.*, 1983; Strober, Lampert, Morrell, Burroughs & Jacobs, 1990; Strober, Morrell, Burroughs, Salkin & Jacobs, 1985; *in* Jacobi *et al.*, 2004) foi o risco aumentado dos familiares em primeiro e segundo grau das pacientes com anorexia nervosa desenvolverem perturbações do comportamento alimentar, em particular anorexia nervosa e, em taxas inferiores, bulimia nervosa; os resultados obtidos nos três diferentes estudos andam na ordem de valores que oscilam entre 3 e 10 vezes superior relativamente ao risco para os familiares em causa desenvolverem, eles próprios, perturbações do comportamento alimentar. Num outro estudo, realizado por Halmi e colaboradores (1991, *in* Jacobi *et al.*, 2004), tanto a perturbação obsessivo compulsiva, como as disfunções sexuais foram significativamente mais prevalentes nas mães das pacientes com anorexia nervosa, quando comparadas com as mães do grupo de controlo. Também Nilsson, Gillberg e Rastam (1998; *in* Jacobi *et al.*, 2004), encontraram diferenças significativas no que

respeito à presença de história de depressão major e alguns sintomas de dificuldades sociais nas mães das anorécticas, comparativamente com as mães das participantes do grupo de controlo normal. Finalmente, num estudo realizado por Stern e colaboradores (1992), os resultados obtidos contrastam com os que têm sido comentados já que os autores não encontraram diferenças significativas capazes de distinguir os pacientes com anorexia nervosa dos participantes do grupo de controlo normal, pelo que diz respeito à história psiquiátrica familiar.

Jacobi e colaboradores (2004) sintetizaram os principais contributos dos vários estudos que avaliaram a presença de psicopatologia nos familiares de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. Concluíram pela existência de taxas mais elevadas de perturbações do comportamento alimentar, perturbações afectivas e algumas perturbações de ansiedade (nomeadamente, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação obsessivo-compulsiva) nos familiares dos pacientes com anorexia ou bulimia nervosas. Não obstante, existem algumas diferenças que os autores salientam: (1) os familiares dos pacientes com bulimia nervosa apresentam taxas consistentemente mais elevadas de perturbações relacionadas com substâncias, comparativamente com os familiares das pacientes com anorexia nervosa (os resultados, a este respeito, são inconsistentes e pouco convincentes); (2) a fobia social, a perturbação de ansiedade generalizada, a perturbação pós-stress traumático e as perturbações de personalidade pertencentes ao Grupo B apresentam taxas mais elevadas nos familiares das pacientes com bulimia nervosa, ao passo que a perturbação obsessivo-compulsiva e a perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva são superiores, principalmente, nos familiares das pacientes com anorexia nervosa; (3) apesar do padrão de transmissão relativo às perturbações pela utilização de substâncias, depressão major e perturbação obsessivo-compulsiva parecer independente da perturbação do comportamento alimentar em causa, o mesmo não se pode afirmar a respeito da relação existente entre a perturbação obsessivo-compulsiva de personalidade e a anorexia nervosa, já que parecem partilhar entre si um padrão de transmissão. Finalmente, e uma vez que as metodologias adoptadas pelos estudos citados não controlaram a idade de início da perturbação do comportamento alimentar, os autores entenderam que os resultados obtidos nestes estudos apenas permitem que a psicopatologia parental seja classificada como correlato.

Citando os resultados obtidos num outro estudo que adoptou uma metodologia baseada no estudo da família (vs baseada na história familiar), Strober e colaboradores (2000) conduziram uma investigação com 504 casos-índice (*proband*; 152 com diagnóstico de anorexia nervosa sub-tipo restritivo, 171 com diagnóstico de bulimia nervosa sub-tipo purgativo e 181 sem história passada ou actual de qualquer tipo de perturbação do eixo I) e 1831 familiares em primeiro grau dos três grupos de sujeitos referidos. Os autores concluíram que, apesar de a anorexia nervosa ser rara nas famílias dos sujeitos do grupo de controlo, os resultados mostraram síndromes completos ou parciais de anorexia agregados nos familiares do sexo feminino dos sujeitos com anorexia e bulimia nervosas; do mesmo modo, e apesar da bulimia nervosa ser mais comum nos familiares do sexo feminino dos sujeitos do grupo de controlo, também se mostrou agregada aos familiares dos sujeitos com perturbações alimentares. A taxa de bulimia nervosa foi 4,2 vezes superior nos familiares dos pacientes com anorexia, comparativamente com os familiares dos sujeitos do grupo de controlo normal; de modo idêntico, a taxa de anorexia nervosa e de síndromes parciais de anorexia foi 12,3 e 5,7 vezes superior (respectivamente), nos familiares dos pacientes com bulimia, comparativamente com os familiares dos sujeitos do grupo de controlo. Quanto ao risco calculado para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar nos familiares dos pacientes já diagnosticados com estas problemáticas, os valores obtidos foram os que se seguem: (1) os familiares dos pacientes com anorexia apresentaram um risco para desenvolver esta perturbação 11,4 vezes superior, comparativamente com os familiares dos sujeitos do grupo de controlo; o risco para o desenvolvimento de bulimia nervosa foi estimado em 3,5 vezes superior; (2) os familiares dos pacientes com bulimia apresentaram um risco para desenvolver esta perturbação 3,7 vezes superior, comparativamente com os familiares dos sujeitos do grupo de controlo; o risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa foi estimado em 12,1 vezes superior; (3) os familiares dos pacientes com anorexia apresentaram um risco para desenvolver síndromes parciais desta perturbação 5,2 vezes superior, comparativamente com os familiares dos sujeitos do grupo de controlo; já os familiares dos pacientes com bulimia apresentam um risco para desenvolver síndromes parciais desta perturbação 2,6 vezes superior (cf., Strober, Freeman, Lampert, Diamond & Kaye, 2000).

Mais uma vez, nos 3 estudos realizados por Fairburn e colaboradores (Fairburn *et al.*, 1997; Fairburn *et al.*, 1998; Fairburn *et al.*, 1999), nos quais a psicopatologia familiar

foi avaliada antes do início da perturbação do comportamento alimentar estudada, nomeadamente anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva, os autores concluíram que a depressão, o alcoolismo e o abuso de drogas nos pais das pacientes com bulimia nervosa é significativamente superior, comparativamente com os pais das participantes do grupo de controlo normal; estas diferenças estendem-se aos pais das participantes do grupo de controlo psiquiátrico, apenas no que se refere à história de alcoolismo parental. Os resultados obtidos nos pais das anorécticas, à semelhança dos obtidos nos pais das pacientes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva, são superiores e marginalmente significativos no que respeita à história de depressão, comparativamente com os pais das participantes do grupo de controlo normal. Aliás, e comparando directamente anorécticas com bulímicas, os resultados são significativamente superiores neste último grupo de pacientes. Assim sendo, Jacobi e colaboradores (2004) classificaram o alcoolismo parental como correlato retrospectivo específico, enquanto a depressão e abuso de drogas pelos pais foram classificados como correlatos retrospectivos não específicos de baixa potência.

Ainda no que respeita aos estudos supracitados realizados por Fairburn (1997, 1998 e 1999), foi avaliada a história parental de anorexia ou bulimia nervosa nos três grupos de pacientes com perturbações do comportamento alimentar. Ora, e quando a avaliação das perturbações alimentares nos pais das pacientes incidiu sobre o período anterior ao desenvolvimento da própria perturbação alimentar actual das pacientes, os resultados obtidos não distinguiram nenhum dos grupos de pacientes dos grupos de controlo normal e psiquiátrico. Já no que respeita à história parental de anorexia ou bulimia nervosa, independentemente do início da perturbação alimentar das pacientes em causa, tanto as anorécticas, como as bulímicas obtiveram resultados significativamente superiores, comparativamente com o grupo de controlo normal. Já as pacientes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva obtiveram resultados significativamente superiores mas, neste caso, em comparação com as participantes do grupo de controlo psiquiátrico.

Os resultados comentados são consistentes com os obtidos muito recentemente por Pike e colaboradores (2008) num estudo realizado com 50 anorécticas emparelhadas individualmente com casos-controlo normais e psiquiátricos; a psicopatologia parental, nomeadamente perturbações de humor e abuso de substâncias, surgiu como factor de

risco comum entre as anorécticas e as participantes com outras perturbações (cf., Pike *et al.*, 2008).

Num estudo longitudinal bastante actual que nós já referimos, realizado por Nicholls e Viner (2009), os autores avaliaram prospectivamente 96 anorécticas com 30 anos de idade, comparativamente com 5,768 participantes do grupo de controlo. A presença de sintomatologia depressiva materna durante a infância, (avaliada aos 5 anos de idade das participantes) mostrou predizer significativamente o desenvolvimento subsequente de anorexia nervosa. Os autores sustentam que esta investigação foi a primeira investigação longitudinal a facultar evidências para o papel da saúde mental parental como factor de risco para o ulterior desenvolvimento de anorexia nervosa. Defendem que, noutros estudos, de natureza transversal, que exploraram a relação entre a saúde mental familiar e as perturbações do comportamento alimentar, as questões cronológicas não foram devidamente esclarecidas. Discutem o resultado obtido, argumentando que o mal-estar materno avaliado pelos autores foi relatado durante os 5 anos de idade das crianças, e não no período pós-natal, sugerindo que é o mal-estar materno contínuo, e não o momentâneo, que é importante.

Sistematizando, tem de facto sido descrito, com base nos resultados obtidos em diversos estudos, a presença de algumas perturbações, sobretudo, depressão, abuso de substâncias e perturbações de ansiedade como problemáticas que distinguem os pais ou familiares das pacientes com perturbações alimentares dos pais ou familiares das participantes dos grupos de controlo normal. Apesar de tudo, e quando existem grupos de controlo psiquiátricos, a presença de psicopatologia familiar também distingue os pais e parentes destas participantes dos pais e parentes das participantes dos grupos de controlo normal. Os resultados não são consistentes entre si quanto à distinção entre as diferentes perturbações mentais e as perturbações alimentares. Contudo, parece que a agregação familiar de pais e parentes com perturbações do comportamento alimentar entre sujeitos com estas perturbações é relativamente coerente, havendo alguma evidência que suporta que os familiares dos pacientes com anorexia e bulimia nervosas apresentam taxas mais elevadas quanto à história destas mesmas perturbações. Talvez a maior desvantagem de grande parte dos estudos disponíveis se prenda com a ausência de mecanismos de estipulação da idade de início da sintomatologia alimentar nas pacientes dos grupos clínicos o que não permite uma leitura clara em relação ao papel da psicopatologia familiar. Mais recentemente, a depressão materna durante a infância

surgiu como um importante preditor de anorexia nervosa na idade adulta. Este resultado revela-se bastante importante, dado ter sido obtido num estudo longitudinal com um número de detecção de anorécticas bastante considerável, atendendo à baixa prevalência desta problemática.

4.3. DINÂMICA FAMILIAR

A importância atribuída ao papel da dinâmica familiar no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar não é recente, remontando às primeiras teorizações relativas à etiopatologia daquelas perturbações (cf., Latzer, Lavee & Gal, 2009). As famílias com elementos que desenvolvem perturbações alimentares têm sido descritas como emaranhadas, intrusivas, hostis, que negam as necessidades emocionais dos seus elementos ou são excessivamente focadas na parentalidade (cf., Polivy & Herman, 2002). Por exemplo, Connors (1996) sistematiza o contributo de algumas teorizações e investigações sobre o papel das interações familiares e perturbações alimentares em torno de alguns tópicos: coesão, suporte para a autonomia, comunicação e expressividade, organização, conflito e hostilidade e expectativas em relação à realização. Mas, como salientam Polivy e Herman (2002), fica por esclarecer se o disfuncionamento familiar contribui para o desenvolvimento de problemas alimentares ou se são estes que contribuem para o disfuncionamento familiar ou, ainda, se existe algum factor comum que contribua para ambos. Acresce ainda o facto da investigação não apoiar a existência de uma família típica entre as pacientes com perturbações do comportamento alimentar, e muito menos, com anorexia nervosa (cf., le Grange, Lock, Loeb & Nicholls, 2010; Walsh *et al.*, 2005).

Apesar de tudo, e havendo um número considerável de estudos que investigam o papel daquelas dinâmicas, a maioria não inclui grupos de controlo com população saudável e, tão pouco, grupos de controlo com outras perturbações psiquiátricas (cf. Jacobi *et al.*, 2004). A par das limitações apontadas, acresce o facto de a maioria dos estudos dedicados à compreensão da relação interação familiar vs perturbações do comportamento alimentar não controlar a idade de início relativa ao desenvolvimento dos primeiros sintomas alimentares (e.g., Friedman, Wifley, Welch & Kuncze, 1997; Garfinkel et

al., 1983; McNamara & Loveman, 1990; Shisslak, McKeon & Crago, 1990; Strober & Humphrey, 1987; *in* Jacobi *et al.*, 2004).

Assim, e historicamente, as famílias de indivíduos com bulimia nervosa têm sido descritas ao longo dos anos como exibindo níveis mais elevados de conflito e desorganização e menos coesão, comparativamente com as famílias a que pertencem indivíduos com anorexia nervosa; as mães das bulímicas também têm sido caracterizadas como mais dominadoras e com expectativas elevadas em relação aos seus filhos (cf., Kog & Vandereycken, 1985; Sights & Richards, 1984). Num estudo já citado, realizado por Horesh e colaboradores (cf., Horesh *et al.*, 1996) cujo objectivo passa por avaliar o impacto dos acontecimentos de vida adversos no desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, os resultados obtidos apontam em direcção à associação entre as perturbações alimentares e a existência de relacionamentos perturbados na família, nomeadamente no sentido da pressão parental inapropriada; este resultado foi o único a distinguir as pacientes com perturbações alimentares das participantes dos grupos de controlo normais e psiquiátricos.

Do ponto de vista da intervenção, os comentários críticos maternos e a falta de envolvimento parental estão associados a resultados fracos nos pacientes com perturbações do comportamento alimentar. Assim, variáveis como o criticismo parental e baixos níveis de empatia e afecto parental têm sido apontadas como estando presentes na evolução diagnóstica de anorexia nervosa sub-tipo restritivo, para bulimia nervosa (Nishimura *et al.*, 2008; Tozzi *et al.*, 2005). Uma das explicações que tem sido apontada pelos autores relaciona-se com a hipótese de as famílias em que os seus membros são criticados poderem prestar um fraco suporte aos seus elementos em processo de tratamento, inibindo de forma substancial este processo e predispondo os pacientes com o sub-tipo restritivo a começarem a ter episódios de ingestão alimentar compulsiva e a provocarem o vómito.

A respeito das conclusões que podem ser retiradas sobre o papel da dinâmica familiar e os factores de risco para as perturbações do comportamento alimentar, iremos considerar apenas os estudos que controlaram especificamente a idade de início daquelas perturbações e que incluíram grupos de controlo nas suas amostragens. De acordo com Jacobi e até 2004, são 8 as investigações que merecem uma análise mais detalhada.

Nos três estudos transversais realizados por Fairburn e sua equipa (cf., Fairburn *et al.*, 1997; Fairburn *et al.*, 1998; Fairburn *et al.*, 1999), todos eles com grupos de controlo normais e psiquiátricos, foi avaliado o papel de algumas variáveis parentais, intituladas por *problemas parentais* (e.g., contacto parental fraco, separação dos pais, ...). Os resultados obtidos foram diferentes entre os 3 grupos de pacientes com perturbações do comportamento alimentar. Assim, as pacientes com bulimia nervosa obtiveram diferenças significativas no que respeita ao grupo de controlo normal nas variáveis - discussões parentais, criticismo parental, expectativas parentais elevadas, envolvimento parental excessivo e afecto parental mínimo; apenas as expectativas parentais elevadas obtiveram diferenças significativas, comparativamente com o grupo de controlo psiquiátrico. As pacientes com anorexia nervosa apresentaram resultados significativos, comparativamente com o grupo de controlo normal, no que respeita ao criticismo parental, envolvimento parental excessivo e afecto parental mínimo. Resultados muito semelhantes foram obtidos pelas pacientes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva, também e apenas comparativamente com o grupo de controlo normal, no que respeita aos valores significativos obtidos nas variáveis - criticismo parental, envolvimento parental excessivo, afecto parental mínimo e, adicionalmente, expectativas parentais elevadas. Baseados nos resultados comentados, Jacobi e colaboradores (2004) consideraram as variáveis apresentadas como correlatos retrospectivos cuja potência oscila entre a baixa e a média.

Sintetizando a maioria dos estudos revistos por Jacobi e colaboradores (2004), os resultados obtidos por Webster e Palmer (2000), que incluía 3 grupos de pacientes com perturbações do comportamento alimentar (anorexia nervosa, bulimia nervosa e um grupo misto com anorexia e bulimia), um grupo de controlo normal e um grupo de controlo psiquiátrico composto por participantes com depressão major, não diferenciaram as pacientes com anorexia nervosa dos grupos de controlo considerados, em nenhuma das variáveis parentais estudadas. Pelo contrário, e comparativamente com o grupo de controlo normal, as pacientes com bulimia nervosa obtiveram diferenças estatisticamente significativas no que respeita à indiferença parental, discórdia parental, falta de cuidados parentais e adversidade global. Uma vez que estes resultados não distinguiram as bulímicas do grupo de participantes com depressão major, a natureza das vivências familiares relatadas torna-se inespecífica, levando Jacobi e colaboradores (2004) a classificarem estas variáveis como correlatos retrospectivos inespecíficos de baixa

potência. Num outro estudo, realizado por Shoebridge e Gowers (2000), foi avaliado o papel da preocupação parental excessiva durante os primeiros 5 anos de vida das crianças que, posteriormente, desenvolveram anorexia nervosa. Um número considerável de atitudes e comportamentos parentais de natureza super-protectora foi avaliado como significativamente superior nas mães das anorécticas, comparativamente com as mães das participantes dos grupos de controlo. Estes resultados devem ser lidos com algumas reservas já que o grupo de mães das pacientes que mais tarde desenvolveram anorexia nervosa apresentava taxas de perdas obstétricas 3 vezes superiores às verificadas nas mães das participantes do grupo de controlo. Assim, os resultados comentados foram classificados por Jacobi e colaboradores (2004) como correlatos retrospectivos de potência média e especificidade pouco clara.

Num estudo bastante actual, que já temos vindo a referir, Pike e colaboradores (2008) conduziram uma investigação cujo objectivo principal incidiu na avaliação dos factores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa. O estudo controlou a idade de início da sintomatologia alimentar e emparelhou individualmente 50 pacientes com diagnóstico actual de anorexia com 50 participantes do grupo de controlo normal e 50 participantes do grupo de controlo psiquiátrico. Todas as participantes foram avaliadas com a Entrevista de Factores de Risco (Fairburn *et al.*, 1998). Para além dos resultados já referidos noutros capítulos, a discórdia familiar e as exigências parentais elevadas obtiveram resultados significativamente superiores nas pacientes com anorexia, comparativamente com ambos os grupos de controlo: normal e psiquiátrico. Por este motivo, os autores consideraram aquelas características familiares como correlatos de risco específicos para a anorexia nervosa (cf., Pike *et al.*, 2008).

Muito recentemente, le Grange e colaboradores (2010) apresentaram uma síntese sobre alguns dos principais resultados que os estudos transversais têm avançado a respeito dos factores de risco familiares nas perturbações do comportamento alimentar. Esta sùmula, para além de triar aqueles resultados que os autores consideram dignos de nota, apresenta apenas os resultados cujos estudos adoptaram metodologias que permitiram avaliar os respectivos factores de risco antes do início da perturbação alimentar: (1) a pressão parental inapropriada distinguiu as pacientes com perturbações alimentares, dos grupos de controlo normal e psiquiátrico; (2) comportamentos parentais de natureza super-protectora ou de elevada preocupação na infância foram mais comuns nas mães das anorécticas, comparativamente com as mães do grupo de controlo; (3) a

indiferença parental, discórdia familiar, falta de cuidados parentais e mais adversidades distinguiram as pacientes com bulimia nervosa, as pacientes com anorexia e bulimia nervosas e as pacientes com depressão, do grupo de controlo normal; já as pacientes com anorexia nervosa mostraram um perfil desenvolvimental pré-mórbido idêntico às participantes do grupo de controlo normal; (4) maiores alterações na estrutura familiar nos sujeitos da comunidade com bulimia nervosa, comparativamente com o grupo de controlo normal, durante período de tempo equivalente; (5) expectativas parentais elevadas, contacto parental pobre e críticas familiares exageradas acerca da forma e peso corporal nas participantes da comunidade com bulimia nervosa, comparativamente com os grupos de controlo normal e psiquiátrico; (6) vivência de um maior número de problemas parentais no que respeita à separação, discussões, criticismo, expectativas elevadas, envolvimento excessivo, envolvimento deficitário, pouco afecto e comentários críticos dos familiares acerca da forma, peso ou alimentação nas pacientes com anorexia, comparativamente com o grupo de controlo normal; contudo, estes factores não distinguiram as anorécticas das participantes do grupo de controlo psiquiátrico ou das pacientes com bulimia nervosa. Apesar de tudo, os autores consideram que os factores mencionados, a respeito família ou parentalidade, que antecedem o desenvolvimento de anorexia ou bulimia nervosas, aumentam o risco para o desenvolvimento de psicopatologia em geral. Especulam sobre se estes factores de risco gerais interagem do ponto de vista desenvolvimental com vulnerabilidades de origem biológica, inerentes e possivelmente mais específicas que, por fim, dão forma a fenótipos específicos de perturbações alimentares (cf., le Grange, Lock, Loeb & Nicholls, 2010).

No que respeita ao contributo dos estudos longitudinais sobre o papel da dinâmica familiar nas perturbações do comportamento alimentar, daqueles que foram revistos por Jacobi e colaboradores (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Button *et al.*, 1996; Calam & Waller, 1998; Graber e tal., 1994; *in* Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer & Agras, 2004), apenas um estudo encontrou alguma evidência que sustenta o papel da comunicação, papéis e funcionamento familiar geral na sintomatologia alimentar, apesar da idade de início da perturbação do comportamento alimentar não ter sido estipulada. Por este motivo, os factores familiares estudados foram classificados como correlatos e não como factores de risco.

Sintetizando os resultados obtidos em alguns estudos longitudinais, na investigação realizada por Johnson, Cohen, Kasen e Brook (2002), que já referimos,

foram entrevistadas 782 mães e seus filhos durante 3 períodos distintos (i.e., infância, adolescência e jovem adulto). Os autores concluíram que o comportamento disfuncional por parte do pai estava particularmente relacionado com o risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares nos filhos, durante a adolescência e início da idade adulta. Por comportamento disfuncional paterno os autores entendem o baixo afecto em relação à criança, baixos níveis de comunicação com a criança e pouco tempo dispendido com a mesma. Os resultados obtidos ao nível dos comportamentos da figura paterna permaneceram significativos mesmo após o controlo estatístico relativo aos efeitos da idade, presença de problemas alimentares e temperamento difícil durante a infância, psicopatologia parental e co-ocorrência de adversidades durante a infância; já as associações entre o comportamento disfuncional materno e o risco relativo ao desenvolvimento de perturbações alimentares por parte dos filhos não obteve significância. A associação entre o comportamento disfuncional paterno e o desenvolvimento daquelas perturbações foi mediado, em parte, pela identificação dos próprios filhos com a figura paterna; assim, os jovens que não se identificavam com o pai apresentavam um maior risco para o desenvolvimento de problemas alimentares (mesmo após o efeito do comportamento disfuncional por parte do pai ser controlado estatisticamente). Os autores discutem os resultados obtidos à luz do impacto da vivência de adversidades durante a infância e seu impacto no desenvolvimento posterior de perturbações do comportamento alimentar, reforçando a causalidade heterógena e multifactorial daquelas problemáticas.

Num outro estudo mais recente, conduzido por Beato-Fernández e colaboradores (2004) que já referimos, os investigadores estudaram o papel de algumas variáveis familiares, entre outras, e concluíram que o sentimento de não ser suficientemente amado pela mãe ou ignorado aos 13 anos predizia, dois anos mais tarde, o desenvolvimento de perturbações alimentares; o risco para o desenvolvimento destas perturbações foi estimado como sendo 3 vezes superior (cf., Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario & Martínez-Delgado, 2004).

Mais recentemente, no estudo prospectivo conduzido por Nicholls e Viner (2009) com uma amostra do *British Cohort Study*, de 1970, que temos vindo a referir, os autores avaliaram 22 factores de risco que têm sido apontados como estando associados particularmente ao desenvolvimento de anorexia nervosa. Confirmaram apenas 4 factores

de risco e dois factores protectores; dentre os factores não suportados pelo estudo encontra-se o estilo parental.

Como podemos constatar, e após a revisão dos 3 estudos longitudinais supracitados, os dados não são muito consistentes a respeito da existência de factores familiares que possam apoiar o seu papel na etiologia das perturbações alimentares. Para além de que, como salientam le Grange e colaboradores (2010), pesam ainda três importantes questões acerca da firmeza dos resultados comentados: (1) a ausência de grupos de controlo psiquiátricos que pudessem permitir determinar a especificidade das associações encontradas, (2) a falta de poder estatístico adequado para testar a predição de casos de perturbações do comportamento alimentar, perfeitamente desenvolvidos e (3) a avaliação dos factores de risco estar dependente de uma fiabilidade e validade questionáveis. Assim, os autores defendem que, não existindo uma estrutura ou padrão de funcionamento familiar consistente nas famílias de elementos com perturbações do comportamento alimentar, estas perturbações envolvem, muito provavelmente, uma multiplicidade de contextos familiares. De facto, aquilo que os estudos têm revelado é um conjunto diversificado de características parentais e suas manifestações nos vários subsistemas familiares: filial, conjugal e fraternal. No que concerne à sua especificidade quanto à predisposição específica para o desenvolvimento destas perturbações, comparativamente com as restantes nosologias psiquiátricas, os dados disponíveis não são consistentes. O mesmo se pode assumir em relação às características dos pais das pacientes com perturbações alimentares propriamente ditas; não sendo consistentes entre os estudos, em muitos também não há controlo quanto à natureza das variáveis estudadas: anteriores, concomitantes ou posteriores ao início da sintomatologia alimentar.

FACTORES DE RISCO DESENVOLVIMENTAIS

5. FACTORES DE RISCO DESENVOLVIMENTAIS NO DESENVOLVIMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

Procuramos com este capítulo rever os factores que têm sido documentados pela literatura e investigações como podendo estar associados a uma maior predisposição para o posterior desenvolvimento de perturbações alimentares ao longo da trajectória desenvolvimental destes indivíduos. Os potenciais factores de risco considerados são a adolescência, o índice de massa corporal elevado e obesidade pré-mórbida, problemas alimentares durante a infância, gozo e críticas acerca do peso e forma corporais e puberdade precoce.

5.1. ADOLESCÊNCIA

A idade é uma das variáveis consistentemente encontradas na literatura específica das perturbações do comportamento alimentar, quer se trate de estudos realizados com amostras clínicas, quer se trate de estudos com amostras baseadas na comunidade. O pico de incidência destas problemáticas é atingido na fase da adolescência / jovem adulto (cf. Connors, 1996; Jacobi *et al.*, 2004; Pike *et al.*, 2008; Smolak & Levine, 1996) ou, como sustentam Striegel-Moore e Bulik (2007), a adolescência marca o período de maior risco relativamente ao início das perturbações do comportamento alimentar.

Apesar de a anorexia nervosa poder ocorrer no período pré-pubertário, a probabilidade da sua ocorrência aumenta drasticamente depois da puberdade. Deste modo, a adolescência tem sido considerada como podendo encerrar um período de especial risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares o que, na conceptualização desenvolvimental destas, tem sido explicado de acordo com os desafios inerentes às mudanças desenvolvimentais frequentemente associadas a estas transições, podendo estas por sua vez assumir a forma daquelas perturbações. (cf., Smolak & Levine, 1996). Como os autores salientam, o aumento de problemas alimentares verificados neste período, como a insatisfação corporal e a realização de dietas, corroboram esta perspectiva. Os autores reflectem sobre os principais desafios inerentes ao período inicial da adolescência e ao período que marca o seu término e sobre as

diferentes adaptações e reorganizações que tanto a jovem como a sua rede social devem realizar. Sintetizando, na fase inicial da adolescência os principais desafios são o aumento de peso e a gordura localizada, a maturidade reprodutiva e o desenvolvimento de um corpo semelhante ao dos adultos que podem aumentar as preocupação relativas à sexualidade; as relações pais-criança também se alteram, havendo uma maior probabilidade para o conflito mãe-filha e maior resistência à possibilidade de conversação com a figura paterna. No que respeita ao período final da adolescência, Smolak e Levine (1996) salientam o término do ensino secundário e ingresso na Universidade; admitem que os marcos que podem assinalar este período são menos universais do que os que foram propostos para o período inicial da adolescência, acrescentando que, para algumas mulheres, as principais mudanças e desafios a enfrentar podem ser uma gravidez, iniciar uma actividade profissional, casar ou sair de casa para prosseguir os estudos.

Assim, e como defendem Striegel-Moore e Bulik (2007), na sua revisão focada apenas nos estudos de factores de risco que determinaram claramente a precedência do factor estudado em relação ao desenvolvimento da perturbação alimentar em causa, as autoras concluem pela consistência notável obtida pelos resultados que confirmam que tanto a anorexia nervosa como a bulimia nervosa ocorrem tipicamente durante a adolescência; assumem como pouco comum a possibilidade daquelas problemáticas ocorrerem posteriormente ao período desenvolvimental descrito. Já relativamente à perturbação de ingestão alimentar compulsiva, os resultados obtidos têm sido diferentes, admitindo-se que aquela perturbação também possa surgir durante a idade adulta (cf., Striegel-Moore & Bulik, 2007). Deste modo, é relativamente consensual assumir que, durante o decurso da adolescência, pode haver um risco aumentado para o início de uma perturbação alimentar concertada com as próprias tarefas e desafios inerentes a este estágio de desenvolvimento.

5.2. OBESIDADE PRÉ-MÓRBIDA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL ELEVADO

A obesidade infantil tem sido bastante referida como factor de risco para as perturbações do comportamento alimentar, sobretudo no que respeita aos sujeitos com bulimia nervosa (e.g., Micali, 2005; Nishimura *et al.*, 2008).

Nos três estudos realizados por Fairburn e colaboradores (1997, 1998, 1999) sobre os factores de risco e as perturbações do comportamento alimentar, tanto a obesidade pré-mórbida como a história de obesidade parental obtém resultados significativos e diferenciadores entre as populações clínicas com anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva e os grupos de controlo normal e psiquiátrico. No que respeita às pacientes com anorexia nervosa e comparativamente com o grupo de controlo psiquiátrico, a obesidade infantil é significativamente superior nas anorécticas (24% vs 13%). Resultados muito semelhantes foram obtidos pelas pacientes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva, uma vez que a obesidade durante a infância também é significativamente superior nestas pacientes, comparativamente com as participantes do grupo de controlo psiquiátrico (30.8% vs 12.7%). Finalmente, e quanto ao estudo que os autores realizaram sobre os factores de risco na bulimia nervosa, a obesidade na infância é, mais uma vez, significativamente superior nas pacientes com bulimia mas, neste caso, distinguindo-as não só do grupo de controlo normal, como do grupo de controlo psiquiátrico (40% vs 15% e 40% vs 13%).

Jacobi e colaboradores (2004), na revisão que realizaram da literatura e de acordo com os resultados obtidos por Fairburn e colaboradores (1997; 1998; 1999), classificam a obesidade pré-mórbida como correlato retrospectivo específico de baixa potência já que consideram necessária a replicação daqueles resultados. Já relativamente à análise que os autores realizaram sobre 7 estudos longitudinais (e.g., Attie & Brooks-Gunn, 1989; Calam & Waller, 1998; Killen *et al.*, 1994; Patton *et al.*, 1999; *in* Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer & Agras, 2004) esta não é mais conclusiva, levando os autores a defender que a existência de um índice de massa corporal elevado pré-mórbido não possa ser classificado como factor de risco. Os argumentos apresentados baseiam-se no facto de apenas dois dos estudos longitudinais referidos terem obtido resultados que posicionaram o índice de massa corporal elevado como preditor de síndromes

alimentares parciais; os resultados obtidos nos restantes três estudos não corroboraram aquele resultado. Deste modo, parece que o papel do peso elevado ou IMC superior na predição para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar é ainda alvo de debate. Micali (2005) sugere a realização de estudos longitudinais com amostras maiores que clarifiquem o papel do peso durante a infância para todas as perturbações do comportamento alimentar; aliás, basta considerarmos os resultados contraditórios obtidos em dois diferentes estudos longitudinais. No estudo realizado em Espanha por Beato-Fernández e colaboradores (2004), o IMC calculado aos 13 anos de idade mostrou poder preditivo em relação ao desenvolvimento de insatisfação com a imagem corporal, clinicamente relevante, durante os 15-16 anos de idade (cf., Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario & Martínez-Delgado, 2004). Surpreendentemente, e considerando o maior estudo longitudinal realizado com gémeos por Bulik e colaboradores (2006), o IMC não mostrou predizer o desenvolvimento de anorexia nervosa (cf., Bulik, Sullivan, Tozzi, Furberg, Lichtenstein & Pedersen, 2006).

Sintetizando, parece que os resultados que têm vindo a ser obtidos até à actualidade estão longe de ser consensuais, sobretudo no que respeita à anorexia nervosa, (comparativamente com a bulimia). Deste modo, as conclusões a respeito do peso excessivo ou obesidade durante a infância e seu papel na eventual vulnerabilização para o desenvolvimento de sintomatologia alimentar assumem ainda uma natureza especulativa que, naturalmente, poderá beneficiar da realização de novas investigações.

5.3. ALIMENTAÇÃO E PROBLEMAS ALIMENTARES DURANTE A INFÂNCIA

Como vamos ter oportunidade de comentar, as investigações têm demonstrado que os comportamentos relacionados com a alimentação durante a infância, nomeadamente padrões alimentares problemáticos, parecem estar associados ao desenvolvimento posterior de perturbações alimentares ou, na melhor das hipóteses, a hábitos alimentares pouco saudáveis. Aliás, Krug e colaboradores (2009), defendem pela evidência que o desenvolvimento de comportamentos e atitudes alimentares pouco saudáveis no início da infância, a par com a influência parental sobre os estilos alimentares das crianças, podem fazer parte de uma trajectória desenvolvimental na

direcção das perturbações do comportamento alimentar (cf., Krug, Treasure, Anderluh, Bellodi, Cellini, Collier, di Bernardo, Granero, Karwautz, Nacmias, Penelo, Ricca, Sorbi, Tchanturia, Wagner & Fernández-Aranda, 2009).

O papel da alimentação e a presença de dificuldades alimentares durante a infância na etiopatologia das perturbações do comportamento alimentar foi revisto por Jacobi e colaboradores (2004) e por Micali (2005). Os autores consideraram o contributo de 3 importantes estudos. Temos já comentado os resultados do primeiro estudo; dizem respeito à investigação realizada por Rastam (1992) efectuada com 51 pacientes com anorexia nervosa emparelhados individualmente com 51 sujeitos saudáveis. A autora concluiu que a presença de problemas gastrointestinais graves durante a infância (incluindo dores de estômago severas), de problemas extremos durante a alimentação e do tratamento de problemas gastrointestinais são significativamente superiores nas pacientes com anorexia nervosa quando comparadas com o grupo de controlo normal. A história passada deste tipo de problemas foi verificada em 90% das pacientes com anorexia o que leva Jacobi e colaboradores (2004) a classificarem os problemas digestivos e a alimentação na infância como correlatos retrospectivos de potência média.

O segundo estudo examinado por Jacobi e colaboradores (2004) diz respeito ao realizado por Marchi e Cohen (1990), longitudinal, que avaliou os hábitos alimentares de 659 crianças entre o 1 mês e os 10 anos de idade. Os autores concluíram que a Pica e a presença de problemas durante as refeições na infância estavam mais tarde relacionadas com o desenvolvimento de bulimia nervosa; os problemas digestivos e a alimentação selectiva (i.e., não comer o suficiente, ser esquisito com a comida, comer devagar ou não estar interessado na comida) durante a infância estavam associados ao desenvolvimento subsequente de sintomas de anorexia nervosa. Estes resultados foram corroborados pelos obtidos num outro estudo longitudinal realizado por Kotler, Cohen, Davies, Pine e Walsh (2001) que avaliou 800 crianças e respectivas mães durante os anos de 1975, 1983, 1985 e 1992. Os autores concluíram que a existência de factores durante a infância, como conflitos associados à alimentação, batalhas com a comida e a presença de refeições desagradáveis, eram factores de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar numa idade mais avançada, predizendo inclusivamente, o diagnóstico de anorexia nervosa (sem amenorreia). A respeito dos resultados obtidos nos dois estudos longitudinais que acabámos de comentar, Jacobi e colaboradores (2004) classificaram a Pica, a alimentação selectiva, os problemas

digestivos e outros problemas precoces relacionados com a alimentação, bem como a presença de conflitos com a alimentação, batalhas com a comida e refeições desagradáveis como factores de risco variáveis de potência pouco clara, já que admitem a necessidade de estudos que repliquem aqueles resultados. Uma das maiores limitações dos dois estudos descritos deve-se, em parte, à baixa taxa de perturbações do comportamento alimentar, mais tarde verificada em ambos os estudos (cf., Micali, 2005).

A limitação supramencionada foi recentemente ultrapassada pelo estudo conduzido por Nicholls e Viner (2009) sobre os factores de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa que já temos vindo a citar. Os autores realizaram uma investigação longitudinal em que detectaram 406 participantes com história de problemas alimentares e 101 com história de anorexia nervosa e concluíram que a presença de problemas frequentes durante a alimentação nos primeiros 6 meses de vida das participantes mostrou predizer significativamente o desenvolvimento subsequente de anorexia. Este estudo confirma outros resultados, já referidos (e.g., Kotler *et al.*, 2001), que apoiam a relação entre as dificuldades durante a alimentação, relatadas pelas mães, e o desenvolvimento posterior de anorexia nervosa. Os autores acreditam que esta associação pode reflectir a sobrecarga percebida de um problema com a alimentação, como a recusa ou o conflito em lugar do estado nutricional da criança. Os autores acrescentam que estas mesmas crianças, que mais tarde desenvolveram anorexia, foram avaliadas pelas suas mães como alimentando-se deficitariamente aos 10 anos de idade, salientando que os seus IMC não estavam significativamente abaixo da média, resultados estes bastante consistentes com os obtidos, e já descritos, por Kotler e colaboradores (2001) nos quais os conflitos e batalhas com a alimentação durante as refeições se revelaram o preditor mais forte na continuidade dos problemas alimentares da infância para a adolescência e, mais tarde, para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

Assumindo agora as limitações subjacentes às investigações transversais, nas quais a avaliação dos factores de risco é retrospectiva, Krug e colaboradores (2009) conduziram um recente estudo com uma amostra significativa de pacientes com o diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar: 879 sujeitos (42.2% com anorexia nervosa, 32.2% com bulimia nervosa e 25.6% com perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação) e 785 sujeitos do grupo de controlo normal. Resultados superiores obtidos nos itens “comida utilizada como individualização” e “controlo e regras acerca da comida” aumentaram a probabilidade dos participantes

pertencerem ao grupo de pacientes com perturbações alimentares; por sua vez, baixos níveis de “alimentação saudável” mostraram uma relação negativa com o desenvolvimento subsequente de perturbações alimentares (Krug, Treasure, Anderluh, Bellodi, Cellini, Collier, di Bernardo, Granero, Karwautz, Nacmias, Penelo, Ricca, Sorbi, Tchanturia, Wagner & Fernández-Aranda, 2009). Quanto aos resultados comentados, os autores avançam algumas hipóteses explicativas. No que respeita à “comida como individualização”, os autores reflectem sobre o facto dos pais, irmãos e o próprio paciente, ao terem necessidade de realizar refeições a sós (porque, por exemplo, têm horários diferentes e incompatíveis devido aos compromissos que assumem no trabalho, escola ou actividades extra-curriculares), não têm oportunidade para realizar as refeições em família; consideram que, nestes casos, o risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares na família pode ser maior pelo simples facto de haver uma diminuição do vínculo social. As explicações avançadas a respeito dos resultados obtidos no “controlo e regras acerca da comida” são diferentes e baseiam-se no facto dos pais poderem limitar o acesso aos alimentos em resposta ao excesso de peso dos seus filhos ou pelo facto destes estarem constantemente a comer. Não descartam a hipótese de existirem situações nas quais as mães, tendo elas próprias problemas alimentares, projectarem nos seus filhos as suas regras e controlo sobre a comida (e.g., Mazzeo, Zucker, Gerke, Mitchell & Bulik, 2005). Finalmente, e quanto à relação inversa entre “alimentação saudável” e desenvolvimento posterior de perturbações alimentares, os autores baseiam-se nos resultados obtidos noutras investigações que suportam o papel de modelagem que os pais podem providenciar na adopção de comportamentos alimentares saudáveis, por sua vez associados à ingestão de alimentos saudáveis e de padrões alimentares favoráveis assumidos pelos seus próprios filhos. Sustentam que a alimentação saudável tem sido associada à existência de refeições familiares estruturadas, à prioridade dirigida para as refeições em família e ao ambiente agradável durante as refeições em família.

Fazendo o ponto da situação, os resultados que têm sido obtidos no que respeita ao papel dos problemas ao nível da alimentação numa fase precoce de desenvolvimento não nos deixam indiferentes, sobretudo no que respeita à anorexia nervosa. Assim, e durante os últimos 20 anos, as investigações têm destacado problemáticas alimentares infantis como as de natureza gastrointestinal e as que se circunscrevem ao tipo de alimentação, como a alimentação selectiva, recusa alimentar e presença de conflitos durante as refeições. A associação destes factores e manifestação posterior de anorexia

tem obtido alguma consistência entre os estudos, levando vários autores a admitirem a sua especificidade no papel que podem assumir no risco de desenvolvimento de perturbações alimentares.

5.4. GOZO E CRÍTICAS ACERCA DO PESO E FORMA CORPORAIS

Thompson e Heinberg (1993), conduziram um estudo que avaliou, entre outras variáveis, o papel do gozo, no grupo de pares, a propósito da imagem corporal em 146 estudantes do sexo feminino. Os resultados evidenciaram que o gozo específico acerca do peso e tamanho do corpo (excluindo a aparência no geral) foi um predictor consistente e significativo da insatisfação com o corpo e desenvolvimento de perturbações alimentares.

Já os resultados obtidos por Fairburn e colaboradores, nos três estudos desenvolvidos a respeito dos factores de risco na anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva (cf., Fairburn *et al.*, 1997; Fairburn *et al.*, 1998; Fairburn *et al.*, 1999) são um pouco contraditórios. Assim, o gozo manifestado pelo grupo de pares acerca da forma, do peso, da alimentação ou da aparência não distingue as pacientes com anorexia nervosa dos dois grupos de controlo, normal e psiquiátrico; aquela variável, isto é, o gozo, obteve diferenças estatisticamente significativas nas pacientes com bulimia nervosa e nas pacientes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva, mas apenas em relação ao grupo de controlo normal, sendo o gozo superior nestas participantes. Quanto ao papel dos comentários críticos dos familiares acerca da forma, peso ou alimentação estes comentários, apesar de obterem diferenças estatisticamente significativas entre as pacientes com anorexia e as participantes do grupo de controlo normal, são superiores neste último grupo. Já no que respeita às pacientes com bulimia nervosa e às pacientes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva, aquele tipo de comentários é significativamente superior nestes dois grupos de pacientes e distingue-as, não só do grupo de controlo normal, como do grupo de controlo psiquiátrico (nas pacientes com perturbação de ingestão alimentar compulsiva os resultados são superiores no grupo de controlo psiquiátrico). Os comentários repetidos sobre a forma e peso feitos por outros elementos que não família nuclear (e.g., outros

familiares, namorado/parceiro, amigo da família, médico) também obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre as pacientes com anorexia e as participantes do grupo de controlo normal, mas de novo superiores neste último grupo; já no que respeita às pacientes com bulimia nervosa, os resultados foram significativamente superiores nestas pacientes, comparativamente com o grupo de controlo normal.

Num estudo já citado realizado por Lunner e colaboradores (2000), com 629 estudantes do sexo feminino (média de idades de 13.6 anos), surgiram como principais resultados o IMC como predictor do gozo e insatisfação com a imagem corporal. A insatisfação com a imagem corporal predizia o nível de restrição alimentar, concluindo os autores que o gozo tinha um importante papel na mediação da relação estabelecida entre IMC/restricção alimentar (se bem que parcial).

O papel dos comentários críticos sobre a forma e peso corporais e alimentação reconquistou terreno, muito recentemente, no estudo que já temos vindo a referir, realizado por Pike e colaboradores (2008). Assim, na referida investigação realizada com 50 anorécticas emparelhadas individualmente com 50 participantes do grupo de controlo normal e 50 do grupo de controlo psiquiátrico, os autores avaliaram um conjunto de acontecimentos de vida significativos que tinham ocorrido durante os 12 meses que precederam o início da sintomatologia alimentar. Um dos importantes resultados obtidos pelos autores foi o relativo aos comentários críticos sobre a forma, peso e alimentação que foram significativamente superiores nas pacientes com anorexia nervosa, não apenas no que respeita às comparações realizadas com as participantes do grupo de controlo normal, mas também comparativamente com as participantes do grupo de controlo psiquiátrico; os grupos não apresentaram diferenças no que respeita à precedência de outros acontecimentos de vida (cf., Pike *et al.*, 2008).

O papel do gozo e comentários críticos acerca do peso e forma corporais não tem obtido resultados muito claros no que respeita à distinção entre as perturbações do comportamento alimentar e as outras perturbações clínicas. Mais recentemente realizou-se um estudo que revelou resultados mais promissores a respeito da existência daquele tipo de comentários no ano que antecedeu o desenvolvimento de anorexia nervosa, assumindo-se inclusivamente como um factor de risco específico para aquela perturbação. Investigações que intencionalizem o estudo sobre factores que antecedam o desenvolvimento de perturbações alimentares numa janela temporal mais reduzida, como os últimos 12 meses, são relevantes na replicação deste resultado.

5.5. PUBERDADE PRECOCE

De facto, tem sido sugerido que o desenvolvimento pubertal precoce pode fomentar o desenvolvimento de perturbações alimentares e problemas relacionados com a imagem corporal. A menarca precoce que, por sua vez, implica o ter que conviver com um corpo diferente e, por vezes, mais gordo antes que isso aconteça com o grupo de pares, tem sido citado como factor de risco, apesar de algumas investigações longitudinais não apoiarem o seu papel preditivo (cf., Connors, 1996). Como salienta Stice (2002), a menarca precoce leva ao aumento do tecido adiposo, distanciando as jovens da forma corporal normativa da adolescência e do ideal de magreza vigente o que, pelo menos em teoria, aumenta a insatisfação com a imagem corporal e, conseqüentemente, a realização de dietas e desenvolvimento de sintomatologia alimentar.

A idade da menarca foi uma das variáveis estudadas nas três investigações sobre os factores de risco nas perturbações do comportamento alimentar realizadas por Fairburn e colaboradores (cf., Fairburn *et al.*, 1997; Fairburn *et al.*, 1998; Fairburn *et al.*, 1999). Os autores consideraram 4 grupos etários para o efeito: menarca entre os 14-18 anos de idade, aos 13, aos 12 e entre os 9 e os 11. Assim, e quanto às pacientes com anorexia nervosa, os resultados obtidos evidenciaram que a idade da menarca tem uma relação independente com o diagnóstico, não estando associada ao risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa. Foram as pacientes com bulimia nervosa, comparativamente com as anorécticas, as que tiveram as primeiras menstruações mais cedo (entre os 9 e os 11 anos de idade). Aliás, e comparando com os resultados obtidos no estudo desenvolvido pelos autores sobre os factores de risco na bulimia nervosa, no que respeita à idade da menarca, estas pacientes tiveram os seus primeiros períodos menstruais mais cedo (9-11 anos de idade), comparativamente com as participantes dos grupos de controlo normal e psiquiátrico.

Na revisão meta-analítica realizada por Stice (2002), o autor sistematiza os principais resultados obtidos em torno do papel da menarca precoce e conclui pelo pouco suporte que aqueles resultados providenciam na consideração daquele factor enquanto factor de risco para a insatisfação corporal, dieta, afecto negativo e perturbações alimentares.

Considerando o início da puberdade em sentido lato, nos 5 estudos longitudinais revistos por Jacobi e colaboradores (2004; Attie & Brooks-Gunn, 1989; Graber *et al.*, 1994; Killen *et al.*, 1994; Leon *et al.*, 1995; Leon *et al.*, 1999), os resultados não apoiaram a associação entre o período de desenvolvimento da puberdade e o desenvolvimento subsequente de perturbações do comportamento alimentar.

Sintetizando, e apesar do início da anorexia nervosa poder ocorrer ao longo da vida, o período de maior risco para o seu desenvolvimento é durante a puberdade. Tal como Walsh e colaboradores (2005) defendem, e à semelhança do que acontece com o factor género, não há nenhuma resposta definitiva que esclareça este fenómeno. Sustentam que as explicações podem ter desde uma natureza sociocultural (que colocam o seu foco na pressão para a magreza à qual, durante aquele período, as jovens estão sujeitas num contexto em que elas próprias vêem o seu corpo em mudança), a uma natureza biológica (que enfatizam as mudanças hormonais inerentes àquele momento; cf Walsh, Bulik, Fairburn, Golden, Halmi, Herzog, Kaplan, Kreipe, Mitchell, Pike, Striegel-Moore, Taylor & Wadden, 2005). Deste modo, o que se tem dito sobre a idade da menarca, quando precoce, não tem obtido eco suficiente no que respeita aos resultados que têm sido obtidos.

FACTORES DE RISCO SOCIOCULTURAIS

6. FACTORES DE RISCO SOCIOCULTURAIS NO DESENVOLVIMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

O papel dos factores socioculturais e a sua influência nas perturbações do comportamento alimentar quase pode resumir-se à idealização da magreza, de acordo com Polivy e Herman (2002). O modelo sociocultural daquelas perturbações postula que a pressão social relativamente à magreza contribui para a internalização do ideal de magreza e insatisfação corporal que, por sua vez, coloca os indivíduos em maior risco para o desenvolvimento de dietas, afecto negativo e sintomatologia alimentar (cf., Stice, 2002). Aliás, Walsh e colaboradores (2005) entendem que a preocupação com o peso e as dietas são normativas nos países desenvolvidos. Como salienta Attia e Walsh (2007), apesar dos factores socioculturais desempenharem, de algum modo, um papel indubitável no desenvolvimento da anorexia nervosa, a sua longa história, aliada ao facto desta perturbação estar presente em regiões dispersas por todo o mundo (e.g., resultados obtidos em Curaçao – Caraíbas, no estudo desenvolvido por Hoek e colaboradores, 2005), faz com que outros factores, além da cultura, sejam centrais para o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar. Apesar de tudo, e como tivemos oportunidade de expor no primeiro capítulo teórico deste trabalho, as perturbações do comportamento alimentar não têm uma distribuição uniforme entre todas as culturas e ao longo do tempo (e.g., Hoek, 2006; Walsh *et al.*, 2005). Inclusivamente, essas perturbações já foram entendidas por alguns teóricos como *culture-bound syndromes*, dada a predominância daquelas problemáticas em mulheres brancas, oriundas de sociedades Ocidentais industrializadas (Striegel-Moore & Smolak, 2002, pg. 252).

Polivy e Herman (2002) destacam o papel que algumas variáveis socioculturais desempenham ao contribuírem para o desenvolvimento destas perturbações. Consideram que a obsessão com a magreza se concentra realmente nas culturas em que a comida é abundante; contudo, alertam para o facto de outros factores adicionais desempenharem o seu papel na valorização excessiva e patológica da magreza. Aplicam um raciocínio idêntico ao papel da imagem corporal idealizada pelos média e largamente difundida, considerando que, se efectivamente a imagem de magreza veiculada fosse motivo para o desenvolvimento de perturbações alimentares, como se poderia explicar o fenómeno presente se ninguém desenvolvesse aquela problemática.

Sintetizando, e uma vez que a exposição a ideias de magreza e dietas é praticamente universal nas culturas industrializadas, apenas uma pequena percentagem de mulheres jovens desenvolve de facto perturbações alimentares clinicamente significativas o que não explica o papel exacto que aqueles factores socioculturais possam desempenhar no risco aumentado para o desenvolvimento de anorexia nervosa (cf. Walsh *et al.*, 2005). Com o objectivo de reflectirmos de forma mais aprofundada sobre o papel dos diferentes factores de risco socioculturais na etiopatologia das perturbações do comportamento alimentar, a revisão da literatura considerou os seguintes factores: género, etnia, nível sócio-económico, contextos profissionais e desportivos específicos e meios de comunicação social.

6.1.GÉNERO

Um dos resultados mais consistentes na literatura das perturbações do comportamento alimentar é o predomínio do número de mulheres com perturbações alimentares, comparativamente com o número de homens diagnosticados com aquelas problemáticas. Remontando a meados do século XX, já em 1947 as questões estéticas associadas ao sexo feminino eram dignas de nota. Pelo menos assim o foi na associação que Elysio de Moura (1947/2005) faz à insatisfação da imagem corporal, anorexia nervosa e sexo feminino “É incalculável o número de raparigas e mulheres adultas, que nos tempos actuais se horrorizam com os efeitos inestéticos ocasionados por uma alteração das funções adipo-reguladoras” (p.38).

Aliás, e como recordam Smolak e Murnen (2001), 90% dos casos de anorexia e bulimia nervosas são detectados nas mulheres, sem que seja sequer necessário salientar que um dos critérios requeridos para o diagnóstico de anorexia nervosa seja apenas viável no sexo feminino – amenorreia. Deste modo, e como defendem os autores, a natureza feminina destas perturbações fica ainda mais enfatizada. Por sua vez, e como sustenta Connors (1996), a identificação do género feminino como factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares é tão robusta que a maioria dos estudos contempla apenas amostras femininas. Aliás, e como sustentam alguns autores, ser mulher é talvez o factor de risco mais fiável para a anorexia nervosa (cf., Lindberg &

Hjern, 2003; Nicholls & Viner, 2009; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Walsh *et al.*, 2005). Como salientam muitos autores, o rácio mulher-homem para a anorexia nervosa tem sido consistentemente calculado na ordem dos 10:1, tanto na população clínica, como na população da comunidade (cf., Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario & Martínez-Delgado, 2004; Jacobi *et al.*, 2004; Pike *et al.*, 2008; Walsh *et al.*, 2005).

Apesar de tudo, e como defendem Walsh e colaboradores (2005), esta distribuição desigual não pode ainda ser explicada pelo que não existe nenhuma resposta definitiva para este factor de risco diferencial entre o género ser tão consistentemente observada além culturas. Aliás, e como foi recentemente sustentado, a extensão das diferenças observadas entre o género que têm sido documentadas pela literatura dependem, em larga medida, do tipo de sintomatologia alimentar que está a ser alvo de estudo (cf., Striegel-Moore & Bulik 2007; Striegel-Moore *et al.*, 2009). Assim, e como os diferentes autores admitem, é mais provável que as raparigas ou mulheres relatem insatisfação com o peso, utilização da dieta para controlo de peso e presença de métodos compensatórios purgativos, comparativamente com os rapazes ou homens; no entanto, a probabilidade de apresentarem episódios de ingestão alimentar compulsiva e a prática de exercício físico excessivo para controlo do peso é idêntica ou menor quando comparadas com o género masculino. Assim, e como defendem Striegel-Moore e Bulik (2007), parece que as diferenças entre o género são muito menos pronunciadas quando se trata da perturbação de ingestão alimentar compulsiva ou quando as perturbações alimentares estudadas são mais amplamente definidas, ao ponto de incluírem síndromes parciais.

No estudo realizado por Beato-Fernández e colaboradores (2004), as adolescentes apresentam um risco 7 vezes superior para o desenvolvimento de índices de insatisfação com a imagem corporal patológicos (cf., Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario & Martínez-Delgado, 2004). Na investigação longitudinal conduzida por Nicholls e Viner (2009) ser do sexo feminino foi um preditor altamente significativo para o risco de desenvolvimento posterior de anorexia nervosa (OR=34.8; $p<.001$).

De qualquer modo, foram muito recentemente obtidos alguns resultados que distinguem mais especificamente a sintomatologia alimentar desenvolvida no género masculino, da que é mais comum no género feminino, com importantes contributos para a compreensão da etiopatologia daquelas perturbações. Assim, o estudo desenvolvido por Striegel-Moore e colaboradores (2009), com 3714 mulheres e 1808 homens recrutados na comunidade e com idades compreendidas entre os 18-35 anos de idade corroborou a

maior tendência para os homens em relação à existência de episódios de ingestão alimentar excessiva comparativamente com a maior tendência das mulheres para a perda de controlo durante a alimentação. Os resultados obtidos no estudo desenvolvido por Raevuori e colaboradores (2009), que já descrevemos também permitiram que os autores tirassem importantes conclusões: (1) Apesar da anorexia nervosa diagnosticada nos adolescentes ou jovens adultos do sexo masculino da comunidade ser transitória, foi acompanhada por outras perturbações psiquiátricas significativas, também manifestadas nos seus pares de gémeos. Os autores discutem sobre a possibilidade de tal resultado estar associado à necessidade de que, para que os homens desenvolvam uma perturbação alimentar, seja necessária a associação a uma maior predisposição genética e/ou a um maior número de factores ambientais adversos, comparativamente com as mulheres. (2) Os sintomas da perturbação dismórfica corporal foram frequentes entre os pares de gémeos, resultado este interpretado pelos autores como possibilidade de uma tendência familiar hereditária para a anorexia nervosa e a perturbação dismórfica corporal. (3) O facto de os autores terem obtido resultados superiores no que respeita ao número de casos observados com anorexia nervosa entre os jovens do sexo masculino que, neste caso, foi mais comum do que a estipulada até então noutros estudos. (4) Os autores também concluíram que, à semelhança de resultados obtidos noutros estudos, todos os casos-índice (*proband*) com anorexia nervosa tiveram peso excessivo pré-mórbido.

Sistematizando, é indiscutível o predomínio do número de mulheres diagnosticadas com perturbações alimentares, comparativamente com o número de homens. Como tem sido corroborado por vários estudos, o sexo feminino tem sido apontado como um importante factor na predisposição para o posterior desenvolvimento de anorexia nervosa, sem que os factores que medeiam entre o estar em maior risco para o desenvolvimento efectivo da perturbação sejam conhecidos. Quanto ao sexo masculino, os resultados têm realçado algumas características mais comuns na sintomatologia alimentar deste grupo com um maior ênfase nos síndromes parciais ou nas categorias diagnósticas mais amplamente definidas.

6.2. ETNIA

Apesar das perturbações do comportamento alimentar terem vindo a ser caracterizadas, ao longo do tempo, como afectando principalmente mulheres caucasianas, estudos mais recentes suportam a existência de um padrão mais complexo nestas associações (cf., Cummins, Simmons & Zane, 2005; Jacobi *et al.*, 2004; Phan & Tylka, 2006; Roberts, Cash, Feingold & Johnson, 2006; Shaw, Ramirez, Trost, Randall & Stice, 2004; Smolak & Striegel-Moore, 2001; Striegel-Moore & Smolak, 1996; Walsh *et al.*, 2005). De facto, muitos estudos tentam explorar uma hipótese sócio-cultural na etiopatologia daquelas perturbações (cf., Smolak & Striegel-Moore, 2001). Contudo, e como recordam Striegel-Moore e Bulik (2007), independentemente do tipo de perturbação mental estudada, as amostragens provenientes de contextos clínicos não abrangem habitualmente indivíduos de minorias étnicas, estando sobrerrepresentadas por mulheres brancas. Esta é uma das limitações apontadas aos resultados existentes sobre a classificação daquelas problemáticas, o que limita a possibilidade de generalização e a utilidade dos sistemas de classificação disponíveis (cf., Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson & Crosby, 2007). Para além do mais, são poucos os estudos disponíveis e com metodologias adequadas para testar a hipótese de que as perturbações alimentares seriam mais comuns nas culturas que idealizam a magreza vs culturas que não o fazem.

Assim, e como defendem Walsh e colaboradores (2005), a anorexia nervosa ocorre independentemente das raças e culturas. Deste modo, não é de todo conveniente adoptar uma generalização simplista em matéria de etnicidade. Como descrevem Jacobi e colaboradores (2004), na sua recente revisão da literatura, os Hispânicos obtiveram taxas idênticas de perturbações alimentares, comparativamente com os Caucasianos; os Americanos Nativos e Negros também obtiveram resultados superiores, comparativamente com os Asiáticos. Na África do Sul, as mulheres negras têm taxas mais elevadas de sintomas do comportamento alimentar, comparativamente com as mulheres Caucasianas. Nos EUA, os negros têm taxas mais reduzidas de insatisfação corporal e preocupação com o peso, mas taxas idênticas ou superiores de episódios de ingestão alimentar compulsiva, quando comparados com a amostra Caucasiana. Os autores defendem que a potência/efeito da variável etnia depende, em larga medida, do contexto cultural e resultado esperado.

Já foram descritos síndromes semelhantes à anorexia nervosa na África do Sul, Nigéria, Zimbábue, Egípto, Emiratos Árabes Unidos, Irão, China, Japão, Coreia, Rússia, Índia, Paquistão e Malásia (Keel & Klump, 2003). Num estudo realizado por Striegel-Moore e colaboradores (2003), os autores avaliaram 985 mulheres brancas (média de idades de 21.3) e 1,061 mulheres negras (média de idades de 21.5) com uma metodologia baseada em 2 fases: a primeira, para detecção de casos e a segunda, para confirmação dos casos detectados (através de entrevista de diagnóstico). Os autores não identificaram nenhuma situação de anorexia nervosa nas participantes negras, comparativamente com 1.5.% (n=15) do verificado nas brancas; avaliaram mais participantes com bulimia nervosa nas mulheres brancas, comparativamente com as negras (n=23, 2.3% vs n=4, .4%, respectivamente). Quanto à perturbação de ingestão alimentar compulsiva, os resultados obtidos também se mostraram superiores nas participantes brancas, comparativamente com as mulheres negras (n=27, 2.7% vs. n=15, 1.4%, respectivamente; cf., Striegel-Moore *et al.*, 2003).

Shaw e colaboradores (2004), avaliaram 785 mulheres: 64 (8%) Asiáticas, 49 (6%) Negras, 108 (14%) Hispânicas e 564 (72%) Brancas, com idades compreendidas entre os 11 e os 26 anos de idade (M=14), utilizando como medidas para a avaliação da patologia alimentar o índice de massa corporal, a EDE (Fairburn e Cooper, 1993) e o EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994). Os autores concluíram que as mulheres Negras e Hispânicas evidenciaram significativamente menor internalização do ideal de magreza, comparativamente com as Asiáticas ou Brancas. Os autores discutem os resultados obtidos, argumentando com a necessidade de se reequacionarem os que foram obtidos até então e que consideram robustas as diferenças étnicas quanto à imagem corporal e existência de problemas alimentares. Apelam para a necessidade de se considerar que, provavelmente, os diferentes grupos étnicos apresentam algumas semelhanças entre si no que respeita aos problemas alimentares devido à generalização da pressão sócio-cultural, em relação à magreza, a todos os grupos culturais (cf., Shaw, Ramirez, Trost, Randall & Stice, 2004).

Mais recentemente, numa revisão meta-analítica de vários estudos, Roberts e colaboradores (2006), consideraram que grande parte dos resultados confirmam a existência de uma imagem corporal mais favorável entre mulheres negras, comparativamente com as caucasianas; estas diferenças são tanto maiores se for considerado o período inicial dos 20 anos de idade (diminui a partir dos 40 anos). Os

autores chamam especial atenção para o facto de, apesar dos resultados confirmarem uma diminuição das diferenças entre as etnias, esta tendência parecer estar limitada a medidas que se foquem exclusivamente no peso. Quando são utilizados instrumentos que avaliam a imagem corporal de um modo mais global assiste-se, na actualidade, a um aumento das diferenças étnicas. Os autores consideram que as atitudes em relação ao peso não explicam satisfatoriamente as diferenças étnicas descritas na literatura. Argumentam sobre a necessidade de futuras investigações não se limitarem aos modelos focados no peso, como a internalização do ideal de magreza, na compreensão das diferenças étnicas respeitantes à imagem corporal. Factores psicológicos como a auto-estima, identidade cultural e padrões heterosociais vigentes podem ser tão importantes na compreensão daquelas diferenças como a magreza ou atractividade (cf. Roberts, Cash, Feingold & Johnson, 2006).

Quanto à etnia Asiática, Phan e Tylka (2006) conduziram um interessante estudo no qual foram avaliadas 200 Universitárias Americanas de origem Asiática com uma média de idades de 21.24 anos. Para o efeito, os autores utilizaram os seguintes instrumentos: *Perceived Sociocultural Pressure Scale* (PSPS; Stice, Ziemba, Margolis & Flick, 1996); *Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire* (SATAQ-I; Heinberg, Thompson & Stormer, 1995); *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; Rosenberg, 1965); *Multi-Group Ethnic Identity Measure* (MEIM-EI; Phinney, 1992); *Body Shape Questionnaire-Revised-10* (BSQ-R-10; Mazzeo, 1999); *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26; Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). Dentre os vários resultados obtidos, talvez valha a pena sistematizá-los em torno das principais conclusões avançadas pelos autores. Em primeiro lugar, e de acordo com os resultados obtidos, parece que a percepção sobre a pressão para a magreza prediz superficialmente a auto-estima das Americanas de origem Asiática e moderadamente a sua preocupação com o corpo, directa ou indirectamente através da internalização do ideal de magreza; por sua vez, a auto-estima das Asiáticas prediz ligeiramente a sua preocupação com o corpo, mais uma vez através da internalização do ideal de magreza, directa ou indirectamente. Finalmente, a preocupação com o corpo prediz fortemente a sintomatologia alimentar das Asiáticas. Em segundo lugar, e de acordo com os resultados obtidos, a identidade étnica não prediz a internalização do ideal de magreza, a preocupação com o corpo e a alimentação perturbada, resultado este inconsistente com algumas investigações e teorizações. Ao contrário da identidade étnica, a pressão para a magreza prediz moderadamente a

internalização do ideal de magreza e a preocupação com o corpo que, como salientam os autores, são ambos preditores directos da sintomatologia alimentar. Phan e Tylka (2006), defendem que estes resultados destacam sobretudo a influencia substancial que a pressão para a magreza Ocidental pode ter sobre a preocupação corporal, independentemente da etnia, e o grande impacto que a imagem corporal alterada tem nos comportamentos alimentares perturbados. Em terceiro lugar, os resultados evidenciaram que a identidade étnica intensifica a relação entre a pressão para a magreza e a preocupação com o corpo (isto é, a pressão para a magreza - preocupação com o corpo estavam fortemente relacionados nas mulheres com elevada identidade étnica e moderadamente relacionados nas mulheres com baixa identidade étnica); de acordo com os autores, este resultado vem abalar as teorizações que avançavam que uma identidade étnica forte poderia proteger as mulheres de cor da pressão para a magreza Ocidental na influência exercida sobre a sua imagem corporal. Finalmente, e em quarto lugar, os autores argumentam sobre o efeito amortecedor que a auto-estima demonstrou ter na relação pressão para a magreza - preocupação com o corpo; assim, parece que nas mulheres com elevada auto-estima a pressão para a magreza prediz apenas moderadamente a preocupação com o corpo, ao contrário do que se passa com as mulheres com baixa auto-estima, passando, nestas situações, a predizer marcadamente a preocupação com o corpo.

Aproveitando a sistematização realizada por Wonderlich e colaboradores (2007), com base nos resultados obtidos em diversas investigações sobre as principais diferenças existentes entre as minorias étnicas, os autores salientam que: a) as mulheres negras parecem ser menos propensas a vivenciar insatisfação corporal, alimentação perturbada e perturbações alimentares diagnosticáveis, comparativamente com as mulheres brancas americanas e que b) as mulheres negras parecem estar mais protegidas em relação ao desenvolvimento de anorexia nervosa, comparativamente com a bulimia nervosa e a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (cf, Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson & Crosby, 2007). Os autores argumentam que os resultados obtidos sugerem que as mulheres negras podem não estar protegidas em relação às perturbações alimentares *per si* mas sim no que respeita às perturbações nas quais a imagem corporal perturbada é uma característica definidora. Em contrapartida, não foram identificadas nenhuma características específicas que pudessem proteger as Hispânicas, Asiáticas ou

Americanas Nativas a respeito da distorção da imagem corporal ou alimentação perturbada.

Admitindo que os problemas alimentares podem afectar mulheres jovens de todas as culturas, George e colaboradores (2007) propuseram-se investigar os principais factores de risco psicossociais em mulheres Hispânicas e não Hispânicas utilizando, entre outros instrumentos, o *Psychosocial Risk Factors Questionnaire* (PRFQ, Whisenhunt *et al.*, 2000). Avaliaram para o efeito 508 jovens Universitárias com a seguinte distribuição: 406 Hispânicas (62% Cubanas, 11% da América Central/Mexicanas, 10% Colombianas, 5% Dominicanas, 5% Porto-Riquenhas e 4% Brasileiras) e 102 Brancas não-Hispânicas. Estes foram os principais resultados obtidos: (1) diferenças significativas entre os diferentes grupos no que respeita ao *score* total do PRFQ e na subescala Preocupação, com resultados superiores obtidos pelas Dominicanas, Venezuelanas e Colombianas, comparativamente com as Brancas não-Hispânicas e jovens da América Central/Mexicanas; (2) diferenças significativas no índice de massa corporal, sendo que tanto as Portoricanhas como as Venezuelanas obtiveram resultados superiores, comparativamente com as Brancas não-Hispânicas, Cubanas e Brasileiras; (3) finalmente, diferenças significativas no que respeita à subescala Imagem Corporal Idealizada, tendo sido as Porto-Riquenhas aquelas que obtiveram *scores* mais elevados e as Brasileiras *scores* inferiores (cf., George, Erb, Harris & Casazza, 2007). Os autores reconhecem a existência de diferentes factores de risco psicossociais para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar entre as mulheres Hispânicas, reflectindo sobre a necessidade de não se realizarem generalizações no que respeita aos factores de risco em matéria de etnicidade.

Resumindo, e apesar de inicialmente se ter acreditado que as perturbações do comportamento alimentar pudessem ser patologias típicas das mulheres brancas oriundas de culturas ocidentais, com o número crescente de investigações que rapidamente se propuseram explicar este fenómeno, os resultados então obtidos vieram questionar esta convicção. Assim, e apesar da detecção de casos de anorexia nervosa ser mais rara nas mulheres negras, já foram detectados síndromes parciais de anorexia nesta população; a bulimia nervosa, a perturbação de ingestão alimentar compulsiva e síndromes parciais de perturbações alimentares são mais comuns e podem ser verificadas em mulheres de outras etnias.

6.3. NÍVEL SÓCIO-ECONÓMICO

Historicamente, e à semelhança da etnia, a anorexia nervosa tem sido descrita como afectando maioritariamente mulheres brancas de nível sócio-económico médio-alto (cf. Connors, 1996; Striegel-Moore & Smolak, 1996; Walsh, Bulik, Fairburn, Golden, Halmi, Herzog, Kaplan, Kreipe, Mitchell, Pike, Striegel-Moore, Taylor & Wadden, 2005). Tal como Derenne e Beresin (2006) referem, parece que os padrões da beleza feminina, irrealistas e difíceis de alcançar ao longo dos tempos se adequavam melhor às mulheres com dinheiro ou de elevado nível sócio-económico.

De facto, existem alguns estudos que têm encontrado a anorexia nervosa como estando associada a níveis sócio-económicos mais elevados (e.g., Lindberg & Hjern, 2003); mas, como salientam Striegel-Moore e Bulik (2007), o único estudo epidemiológico que estudou especificamente esta associação em relação à bulimia nervosa, não confirmou esta relação (cf., Kendler *et al.*, 1991). Já os estudos que combinam a presença de participantes com anorexia nervosa e bulimia nervosa não têm encontrado associação entre o nível sócio-económico e as perturbações alimentares (e.g., Favaro, Ferrara & Santonataso, 2003)

Num estudo realizado por Lindberg e Hjern (2003), os autores avaliaram todos os sujeitos nascidos na Suécia entre 1973 e 1982, o que fez um total de 989,871 sujeitos (507,144 do sexo masculino e 482,727 do sexo feminino). Os pacientes com anorexia nervosa foram identificados através do *Swedish Hospital Discharge Register* com dados relativos apenas aos pacientes internados; foram avaliados 1,122 casos de anorexia nervosa (61 homens e 1061 mulheres). Um dos principais resultados obtidos pelos autores diz respeito à prevalência de níveis sócio-económicos superiores nos pais dos pacientes com anorexia nervosa. Os autores consideram as limitações inerentes à generalização dos resultados obtidos para os pacientes em ambulatório, uma vez que os dados relativos aos pacientes com anorexia nervosa avaliados neste estudo serem apenas provenientes dos pacientes em regime de internamento. Contudo, e quanto aos resultados obtidos no que respeitam ao nível sócio-económico, asseguram que as condições de acesso ao tratamento hospitalar são financiadas pelos sub-sistemas de saúde, considerando os diferentes níveis sociais.

Sistematizando, os dados epidemiológicos têm identificado uma associação significativa entre a pertença a um nível sócio-económico médio-alto e a probabilidade das mulheres desenvolverem anorexia nervosa, apesar dos processos sociais subjacentes a esta associação permanecerem ainda por esclarecer (cf., Darmon, 2009). No que respeita às perturbações do comportamento alimentar no seu todo, e como defendem Striegel-Moore e Bulik (2007), estas possíveis diferenças no que respeita ao estatuto sócio-económico entre a anorexia e a bulimia não foram ainda devidamente esclarecidas.

6.4. CONTEXTOS PROFISSIONAIS / DESPORTIVOS ASSOCIADOS AO CONTROLO DE PESO

Há mais de 20 anos que os indivíduos que desempenham profissões que sobrevalorizam um determinado peso (baixo) ou uma determinada forma corporal, a par com os atletas de desportos específicos (e.g., *ballet*, ginástica, natação, etc.), são considerados como grupos de alto-risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (cf., Jacobi *et al.*, 2004). Uma das grandes limitações dos estudos que têm procurado corroborar esta associação prende-se com a ausência de grupos de controlo. Realmente, e como salientam Jacobi e colaboradores (2004), os escassos estudos que contemplam grupos de controlo confirmam resultados superiores quanto aos sintomas das perturbações do comportamento alimentar (e.g., subescalas do EDI) nos grupos de atletas, apesar de não se encontrarem valores superiores quanto aos quadros sintomáticos completos para o diagnóstico de anorexia ou bulimia nervosas. No que respeita à anorexia nervosa em particular, há alguns estudos que estimaram a prevalência da anorexia nervosa em bailarinas como sendo 4 a 25 vezes superior, comparativamente com a população em geral (cf., Garner & Garfinkel, 1980; Szumkler, Eisler, Gilles & Hayward, 1985; Vaisman *et al.*, 1996; *in* Walsh *et al.*, 2005).

Quanto ao impacto da actividade ou exercício físico no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar, agora em contextos não competitivos, vale a pena reflectir sobre os resultados obtidos por Davis, Kannedy, Ravelski e Dionne (1994). Os autores desenvolveram dois estudos com mulheres Canadianas, comparando uma amostra mista de pacientes com perturbações do comportamento alimentar (anorécticas,

anorécticas recuperadas e bulímicas) com um grupo de controlo a respeito da quantidade de actividade física realizada antes do início da perturbação alimentar em causa. Concluíram que aquelas pacientes eram fisicamente mais activas desde a adolescência (13 anos em diante) e antes do início da perturbação alimentar, comparativamente com as participantes do grupo de controlo; 78% das pacientes envolviam-se na prática de exercício físico excessivo, 60% eram atletas de competição antes do início da perturbação alimentar, 60% relataram que a prática de exercício era anterior ao início da dieta e 75% afirmaram que os níveis de actividade física aumentaram consistentemente durante o período em que a ingestão de alimentos e a perda de peso tiveram o seu decréscimo mais acentuado. Estes resultados levaram os autores a concluir que, para um número de anorécticas, o exercício físico ou a prática desportiva são uma parte integrante da patogénese e evolução do “passar fome”.

Resumindo os principais resultados obtidos e seus contributos, Jacobi e colaboradores (2004) consideram a participação ou competição atlética numa sub-cultura que valorize o peso como correlato; já os elevados níveis de exercício físico são classificados pelos autores como correlato retrospectivo de elevada potência. Há, de facto, alguma indicação sobre a superioridade de sintomatologia alimentar em determinados grupos de atletas e alguns estudos que confirmam a existência de um maior número de anorécticas no *ballet*. Contudo, não há evidências suficientemente esclarecedoras sobre a natureza da relação entre sintomas/perturbações alimentares e actividade física/contextos desportivos específicos; isto é, sobre se a sintomatologia alimentar é anterior ao desempenho daquelas actividades, sobre se é posterior ou sobre se foi desenvolvida paralelamente.

6.5. MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Como defendem alguns autores, a exposição à imagem corporal veiculada pelos meios de comunicação social (televisão, filmes, revistas, *internet*), pode estar correlacionada com a obesidade e a imagem corporal negativa que, por sua vez, pode levar a problemas com a alimentação (Derenne & Beresin, 2006; Lokken, Worthy & Trautmann, 2004). O foco no papel dos meios de comunicação social na cultura de

padrões de beleza irrealistas, insatisfação corporal e alimentação perturbada tem subsistido ao longo do tempo (cf., Levine & Smolak, 1996). Aliás, Derenne e Beresin (2006) acreditam que o poder que a comunicação social exerce na cultural actual é incomparável ao que se verificava há uns anos atrás. Em relação ao ideal de beleza veiculado, difícil de alcançar e moldado pelo contexto social, os meios de comunicação actuais, que os autores classificam como potentes e omnipresentes, conduzem ao aumento da insatisfação corporal tanto nas mulheres como nos homens. Como sustentam alguns autores há, de facto, investigações que mostram como é que as mulheres mais jovens podem ser afectadas negativamente pelas imagens veiculadas pelos meios de comunicação, exibindo imagens corporais femininas com vários gradientes de magreza (cf., Lokken, Worthy & Trautmann, 2004). Aliás, a definição de internalização do ideal de magreza subentende a consciência do ideal e do seu significado social, na adopção tanto do ideal como da crença da sua relevância pessoal (cf. Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Assim, e como produto da revisão da literatura realizada por Levine e Smolak (1996), os autores concluem pela controvérsia sobre o papel dos média no desenvolvimento e consolidação de uma imagem corporal negativa e outros factores que podem contribuir para uma alimentação perturbada. Contudo, admitem que a prevenção pode ser facilitada pelas mudanças nas mensagens veiculadas pelos meios de comunicação social e pelos esforços realizados no sentido da promoção de um pensamento crítico sobre essas mesmas mensagens.

Com o objectivo de contribuir para o esclarecimento acerca da associação entre meios de comunicação social (especificamente, revistas e jornais) e sintomatologia alimentar Lokken e colaboradores (2004) avaliaram um total de 540 jovens oriundas de 2 universidades Americanas distintas e geograficamente separadas (Estados Unidos do sul vs Estados Unidos do centro norte). As participantes apresentavam uma média de idades de 19.72 e um índice de massa corporal médio de 22.79 e foram avaliadas com os seguintes instrumentos: *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire / SATAQ* (Heinberg, Thompson & Stormer, 1995), *Eating Disorder Inventory / EDI* (Garner, Olmstead & Polivy, 1983) e *Bulimia Test – Revised / BULIT-R* (Thelen, Farmer, Wonderlich & Smith, 1991). As revistas utilizadas abarcavam as seguintes categorias: a) beleza e moda (e.g., *Elle*), b) entretenimento (e.g., *TV Guide*), c) saúde e exercício físico (e.g., *Shape*) e d) casa e jardinagem (e.g., *Gardens*). Os autores chegaram às seguintes conclusões: (1) a exposição a revistas estava positivamente associada com a subescala

impulso para emagrecer; (2) a preferência em relação a revistas de beleza e moda estava positivamente associada com a internalização de padrões sócio-culturais no que respeita a aparência; (3) a preferência em relação a revistas de saúde e exercício estava positivamente associada com o impulso para emagrecer; e (4) as escalas internalização e consciência em relação aos padrões sócio-culturais relativos à aparência prediziam a insatisfação com a imagem corporal, impulso para emagrecer e sintomas bulímicos. Os autores salientam a importância de futuras investigações que estudem a influência de meios de comunicação específicos em mulheres jovens e o seu papel na comunicação de padrões sócio-culturais de beleza; admitem que as consumidoras em maior risco necessitam de ser educadas no sentido de aprender a avaliar criticamente as mensagens transmitidas, desenvolvendo estratégias que reduzam as comparações sociais e a internalização dos padrões sócio-culturais de beleza (cf., Lokken, Worthy & Trautmann, 2004).

Fister e Smith (2004), conduziram uma investigação que se propôs estudar precisamente o papel dos meios de comunicação social nas expectativas a respeito da magreza e restrição alimentar, baseados na seguinte hipótese: as mulheres em risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar que sejam expostas a modelos atractivos e com peso corporal dentro da média vão ter menos expectativas em relação ao reforço proveniente da magreza, comparativamente com outras mulheres. Os autores avaliaram 276 estudantes caucasianas e com um índice de massa corporal médio de 22.09 através de um conjunto de medidas de auto-relato (*Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire / SATAQ*, Heinberg, Thompson & Stormer, 1995; *Eating Disorder Inventory – 2 / EDI-2*, Garner, 1991; *Thinness and Restricting Expectancy Inventory / TREI*, Hohlstein et al., 1998; *Image Questionnaire*) e visualização de imagens (e.g., *Vogue*, *Glamour*, *MODE*). Não obtiveram resultados estatisticamente significativos, nas participantes em geral, no que respeita às expectativas de magreza/restrrição face à visualização de imagens femininas com peso dentro da média. Foi no grupo de participantes classificadas pelos autores como de alto-risco (i.e., através da combinação de algumas escalas do SATAQ e EDI-2) que obtiveram resultados significativos: a exposição a imagens com modelos com peso médio explicou aproximadamente $\frac{1}{4}$ da variação acerca das expectativas sobre a magreza, comparativamente com as condições de controlo e de exposição a modelos magros. Os autores discutem os resultados obtidos à luz do papel que os meios de comunicação social poderiam assumir na promoção e

aprendizagem de comportamentos saudáveis exibindo imagens de mulheres atractivas mas não excessivamente magras (cf., Fister & Smith, 2004).

Quanto ao papel da pressão social propriamente dita, os resultados obtidos no estudo longitudinal conduzido pela equipa McKnight (2003), que já referimos, evidenciaram que a pressão social, juntamente com a preocupação com a imagem corporal (variáveis que incluíam a modelagem exercida pelos média, a alimentação social, dieta e gozo acerca do peso) mostrou predizer o início das perturbações do comportamento alimentar.

Assim, e considerando o contributo das várias investigações que se têm dedicado ao estudo da internalização do ideal de beleza veiculado pelos meios de comunicação social e do seu papel no aumento da predisposição para o desenvolvimento de sintomatologia alimentar, Striegel-Moore e Bulik (2007) sustentam, pelo número de evidências suficientes que suportam, que a exposição à idealização da magreza ou pressão social no sentido da sua internalização aumentam a preocupação com a imagem corporal, quanto mais não seja a curto-prazo. Apesar de tudo, as autoras defendem que o mecanismo que influencia o risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares permanece desconhecido. Parece que a questão colocada por Striegel-Moore numa comunicação realizada pela autora em 1994 ainda não obteve uma resposta satisfatória: como é que a exposição aos meios de comunicação social pode contribuir para o desenvolvimento de obesidade, numas situações e, noutras, para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (*in* Levine e Smolak, 1996).

Sintetizando: vários estudos foram revistos e considerados os seus resultados na clarificação e suporte que os diversos factores de risco, associados ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar, têm conquistado. Os factores considerados foram agrupados em categorias de natureza distinta: factores de risco individuais, factores de risco familiares, factores de risco desenvolvimentais e factores de risco socioculturais. Como tivemos oportunidade de documentar, esta classificação tem sido a proposta por alguns autores (e.g., Halmi, 2005; Jacobi *et al.*, 2004; Polivy & Herman, 2002; Schmidt, 2002). Assim, propusemo-nos considerar, dentre os 30 potenciais factores de risco propostos por Jacobi e colaboradores (2004; cf., quadro 4), os

que foram também avaliados neste estudo, pesquisando sobre os diversos contributos empíricos que têm surgido até à data.

Quadro 4. Factores de risco potenciais para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (traduzido e adaptado de Jacobi e colaboradores, 2004)

Factores gerais e sociais

- Género
- Etnia
- Contextos profissionais/desportivos, associados ao controlo de peso
- Orientação sexual

Factores familiares

- Obesidade parental
- Psicopatologia parental
- Interação familiar/estilo parental, emoção expressa

Factores desenvolvimentais

- Adolescência
- Obesidade pré-morbida e índice de massa corporal elevado
- Alimentação problemática e pica na infância
- Problemas digestivos e com a alimentação na infância
- Gozo e críticas acerca do peso e forma corporais
- Puberdade precoce
- Perturbações de ansiedade na infância

Acontecimentos de vida adversos

- Abuso sexual e físico
- Outros acontecimentos de vida stressantes ou adversos

Factores psicológicos e comportamentais

- Dieta e alimentação restritiva
- Preocupação excessiva com o peso e corpo, insatisfação corporal/imagem corporal negativa, impulso para emagrecer elevado
- Baixa consciência interoceptiva
- Baixa auto-estima
- Perfeccionismo, traços obsessivo-compulsivos e perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva
- Depressão, perturbações de ansiedade, problemas pela utilização de substâncias ou abuso de álcool, instabilidade afectiva
- Estilo de vinculação
- Auto-consciência
- Níveis de exercício elevados

Factores biológicos

- Factores genéticos
 - Perturbações neuroendócrinas e metabólicas
 - Alterações na densidade dos receptores
 - Alterações no electroencefalograma
 - Alterações nos centros de regulação da fome e saciedade
-

Os resultados dos estudos comentados ao longo da revisão da literatura sobre os factores de risco associados ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar foram sempre equacionados de acordo com a metodologia que a mesma investigação adoptava: longitudinal vs transversal. Apesar de caberem aos primeiros a capacidade de identificar com maior segurança os factores que precederam o desenvolvimento da perturbação, já que à segunda tipologia de estudos cabe apenas a capacidade de detectar correlatos, são dirigidas críticas bastante relevantes a ambos os

estudos. No que respeita aos estudos longitudinais, o desafio que se coloca está directamente relacionado com a baixa prevalência das perturbações do comportamento alimentar e, sobretudo, da anorexia nervosa. Como salientam Jacobi e colaboradores (2004), um estudo longitudinal sobre os factores de risco associados ao desenvolvimento de anorexia, capaz de contornar esta limitação, teria que partir de uma triagem inicial de cerca de 10 000 sujeitos, ou mais. Esta limitação foi objectivamente ultrapassada pelo estudo conduzido muito recentemente por Nicholls e Viner (2009), no qual foram avaliados, logo após o nascimento, 16,567 bebés e seguidos durante 30 anos. Quanto às limitações apontadas aos estudos transversais, a mais importante prende-se com a determinação da idade de início da sintomatologia alimentar; há de facto muitos estudos que não controlaram a idade de início da perturbação do comportamento alimentar que se propunham avaliar, impedindo a determinação da causalidade entre o factor de risco avaliado e a patologia alimentar em causa, ou antes, se perante a variável avaliada existe uma probabilidade aumentada para o risco de desenvolvimento subsequente de uma determinada perturbação. A referida limitação pode ser contornada através de estudos realizados com casos-controlo, dos quais a avaliação da idade de início da perturbação alimentar seja cuidadosamente estipulada e os potenciais factores de risco avaliados por intermédio de uma entrevista clínica semi-estruturada, como tão bem ilustram os vários estudos desenvolvidos por Fairburn e colaboradores (1997, 1998, 1999 e 2008).

Deste modo, e ao longo da revisão da literatura sobre os diferentes factores de risco, foi privilegiada a selecção de estudos que investigaram especificamente os factores aparentemente associados a uma maior predisposição para o posterior desenvolvimento da anorexia. Contudo, na maioria das variáveis estudadas acabámos por considerar os contributos de diversos estudos sobre os factores de risco nas perturbações do comportamento alimentar em geral. Como já foi sustentado, nas poucas investigações que estudam os factores de risco nas outras perturbações alimentares (e.g., bulimia nervosa e perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação), os resultados que têm sido obtidos não têm distinguido factores em função das diferentes entidades de diagnóstico (cf. Schmidt *et al.*, 2008), apontando para uma etiopatogénese partilhada, a respeito dos diferentes factores de risco entre as diferentes perturbações do comportamento alimentar.

Apesar de não haver consenso no que respeita aos factores que podem ser considerados como factores de risco específicos para o desenvolvimento não só da

anorexia nervosa, como das perturbações do comportamento alimentar no seu todo, podem ser avançadas importantes conclusões. Assim, e de acordo com o contributo dos diferentes estudos transversais, Jacobi e colaboradores (2004) propõem alguns factores de risco como tendo sido identificados na sua associação a uma maior predisposição para o desenvolvimento de anorexia nervosa (excluindo os factores biológicos). A título de síntese, vamos referir esses factores e reflectir sobre a actualidade dos mesmos; respeitamos a organização temporal que os autores propuseram.

Na primeira infância, os autores identificaram os problemas alimentares e gastrointestinais, as dificuldades de sono e o estilo parental caracterizado pela preocupação excessiva. Destes factores, apenas os problemas alimentares e gastrointestinais e a preocupação parental excessiva, ambos durante uma fase precoce de desenvolvimento, foram replicados em estudos posteriores a 2004, alguns deles de natureza longitudinal (e.g., Nicholls & Viner, 2009; le Grange *et al.*, 2010).

Com início durante a infância, Jacobi e colaboradores (2004) propõem como factores de risco as perturbações de ansiedade e a perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva. Quanto às perturbações de ansiedade, Bulik e colaboradores (2006) evidenciaram mais recentemente que o neuroticismo surgiu como o único factor preditor para o desenvolvimento posterior de anorexia nervosa, de acordo com os resultados que obtiveram, e uma ou mais perturbações de ansiedade durante a infância precederam o desenvolvimento de perturbações alimentares em 42% dos sujeitos avaliados por Kaye e colaboradores (2004). Mais recentemente, o papel das perturbações obsessivo-compulsivas, foi sistematizado através da revisão de vários estudos longitudinais realizado por Altman e Shankman (2009). Alguns estudos suportaram, de facto, a associação entre a perturbação obsessivo-compulsiva e o posterior desenvolvimento de anorexia nervosa (e.g., Mathis *et al.*, 2008; Wentz *et al.*, 2009).

Já durante o início da adolescência, Jacobi e colaboradores (2004), identificaram como factores de risco os níveis mais elevados de exercício físico, a dieta, a presença de perturbação dismórfica corporal e obsessivo-compulsiva e a aculturação. Tanto o exercício físico excessivo, como a perturbação dismórfica corporal, não foram replicados em estudos posteriores. No que respeita ao papel da dieta enquanto factor potencialmente predisponente para o desenvolvimento de anorexia nervosa, o recente estudo longitudinal, desenvolvido por Nicholls e Viner (2009), concluiu que a alimentação restritiva mostrou predizer o desenvolvimento subsequente daquela perturbação. Também

podemos considerar os resultados obtidos por Fairburn e colaboradores (2005), se bem que numa fase mais tardia da adolescência, quanto à necessidade de serem considerados comportamentos alimentares perturbados (e.g., ingestão alimentar compulsiva), a par da realização da dieta, para que esta variável possa ser associada a um maior risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar no seu todo. As perturbações obsessivo-compulsivas também foram identificadas, em estudos mais recentes, durante o período inicial da adolescência, e associadas a uma maior predisposição para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar e da anorexia nervosa em particular (e.g., Kaye et al., 2004; Wentz et al., 2009). Finalmente, e no que respeita ao papel da aculturação na etiologia das perturbações alimentares, os resultados obtidos por Phan e Tylka (2006) vêm abalar a convicção de que as mulheres de minorias étnicas, com fraca identidade no que respeita aos seus próprios padrões culturais, seriam mais susceptíveis relativamente ao desenvolvimento de sintomatologia alimentar, já que os resultados que obtiveram contrariam esta suposição.

Durante a adolescência, Jacobi e colaboradores (2004) consideraram como factores de risco, não só o próprio período da adolescência em si mesmo, como a exposição aumentada a situações de abuso sexual e outros acontecimentos adversos. De facto, e quanto ao factor adolescência, os resultados obtidos em diversos estudos confirmam consistentemente que, tanto a anorexia nervosa, como a bulimia nervosa, ocorrem tipicamente durante aquele período de desenvolvimento, aliás, como testemunha a recente revisão da literatura realizada por Striegel-Moore e Bulik (2007). No que respeita ao abuso sexual, este factor distinguiu muito recentemente um grupo de anorécticas das participantes do grupo de controlo normal, não as diferenciando, no entanto, das participantes com outras psicopatologias, o que levou Pike e colaboradores (2008), a argumentarem sobre a natureza partilhada daquele factor na etiopatologia de outras perturbações mentais. O mesmo se pode dizer a respeito da vivência de outro tipo de adversidades, já que os estudos que têm sido publicados desde a revisão de Jacobi e colaboradores (2004), apesar de identificarem um maior número de acontecimentos de vida adversos anteriores ao desenvolvimento de sintomatologia alimentar e anorexia nervosa especificamente, aqueles acontecimentos não distinguem estas pacientes das participantes com outras perturbações clínicas (e.g., Pike *et al.*, 2008; Rojo *et al.*, 2006).

Finalmente (e independentemente da idade) níveis elevados de perfeccionismo, baixa auto-estima e perturbação obsessivo-compulsiva pré-mórbida foram considerados,

na revisão realizada por Jacobi e colaboradores (2004), como factores específicos no desenvolvimento de anorexia nervosa. Estudos mais actuais suportam a presença pré-mórbida, tanto do perfeccionismo como da perturbação obsessivo-compulsiva; o mesmo não pode afirmar-se a respeito da baixa auto-estima. Assim, níveis elevados de perfeccionismo e obsessão mostraram-se relevantes na predisposição para o desenvolvimento subsequente de anorexia nervosa, chamando os autores particular atenção para a relevância que os objectivos e padrões de realização elevados podem assumir na mediação do risco (cf., Wade et al., 2008); aliás, no estudo conduzido por Pike e colaboradores (2008), o perfeccionismo diferenciou simultaneamente as anorécticas das participantes dos grupos de controlo normais e psiquiátricos. No que respeita à consistência que a perturbação obsessivo-compulsiva tem assumido na maior predisposição para o desenvolvimento posterior de anorexia nervosa, as conclusões avançadas por Altman e Shankman (2009) assumem toda a relevância, na medida em que é estimado que aquela perturbação ocorre, em média, 5.4 anos antes do desenvolvimento de anorexia. Já a baixa auto-estima como factor de risco específico para o desenvolvimento de anorexia nervosa não tem sido confirmada pelos estudos longitudinais, sendo que apenas alguns estudos transversais o confirmaram no passado. Muito recentemente, e em dois importantes estudos longitudinais, a auto-estima elevada surgiu como factor protector em relação ao desenvolvimento de anorexia nervosa e de níveis sintomáticos de insatisfação corporal (cf., Nicholls & Viner, 2009; Beato-Fernández *et al.*, 2004, respectivamente).

Os seguintes factores foram considerados por Jacobi e colaboradores (2004) como os que se constituem como denominadores comuns na predição das perturbações do comportamento alimentar, factores estes consistentemente observados, tanto nos estudos longitudinais, como nos transversais. São eles: (1) género feminino e etnia (excepto a Asiática); (2) factores genéticos; (3) problemas gastrointestinais e relacionados com a alimentação, durante a primeira infância; (4) adversidades durante a infância; (5) período da adolescência; (6) a presença de auto-avaliação negativa ou baixa auto-estima, presença de morbilidade psiquiátrica relacionada com síndromes de humor e de ansiedade e, finalmente, intensificação das preocupações com o peso e forma, insatisfação corporal e realização de dietas, durante a adolescência.

Realmente, e a principal conclusão a retirar, após a revisão dos vários estudos empíricos, sejam eles longitudinais ou transversais, é a consideração do contributo dos

múltiplos estudos e seus resultados como se se tratasse de juntar as diversas e complexas peças de um *puzzle* capazes de ilustrarem uma trajectória desenvolvimental, de maior ou menor risco quanto à possibilidade de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar. Outros factores, para além dos factores de risco, actuam naturalmente na mediação entre a predisposição e o desenvolvimento de sintomatologia, como sejam os factores que previnem o desenvolvimento ou a deterioração de uma determinada problemática (i.e., factores protectores), os que desencadeiam o início ou a exacerbação de dificuldades prévias (i.e., factores precipitantes) e os que, de algum modo, perpetuam os problemas desenvolvidos previamente (i.e., factores de manutenção). A interacção entre os genes e o meio ambiente também deve ser considerada, sobretudo no que diz respeito ao papel dos factores sociais.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

FACTORES DE RISCO NO DESENVOLVIMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

1. ESTUDO EMPÍRICO: FACTORES DE RISCO NO DESENVOLVIMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

1.1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como principal objectivo determinar quais os factores de risco associados ao desenvolvimento de anorexia nervosa numa amostra portuguesa. Para isso, foram operacionalizados 3 objectivos decorrentes do primeiro: 1) identificar os factores de risco que precedem o desenvolvimento de anorexia nervosa; 2) determinar se esses factores são específicos da anorexia nervosa ou se precedem o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas em geral; 3) comparar os factores de risco associados ao desenvolvimento de anorexia nervosa com os factores de risco associados ao desenvolvimento de bulimia nervosa.

Este estudo, à semelhança de estudos anteriores (cf., Fairburn, Cooper, Dool & Welch, 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Gonçalves, 2004), foi construído para testar a hipótese de que existem duas classes de factores de risco que podem estar relacionadas com o desenvolvimento de anorexia nervosa. Os factores associados ao aumento do risco para o desenvolvimento de perturbações mentais em geral e os factores associados ao aumento do risco para a realização de dietas. Predizemos que são os factores implicados no aumento do risco para a realização de dietas que são comuns entre os indivíduos com anorexia nervosa. Temos também por hipótese que haverá um grande número de factores de risco coincidentes entre as amostras com anorexia e bulimia nervosas. Contudo, hipotetizamos que a história pessoal e familiar de obesidade e a história familiar de abuso de substâncias será menos comum nos participantes com anorexia nervosa. Já a última hipótese sustenta que o perfeccionismo pré-mórbido será mais comum nos participantes com anorexia nervosa.

1.2. METODOLOGIA

1.2.1. SUJEITOS

Participaram neste estudo 331 sujeitos com idades compreendidas entre os 13 e os 38 anos ($M= 20.82$ e $DP= 4.92$). Todos os participantes eram do sexo feminino e dividiam-se do seguinte modo: 98 pertenciam ao grupo clínico com anorexia nervosa, 79 pertenciam ao grupo clínico com bulimia nervosa, 86 faziam parte do grupo de controlo normal e 68 compunham o grupo de controlo com outras perturbações psiquiátricas. O nível sócio-económico estava distribuído pelas seguintes classes: classes I e II (nível sócio-económico alto) 32% ($n= 106$); classe III (nível sócio-económico médio) 32.6% ($n= 108$); classes IV e V (nível sócio-económico baixo) 35.3% ($n= 117$). Os dados relativos à idade e características sócio-demográficas dos participantes podem ser consultados através do quadro 5.

Quadro 5. Resultados relativos à idade e caracterização sócio-demográfica das quatro amostras avaliadas.

	An (n=98)		Bn (n=79)		Grupo Controlo normal (n=86)		Grupo Controlo Psiquiátrico (n=68)	
Idade	Amp	M (DP)	Amp	M (DP)	Amp	M (DP)	Amp	M (DP)
	14-34	20.95 (5.15)	15-38	22.37 (5.15)	14-33	20.08 (4.24)	13-33	19.79 (4.74)
Estado civil	N (%)		N (%)		N (%)		N (%)	
Solteiro	90 (91.8)		67 (84.8)		81 (94.2)		62 (91.2)	
Casado / união de facto	6 (6.1)		11 (13.9)		5 (5.8)		4 (5.9)	
Divorciado	2 (2)		1 (1.3)		-		2 (2.9)	
Ocupação / profissão								
Estudantes	70 (71.4)		49 (62.1)		73 (84.9)		60 (88.2)	
Licenciados	9 (9)		9 (11.5)		12 (14.1)		8 (11.8)	
Administrativos	5 (5)		6 (7.8)		1 (1.2)		-	
Ajudantes/técnicos	-		3 (3.8)		-		-	
Operários especializados	9 (9)		5 (6.5)		-		-	
Trabalhadores manuais especializados	2 (2)		4 (5.1)		-		-	
Desempregados	3 (3)		3 (3.8)		-		-	
Habilitações literárias								
7º - 9º ano	46 (46.9)		30 (38)		25 (29.1)		28 (41.1)	
10ª - 12º ano	38 (38.8)		38 (48.1)		47 (54.7)		29 (42.6)	
Licenciatura	13 (13.2)		11 (13.9)		14 (16.3)		7 (10.3)	
Pós-graduação	1 (1)		-		-		4 (5.9)	
TOTAL	98 (100)		79 (100)		86 (100)		68 (100)	

Uma vez que a amostra de controlo normal e psiquiátrica foi emparelhada com a amostra clínica com anorexia nervosa de acordo com a idade e nível sócio-económico, os resultados obtidos entre estes 3 grupos são semelhantes.

Pelo que respeita à proveniência dos participantes do grupo clínico com anorexia nervosa, 84.7% (n= 83) estava em tratamento no serviço de psiquiatria do Hospital de São João (Porto), 10.2% (n= 10) no serviço de psiquiatria do Hospital de Santa Maria (Lisboa) e 5.1% (n= 5) na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar da Unidade Clínica de Adultos do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho. Os critérios de inclusão dos sujeitos neste grupo consistiam no diagnóstico actual de anorexia nervosa (segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR, *American Psychiatric Association / APA 2002*), em pertencer ao sexo feminino e em ter idade compreendida entre os 14-38 anos. Os critérios de exclusão consideravam o diagnóstico actual no eixo II, de acordo com os critérios propostos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002).

Relativamente à proveniência dos participantes do grupo clínico com bulimia nervosa, 72.2% (n= 57) estava em tratamento no serviço de psiquiatria do Hospital de São João (Porto); 15.2% (n= 12) no serviço de psiquiatria do Hospital de Santa Maria (Lisboa); 11.4% (n= 9) na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar da Unidade Clínica de Adultos do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho; 1.3% (n= 1) numa clínica particular (Braga). Os critérios de inclusão adoptados foram o diagnóstico actual de bulimia nervosa (segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR, APA, 2002), pertencer ao sexo feminino e ter idade compreendida entre os 14-38 anos. Os critérios de exclusão consideravam o diagnóstico actual no eixo II, de acordo com os critérios propostos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002).

No que respeita à proveniência da amostra do grupo de controlo normal, 51.2% (n=44) foi recolhida em escolas secundárias, 34.9% (n= 30) em Universidades, 7% (n=6) num Centro de Saúde e 7% (n= 6) em contextos laborais. Os critérios de inclusão obedeciam ao emparelhamento individual com os sujeitos com anorexia nervosa, de acordo com a idade actual e com o nível sócio-económico, e pertencerem ao sexo feminino; os critérios de exclusão diziam respeito à história passada ou actual de psicopatologia (incluindo a história passada ou actual de sintomatologia do comportamento alimentar).

Finalmente e no que concerne à proveniência da amostra do grupo de controlo com outras perturbações psiquiátricas, 61.8% (n= 42) estava em tratamento em clínicas particulares de apoio psiquiátrico e psicológico e 38.2% (n=26) no Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho. No que respeita ao diagnóstico efectuado, 51.4% (n= 35) da amostra tinha diagnóstico das perturbações de ansiedade, 47.1% (n= 32) diagnóstico das perturbações de humor e 1.5% (n= 1) diagnóstico de perturbação somatoforme sem outra especificação (para mais informação a respeito do diagnóstico das participantes, consultar quadro 6). Relativamente à duração do problema, 42.8% (n= 29) da amostra tem-no há dois anos ou menos; o tempo de terapia varia entre 1 e 120 meses (M= 13.94; DP= 21.11). Os critérios de inclusão obedeceram ao emparelhamento individual com os sujeitos com anorexia nervosa, de acordo com a idade actual e o nível sócio-económico, pertencerem ao sexo feminino e com o diagnóstico actual no eixo I (segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR, APA, 2002); os critérios de exclusão diziam respeito à história passada ou actual de diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar ou sintomatologia do comportamento alimentar e diagnóstico no eixo II (segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR, APA, 2002).

Quadro 6. Diagnósticos clínicos da amostra de controlo psiquiátrica

	N	%
Depressão major, episódio único	16	23.5
Depressão major, episódio recorrente	10	14.7
Distímia	4	5.9
Perturbação depressiva SOE	2	2.9
Perturbação de pânico sem agorafobia	1	1.5
Perturbação de pânico com agorafobia	6	8.8
Agorafobia sem história de perturbação de pânico	2	2.9
Fobia específica	8	11.8
Fobia social	3	4.4
Perturbação obsessivo-compulsiva	2	2.9
Perturbação de ansiedade generalizada	11	16.2
Perturbação de ansiedade SOE	2	2.9
Perturbação somatoforme SOE	1	1.5

Os sujeitos que acabamos de descrever foram aqueles que foram considerados para a realização das análises de regressão logística (cf. ponto 1.3.3). Para efeitos da realização das análises de regressão logística condicional (cf. ponto 1.3.4), que requiere o emparelhamento individual dos sujeitos dois a dois, foram apenas considerados os sujeitos do grupo clínico com anorexia nervosa que estavam emparelhados individualmente com um sujeito do grupo de controlo normal e com um sujeito do grupo de controlo psiquiátrico.

Neste caso, a amostra passou a ser constituída por um total de 240 sujeitos com idades compreendidas entre os 13 e os 34 anos (M= 19.98 e DP= 4.46): 86

participantes do grupo clínico com anorexia nervosa, 86 participantes do grupo de controlo normal e 68 participantes do grupo de controlo com outras perturbações psiquiátricas. O nível sócio-económico estava distribuído pelas seguintes classes: classes I e II (nível sócio-económico alto) 33.8% (n= 81); classe III (nível sócio-económico médio) 33.3% (n= 80); classes IV e V (nível sócio-económico baixo) 33% (n= 79). Os dados relativos à idade e nível sócio-económico podem ser consultados através do quadro 7.

Quadro 7. Resultados relativos à idade e nível sócio-económico (NSE) nas três amostras emparelhadas.

		Anorexia nervosa (n=86)		Grupo Controlo normal (n=86)		Grupo Controlo Psiquiátrico (n=68)	
		Amp	M (DP)	Amp	M (DP)	Amp	M (DP)
Idade		14-34	20.02 (4.49)	14-33	20.08 (4.24)	13-33	19.79 (4.74)
		N (%)		N (%)		N (%)	
NSE	Classe I e II	31 (36)		30 (34.9)		20 (29.4)	
	Classe III	30 (34.9)		33 (38.4)		17 (25)	
	Classe IV e V	25 (29)		23 (26.8)		31 (45.6)	
TOTAL		86 (100)		86 (100)		68 (100)	

1.2.2. INSTRUMENTOS

1.2.2.1. EXAME DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR (*Eating Disorders Examination* / EDE, 14ª edição - Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001)

O EDE é uma entrevista semi-estruturada baseada no investigador que foi desenvolvida com o objectivo de avaliar a psicopatologia específica das perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente na avaliação dos sintomas específicos da anorexia e bulimia nervosas e suas variantes. Pode ser utilizada tanto em *settings* clínicos como comunitários, em estudos descritivos ou de investigação sobre o tratamento (Fairburn & Beglin, 1993; Fairburn & Cooper, 1994).

Esta entrevista foi preparada para avaliar o estado actual dos participantes reportando-se aos comportamentos e atitudes dos últimos 28 dias (ou 4 semanas). Avalia a frequência de comportamentos chave como a ingestão alimentar excessiva e a utilização de métodos extremos para controlo do peso e a severidade de outros comportamentos não menos importantes, como a importância atribuída ao peso e / ou forma corporal, medo de ganhar peso, entre outros. Considera três formas de ingestão

excessiva: os episódios bulímicos objectivos (que correspondem à ingestão alimentar compulsiva), os episódios bulímicos subjectivos e os episódios objectivos de ingestão excessiva. Os métodos compensatórios que avalia são o vómito auto-induzido, a utilização de laxantes, a utilização de diuréticos e a prática de exercício físico excessivo. Os itens que avaliam os vários comportamentos referidos em termos da sua frequência e severidade também são intitulados por questões de diagnóstico.

Também permite criar um perfil dos participantes baseado nos scores obtidos em quatro sub-escalas: restrição (tentativas para restringir a ingestão de alimentos com o objectivo de influenciar a forma e / ou o peso corporais), preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso.

Finalmente, permite a operacionalização da informação recolhida nos critérios de diagnóstico para as perturbações do comportamento alimentar propostos pelo DSM-IV (APA, 1996), avaliando, para o efeito, os sintomas de maior relevância para o diagnóstico durante um período de 3 meses anteriores à avaliação.

Ao longo da entrevista, são fornecidas orientações claras acerca do método de cotação para cada item que deve ser realizada à medida que a entrevista prossegue⁴. As instruções relativas a cada cotação estão em parênteses rectos com o respectivo esquema de cotação.

O EDE tem sido vastamente utilizado e alguns estudos referem-no como o método de eleição na avaliação da sintomatologia específica das perturbações do comportamento alimentar (e.g., Carter, Stewart & Fairburn, 2001; Rosen & Srebnick, 1991; Wilson, 1993); tem demonstrado propriedades psicométricas favoráveis, havendo estudos que confirmam a sua validade discriminativa e a sua fidelidade (cf. Fairburn & Beglin, 1994; Wilson, 1993). Algumas desvantagens que têm sido apontadas prendem-se com o facto de a sua utilização se tornar algo dispendiosa pelo facto de requerer treino preliminar para a sua administração, por a sua aplicação ser algo morosa (entre 30 a 60 minutos) e poder ser embaraçosa na avaliação minuciosa de comportamentos como a ingestão alimentar compulsiva e o vómito auto-induzido caracterizados pelo secretismo e vergonha associada (Fairburn & Beglin, 1994).

⁴ Estas orientações constam, do respectivo guião de entrevista e folha de resposta.

1.2.2.2. ENTREVISTA DE FACTORES DE RISCO PARA AS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR (*Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule / RFED*; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves *et al.*, 2001)

A RFED é também uma entrevista semi-estruturada baseada no investigador, construída especificamente para o estudo dos factores de risco associados ao desenvolvimento de bulimia e anorexia nervosas, podendo ser realizada com sujeitos da comunidade e com casos controlo (cf., Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies & O'Connor, 1998; Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Welsh & Fairburn, 1994). Estava destinada a identificar os factores biológicos, psicológicos e sociais que se acreditava colocarem os sujeitos em risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

Assim, a entrevista permite avaliar um vasto conjunto de eventuais factores de risco que têm sido apontados pela literatura como colocando as jovens em risco de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Os autores categorizaram estes factores em 3 domínios: **Domínio I - Vulnerabilidade pessoal** (factores no indivíduo ou na família que possam aumentar o risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricas em geral), **Domínio II – Ambiental** (circunstância adversas) e **Domínio III – Vulnerabilidade para dietas** (factores que possam aumentar a preocupação acerca da forma e peso corporais e alimentação, aumentando o risco da realização de dietas). Dentro de cada um dos domínios referidos, existe um número de subdomínios distinguidos *a priori* e que reflectem certos tipos de exposição que os sujeitos possam ter vivenciado. Assim, o domínio da vulnerabilidade pessoal contempla os seguintes subdomínios: características da infância, perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, problemas comportamentais e perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início da perturbação do comportamento alimentar); o domínio ambiental abarca os subdomínios: problemas parentais, acontecimentos disruptivos, perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início da perturbação do comportamento alimentar), agressão e gozo pelos pares e abuso sexual e físico; finalmente, o domínio da vulnerabilidade para dietas considera os subdomínios: risco de dietas, risco de obesidade e perturbações do comportamento alimentar nos pais. Os autores consideram ainda um conjunto de factores de risco adicionais já que não pertencem a nenhum dos domínios referidos:

idade da menarca, história de aborto e gravidez⁵ e número de filhos. O quadro 8 sistematiza os domínios e respectivos subdomínios que a RFED operacionaliza.

O foco principal da RFED é o período que antecede o início da perturbação do comportamento alimentar. O início da perturbação em causa é entendido como a idade durante a qual o primeiro comportamento notório e persistente, característico de uma perturbação do comportamento alimentar começou, nomeadamente: dieta prolongada⁶, episódios regulares de ingestão alimentar exagerada⁷, vômito auto-induzido ou abuso de laxantes. A idade de início então estipulada pelo entrevistador foi denominada pelos autores da entrevista como idade *index*, optando-se sempre pela que é inferior (i.e., na presença de vários dos comportamento referidos, opta-se pelo que se desenvolveu em idade mais precoce). Privilegia-se este período em detrimento daquele a partir do qual o sujeito já cumpre os critérios de diagnóstico para uma determinada perturbação do comportamento alimentar, por forma a assegurar que a exposição ao conjunto de factores de risco avaliados pela RFED precedeu o desenvolvimento da perturbação alimentar em causa e, por isso, possa ter contribuído para o seu desenvolvimento. Deste modo, os autores da entrevista pretendem eliminar os factores que possam ser consequência da própria sintomatologia alimentar, ou actuar como factores de manutenção.

Quadro 8: Domínios e respectivos subdomínios da Entrevista para Factores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar / *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* / RFED; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves *et al.*, 2001).

Domínio I Vulnerabilidade Pessoal	Características da infância Perturbações psiquiátricas pré-mórbidas Problemas comportamentais Perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início da perturbação do comportamento alimentar)
Domínio II Ambiental	Problemas parentais Acontecimentos disruptivos Perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início da perturbação do comportamento alimentar) Agressão e gozo pelos pares Abuso sexual e físico
Domínio III Vulnerabilidade para Dietas	Risco de dietas Risco de obesidade Perturbações do comportamento alimentar nos pais
Factores adicionais	Idade da menarca Número de gravidezes Número de filhos Aborto

⁵ A secção da RFED relativa à história reprodutiva dos sujeitos foi desenvolvida pelos autores não com o objectivo de procurar factores etiológicos mas sim para recolher informação sobre as gravidezes nas mulheres com perturbações do comportamento alimentar.

⁶ Dieta prolongada é definida como um período que deve durar pelo menos 3 meses de tentativas persistentes de restrição da comida ingerida com o objectivo de controlar a forma ou peso corporais.

⁷ Os episódios de ingestão exagerada são definidos de acordo com os critérios utilizados na EDE que requerem a presença de pelos menos 12 episódios bulímicos ou de ingestão exagerada, ambos objectivos, durante um período de 3 meses.

A este respeito interessa ainda referir que a presença de 5 factores de risco com uma possível influência hereditária foi avaliada antes e depois da idade de início da perturbação alimentar. Esses factores são: a história familiar de depressão, a de abuso de álcool, a de drogas, a de obesidade e a de perturbações do comportamento alimentar. Assim, estes factores foram avaliados de 2 modos: quando presentes em qualquer momento da vida do sujeito e quando presentes apenas antes da idade de início da perturbação do comportamento alimentar (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997). A história de abuso sexual foi avaliada independentemente da idade do sujeito (apesar de a idade em que o abuso ocorreu ser alvo de registo) já que os autores da entrevista consideraram que na avaliação de um tópico tão sensível como este não seria adequado limitar a avaliação ao período que antecede a idade *index*, não permitindo que o sujeito falasse sobre o abuso ocorrido após a idade *index*.

O entrevistador deve encorajar o sujeito, ao longo de toda a entrevista, a recordar a sua infância e a descrever as suas experiências tal como decorreram na própria época, em vez de o fazer de acordo com a forma como sente ou pensa sobre elas no momento actual. Neste sentido, o entrevistador deve pedir que o sujeito dê exemplos que ilustrem as suas respostas, sendo as citações atribuídas pelo entrevistador realizadas com base em exemplos claros e não na opinião do sujeito⁸.

No sentido de emparelhar os sujeitos dos grupos de controlo normal e psiquiátrico com os sujeitos com anorexia nervosa, de acordo com o período de tempo considerado cada sujeito dos respectivos grupos de controlo foi questionado apenas sobre o período de tempo que precedeu a idade de início dos primeiros sintomas do comportamento alimentar do seu respectivo par (idade *index*).

Podemos considerar que a RFED se divide em 3 momentos distintos. O primeiro corresponde aos itens de diagnóstico da EDE e destina-se a apurar a sintomatologia do comportamento alimentar presente, permitindo operacionalizar esta informação num diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar. O segundo momento diz respeito à história do problema alimentar presente. Esta parte da entrevista determina a idade de início do comportamento alimentar perturbado, em sujeitos que têm o diagnóstico actual de uma perturbação do comportamento alimentar (i.e., idade *index*). Por último, consideramos o momento relativo à avaliação dos factores que possam ter estado envolvidos na etiologia da perturbação do comportamento alimentar diagnosticada. Estes factores podem pertencer a um dos seguintes grupos: (1) acontecimentos e experiências que ocorreram antes do início da

⁸ As directrizes para fazer as citações são fornecidas ao longo da entrevista; as citações devem ser efectuadas ao longo da própria entrevista.

perturbação do comportamento alimentar e (2) tendências familiares (com possível componente hereditária) que podem tornar-se aparentes nos familiares, ou no sujeito, antes ou depois do início das perturbações do comportamento alimentar (estas incluem algumas perturbações psiquiátricas, abuso de substâncias e álcool, obesidade e as perturbações do comportamento alimentar propriamente ditas).

Importa ainda salientar que a RFED foi desenvolvida com objectivo de minimizar os problemas associados aos relatos retrospectivos, definindo os comportamentos que avalia de forma clara e objectiva no intuito de reduzir a subjectividade e a racionalização *post-hoc*. Como ilustrativo deste esforço podemos referir os exemplos que os próprios autores mencionam. Assim, o contacto parental pobre é definido como um período prolongado de tempo durante o qual o entrevistado não vê o seu pai com regularidade durante uma semana ou mais ou porque este se encontra ausente por motivos de trabalho ou porque quando regressa a casa já é demasiado tarde, saindo muito cedo de manhã. Outras definições não menos estruturadas que testemunham este esforço já referido anteriormente são, por exemplo, as definições relativas ao abuso físico, abuso físico grave e abuso sexual (cf. Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Welsh & Fairburn, 1994).

1.2.2.3. EXAME DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR - QUESTIONÁRIO (*Eating Disorders Examination - Questionnaire / EDE-Q*, 4ª edição; Fairburn & Beglin, 1994, traduzido e adaptado por Machado e al., 2002)

O EDE-Q é uma versão de auto-relato da EDE construído com a preocupação de ultrapassar algumas limitações apontadas a outras medidas de auto relato como o EAT (Eating Attitudes Test; Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982) e o EDI (Eating Disorders Inventory; Garner, Olmsted & Polivy, 1983)⁹ e as desvantagens apontadas em relação à própria EDE na sua versão de entrevista (Fairburn & Beglin, 1994).

É composto por 36 itens que permitem o cálculo dos *scores* obtidos em quatro subescalas – restrição, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso (à semelhança da EDE) e de um *score* global calculado em função da média obtida nas mesmas. Os itens correspondentes às quatro subescalas referidas são avaliados de acordo com uma escala tipo *Likert* com 7 escolhas forçadas (i.e., 0-6) indicando o número de dias, durante os últimos 28 dias, em que determinados comportamentos, atitudes ou sentimentos específicos ocorreram. Os resultados de quatro, cinco ou seis são interpretados como

⁹ Nomeadamente, ausência de um marco temporal específico, não questionar directamente sobre a frequência de comportamentos alimentares chave e na falta de operacionalização de termos específicos como ingestão alimentar compulsiva (cf., Cárter, Stewart & Fairburn, 2000).

potencialmente indicadores de severidade clínica (Carter, Stewart & Fairburn, 2001). Adicionalmente, avalia a frequência com que ocorreram episódios de ingestão alimentar excessiva, episódios de ingestão alimentar compulsiva e utilização de métodos compensatórios como o vômito auto-induzido, laxantes e prática de exercício físico excessivo com o objectivo de controlar o peso e /ou a forma corporais.

O EDE-Q demonstrou consistência interna, fidelidade teste-reteste e validade convergente satisfatórias (cf., Carter, Stewart & Fairburn, 2001; Fairburn & Beglin, 1994); o estudo psicométrico do instrumento realizado em Portugal também obteve dados semelhantes (cf. Machado, Machado, Klein & Gonçalves, 2006).

1.2.2.4. ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA DE DIAGNÓSTICO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS DO DSM-IV, Eixo I (*Structured Clinical Interview for DSM – IV, Axis Disorders / SCID-I*; Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1992, traduzida e adaptada por Maia, Iglésias, Godinho & Figueiredo, 2000)

A SCID-I é uma entrevista de diagnóstico semi-estruturada desenvolvida com o objectivo de ser utilizada por clínicos no diagnóstico da maioria das perturbações clínicas do eixo I, na idade adulta e de acordo com os critérios do DSM-IV. Pode ser aplicada tanto em contextos clínicos, como de investigação e a sua utilização está largamente difundida (Ventura, Liberman, Green, Shaner & Mintz, 1998).

A SCID-I cobre as entidades de diagnóstico mais comuns na prática clínica e inclui os critérios de diagnóstico para essas mesmas perturbações com questões específicas. Está dividida em 6 módulos independentes que podem ser administrados sequencial e autonomamente: (1) episódios de humor, (2) sintomas psicóticos, (3) perturbações de humor, (4) perturbações pela utilização de substâncias, (5) perturbações de ansiedade e (6) perturbações de ajustamento e outras perturbações. Começa por levantar um conjunto de questões gerais que vão permitir recolher informação sobre a história e desenvolvimento de perturbações psicológicas presentes, gerando algumas hipóteses de diagnóstico. Posteriormente, apresenta os módulos já referidos que vão permitir avaliar sintomas e perturbações específicas em função das hipóteses levantadas. Estas perturbações são avaliadas em dois períodos: na actualidade - os critérios de diagnóstico para uma perturbação específica estiveram presentes durante o último mês, e ao longo da vida - os critérios de diagnóstico para uma perturbação específica estiveram presentes no passado (Segal & Collidge, 2007).

O desenho modular que apresenta tem sido apontado como a principal vantagem, já que permite que o entrevistador utilize os módulos que são para ele pertinentes durante a avaliação específica que realiza (cf., Segal & Collidge, 2007).

1.2.3. PROCEDIMENTO

1.2.3.1. RECOLHA DAS AMOSTRAS CLÍNICAS COM ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS

A recolha da amostra com perturbações do comportamento alimentar obedeceu aos mesmos parâmetros, pelo que o procedimento adoptado será descrito em simultâneo.

A amostra de sujeitos com anorexia e bulimia nervosas foi recolhida quase na sua totalidade na consulta de perturbações do comportamento alimentar do serviço de psiquiatria do Hospital de São João, Porto (unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família). Também foram recolhidos alguns dados no serviço de psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Lisboa (na consulta especializada para perturbações do comportamento alimentar), na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar da Unidade Clínica de Adultos do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho e numa clínica particular direccionada para a psicopatologia em geral (Braga).

Tanto as participantes com anorexia, como as participantes com bulimia nervosa preenchiem, no momento da avaliação, os critérios de diagnóstico para aquelas perturbações, de acordo com a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, DSM-IV-TR, 200). Numa fase inicial, o diagnóstico era feito pelos clínicos responsáveis por cada uma das participantes em processo terapêutico. Num segundo momento, este diagnóstico era confirmado por investigadores treinados na administração da EDE. Apenas os itens de diagnóstico daquela entrevista foram considerados, já que o objectivo principal da sua utilização se prendia com a confirmação do diagnóstico previamente feito por clínicos experientes na área das perturbações do comportamento alimentar (na sua grande maioria, médicos psiquiatras)¹⁰.

Após a realização da EDE e a confirmação de se tratar de uma participante com anorexia ou bulimia nervosas (critério de inclusão), era ministrada a RFED (ou agendada com a participante uma data para a sua realização). Esta segunda entrevista foi realizada pelos mesmos investigadores que realizaram a EDE.

¹⁰ Durante a formação na administração da EDE, ministrada pelo próprio autor da entrevista, C. G. Fairburn reflectiu sobre a pertinência de serem apenas utilizados os itens de diagnóstico daquela entrevista sempre que o principal objectivo se prenda com a confirmação diagnóstica (à semelhança daquilo que ocorre nos estudos epidemiológicos em duas fases).

A administração da RFED contemplava as questões do GRAFFAR para o cálculo do nível sócio-económico parental, uma vez que se assumiu previamente que a maior parte das participantes com anorexia e bulimia nervosas a avaliar seriam adolescentes ou jovens adultas a depender economicamente dos seus pais.

Assim, e à semelhança de estudos anteriores (cf., Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies & O'Connor, 1998; Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Welsh & Fairburn, 1994; Gonçalves, 2004), foi adoptado um desenho metodológico caso-controlo com 2 grupos comparativos que correspondiam a dois objectivos distintos. A primeira comparação realizada foi entre 96 participantes com anorexia nervosa e 96 participantes do grupo de controlo normal que pressupõe a ausência de história passada ou actual de perturbações psicopatológicas; a segunda comparação foi entre 68 participantes com anorexia nervosa e 68 participantes do grupo de controlo psiquiátrico que exigia o diagnóstico actual no eixo I mas sem história prévia ou actual de sintomatologia alimentar.

O nível sócio-económico e a idade actual das participantes com anorexia nervosa foram as variáveis consideradas para o emparelhamento individual destas com cada um dos sujeitos pertencentes aos grupos de controlo supracitados. Assim, e em relação à variável idade, os sujeitos foram individualmente emparelhados respeitando até um ano de diferença entre eles; no que diz respeito ao nível sócio-económico, foram consideradas para o emparelhamento 3 bandas do sistema de classificação do GRAFFAR. As classes I e II foram consideradas nível sócio-económico alto, a classe III nível sócio-económico médio e as classes IV e V, nível sócio-económico baixo. De acordo com Fairburn e colaboradores (1997), o emparelhamento que considera a idade assegura que o período de recordação requerido às participantes com anorexia nervosa e grupos de controlo seja equivalente; emparelhar, considerando o nível sócio-económico parental, retira o poder potencialmente enviesante àquela importante variável no momento de comparação das amostras e leitura dos resultados.

Ao longo da avaliação dos potenciais factores de risco não foram utilizados outros informadores, já que uma característica comum, sobretudo das participantes com bulimia nervosa, é o secretismo associado à sua vivência (cf., Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997).

Foi explicado a todos os sujeitos seleccionados para a RFED (incluindo as participantes dos dois grupos de controlo) que o objectivo principal do estudo em questão seria a compreensão dos principais factores que possam influenciar o

desenvolvimento de problemas alimentares em geral e, mais especificamente, na anorexia e bulimia nervosas. A EDE e questões iniciais da RFED (até ao estabelecimento da idade *index*) eram introduzidas como um momento durante o qual eram avaliadas questões relacionadas com a alimentação e peso; a partir do cálculo da idade *index* as questões eram introduzidas do seguinte modo: "...a partir deste momento da entrevista gostaria de lhe colocar algumas questões sobre a sua família, sobre si própria enquanto criança e adolescente e sobre algumas experiências que possa ter tido no seu passado. Muitas destas questões podem parecer irrelevantes relativamente à alimentação ou ao peso, mas são aspectos que se julga tornarem as mulheres mais ou menos predispostas para o desenvolvimento de problemas alimentares como a anorexia e a bulimia nervosas. Para tirarmos isto a limpo, precisamos de falar com mulheres que apresentam problemas alimentares e com outras que os não apresentam".

As entrevistas foram realizadas individualmente por investigadores treinados na sua aplicação, em salas de consulta cedidas para o efeito. Durante a sua realização todos os procedimentos éticos e deontológicos foram assegurados e os sujeitos podiam interromper, a qualquer momento, a sua disponibilidade para participar na investigação.

1.2.3.2. RECOLHA DA AMOSTRA DE CONTROLO NORMAL

A amostra de controlo normal foi recrutada na comunidade graças à disponibilidade de vários estabelecimentos de ensino situados no Norte e Centro do país. Englobaram várias escolas secundárias, a Universidade do Minho e a Universidade Católica (Centro Regional do Porto).

Numa primeira fase foi utilizado o EDE-Q para detecção de casos sintomáticos de perturbações do comportamento alimentar; já num segundo momento foram excluídas as participantes que apresentassem qualquer um dos seguintes resultados no EDE-Q: (1) Resultados totais superiores a 4 (ponto de corte); (2) Resultados em qualquer uma das 4 subescalas superiores a 4; (3) Presença de comportamentos alimentares disfuncionais característicos das perturbações do comportamento alimentar (episódios de ingestão alimentar compulsiva e utilização de métodos compensatórios para controlo do peso). Posteriormente, foram seleccionadas aleatoriamente algumas das participantes que se encontravam dentro dos parâmetros referidos. Esta pré-selecção já tinha em conta a idade e nível sócio-económico das

participantes com anorexia nervosa com as quais seriam individualmente emparelhadas.

Numa segunda fase, era administrada a EDE para confirmação relativamente à ausência de sintomatologia do comportamento alimentar (história actual ou passada) e a SCID para assegurar a ausência de psicopatologia (história actual ou passada). Deste modo, e num último momento de selecção da amostra, participaram apenas no estudo os sujeitos com resultados negativos nos dois instrumentos referidos; foram excluídas as participantes que apresentavam história prévia ou actual de qualquer perturbação psicopatológica. Apesar dos critérios de exclusão adoptados colocarem de lado as participantes com sintomatologia alimentar, as participantes com níveis normativos de preocupações com o peso e forma corporal foram incluídas.

Numa terceira e última fase era administrada a RFED. Uma vez que o emparelhamento era realizado dois a dois (uma participante com anorexia nervosa vs uma participante do grupo de controlo normal), é de salientar que a administração da RFED tinha sempre em conta a idade *index* do respectivo par com anorexia nervosa. Assim sendo, cada participante do grupo de controlo normal foi questionada sobre o mesmo período de tempo que a participante emparelhada com anorexia nervosa (i.e., as questões eram realizadas até ao período de tempo que antecedeu a idade de início dos primeiros sintomas do comportamento alimentar da participante com anorexia nervosa). Este procedimento minimizava as eventuais diferenças relativamente ao tempo disponível na exposição aos potenciais factores de risco avaliados e assegurava que o período de recordação fosse o mesmo para as duas amostras.

A explicação dada às participantes sobre os objectivos do estudo e a aplicação da RFED foi idêntica à realizada com as participantes com anorexia e bulimia nervosas (ver ponto 1.2.3.1). As entrevistas foram realizadas individualmente em salas de aula cedidas para o efeito, pelos mesmos investigadores, sendo assegurados todos os procedimentos éticos e deontológicos e a possibilidade de desistir deste estudo a qualquer momento.

1.2.3.3. RECOLHA DA AMOSTRA DE CONTROLO PSIQUIÁTRICA

A amostra de controlo com outras perturbações foi recrutada da população clínica; para este efeito foi contactado novamente o Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João e mais seis serviços privados de apoio psiquiátrico e psicológico.

Numa primeira fase, os diagnósticos eram feitos pelos clínicos responsáveis pelos participantes em processo terapêutico. Seguidamente, os participantes eram

seleccionados em função da sua idade e nível sócio-económico (que devia ser correspondente à das diferentes participantes com anorexia nervosa). Já numa segunda fase era aplicada a bateria de avaliação que consistia, primeiramente, na realização da EDE, para esclarecimento acerca da história passada ou actual de perturbações do comportamento alimentar (sendo excluídos os sujeitos em que isso se verificava¹¹), aplicação da SCID, para corroborar o diagnóstico realizado previamente pelo clínico e, finalmente, a realização da RFED.

À semelhança do procedimento adoptado na recolha da amostra de controlo normal, a RFED era realizada tendo em conta a idade *index* do respectivo par com anorexia nervosa e as explicações dadas aos sujeitos também forma idênticas (ver pontos 1.2.3.1 e 1.2.3.2). As entrevistas foram realizadas individualmente, pelos mesmos investigadores, nos respectivos serviços, em salas de consulta cedidas para o efeito. Os procedimentos éticos e deontológicos e a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento foram tidos em consideração.

1.2.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a caracterização da amostra, foram realizadas análises estatísticas descritivas e de frequência para a descrição das amostras clínicas com anorexia e bulimia nervosas e das amostras de controlo; estas análises foram levadas a cabo no SPSS (versão 15.0).

Para o estudo dos factores de risco, foram realizadas análises de regressão logística (levadas a cabo no *Statistical Package for the Social Sciences* / SPSS, versão 15.0) e análises de regressão logística condicional (levadas a cabo no Egret, versão 2.0.3); o Egret é um programa estatístico específico para o tratamento de dados com amostras emparelhadas. Foram feitas análises de regressão logística e análises de regressão logística condicional com o objectivo de avaliar até que ponto cada uma das variáveis consideradas consegue ou não contribuir para a predição da pertença a um dos grupos (grupo com anorexia nervosa, grupo de controlo normal, grupo de controlo com outras perturbações psiquiátricas e grupo com bulimia nervosa). Ambas as análises de regressão (logística e logística condicional) foram realizadas de forma independente: grupo com anorexia vs grupo de controlo normal, grupo com anorexia vs grupo de controlo com outras perturbações psiquiátricas e grupo com anorexia vs

¹¹ Os critérios considerados foram história passada ou actual de episódios de ingestão alimentar compulsiva e utilização de métodos compensatórios para controlo de peso.

grupo com bulimia. Para a realização daquelas análises foram estudados alguns pressupostos prévios à sua concretização.

Assim, num primeiro momento realizou-se o estudo da variabilidade dos vários factores de risco entre as amostras anorécticas vs bulímicas, anorécticas vs grupo de controlo normal e anorécticas vs grupo de controlo psiquiátrico (excluindo os factores de risco que não apresentassem variabilidade entre os dois grupos). Assim, e numa primeira fase, foram excluídos todos os factores que, em pelo menos um dos grupos em comparação, não apresentaram variabilidade. Num segundo momento foram analisadas as associações univariadas entre os potenciais factores de risco e a variável grupo: anorexia nervosa vs. controlo normal; anorexia nervosa vs. controlo psiquiátrico; anorexia nervosa vs. bulimia nervosa. Deste modo, foram considerados para as análises de regressão logística e logística condicional todos os factores de risco que mostraram associação significativa, ou marginalmente significativa, com o grupo. Todos os potenciais factores de risco que não mostraram associação significativa com o grupo, foram excluídos. Num terceiro momento estudámos os casos em que havia uma associação significativa ou marginalmente significativa com a variável grupo mas em que existia uma percentagem superior a 20% de células com frequência esperada inferior a 5 (um dos pressupostos do teste de χ^2); tais factores de risco foram excluídos das análises posteriores. O pressuposto da multicolinearidade também foi estudado, eliminando-se todos os predictores que apresentaram resultados altamente correlacionados entre si (i.e., valores da tolerância $\geq .10$ ou VIF < 4). Seguidamente, organizámos todos os domínios e respectivo subdomínios tendo em conta o número máximo de predictores por sujeito. Foram adoptadas as orientações de Stevens (1996), segundo as quais devem ser considerados 15 predictores por sujeito¹². Finalmente, foram detectados *outliers* eliminando os sujeitos das análises de regressão logística e regressão logística condicional sempre que o resultado do *ZResidual* esteve fora do intervalo -3 / + 3 ou cujo *Cook's* foi > 1 (os pressupostos referidos serão explicados em maior detalhe nos capítulos respeitantes aos resultados).

¹² Assim, e por razões meramente estatísticas, tivemos que subdividir determinados subdomínios em subdomínios menores.

1.3. RESULTADOS

Os resultados serão organizados e apresentados em quatro grandes grupos:

- 1) Resultados descritivos da amostra (ao nível dos seus aspectos demográficos e clínicos)
- 2) Resultados relativos à história dos problemas alimentares nas populações com anorexia e bulimia nervosas
- 3) Resultados das análises de regressão logística
 - a. Comparação da amostra clínica com anorexia nervosa, com a amostra de controlo normal
 - b. Comparação da amostra clínica com anorexia nervosa, com a amostra de controlo com outras perturbações psiquiátricas
 - c. Comparação da amostra clínica com anorexia nervosa, com a amostra com bulimia nervosa
- 4) Resultados das análises de regressão logística condicional
 - a. Comparação da amostra clínica com anorexia nervosa, com a amostra de controlo normal
 - b. Comparação da amostra clínica com anorexia nervosa, com a amostra de controlo com outras perturbações psiquiátricas

1.3.1. RESULTADOS DESCRITIVOS DA AMOSTRA

O quadro 9 apresenta os resultados relativos ao peso, altura e índice de massa corporal. Como podemos observar, o peso da população com anorexia nervosa varia entre 29.5 e 51 kg (M= 39.16 e DP= 5.33) e a altura entre 1.46 e 1.78 m (M= 1.61 e DP= .07). Os valores do índice de massa corporal (IMC) oscilam entre 11.64 e 17.48 (M= 15.07 e DP= 1.56). Na população com bulimia nervosa o peso varia entre 42.70 e 76 kg (M= 56.09 e DP= 7.20), a altura entre 1.50 e 1.78 m (M= 1.63 e DP= .06) e o IMC entre 17.58 e 26.30 (M= 21.15 e DP= 2.19). Na população de controlo normal o peso oscilou entre 43 e 80 kg (M= 55.86 e DP= 7.81), a altura entre 1.49 e 1.79 m (M= 1.64 e DP= .06) e o IMC entre 17.01 e 29.73 (M= 20.77 e DP= 2.56). Finalmente, e no que respeita à população de controlo com outras perturbações psiquiátricas, o peso variou entre 42 e 80 kg (M= 55.71 e DP= 6.94), a altura entre 1.52 e 1.74 (M= 1.63 e DP= .06) e o IMC entre 15.81 e 30.82 (M= 21.04 e DP= 2.56). Como podemos

constatar, apenas a população com anorexia nervosa apresenta um IMC médio abaixo do índice correspondente a magreza extrema ($IMC \leq 17.5$). Nas três populações restantes, os valores médios do IMC estão dentro do índice correspondente a peso normal ($IMC \geq 20$ e ≤ 25).

Quadro 9. Resultados relativos ao peso, altura e índice de massa corporal nas quatro amostras avaliadas.

	Anorexia nervosa (n=98)		Bulimia nervosa (n=79)		População normal (n=86)		População com outras perturbações psiquiátricas (n=68)	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
Peso (Kg)	29.50-51.0	39.16 (5.33)	42.70-76.0	56.09 (7.20)	43.0-80.0	55.86 (7.81)	42.0-80.0	55.71 (6.94)
Altura (m)	1.46-1.78	1.61 (.07)	1.50-1.78	1.63 (.06)	1.49-1.79	1.64 (.06)	1.52-1.74	1.63 (.06)
IMC	11.64-17.48	15.07 (1.56)	17.58-26.30	21.15 (2.19)	17.01-29.73	20.77 (2.56)	15.81-30.82	21.04 (2.56)

Relativamente ao padrão menstrual que caracteriza a amostra, os resultados obtidos podem ser observados através do quadro 10. Nos 3 meses que precederam a avaliação, as participantes com anorexia nervosa não tiveram nenhum período menstrual, encontrando-se amenorreicas (destas, apenas 2 tinham amenorria primária); nas restantes participantes a menstruação só ocorreu após administração hormonal mediante a toma de contraceptivos orais (24.5%). A principal diferença em relação aos 6 meses anteriores à avaliação tem que ver com o facto de 5.1% das participantes terem tido até três ciclos menstruais (n=5).

Como seria de esperar e por oposição aos resultados anteriores, a presença de períodos menstruais nos 3 meses que precederam a avaliação caracteriza a quase totalidade das participantes dos grupos com bulimia nervosa, de controlo normal e de controlo com outras perturbações psiquiátricas (86.1%, 97.7% e 94.1%, respectivamente); não há nenhuma participante amenorreica e a presença de irregularidades menstruais caracteriza uma pequena minoria das participantes (14%, 2.4% e 5.8%, respectivamente). Os dados relativos aos últimos 6 meses são idênticos nas participantes do grupo de controlo normal e do grupo de controlo psiquiátrico, e muito semelhantes para as participantes do grupo com bulimia nervosa.

Quadro 10. Resultados relativos à presença de períodos menstruais nos 6 meses anteriores à avaliação nas quatro amostras avaliadas.

Períodos menstruais últimos 3 meses	An	Bn	Grupo Controlo normal	Grupo Controlo Psiquiátrico
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Período regular	0	68 (86.1)	84 (97.7)	64 (94.1)
Irregularidades menstruais	0	11 (14)	2 (2.4)	4 (5.8)
Amenorreia	96 (98)	0	0	0
Amenorreia primária	2 (2)	0	0	0
Períodos menstruais últimos 6 meses				
Período regular	0	62 (78.5)	84 (97.7)	64 (94.1)
Irregularidades menstruais	5 (5.1)	17 (21.5)	2 (2.4)	4 (5.8)
Amenorreia	91 (92.8)	0	0	0
Amenorreia primária	2 (2)	0	0	0

Os resultados relativos à importância atribuída ao peso e à forma corporal na auto-avaliação do sujeito e ao medo de engordar ou ganhar peso e sentimento de estar gorda durante o mês em que foram avaliados¹³ podem ser observados através da leitura do quadro 11.

A maior parte das participantes com anorexia e bulimia nervosas, atribui uma importância extrema ao peso (75.5% e 86.1%, respectivamente) e à forma corporal (76.5% e 86.1%, respectivamente) na auto-avaliação que fazem delas próprias. Obtiveram-se resultados bastante semelhantes no que respeita aos dois meses anteriores à avaliação (mês 2: 74.5% / 76.5% e 86.1 / 88.6%, respectivamente; mês 3: 76.5% / 76.5% e 86.1% / 87.3%, respectivamente). No que respeita ao medo claro de engordar ou de poder ganhar peso¹⁴, pouco mais de metade da amostra com anorexia nervosa o sentiu diariamente (52%); já a maior parte das participantes com bulimia nervosa (81%) sente este receio todos os dias. Os resultados obtidos nos dois meses anteriores à avaliação foram em tudo bastante semelhantes aos descritos (mês 2: 54.1% e 78.5%, respectivamente; mês 3: 56.1% e 75.9%, respectivamente), verificando-se a tendência de, à medida que o tempo passa, ir diminuindo o número de anorécticas a sentir este medo diariamente e aumentando o número de bulímicas a senti-lo. Relativamente ao sentimento de estar gorda, a maioria das anorécticas situa-se entre os dois extremos, oscilando entre o não se sentirem gordas nas últimas quatro semanas e o sentirem-se gordas todos os dias (38.8% e 32.7%, respectivamente); a grande maioria das bulímicas (67.1%) sentiu-se gorda diariamente. Nas duas amostras foi observado o mesmo padrão de resultados nos dois meses anteriores à avaliação (mês 2: 37.8% / 34.8% e 65.8%, respectivamente; mês 3: 35.7% / 37.8% e 68.4%, respectivamente).

¹³ A EDE entrevista avalia todas as questões passíveis de diagnóstico durante os 3 meses anteriores à avaliação, correspondendo aos meses 1, 2 e 3 respectivamente.

¹⁴ As reacções a ganhos de peso reais foram excluídas.

Na população de controlo normal, a maioria da amostra atribui uma importância moderada ao peso e forma corporal (58.1% e 61.6%, respectivamente). Os resultados obtidos durante os dois meses anteriores à avaliação foram idênticos. Do mesmo modo, a maior parte das participantes do grupo de controlo normal não teve medo de engordar ou de ganhar peso e não se sentiu gorda no mês anterior à avaliação (65.1% e 70.9%, respectivamente). Mais uma vez, os resultados obtidos durante os dois meses anteriores à avaliação foram idênticos. A grande maioria das participantes do grupo de controlo normal não sentiu medo de engordar ou de aumentar de peso e nem se sentiu gorda durante o mês anterior à avaliação (65.1% e 70.9%, respectivamente); os resultados obtidos durante os dois meses anteriores à avaliação foram idênticos. Também a maioria das participantes do grupo de controlo psiquiátrico não sentiu medo de engordar ou de aumentar de peso e nem se sentiu gorda durante as quatro semanas que precederam a avaliação (55.9% e 58.8%, respectivamente); os resultados obtidos durante os dois meses anteriores à avaliação foram os mesmos.

Quadro 11. Resultados relativos à importância do peso e da forma corporal, medo de ganhar peso e sentimento de estar gorda nas quatro amostras avaliadas.

	An	Bn	Grupo Controlo normal N (%)	Grupo Controlo Psiquiátrico N (%)
Importância do peso no mês presente				
Sem importância	0	0	14 (16.3)	9 (13.2)
Alguma importância	6 (6.1)	2 (2.5)	50 (58.1)	47 (69.1)
Importância moderada	18 (18.4)	9 (11.4)	22 (25.6)	11 (16.2)
Importância extrema	74 (75.5)	68 (86.1)	0	1 (1.5)
Importância da forma corporal no mês presente				
Sem importância	0	0	6 (7.0)	6 (8.8)
Alguma importância	4 (4.1)	3 (3.8)	53 (61.6)	45 (66.2)
Importância moderada	19 (19.4)	8 (10.1)	24 (27.9)	15 (22.1)
Importância extrema	75 (76.5)	68 (86.1)	3 (3.5)	2 (2.9)
Medo de ganhar peso ou ficar gorda no mês presente				
Sem medo	13 (13.3)	1 (1.3)	56 (65.1)	38 (55.9)
Medo em menos de metade dos dias	3 (3.1)	1 (1.3)	23 (26.7)	23 (33.8)
Medo em metade dos dias	5 (5.1)	1 (1.3)	5 (5.8)	5 (7.4)
Medo em mais de metade dos dias	26 (26.5)	12 (15.2)	2 (2.3)	2 (2.9)
Medo todos os dias	51 (52)	64 (81)	0	0
Sentimento de estar gorda no mês presente				
Não se sentiu	38 (38.8)	2 (2.5)	61 (70.9)	40 (58.8)
Sentiu-se em menos de metade dos dias	8 (8.2)	5 (6.3)	17 (19.8)	20 (29.4)
Sentiu-se em metade dos dias	8 (8.2)	3 (3.8)	4 (4.7)	4 (5.9)
Sentiu-se em mais de metade dos dias	12 (12.2)	16 (20.3)	4 (4.7)	3 (4.4)
Sentiu-se todos os dias	32 (32.7)	53 (67.1)	0	1 (1.5)

O quadro 12 apresenta os resultados relativos às tentativas para perder peso ou evitar ganhá-lo nos 3 meses anteriores à avaliação. À excepção de 2 participantes

com anorexia nervosa (2%), as restantes faziam dieta com o objectivo de perder peso ou de evitar ganhá-lo; destas, a quase totalidade tentava perder ou manter o peso para efeitos na sua forma corporal (94.9%) e apenas 3 tentavam perder ou não ganhar peso por outros motivos não relacionados com a forma corporal (3.1%).

Os resultados obtidos na amostra com bulimia nervosa são muito semelhantes já que 91.1% tentava perder ou não ganhar peso para efeitos na sua forma corporal; apenas 6 participantes não faziam dieta (7.6%) e 1 fazia-a por motivos não relacionados com o peso e forma corporal (1.3%).

Relativamente às participantes dos grupos de controlo (normal e controlo psiquiátrico), nenhuma participante tentava perder/manter peso por motivos não relacionados com a forma corporal; apenas 1 participante do grupo de controlo normal fazia dieta (1.2%), as restantes participantes de ambos os grupos não faziam qualquer tentativa para perder ou evitar ganhar peso (98.8% e 100%, respectivamente).

Quadro 12. Resultados relativos às tentativas para perder peso ou para evitar ganhá-lo nos 3 meses anteriores à avaliação nas quatro amostras.

Tentativas para perder/evitar ganhar peso últimos 3 meses	An	Bn	Grupo Controlo normal	Grupo Controlo Psiquiátrico
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Nenhuma	2 (2)	6 (7.6)	85 (98.8)	68 (100)
Tentativas relacionadas com peso/forma corporal	93 (94.9)	72 (91.1)	1 (1.2)	0
Tentativas não relacionadas com peso/forma corporal	3 (3.1)	1 (1.3)	0	0

Os resultados obtidos relativamente à presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva nos 3 meses anteriores à avaliação podem ser observados através do quadro 13. Uma vez que a presença de sintomas do comportamento alimentar nas populações de controlo foram critérios de exclusão para estas populações, estes comportamentos não se verificaram nem na população de controlo normal, nem na população de controlo psiquiátrica.

Como se pode observar, praticamente um quarto das participantes com anorexia nervosa teve episódios de ingestão alimentar compulsiva durante os 3 meses anteriores à avaliação (n=21, n=22 e n=23, respectivamente); já a presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva durante os últimos 3 meses caracteriza a amostra com bulimia nervosa (100%, 94.9% e 97.5%, respectivamente).

Quadro 13. Resultados relativos à presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva / IAC nos 3 meses anteriores à avaliação nas quatro amostras.

Episódios de IAC		An	Bn	Grupo	Grupo
		N (%)	N (%)	Controlo normal N (%)	Controlo Psiquiátrico N (%)
Mês 1	sim	21 (21.4)	79 (100)	n/a	n/a
	não	77 (78.6)	0	n/a	n/a
Mês 2	sim	22 (22.4)	75 (94.9)	n/a	n/a
	não	76 (77.6)	4 (5.1)	n/a	n/a
Mês 3	sim	23 (23.5)	77 (97.5)	n/a	n/a
	não	75 (76.5)	2 (2.5)	n/a	n/a

(n/a – não se aplica)

O quadro 14 apresenta os resultados referentes à frequência de episódios de ingestão alimentar compulsiva. Na população clínica com anorexia nervosa os resultados médios obtidos durante os 3 meses que antecederam a avaliação foram de 3.86 (DP= 14.1), 4.95 (DP= 15.18) e 4.51 (DP= 14.34) episódios de ingestão alimentar compulsiva respectivamente. No que respeita à população com bulimia nervosa, os resultados são muito distintos; 50% destas participantes referiram terem tido episódios de ingestão alimentar compulsiva nos 16 dias (ou menos) do mês que antecedeu a avaliação. Ainda no mesmo mês, 50% da amostra referiu ter tido no máximo 24 episódios de ingestão alimentar compulsiva. Os dados obtidos em relação ao número de dias em que ocorreram os episódios de ingestão alimentar compulsiva e o número de episódios, durante os meses 2 e 3 são muito semelhantes.

Quadro 14. Dados relativos à frequência de episódios de ingestão alimentar compulsiva nas amostras com anorexia e bulimia nervosas.

		An				Bn			
		Ampl.	Mediana	P		Ampl.	Mediana	P	
				25	75			25	75
Nº de dias em que ocorreram episódios de IAC									
	Mês 1	0-30	0	0	0	8-56	16	10	28
	Mês 2	0-30	0	0	0	8-56	16	8	28
	Mês 3	0-30	0	0	0	8-75	16	8	28
Número de episódios de IAC									
	Mês 1	0-112	0	0	0	8-168	24	12	56
	Mês 2	0-112	0	0	0	8-140	20	8	56
	Mês 3	0-112	0	0	0	8-140	24	8	56

Relativamente à utilização de métodos compensatórios para controlo de peso, o quadro 15 apresenta os resultados relativos à presença desses métodos durante os 3 meses anteriores à avaliação. Tal como já foi referido, a presença de sintomas do comportamento alimentar nas populações de controlo foram critérios de exclusão não

se verificando estes comportamentos nem na população de controlo normal, nem na população de controlo psiquiátrico.

Como se pode observar, durante o mês que precedeu a avaliação, o método compensatório utilizado por um maior número de anorécticas é o vómito auto-induzido (20.4%), seguido da prática de exercício físico excessivo (15.3%), da utilização de laxantes (8.2%) e da toma de diuréticos (1%). Este padrão de resultados mantém-se durante os meses 2 e 3, apenas aumentado o número de participantes que utiliza os referidos métodos compensatórios.

No que respeita à amostra com bulimia nervosa, a grande maioria das participantes utilizou o vómito auto-induzido no mês anterior à avaliação (89.9%); os laxantes são o segundo método mais utilizado (32.9%), a par do exercício físico excessivo (31.6%), seguido da utilização de diuréticos (7.6%). Este padrão de resultados mantém-se durante os meses 2 e 3, notando-se apenas que o vómito e os laxantes diminuem ligeiramente no número de participantes que os utilizam, ao contrário, a prática de exercício físico excessivo e a toma de diuréticos aumenta ligeiramente.

Quadro 15. Resultados relativos à presença de métodos compensatórios para controlo do peso nos 3 meses anteriores à avaliação nas quatro amostras.

		An	Bn	Grupo Controlo normal	Grupo Controlo Psiquiátrico
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Vómito auto-induzido					
Mês 1	sim	20 (20.4)	71 (89.9)	n/a	n/a
	não	78 (79.6)	8 (10.1)	n/a	n/a
Mês 2	sim	27 (27.6)	66 (83.5)	n/a	n/a
	não	71 (72.4)	13 (16.5)	n/a	n/a
Mês 3	sim	25 (25.5)	67 (84.8)	n/a	n/a
	não	73 (74.5)	12 (15.2)	n/a	n/a
Laxantes					
Mês 1	sim	8 (8.2)	26 (32.9)	n/a	n/a
	não	90 (91.8)	53 (67.1)	n/a	n/a
Mês 2	sim	11 (11.2)	23 (29.1)	n/a	n/a
	não	87 (88.8)	56 (70.9)	n/a	n/a
Mês 3	sim	14 (14.3)	23 (29.1)	n/a	n/a
	não	84 (85.7)	56 (70.9)	n/a	n/a
Diuréticos					
Mês 1	sim	1 (1)	6 (7.6)	n/a	n/a
	não	97 (99)	73 (92.4)	n/a	n/a
Mês 2	sim	2 (2)	8 (10.1)	n/a	n/a
	não	96 (98)	71 (89.9)	n/a	n/a
Mês 3	sim	4 (4.1)	8 (10.1)	n/a	n/a
	não	94 (95.9)	71 (89.9)	n/a	n/a
Exercício excessivo					
Mês 1	sim	15 (15.3)	25 (31.6)	n/a	n/a
	não	83 (84.7)	54 (68.4)	n/a	n/a
Mês 2	sim	16 (83.7)	26 (32.9)	n/a	n/a
	não	82 (83.7)	53 (67.1)	n/a	n/a
Mês 3	sim	21 (21.4)	25 (31.6)	n/a	n/a
	não	77 (78.6)	54 (68.4)	n/a	n/a

(n/a – não se aplica)

O quadro 16 apresenta os resultados relativos à frequência com que cada um dos métodos compensatórios foi utilizado durante os 3 meses anteriores à avaliação. Na amostra com anorexia nervosa a média de vômito no mês 1 foi de 8.50 (DP= 22.20), de laxantes .97 (DP= 4.29), de diuréticos 1.30 (DP= 10.37) e de exercício físico excessivo 26.50 (DP= 18.62). De notar que todos os comportamentos compensatórios referidos obtiveram resultados superiores ao nível da frequência da sua utilização nos meses 2 e 3. No que respeita à amostra com bulimia nervosa os resultados médios obtidos em relação à utilização de cada um dos comportamentos compensatórios durante o mês 1 foram os que se seguem: 32.94 (DP= 34.13) para a prática de vômito, 13.30 (DP= 25.96) para o uso de laxantes, 4.66 (DP= 20.26) para o consumo de diuréticos e 21.76 (DP= 9.18) para a realização de exercício físico excessivo. Durante os meses 2 e 3, à excepção do uso de laxantes, todos os outros comportamentos compensatórios aumentaram em termos da sua frequência de utilização.

Quadro 16. Resultados relativos à frequência de métodos compensatórios nas amostras com anorexia e bulimia nervosas.

		An				Bn			
		Ampl.	Mediana	P	P	Ampl.	Mediana	P	P
			a	25	75			25	75
Nº de vômitos	Mês 1	0-112	0	0	0	0-168	17	8	56
	Mês 2	0-112	0	0	3.25	0-224	16	8	56
	Mês 3	0-112	0	0	2.50	0-196	16	8	56
Nº de laxantes	Mês 1	0-28	0	0	0	0-112	0	0	18
	Mês 2	0-56	0	0	0	0-196	0	0	10
	Mês 3	0-48	0	0	0	0-196	0	0	10
Nº de diuréticos	Mês 1	0-99	0	0	0	0-112	0	0	0
	Mês 2	0-99	0	0	0	0-168	0	0	0
	Mês 3	0-30	0	0	0	0-168	0	0	0
Nº de vezes que praticou exercício excessivo	Mês 1	0-84	28	15.75	28	3-28	28	14	28
	Mês 2	0-84	28	28	43	4-90	28	25	28
	Mês 3	0-84	28	25	36.50	0-28	28	16	28

Os resultados relativos a tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa e comportamentos auto-flagelatórios são apresentados no quadro 17 e 18. Uma vez que a história passada ou actual destes comportamentos fazia parte dos critérios de exclusão para selecção da amostra de controlo normal, as participantes desta amostra não apresentavam este tipo de comportamentos.

Tal como pode ser observado através do quadro 17, as tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa são bastante mais frequentes no grupo de bulímicas (64.5%), comparativamente com o grupo de anorécticas e com as participantes com

outras perturbações psiquiátricas (35.5% e 35.3%, respectivamente). Já no que respeita aos comportamentos auto-flagelatórios, tanto as anorécticas como as bulímicas apresentam resultados bastante semelhantes que indicam que este comportamento já se terá verificado pelo menos uma vez (50.8% e 49.2%, respectivamente). Os resultados obtidos na população de controlo com outras perturbações psiquiátricas são bastante diferentes e ilustrativos de que apenas uma minoria já teve este tipo de comportamentos (15.4%).

Quadro 17. Resultados relativos à história (passada ou actual) de tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa e comportamentos auto-flagelatórios nas quatro amostras.

	An N (%)	Bn N (%)	Grupo Controlo normal N (%)	Grupo Controlo Psiquiátrico N (%)
Tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa	22 (35.5)	40 (64.5)	n/a	12 (35.3)
Comportamentos auto-flagelatórios	33 (50.8)	32 (49.2)	n/a	6 (15.4)

(n/a – não se aplica)

Quadro 18. Dados relativos à frequência de tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa e comportamentos auto-flagelatórios¹⁵ nas populações com anorexia e bulimia nervosas e grupo de controlo psiquiátrico.

	An				Bn				Grupo Controlo Psiquiátrico			
	Ampl.	Mediana	P 25	P 75	Ampl.	Mediana	P 25	P 75	Ampl.	Mediana	P 25	P 75
Tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa	0-10	0	0	0	0-15	0	0	2	0-2 ³	0	0	0
Comportamentos auto-flagelatórios	0-60 ¹	0	0	1	0-20 ²	0	0	.5	0-7 ⁴	0	0	0

Notas: 1) Em 13 anorécticas não foi quantificável o número de vezes em que se envolveram em comportamentos auto-flagelatórios.

2) Em 18 bulímicas não foi quantificável o número de vezes em que se envolveram em comportamentos auto-flagelatórios.

3) Uma participante do grupo de controlo psiquiátrico não foi capaz de quantificar o número de vezes que fez tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa.

4) Três participantes do grupo de controlo psiquiátrico não foram capazes de quantificar o número de vezes em que se envolveram em comportamentos auto-flagelatórios.

O quadro 19 apresenta os resultados obtidos relativamente à frequência da perda de controlo nas quatro semanas anteriores à avaliação, em comportamentos que podem revelar impulsividade. Como podemos observar, à excepção do roer as unhas com sentimento de perda de controlo óbvio, comportamento que obteve resultados muito semelhantes entre os quatro grupos de participantes (15.3%, 15.2%, 12.8% e 11.8%, respectivamente). São as participantes com bulimia nervosa que

¹⁵ Na avaliação da frequência com que as tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa e comportamentos auto-flagelatórios ocorreram, estes comportamentos foram avaliados como não contabilizáveis sempre que as participantes tinham dificuldade em quantificá-los pela sua elevada frequência.

apresentam maior frequência de falta de controlo sobre comportamentos como fumar, ingestão de medicamentos¹⁶ por auto-prescrição, consumo de drogas ilegais, birras e explosões emocionais, roer as unhas, jogar a dinheiro, gastos excessivos e relações sexuais (25.3%, 7.6%, 5.1%, 1.3%, 15.2%, 2.5%, 12.7 e 3.8%, respectivamente).

Quadro 19. Dados relativos à frequência da perda de controlo sobre comportamentos específicos, nas quatro semanas anteriores à avaliação, nas quatro amostras.

	An	Bn	Pop. Controlo normal	Pop. Controlo Psiquiátrico
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Fumar				
Possível perda de controlo	13 (13.3)	12 (15.2)	3 (3.5)	3 (4.4)
Clara perda de controlo	4 (4.1)	20 (25.3)	10 (11.6)	5 (7.4)
Controlo normal	8 (8.2)	14 (17.7)	0	20 (29.4)
Medicamentos				
Possível perda de controlo	1 (1)	3 (3.8)	0	0
Clara perda de controlo	0	6 (7.6)	0	0
Controlo normal	11 (13.9)	5 (5.1)	0	24 (35.3)
Drogas ilegais				
Possível perda de controlo	5 (5.1)	20 (25.4)	0	24 (35.3)
Clara perda de controlo	0	4 (5.1)	0	1 (1.5)
Não usa drogas	93 (94.9)	55 (69.6)	86 (100)	43 (63.2)
Birras e explosões emocionais				
Possível perda de controlo	4 (4.1)	11 (13.9)	0	24 (35.3)
Clara perda de controlo	0	1 (1.3)	0	0
Não apresenta birras	94 (95.9)	67 (84.8)	86 (100)	44 (64.7)
Roer as unhas				
Possível perda de controlo	18 (18.4)	22 (27.8)	5 (5.8)	29 (42.26)
Clara perda de controlo	15 (15.3)	12 (15.2)	11 (12.8)	8 (11.8)
Não roí as unhas	65 (66.3)	45 (57.0)	70 (81.4)	31 (45.6)
Jogo				
Possível perda de controlo	2 (2)	15 (19)	0	0
Clara perda de controlo	0	2 (2.5)	0	0
Não joga	96 (98)	62 (78.5)	86 (100)	68 (100)
Gastos				
Possível perda de controlo	2 (2)	6 (7.6)	0	0
Clara perda de controlo	3 (3.1)	10 (12.7)	0	0
Controlo normal	2 (2)	9 (11.4)	0	24 (35.3)
Relações sexuais				
Possível perda de controlo	0	2 (2.5)	0	0
Clara perda de controlo	0	3 (3.8)	0	0
Controlo normal (ou não pratica sexo)	98 (100)	74 (93.7)	86 (100)	68 (100)

¹⁶ A avaliação relativa ao consumo de medicamentos, prescritos ou não, por auto-recriação, inclui tranquilizantes mas exclui laxantes e diuréticos.

1.3.2. RESULTADOS RELATIVOS À HISTÓRIA DOS PROBLEMAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NAS POPULAÇÕES COM ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS

Daremos agora início à apresentação dos resultados relativos ao curso e evolução da sintomatologia alimentar das participantes que compõem a amostra clínica com perturbações do comportamento alimentar. Assim, os resultados que vão ser apresentados nesta secção dizem apenas respeito às populações com anorexia e bulimia nervosas já que um dos critérios de selecção das populações de controlo normal e psiquiátrica contemplava a ausência de história passada e / ou actual de sintomatologia do comportamento alimentar.

Como já foi referido, o critério de inclusão no grupo clínico das perturbações do comportamento alimentar implica que no momento da avaliação, todas as participantes tenham que preencher os critérios de diagnóstico de anorexia ou bulimia nervosas segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000). O quadro 20 apresenta os dois sub-tipos de anorexia e bulimia nervosas, respectivamente. Como podemos observar, as participantes distribuíram-se do seguinte modo: 64.3% (n= 63) casos com anorexia nervosa sub-tipo restritivo; 35.7% (n= 35) casos com anorexia sub-tipo purgativo; 91.1% (n= 72) casos com bulimia nervosa sub-tipo purgativo; 8.9% (n= 7) casos com bulimia nervosa sub-tipo não purgativo.

Quadro 20. Dados relativos à distribuição da amostra com anorexia e bulimia nervosas em sub-tipos de diagnóstico.

	N	%
Anorexia nervosa sub-tipo restritivo	63	64.3
Anorexia nervosa sub-tipo purgativo	35	35.7
Bulimia nervosa sub-tipo purgativo	72	91.1
Bulimia nervosa sub-tipo não purgativo	7	8.9

O quadro 21 apresenta os resultados relativos à presença de medicação no momento de avaliação. Como se pode observar, a grande maioria das participantes com anorexia e bulímia (69.4% e 74.7%, respectivamente) estavam a tomar psicofármacos prescritos especificamente para o tratamento das perturbações do comportamento alimentar.

Quanto à percepção que as participantes tinham do seu próprio problema alimentar no momento da avaliação, verificou-se que a totalidade do grupo de anorécticas percebia que o seu problema alimentar era significativo. No grupo de participantes com bulimia nervosa, apenas uma considerava que o seu problema actual não tinha relevância.

Quadro 21. Dados relativos à presença de medicação no momento da avaliação.

	An		Bn	
	N (%)		N (%)	
Sem medicação	30 (30.6)		18 (22.8)	
Medicação relevante tratamento das PCA	68 (69.4)		59 (74.7)	
Medicação irrelevante tratamento PCA	0		2 (2.5)	

Os resultados respeitantes à idade em que teve início a perturbação do comportamento alimentar diagnosticada na actualidade são apresentados através do quadro 22. Tal como já foi mencionado, a idade em que teve início a perturbação do comportamento alimentar (i.e., idade *index*) foi definida como a idade em que as participantes iniciaram um (ou mais) dos seguintes comportamentos: dieta, vômito auto-induzido, uso de laxantes e/ou episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva.

Como se pode observar, relativamente à idade em que tiveram início os primeiros sintomas do comportamento alimentar na amostra com anorexia nervosa, os resultados indicam que, em média, foi a dieta o primeiro comportamento a iniciar-se (precedida pela preocupação excessiva com o peso e / ou a forma corporais); seguiu-se a prática de exercício físico excessivo, a utilização de vômito auto-induzido de forma regular, os episódios de ingestão alimentar compulsiva e a utilização de laxantes. Na amostra com bulimia nervosa os resultados são diferentes. A dieta é o primeiro comportamento a iniciar-se (só mais tarde se desenvolveu a preocupação excessiva com o peso e forma corporais), seguida pelos episódios de ingestão alimentar compulsiva, prática de exercício físico excessivo, vômito auto-induzido com regularidade e utilização de laxantes.

Quadro 22. Dados relativos à idade de início da importância excessiva atribuída ao peso e /ou forma corporais, em que se iniciaram os episódios de ingestão alimentar compulsiva e os métodos para controlo do peso

Idade de início	An				Bn			
	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP
Importância excessiva do peso e/ou forma corporais	10	32	15.99	3.43	9	30	15.11	3.80
Dieta com duração mínima de 3 meses	11	32	16.22	3.7	9	24	14.99	3.24
Episódios de ingestão alimentar compulsiva	10	26	17.63	3.2	8	30	16.53	4.1
Vômito	14	24	17.47	2.83	11	31	17.62	4.31
Vômito regular	14	24	17.48	2.84	11	31	17.93	4.27
Laxantes	10	32	18.33	4.28	12	31	18.24	4.32
Exercício físico excessivo	12	28	17.19	3.51	9	30	17	4.79

Os problemas alimentares de mais de metade das participantes com anorexia nervosa (65.3%; n=64) começaram por uma dieta; apenas 3% (n=3) os iniciou pela prática de exercício físico excessivo e 1% (n=1) por episódios de ingestão alimentar compulsiva. Verificou-se que a utilização de métodos purgativos nunca surgiu isoladamente e a dieta acompanha a quase totalidade dos restantes sintomas do comportamento alimentar. Assim, observam-se as seguintes combinações de comportamentos: 13.3% (n=13) das anorécticas iniciaram a sua sintomatologia alimentar pela dieta e exercício físico excessivo, 3.1% (n=3) pela dieta e vômito auto-induzido, 2% (n=2) pela dieta e utilização de laxantes, 2% (n=2) pela dieta, ingestão alimentar compulsiva e vômito auto-induzido, 2% (n=2) pela dieta, ingestão alimentar compulsiva e exercício físico excessivo, 2% (n=2) pela dieta, ingestão alimentar compulsiva, vômito auto-induzido e exercício físico excessivo. Dentre as participantes, apenas 1 (1%) começou ou pela dieta e ingestão alimentar compulsiva, ou pela dieta, ingestão alimentar compulsiva e utilização de laxantes, ou pela dieta, ingestão alimentar compulsiva, vômito e laxantes, ou pela dieta, vômito e exercício físico excessivo, ou pela dieta, ingestão alimentar compulsiva, vômito, laxantes e exercício, ou por episódios de ingestão alimentar compulsiva e vômito. Os dados são apresentados no quadro 23.

Relativamente às participantes com bulimia nervosa, os problemas alimentares de metade começaram pela dieta (53.2%; n=42) e 6.4% (n=5) por episódios de ingestão alimentar compulsiva. Também se verificou que nenhuma participante com bulimia nervosa iniciou os seus sintomas alimentares pela utilização de métodos purgativos isoladamente, observando-se um conjunto de combinações: assim 7.7% (n=6) começou os seus problemas alimentares pela dieta e vômito; 6.4% (n=5) pela dieta e ingestão alimentar compulsiva; 5.1% (n=4) pela dieta e exercício físico excessivo; 5.1% (n=4) pela dieta, ingestão alimentar compulsiva, vômito, e exercício físico excessivo; 3.8% (n=3) pela dieta, ingestão alimentar compulsiva e vômito; 3.8% (n=3) pela dieta, ingestão alimentar compulsiva e exercício excessivo; 2.5% (n=2) pela dieta, laxantes e exercício físico excessivo. Dentre as participantes apenas 1 (1.3%) começou: ou pela dieta e laxantes, ou pela dieta, vômito e laxantes, ou pela dieta, vômito e exercício físico excessivo, ou por episódios de ingestão alimentar compulsiva e vômito ou ainda por episódios de ingestão alimentar compulsiva e laxantes. Os resultados obtidos são apresentados no quadro 23.

Quadro 23. Dados relativos à frequência dos comportamentos que se iniciaram primeiro nos quadros clínicos da anorexia e bulimia nervosas

	An		Bn	
	n	%	n	%
Dieta	64	65.3	42	53.2
Exercício físico excessivo	3	3	0	0
Ingestão alimentar compulsiva	1	1	5	6.4
Dieta + Vômito	3	3.1	6	7.7
Dieta + Laxantes	2	2	1	1.3
Dieta + Exercício físico excessivo	13	13.3	4	5.1
Dieta + Ingestão alimentar compulsiva	1	1	5	6.4
Dieta + Vômito + Laxantes	0	0	1	1.3
Dieta + Laxantes + Exercício físico excessivo	0	0	2	2.5
Dieta + Ingestão alimentar compulsiva + Vômito	2	2	3	3.8
Dieta + Ingestão alimentar compulsiva + Laxantes	1	1	0	0
Dieta + Ingestão alimentar compulsiva + Exercício físico excessivo	2	2	3	3.8
Dieta + Ingestão alimentar compulsiva + Vômito + Exercício físico excessivo	2	2	4	5.1
Dieta + Ingestão alimentar compulsiva + Vomito + Laxantes	1	1	0	0
Dieta + Vômito + Exercício físico excessivo	1	1	1	1.3
Episódios de ingestão alimentar compulsiva + Vômito	1	1	1	1.3
Episódios de ingestão alimentar compulsiva + Laxantes	0	0	1	1.3
Dieta + Ingestão alimentar compulsiva + Vômito + Laxantes + Exercício físico excessivo	1	1	0	0

O quadro 24 apresenta os resultados relativos à idade em que tiveram início os primeiros problemas do comportamento alimentar e os quadros clínicos de anorexia e bulimia nervosas. Como se pode verificar, a idade média em que se iniciaram os primeiros sintomas alimentares (idade índex) foi de 15.72 (DP= 3.17) para as anorécticas (com uma variação entre os 10 e os 31 anos de idade) e de 14.84 (DP= 3.41) para as bulímicas (com uma variação entre os 9 e os 30 anos de idade). No que respeita à idade média em que se inicia o quadro clínico de anorexia nervosa, aquela foi de 17.26 (DP= 4.15), com idades de início compreendidas entre os 11 e os 32 anos. A idade média de início do quadro clínico de bulimia nervosa é muito semelhante (M= 17.19; DP= 3.85) com idades compreendidas entre os 11 e os 30 anos.

Quadro 24. Resultados relativos à idade de início dos primeiros problemas do comportamento alimentar e dos quadros clínicos de anorexia e bulimia nervosas.

Idade de início	An				Bn			
	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP
Problemas alimentares	10	31	15.72	3.17	9	30	14.84	3.41
Quadro clínico de anorexia nervosa	11	32	17.26	4.15	-	-	-	-
Quadro clínico de bulimia nervosa	-	-	-	-	11	30	17.19	3.85

Os dados correspondentes ao peso existente no início dos primeiros sintomas do comportamento alimentar podem ser observados através do quadro 25. Como se pode verificar, nas participantes com anorexia nervosa, a média dos pesos apresentados quando começava a atribuir-se importância excessiva ao peso e forma corporais e se dava início à realização de dietas encontrava-se dentro dos limites normais. Já, relativamente aos restantes comportamentos que se referem ao início dos problemas alimentares, observa-se uma pequena descida dos pesos médios associados. No que respeita às participantes com bulimia nervosa, os resultados obtidos são diferentes, uma vez que todos os pesos, no início dos primeiros problemas alimentares, se encontram, em média, nos valores normativos. Tanto nas participantes com anorexia nervosa, como nas participantes com bulimia nervosa encontramos uma grande variabilidade de valores mínimos e máximos dos pesos.

Quadro 25. Resultados relativos ao peso apresentado quando começa a atribuir-se importância excessiva ao peso e /ou forma corporais, quando se iniciam os episódios de ingestão alimentar compulsiva e os métodos para controlo do peso.

Peso no início	An				Bn			
	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP
Importância excessiva do peso e/ou forma corporais	30	85	53.24	9.97	25	100	60.60	12.37
Dieta com duração mínima de 3 meses	28	85	54.21	9.84	25	100	61.78	12.79
Episódios de ingestão alimentar compulsiva	33	95	49.33	12.44	30	89	57.21	11.21
Vómito regular	32	85	49.85	10.27	30	86	58.06	9.75
Laxantes	32	85	49.08	12.13	42	100	60.75	13.52
Exercício físico excessivo	29	90	50.31	10.27	25	110	58.90	13.25

Quanto à presença de história passada associada a outros quadros clínicos de perturbações do comportamento alimentar, os resultados obtidos podem ser observados através do quadro 26. Assim, 28.6 % (n= 28) das anorécticas teve, em algum momento do curso e evolução do seu diagnóstico actual, história passada de bulimia nervosa. O mesmo se pode afirmar em relação às participantes com bulimia nervosa, já que numa maior percentagem desta amostra (35.4%; n= 28) também se

verificou história passada de anorexia nervosa ao longo do curso e evolução do diagnóstico actual.

Quadro 26. Dados relativos à história passada de bulimia e anorexia nas participantes com diagnóstico actual de anorexia e bulimia nervosas respectivamente.

	An		Bn	
	n	%	n	%
Presença de bulimia nervosa anterior	28	28.6	-	-
Ausência de bulimia nervosa anterior	70	71.4	-	-
Presença de anorexia nervosa anterior	-	-	28	35.4
Ausência de bulimia nervosa anterior	-	-	51	64.6

A duração média da anorexia nervosa foi de 41.37 meses (DP= 40.18), variando entre um mínimo de 3 meses e um máximo de 192 meses; 50% da amostra apresenta uma duração da perturbação igual ou inferior a 2 anos, apresentando os restantes 50% uma duração do quadro clínico de anorexia nervosa superior a 2 anos. Quanto aos resultados obtidos na amostra com bulimia nervosa, observou-se uma duração média desta entidade de 64.17 meses (DP= 61.66), oscilando entre um mínimo de 3 meses e um máximo de 312 meses. Cinquenta por cento da amostra apresenta uma duração da perturbação igual ou inferior a 4 anos; os restantes 50% apresentam uma duração do quadro clínico de bulimia nervosa superior a 4 anos. Os resultados descritos podem ser observados através do quadro 27.

Quadro 27. Dados relativos à duração máxima, em meses, dos quadros clínicos com anorexia e bulimia nervosas respectivamente.

	An				Bn			
	Ampl.	Mediana	P 25	P 75	Ampl.	Mediana	P 25	P 75
Duração do quadro de anorexia nervosa	3-192	24	12	60	1-36	12	3	12
Duração do quadro de bulimia nervosa	1-48	12	7.50	14	3-312	48	12	87

O quadro 28 apresenta os resultados obtidos em relação à história de peso nas participantes com anorexia e bulimia nervosas. Apesar da grande variabilidade encontrada quanto à história de peso nestas amostras, tal como seria de esperar, as participantes com anorexia nervosa apresentam uma história ponderal caracterizada por valores mais baixos quando comparadas com as participantes com bulimia nervosa. De salientar que em ambas as amostras encontramos pesos que oscilam entre o peso abaixo do normal e a obesidade.

Quadro 28. Resultados relativos à história de peso nas amostras com anorexia e bulimia nervosas.

	An				Bn			
	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP
Peso mais baixo (mantido) com a estatura actual	23	51	35.89	6	32	69	47.43	8.02
Idade com o peso mais baixo	11	32	19.51	4.72	13	35	19.40	5.30
Peso mais elevado com a estatura actual	38	105	56.54	10.30	50	110	67.44	11.71
Idade com o peso mais elevado	11	31	16.52	3.65	12	38	18.09	4.47

1.3.3. RESULTADOS DAS ANÁLISES DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

1.3.3.1. COMPARAÇÃO DA AMOSTRA CLÍNICA COM ANOREXIA NERVOSA COM A AMOSTRA DE CONTROLO NORMAL – NÍVEL DE EXPOSIÇÃO POR SUBDOMÍNIO

Para a realização das análises de regressão logística, foram estudados pressupostos subjacentes à referida análise.

Assim, e numa primeira fase, foram excluídos todos os factores que, em pelo menos um dos grupos em comparação (anorexia nervosa e população de controlo normal), não apresentaram variabilidade.

Deste modo, no domínio da **vulnerabilidade pessoal**, subdomínio características da infância, todos os itens foram considerados para a análise de regressão logística. No subdomínio das perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, foram excluídos os itens relativos à história passada de depressão ou de outras perturbações psiquiátricas. No subdomínio problemas comportamentais, foram excluídas a ausência intencional à escola, a auto-flagelação, a overdose de medicamentos e a perda de controlo sobre o sexo. No subdomínio das perturbações psiquiátricas familiares (sempre) todos os itens apresentaram variabilidade, pelo que todos foram contemplados para a análise de regressão logística.

Em relação ao **domínio ambiental**, o subdomínio problemas parentais foi dividido em quatro subdomínios respectivos (i.e., contexto familiar, relação pais/filhas, relação mãe/filhas e relação pai/filhas); em qualquer um deles, todos os itens foram considerados. O mesmo pode dizer-se em relação ao subdomínio acontecimentos disruptivos, uma vez que todos os itens apresentaram variabilidade entre as duas amostras. No subdomínio perturbação psiquiátrica nos familiares antes da idade índex, foram excluídos os itens relativos à perturbação obsessivo-compulsiva familiar e parental. Em relação aos subdomínios gozo e agressão e abuso sexual, físico e psicológico, nenhum item foi excluído.

Relativamente ao domínio **vulnerabilidade para dietas**, o subdomínio risco de dieta foi subdividido em quatro subdomínios respectivamente: família e comportamento alimentar, próprio e comportamento alimentar, outros que não familiares e comportamento alimentar e obesidade no próprio e nos pais antes da idade índex. Todos os itens apresentaram variabilidade, à excepção dos pais com baixo peso pertencente ao subdomínio família e comportamento alimentar. Também

não foram excluídos nenhuns itens nos subdomínios risco de obesidade e perturbações alimentares nos pais e outros familiares.

Finalmente, no domínio dos **factores de risco adicionais**, todos os itens foram considerados.

Seguidamente foram analisadas associações entre os potenciais factores de risco e a variável grupo - anorexia nervosa vs. controlo normal. Deste modo, entraram para a regressão logística todos os factores de risco que mostraram associação significativa, ou marginalmente significativa, com a variável grupo. Todos os potenciais factores de risco que não mostravam associação significativa com o grupo foram excluídos.

Assim, e no que concerne ao domínio **vulnerabilidade pessoal**, foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens: complacência excessiva, ausência de amigos próximos, tipo de escola frequentada, prática de mais exercício físico comparativamente com o grupo de pares, dificuldades de alimentação entre o nascimento e os 5 anos de idade, dificuldades de alimentação entre os 6 e os 12 anos de idade e infância passada em contexto rural/urbano (subdomínio características da infância); hiperactividade na infância, enurese na infância, abuso de drogas, abuso de álcool e perturbação maníaca (subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, excluído na totalidade); problemas graves de conduta, perda de controlo no consumo de drogas, consumo de psicofármacos sem prescrição médica, perda de controlo no jogo, perda de controlo em gastos excessivos e perda de controlo no consumo de tabaco (subdomínio problemas comportamentais antes da idade index); história de perturbação maníaca nos pais e familiares, história de perturbação obsessivo-compulsiva parental, história de depressão parental e história de abuso de drogas nos pais e familiares (subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares, sempre).

Relativamente ao **domínio ambiental** foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens que se seguem: favoritismo entre irmãos (subdomínio problemas parentais – contexto familiar); ausência de disciplina parental, expectativas parentais elevadas e envolvimento parental excessivo (subdomínio problemas parentais – relação pais-filhas); envolvimento paterno excessivo, crítica paterna excessiva e expectativas paternas elevadas (subdomínio problemas parentais – relação pai-filhas); morte parental, morte de outras pessoas significativas, doença parental crónica, mudança de figura parental, mudanças de casa frequentes, mudanças para o estrangeiro, acidente no próprio que afectou aparência e cicatrizes

ou problemas de pele (subdomínio acontecimentos disruptivos); história passada de depressão parental, história familiar passada de perturbação maníaca e história familiar passada de abuso de drogas (subdomínio perturbação psiquiátrica nos familiares antes da idade); gozo que não sobre a forma, peso, ou alimentação (subdomínio gozo e agressão excluído na totalidade).

No domínio **vulnerabilidade para dietas**, os factores que se seguem não mostraram associação significativa com a variável anorexia nervosa ou grupo de controlo normal, sendo excluídos da análise regressão logística posterior: história de dietas na família por motivos não relacionados com peso e/ou forma corporal, história parental passada de anorexia ou bulimia nervosas, história familiar de baixo peso, comentários na família sobre a alimentação, pais desempenharam actividades profissionais que envolveram o trabalho com comida, comentários críticos parentais sobre forma e/ou peso e importância excessiva da aparência familiar (subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar); ocupações de risco desempenhadas pelo próprio (subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar); perturbações do comportamento alimentar nos conhecidos/amigos, dieta no grupo de pares e comentários repetidos dos outros sobre forma e/ou peso (subdomínio risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar); história passada de excesso de peso paterno e história passada de excesso de peso materno (subdomínio risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade index); história de excesso de peso paterno e história de excesso de peso materno (subdomínio risco de obesidade sempre); história parental de anorexia ou bulimia nervosas (subdomínio perturbações alimentares nos pais e outros familiares).

Para finalizar, e relativamente aos **factores de risco adicionais**, foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens: idade da menarca entre os 9-11 anos de idade, idade da menarca aos 12 anos de idade, idade da menarca aos 13 anos de idade, idade da menarca entre os 14-18 anos de idade, sentimentos de não preparação para a menarca, crescimento do peito numa fase precoce ou tardia, gozo acerca do peito, história de gravidezes, primiparidade, multiparidade, história de aborto e importância excessiva da religião.

Num terceiro momento, nos casos em que havia uma associação significativa ou marginalmente significativa com a variável grupo mas em que existia uma percentagem superior a 20% de células com frequência esperada inferior a 5 (um dos pressupostos do teste de χ^2), tais factores de risco foram excluídos das posteriores

análises. Esta situação verificou-se apenas no **domínio ambiental**, subdomínio gozo e agressão, tendo sido excluído através do referido pressuposto o item agressão.

O pressuposto da multicolinearidade também foi estudado, tendo sido eliminados todos os preditores que apresentaram resultados altamente correlacionados entre si (i.e., valores da tolerância $\geq .10$ ou VIF < 4) tais como: problemas de saúde pessoais graves (**domínio ambiental**, subdomínio acontecimentos disruptivos) e abuso sexual severo e repetido e abuso físico severo e repetido (**domínio ambiental**, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico).

Seguidamente, todos os domínios e respectivo subdomínios foram organizados, tendo em conta o número máximo de preditores por sujeito. Neste caso foram seguidas as orientações de Stevens (1996), segundo as quais devem ser considerados 15 preditores por sujeito, o que permitiu considerar 12 factores de risco por subdomínio ($184 / 15 = 12,26$).

O último pressuposto estudado teve que ver com a detecção de *outliers*. Neste caso foram eliminados sujeitos da análise de regressão logística sempre que o resultado do *ZResidual* estivesse fora do intervalo $-3 / + 3$ ou cujo *Cook's* fosse > 1 . Assim, foram detectados *outliers* nos domínios **vulnerabilidade pessoal** (subdomínios características da infância e perturbações psiquiátricas nos familiares - sempre) e **vulnerabilidade para dietas** (subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar) o que se traduziu num $n = 183$ e $n = 182$ respectivamente, em cada uma das regressões realizadas nos referidos subdomínios.

De seguida daremos início à apresentação dos resultados das análises de regressão logística por domínio/subdomínio. Foram considerados resultados com significância estatística todos os valores de $p < .05$ e marginalmente significativos os valores de $p < .10$.

O quadro 29 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio das características da infância**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (6) = 52.47; p < .001$). Como se pode verificar a partir da leitura deste quadro, o perfeccionismo ($p < .01$), a consciência

relativamente à aparência ($p < .001$) e o tipo de estatura enquanto criança e adolescente ($p < .10$) são significativos o que indica que a presença destas variáveis aumenta a probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas.

Quadro 29. Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio características da infância, para as populações com anorexia e para a de controlo normal

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1					
Características da infância					
Auto-avaliação negativa	44 (44.9)	18 (21.2)	.503	.34	(.34-1.71)
Timidez	44 (44.9)	23 (27.1)	.575	.80	(.37-1.74)
Perfeccionismo	65 (66.3)	32 (37.6)	.002	.34	(.17-.67)
Ansiedade	21 (21.4)	10 (11.8)	.778	1.16	(.41-3.28)
Mais consciente aparência do que pares	29 (29.6)	1 (1.2)	.001	.03	(.004-.27)
Estatura enq̄t cç/adolescente – alto/baixo com preocupação	23 (23.5)	7 (8.2)	.065	2.59	(.94-7.14)

Através do quadro 30 podemos observar as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio dos problemas de comportamento**. O subdomínio não é significativo ($\chi^2 (1) = 1.81$; $p = .179$) e, como se pode observar através do quadro, a única variável considerada para a análise (roer as unhas) também não apresentou significância estatística.

Quadro 30. Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio problemas comportamentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 3					
Problemas comportamentais					
Roer unhas antes idade index	35 (35.7)	22 (25.6)	.181	.65	(.34-1.23)

O quadro 31 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança

de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre)**; este subdomínio é significativo ($\chi^2 (4) = 17.98$; $p < .01$). Através da leitura do quadro verificámos que apenas a perturbação obsessivo-compulsiva ($p < .05$) é significativa, indicando que a presença daquela problemática nos familiares aumenta a probabilidade de pertença ao grupo de anorécticas.

Quadro 31. Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais (sempre), para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL Subdomínio 4 Perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre)	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Depressão	50 (51.0)	31 (36.5)	.130	.62	(.34-1.15)
Perturbação obsessivo-compulsiva	11 (11.2)	1 (1.2)	.028	.09	(.01-.78)
Alcoolismo	31 (31.6)	14 (16.5)	.133	.52	(.22-1.22)
Alcoolismo pais	13 (13.3)	4 (4.7)	.425	1.76	(.44-7.02)

O quadro 32 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental**, subdomínios: problemas parentais – contexto familiar, problemas parentais – relação pais/filhas, problemas parentais – relação mãe/filhas e problemas parentais – relação pai/filhas.

Relativamente ao **subdomínio problemas parentais – contexto familiar**, este é significativo ($\chi^2 (11) = 68.51$; $p < .001$); o mesmo acontece em algumas das suas variáveis: contacto parental fraco ($p < .05$), isolamento familiar ($p < .05$), não resolução de desentendimentos na família ($p < .001$), auto-avaliação inferior comparativamente com os irmãos ($p < .10$) e tensão familiar relacionada com a alimentação durante as refeições ($p < .05$). A presença de qualquer uma destas variáveis aumentam a probabilidade de pertença ao grupo de anorécticas.

O **subdomínio problemas parentais – relação pais/filhas** é significativo ($\chi^2 (4) = 12.76$; $p < .05$) apesar de nenhuma das suas variáveis apresentar significância estatística.

Já no que se refere ao **subdomínio problemas parentais – relação mãe/filhas**, este também é significativo ($\chi^2 (5) = 17.03$; $p < .01$); no entanto, apenas o

envolvimento excessivo da mãe ($p < .05$) é significativo, aumentando a probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas.

Quadro 32. Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio problemas parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMÍNIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1 Problemas parentais					
Subdomínio 1.1 CONTEXTO FAMILIAR					
Contacto parental fraco	34 (34.7)	14 (16.3)	.031	.36	(.14-.91)
Separação dos pais	20 (20.4)	10 (11.6)	.929	.95	(.33-2.74)
Isolamento familiar	35 (35.7)	16 (18.6)	.015	.33	(.14-.81)
Discussões parentais	36 (36.7)	18 (20.9)	.865	.90	(.27-3.02)
Discussões parentais com envolvimento do sujeito	24 (24.5)	9 (10.5)	.640	.72	(.18-2.83)
Discussão familiares que não conjugais	40 (40.8)	17 (19.8)	.912	.94	(.34-2.63)
Lidar com desentendimentos na família	51 (52.0)	9 (10.5)	.000	.12	(.05-.29)
Auto-avaliação inferior comparativamente irmãos	27 (27.6)	8 (9.3)	.099	.38	(.12-1.20)
Rivalidade entre irmãos	19 (19.4)	5 (5.8)	.513	.63	(.16-2.49)
Tensão familiar refeições	33 (33.7)	10 (11.6)	.770	1.21	(.34-4.36)
Tensão familiar refeições – tensão alimentação	17 (17.3)	2 (2.3)	.049	7.18	(1.01-50.91)
Subdomínio 1.2. RELAÇÃO PAIS-FILHAS					
Críticas parentais	32 (32.7)	14 (16.3)	.175	.58	(.26-1.28)
Pouco envolvimento parental	62 (63.3)	37 (43.0)	.165	1.64	(.82-3.30)
Controlo parental excessivo	42 (42.9)	28 (32.6)	.584	1.20	(.63-2.28)
Afecto parental pobre	52 (53.1)	28 (32.6)	.330	.69	(.33-1.16)
Subdomínio 1.3. RELAÇÃO MÃE-FILHAS					
Pouco envolvimento da mãe	27 (27.6)	15 (17.4)	.195	1.69	(.76-3.76)
Envolvimento excessivo da mãe	11 (11.2)	1 (1.2)	.028	10.54	(1.30-85.63)
Afecto da mãe pobre	23 (23.5)	12 (14.0)	.561	.77	(.32-1.85)
Expectativas elevadas da mãe	47 (48.0)	31 (36.0)	.475	.79	(.42-1.50)
Crítica excessiva da mãe	23 (23.5)	9 (10.5)	.167	.53	(.21-1.31)
Subdomínio 1.4. RELAÇÃO PAI-FILHAS					
Pouco envolvimento do pai	55 (56.1)	31 (36.0)	.054	1.94	(.99-3.80)
Afecto do pai pobre	46 (46.9)	27 (31.4)	.335	.71	(.36-1.42)

Também o **subdomínio problemas parentais – relação pai/filhas** é significativo ($\chi^2 (2) = 8.40$; $p < .05$); o envolvimento do pai deficitário foi a única variável que apresentou valores significativos ($p < .10$), indicando que a presença daquela variável aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa .

Quadro 33. Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMÍNIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 2 Acontecimentos disruptivos					
Doença extensa familiares	25 (25.5)	13 (15.1)	.444	.66	(.22-1.96)
Doença extensa parental	15 (15.3)	5 (5.8)	.374	1.95	(.45-8.57)
Probl. saúde grave que afectou aparência	12 (12.2)	1 (1.2)	.029	.09	(.01-.78)
Gozado pelos amigos	59 (60.2)	25 (29.1)	.000	.27	(.13-.56)
Gozado pelos amigos com ameaça real	20 (20.4)	8 (9.3)	.844	1.11	(.40-3.09)

O quadro 33 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (5) = 31.30$; $p < .001$), bem como as variáveis relativas aos problemas de saúde graves que tenham afectado a aparência e o ser gozado pelos amigos ($p < .05$ e $p < .001$, respectivamente). Estas variáveis aumentam a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 34. Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMÍNIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 3 Perturbação psiquiátrica nos familiares (antes da idade <i>index</i>)					
Alcoolismo	29 (29.6)	14 (16.3)	.142	.53	(.23-1.23)
Alcoolismo pais	11 (11.2)	4 (4.7)	.548	1.53	(.39-6.08)

O quadro 34 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos**

familiares (antes da idade *index*). Este subdomínio é marginalmente significativo ($\chi^2 (2) = 4.10$; $p < .10$) e nenhuma das variáveis consideradas para análise apresentou valores significativos.

O quadro 35 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (4) = 19.52$; $p < .01$), no entanto, apenas os maus tratos psicológicos apresentaram valores marginalmente significativos ($p < .10$) aumentando, a presença desta variável, a probabilidade de se pertencer ao grupo das anorécticas.

Quadro 35. Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 5					
Abuso sexual, físico e psicológico					
Abuso sexual	20 (20.4)	5 (5.8)	.177	.41	(.11-1.49)
Abuso físico	17 (17.3)	3 (3.5)	.362	.41	(.06-2.77)
Abuso sexual ou físico severo e/ou repetido	22 (22.4)	4 (4.7)	.550	.57	(.09-3.59)
Maus tratos psicológicos	18 (18.4)	4 (4.7)	.098	.36	(.11-1.21)

O quadro 36 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas**, subdomínios: risco de dieta – família e comportamento alimentar, risco de dieta – próprio e comportamento alimentar, risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar e risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade *índex*.

O **subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar** é significativo ($\chi^2 (9) = 34.74$; $p < .001$) e, de entre as variáveis consideradas para análise, os pais em dieta com o objectivo de influenciar a forma e peso corporal e os comentários dos pais sobre a alimentação apresentaram valores significativos o que indica que, a presença destas variáveis, aumenta a probabilidade de as participantes fazerem parte do grupo com anorexia nervosa ($p < .05$ em ambas).

Quadro 36. Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de dieta, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMÍNIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1 Risco de dieta					
Subdomínio 1.1 FAMÍLIA E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Membro da família em dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso	38 (38.8)	19 (22.6)	.902	.94	(.37-2.44)
Pais em dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso	21 (21.4)	2 (2.4)	.024	7.35	(1.30-41.67)
Comentários críticos na família sobre forma, peso	52 (53.1)	31 (36.9)	.507	.79	(.40-1.58)
Preocupação peso/forma corporal familiares	36 (36.7)	19 (22.6)	.931	1.04	(.41-2.67)
Preocupação peso/forma corporal familiares - pais	16 (16.3)	3 (3.6)	.336	2.27	(.43-12.03)
PCA familiares antes idade índice	16 (16.3)	6 (7.1)	.548	.70	(.22-2.25)
IAC familiar	17 (17.3)	8 (9.5)	.551	.73	(.27-2.03)
Importância excessiva do a forma familiar	10 (10.2)	2 (2.4)	.131	.29	(.06-1.45)
Comentários na família sobre alimentação - pais	55 (56.1)	25 (29.)	.011	2.43	(1.23-4.80)
Subdomínio 1.2 PRÓPRIO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Atitude negativa do próprio face peso dos pais	17 (17.3)	1 (1.2)	.007	.05	(.001-.43)
Fazer dieta influenciada/encorajada pelos familiares	17 (17.3)	6 (7.0)	.970	.98	(.30-3.24)
Peso baixo na infância	13 (13.3)	19 (22.1)	.734	.85	(.32-2.21)
Peso elevado escola secundária	22 (22.4)	7 (8.1)	.451	2.01	(.33-12.32)
Consequências negativas peso elevado escola primária	13 (13.3)	3 (3.5)	.405	1.89	(.42-8.51)
Consequências negativas peso elevado escola secundária	18 (18.4)	4 (4.7)	.124	5.38	(.63-45.99)
Dieta com amigas	10 (10.2)	3 (3.5)	.130	.33	(.08-1.39)
Sentir-se enorme com preocupação	26 (26.5)	8 (9.3)	.413	1.55	(.55-4.38)
Sentir-se gorda com preocupação	54 (55.1)	17 (19.8)	.006	3.08	(1.39-6.80)
Irmãs mais magras com preocupação	18 (18.4)	4 (4.7)	.998	.99	(.09-10.49)
Irmãs mais atraentes com preocupação	17 (17.3)	4 (4.7)	.308	3.38	(.33-35.19)
Subdomínio 1.3 OUTROS QUE NÃO FAMILIARES E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Gozo sobre forma, peso, alimentação, ou aparência	46 (46.9)	15 (17.4)	.000	3.92	(1.96-7.85)
Comentários repetidos dos outros sobre alimentação	20 (20.4)	6 (7.0)	.036	.34	(.13-.93)

Subdomínio 1.4 OBESIDADE NO PRÓPRIO E NOS PAIS ANTES DA IDADE INDEX					
Obesidade nos pais	43 (43.9)	26 (30.2)	.09	.59	(.32-1.09)
Peso elevado na infância	24 (24.5)	9 (10.5)	.024	.38	(.17-.88)

Relativamente ao **subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar**, este também obteve resultados significativos ($\chi^2 (12) = 51.79$; $p < .001$). Apenas as variáveis atitude negativa do próprio face ao peso dos pais ($p < .01$) e o sentir-se gorda com preocupação ($p < .01$) apresentaram valores estatisticamente significativos, indicando que a sua presença torna mais provável a pertença ao grupo das anorécticas.

O **subdomínio risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar** também é significativo ($\chi^2 (2) = 23.54$; $p < .001$). Ambas as variáveis consideradas para análise (gozação sobre forma, peso, alimentação ou aparência e comentários repetidos dos outros sobre alimentação) obtiveram resultados significativos ($p < .001$ e $p < .05$, respectivamente), revelando que a presença destas variáveis aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

Do mesmo modo, o **subdomínio risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade index** é significativo ($\chi^2 (2) = 9.20$; $p < .05$) e ambas as variáveis contempladas na análise de regressão logística - obesidade nos pais ($p < .05$) e peso elevado na infância ($p < .05$), são significativas o que indica novamente que a sua presença torna mais provável a pertença ao grupo com anorexia nervosa.

O quadro 37 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas, subdomínio risco de obesidade**. Não só este subdomínio é significativo ($\chi^2 (3) = 13.84$; $p < .01$), como também o é a variável obesidade nos pais - sempre ($p < .05$). Os resultados obtidos mostram que a presença daquela variável aumenta a probabilidade de os participante pertencerem ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 37. Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de obesidade, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS Subdomínio 2 Risco de obesidade	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Obesidade dos pais (sempre)	49 (50.0)	27 (31.4)	.048	.53	(.29-.99)
Peso elevado na infância	24 (24.5)	9 (10.5)	.153	.52	(.21-1.28)
Peso elevado escola secundária	22 (22.4)	7 (8.1)	.126	.46	(.17-1.24)

O quadro 38 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas, subdomínio perturbações alimentares nos pais e outros familiares**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (1) = 9.49$; $p < .01$), tal como a única variável considerada para análise - perturbações do comportamento alimentar nos familiares – sempre ($p < .01$) que, por sua vez, também indica que a sua presença torna mais provável a pertença ao grupo das anorécticas.

Quadro 38. Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio perturbações alimentares parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS Subdomínio 3 Perturbações alimentares nos pais e outros familiares	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
PCA familiares sempre	26 (26.5)	8 (9.3)	.004	.28	(.12-.67)

Para finalizar, o quadro 39 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio factores de risco adicionais**. Este é significativo ($\chi^2 (4) = 28.22$; $p < .001$), tal como as variáveis sentimentos negativos em relação à menstruação e vivência de acontecimentos precipitantes ($p < .05$ em ambas), revelando que a presença destas variáveis aumenta a pertença ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 39. Regressão logística no domínio factores adicionais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO FACTORES DE RISCO ADICIONAIS	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Sentimentos acerca menstruação – preparada mas com sent negativos	26 (26.5)	12 (14.0)	.043	.42	(.18-.98)
Embaraço peito com dissimulação	27 (27.6)	15 (17.4)	.285	1.53	(.70-3.34)
Acontecimento precipitante	92 (93.9)	61 (70.9)	.010	.23	(.08-.71)
Mais do que um acontecimento precipitante	73 (74.5)	39 (45.3)	.103	1.87	(.88-3.96)

1.3.3.2. COMPARAÇÃO DA AMOSTRA CLÍNICA COM ANOREXIA NERVOSA COM A AMOSTRA DE CONTROLO COM OUTRAS PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS - NÍVEL DE EXPOSIÇÃO POR SUBDOMÍNIO

À semelhança do estudo anterior, para a realização das análises de regressão logística, foram estudados os mesmos pressupostos subjacentes às referidas análises.

Numa primeira fase foram excluídos todos os factores que, em pelo menos um dos grupos em comparação (anorexia nervosa e população de controlo psiquiátrica), não apresentaram variabilidade.

Assim, no domínio da **vulnerabilidade pessoal**, subdomínio características da infância, todos os itens foram considerados para a análise de regressão logística. No subdomínio das perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, foram excluídos os itens relativos à história passada de hiperactividade, de depressão e do abuso de drogas. No subdomínio problemas comportamentais foram excluídas a perda de controlo no consumo de drogas, a perda de controlo em gastos excessivos e a perda de controlo sobre o sexo. No subdomínio das perturbações psiquiátricas familiares (sempre) foram excluídos os itens relativos à história parental de perturbação obsessivo-compulsiva e à de abuso de drogas.

Relativamente ao **domínio ambiental**, o subdomínio problemas parentais foi dividido em quatro subdomínios respectivos (i.e., contexto familiar, relação pais/filhas, relação mãe/filhas e relação pai/filhas); em qualquer um deles, todos os itens foram considerados. O mesmo se pode dizer em relação aos restantes subdomínios (acontecimentos disruptivos, perturbação psiquiátrica nos familiares antes da idade índex, gozo e agressão e abuso sexual, físico e psicológico) uma vez que todos os itens neles considerados apresentaram variabilidade entre as duas amostras.

Em relação ao domínio **vulnerabilidade para dietas**, o subdomínio risco de dieta foi subdividido em quatro subdomínios respectivamente: família e comportamento alimentar, próprio e comportamento alimentar, outros que não familiares e comportamento alimentar e obesidade no próprio e nos pais antes da idade índex. Todos os itens considerados apresentaram variabilidade. Também não foram excluídos nenhuns itens nos subdomínios risco de obesidade e perturbações alimentares nos pais e outros familiares.

Finalmente, no domínio dos **factores de risco adicionais**, nenhum item foi excluído pelo que todos eles apresentaram variabilidade entre as duas amostras.

Seguidamente foram analisadas associações entre os potenciais factores de risco e a variável grupo - anorexia nervosa vs. controlo psiquiátrico. Deste modo, entraram para a regressão logística todos os factores de risco que mostraram associação significativa, ou marginalmente significativa, com a variável grupo. Todos os potenciais factores de risco que não mostravam associação significativa com o grupo, foram excluídos.

Assim, e no que respeita ao domínio **vulnerabilidade pessoal**, foram excluídos por ausência de associação significativa, os itens: timidez, ansiedade, complacência excessiva, ausência de amigos próximos, tipo escola frequentada, prática de mais exercício físico comparativamente com o grupo de pares, dificuldades de alimentação entre o nascimento e os 5 anos de idade, dificuldades de alimentação entre os 6 e os 12 anos de idade e infância passada em contexto rural/urbano (subdomínio características da infância); enurese na infância, abuso de álcool e perturbação maníaca (subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas); ausência intencional à escola, problemas de conduta graves, comportamentos auto-flagelatórios, overdose de medicamentos, perda de controlo no consumo psicofármacos sem prescrição médica, perda de controlo no jogo, perda de controlo no consumo de tabaco e roer as unhas com perda de controlo (subdomínio problemas comportamentais antes da idade índice excluído na totalidade); história de perturbação maníaca nos pais e familiares, história de depressão familiar e parental e história de abuso de drogas na família (subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares, sempre).

Relativamente ao **domínio ambiental** foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens que se seguem: contacto parental fraco, isolamento familiar, discussões parentais, discussões parentais com envolvimento do sujeito, discussões familiares que não conjugais, favoritismo entre irmãos e tensão familiar durante as refeições (subdomínio problemas parentais – contexto familiar); ausência de disciplina parental, expectativas parentais elevadas, envolvimento parental deficitário, envolvimento parental excessivo e afecto parental pobre (subdomínio problemas parentais – relação pais-filhas); envolvimento materno deficitário, envolvimento materno excessivo, afecto da mãe pobre, expectativas maternas elevadas e crítica materna excessiva (subdomínio problemas parentais – relação mãe-filhas); envolvimento paterno deficitário, envolvimento paterno excessivo, crítica paterna excessiva e expectativas paternas elevadas (subdomínio problemas parentais – relação pai-filhas); morte de pessoas significativas, doença parental crónica, doença

familiar prolongada, problemas de saúde pessoais graves, problemas de saúde pessoais graves que afectaram aparência, acidente no próprio que afectou aparência, cicatrizes ou problemas de pele, mudanças para o estrangeiro e gozado pelos amigos com ameaça real (subdomínio acontecimentos disruptivos); história passada de depressão parental, história passada de perturbação obsessivo-compulsiva parental, história familiar passada de perturbação maníaca, história familiar passada de abuso de drogas e história familiar passada de alcoolismo (subdomínio perturbação psiquiátrica nos familiares antes da idade *index*); gozo que não sobre a forma, peso, ou alimentação e agressão (subdomínio gozo e agressão excluído na totalidade); abuso sexual, abuso sexual severo e repetido, abuso físico, abuso físico severo e repetido, abuso sexual ou físico severo e/ou repetido e maus tratos psicológicos (subdomínio abuso sexual, físico ou psicológico excluído na totalidade).

No domínio **vulnerabilidade para dietas**, os factores que se seguem não mostraram associação significativa com a variável anorexia nervosa ou grupo de controlo normal, sendo excluídos da análise regressão logística posterior: história parental de dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso, história familiar de dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso, história de dietas na família por motivos não relacionados com peso e/ou forma corporal, história parental passada de anorexia ou bulimia nervosas, ingestão alimentar compulsiva na família, história familiar de baixo peso, comentários na família sobre a alimentação, pais que desempenharam actividades profissionais que envolveram o trabalho com comida, comentários críticos na família sobre forma e/ou peso e importância excessiva da boa forma familiar (subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar); ocupações de risco desempenhadas pelo próprio, dieta no grupo de pares sobre forma e/ou peso, dieta com amigas, dieta influenciada/encorajada pelos familiares, peso baixo na infância e consequências negativas do peso elevado na infância (subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar); perturbações do comportamento alimentar nos conhecidos/amigos, dieta no grupo de pares, comentários repetidos dos outros sobre a forma e/ou peso e comentários repetidos dos outros sobre a alimentação (subdomínio risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar); história passada de excesso de peso paterno, história passada de excesso de peso materno e história passada de obesidade parental (subdomínio risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade *index*); história de excesso de peso paterno e história de obesidade parental (subdomínio risco de obesidade sempre);

história parental de anorexia ou bulimia nervosas (subdomínio perturbações alimentares nos pais e outros familiares).

Para finalizar, e relativamente aos **factores de risco adicionais**, foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens: idade da menarca entre os 9-11 anos de idade, idade da menarca aos 13 anos de idade, idade da menarca entre os 14-18 anos de idade, sentimentos de não preparação para a menarca, crescimento do peito numa fase precoce ou tardia, embaraço em relação ao peito com dissimulação, gozação acerca do peito, história de gravidezes, primiparidade, multiparidade, história de aborto e vivência de mais do que um acontecimento precipitante.

Num terceiro momento, nos casos em que havia uma associação significativa ou marginalmente significativa com a variável grupo mas em que existia uma percentagem superior a 20% de células com frequência esperada inferior a 5 (um dos pressupostos do teste de χ^2), tais factores de risco foram excluídos das posteriores análises. Esta situação verificou-se apenas no **domínio ambiental**, subdomínio perturbação psiquiátrica nos pais e familiares, tendo sido excluído através do referido pressuposto o item perturbação obsessivo-compulsiva na família.

O pressuposto da multicolinearidade também foi estudado, tendo sido eliminados todos os preditores que apresentaram resultados altamente correlacionados entre si (i.e., valores da tolerância $\geq .10$ ou VIF < 4). Este pressuposto verificou-se apenas no item relativo ao peso elevado na adolescência (**domínio vulnerabilidade para dietas**, subdomínio próprio e comportamento alimentar) que foi por isso eliminado.

Seguidamente, todos os domínios e respectivos subdomínios foram organizados tendo em conta o número máximo de preditores por sujeito. Neste caso foram seguidas as orientações de Stevens (1996), segundo as quais devem ser considerados 15 preditores por sujeito o que permitiu considerar 11 factores de risco por subdomínio ($166 / 15 = 12,26$).

O último pressuposto estudado teve que ver com a detecção de *outliers* segundo o qual são eliminados sujeitos da análise de regressão logística sempre que o resultado do *ZResidual* estivesse fora do intervalo -3 / + 3 ou cujo *Cook's* fosse > 1 .

Neste caso não foram detectados *outliers* em nenhuma das regressões logísticas realizadas nos diferentes domínios e subdomínios pelo que nenhum sujeito foi eliminado das análises.

De seguida daremos início à apresentação dos resultados das análises de regressão logística por domínio/subdomínio. Foram considerados resultados com significância estatística todos os valores de $p < .05$ e marginalmente significativos os valores de $p < .10$.

O quadro 40 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio das características da infância**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (4) = 23.29$; $p < .001$) bem como os itens perfeccionismo e maior consciência em relação à aparência comparativamente com o grupo de pares ($p < .01$ em ambos) o que indica que, a presença destas variáveis aumenta a probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas.

Quadro 40. Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio características da infância, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1					
Características da infância					
Auto-avaliação negativa	44 (44.9)	22 (32.4)	.978	1.01	(.49-2.09)
Perfeccionismo	65 (66.3)	30 (44.1)	.008	.40	(.20-.79)
Mais consciente aparência do que pares	29 (29.6)	5 (7.4)	.003	.19	(.07-.56)
Estatura enq̄t cç/adolescente – alto/baixo com preocupação	23 (23.5)	8 (11.8)	.263	1.70	(.67-4.28)

Através do quadro 41 podemos observar as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no domínio da **vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas**. O subdomínio é significativo ($\chi^2 (1) = 5.02$; $p < .05$) e a única variável considerada para análise – outras perturbações

psiquiátricas, marginalmente significativa mostrando que a presença daquela variável torna mais provável que os participantes pertençam ao grupo com anorexia nervosa ($p < .10$).

Quadro 41. Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL Subdomínio 2 Perturbações psiquiátricas pré-mórbidas	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Outras perturbações psiquiátricas	9 (9.2)	1 (1.5)	.073	.15	(.02-1.19)

O quadro 42 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre)**; este subdomínio é significativo ($\chi^2 (3) = 11.47$; $p < .01$) e a única variável que apresenta resultados significativos é a perturbação obsessivo-compulsiva ($p < .05$), resultados estes reveladores de que, a presença daquela variável, aumenta a probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas.

Quadro 42. Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais (sempre), para as populações com anorexia e e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL Subdomínio 4 (Perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre))	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Perturbação obsessivo-compulsiva	11 (11.2)	1 (1.5)	.042	.12	(.01-.93)
Alcoolismo	31 (31.6)	29 (42.6)	.926	1.04	(.44-2.46)
Alcoolismo pais	13 (13.3)	18 (26.5)	.117	.43	(.15-1.24)

O quadro 43 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental**, subdomínios: problemas parentais – contexto familiar, problemas parentais – relação pais/filhas, problemas parentais – relação mãe/filhas e problemas parentais – relação pai/filhas.

Relativamente ao **subdomínio problemas parentais – contexto familiar**, este é significativo ($\chi^2 (5) = 21.06$; $p < .01$). De entre as variáveis consideradas para análise,

apenas a separação dos pais e a forma como a família lida com desentendimentos apresentaram resultados significativos ($p < .01$ e $p < .05$, respectivamente). Estes resultados sugerem que a presença de dificuldades na família na resolução dos seus próprios desentendimentos aumenta a probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas; Contudo, a separação dos pais assume uma direcção inversa, já que os resultados obtidos indicam que a presença desta variável torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo com outras perturbações psiquiátricas.

Os **subdomínio problemas parentais – relação pais/filhas e problemas parentais – relação pai/filhas** não são significativos ($\chi^2 (2) = 4.37$; $p = .112$ e $\chi^2 (1) = 2.25$; $p = .134$, respectivamente), à semelhança do que acontece com as variáveis consideradas para a análise o que significa que estas variáveis não determinam a pertença aos grupos anorexia nervosa vs outras perturbações psiquiátricas.

Quadro 43. Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio problemas parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1 (Problemas parentais)					
Subdomínio 1.1 CONTEXTO FAMILIAR					
Separação dos pais	20 (20.4)	25 (36.8)	.005	3.05	(1.41-6.58)
Lidar com desentendimentos na família	51 (52.0)	23 (33.8)	.013	.41	(.21-.83)
Auto-avaliação inferior comparativ. irmãos	27 (27.6)	10 (14.7)	.143	.48	(.18-1.28)
Rivalidade entre irmãos	19 (19.4)	5 (7.4)	.352	.56	(.17-1.89)
Tensão familiar refeições – tensão alimentação	17 (17.3)	6 (8.8)	.219	1.94	(.68-5.56)
Subdomínio 1.2. RELAÇÃO PAIS-FILHAS					
Críticas do pais	32 (32.7)	31 (45.6)	.136	1.63	(.86-3.11)
Controlo parental excessivo	42 (42.9)	37 (54.4)	.217	.67	(.36-1.26)
Subdomínio 1.4. RELAÇÃO PAI-FILHAS					
Afecto do pai pobre	46 (46.9)	24 (35.3)	.136	.62	(.33-1.17)

O quadro 44 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (5) = 28.39$; $p < .001$), bem como as variáveis mudança de figura parental e gozado pelos amigos ($p < .01$ e $p < .05$, respectivamente). Assim, os

resultados indicam que a história de gozo pelos amigos aumenta a probabilidade das participantes pertencerem ao grupo de anorécticas; no entanto, a mudança de figura parental torna mais provável a pertença ao grupo com outras perturbações psiquiátricas.

Quadro 44. Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 2 Acontecimentos disruptivos					
Morte parental	5 (5.1)	9 (13.2)	.125	2.93	(.74-11.60)
Doença extensa parental	15 (15.3)	4 (5.9)	.243	2.04	(.62-6.76)
Mudança de figura parental	9 (9.2)	24 (35.3)	.004	3.81	(1.53-9.52)
Mudanças de casa frequentes	61 (62.2)	52 (76.5)	.108	1.87	(.87-4.02)
Gozado pelos amigos	59 (60.2)	28 (41.2)	.014	.42	(.21-.84)

O quadro 45 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais e familiares** (antes da idade índex). Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (1) = 6.37$; $p < .05$) tal como a única variável considerada para análise – alcoolismo parental ($p < .05$), se bem que a presença desta variável aumente a probabilidade de pertença ao grupo com outras perturbações psiquiátricas.

Quadro 45. Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 3 Perturbação psiquiátrica nos pais e familiares antes da idade índex					
Alcoolismo pais	11 (11.2)	18 (26.5)	.013	.35	(.15-.80)

O quadro 46 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas**, subdomínios: risco de dieta – família e comportamento alimentar, risco de dieta – próprio e comportamento

alimentar, risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar e risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade índex.

Quadro 46. Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de dieta para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1 (Risco de dieta)					
Subdomínio 1.1 FAMÍLIA E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Comentários críticos na família sobre forma e peso	74 (75.5)	44 (64.7)	.083	.52	(.25-1.09)
Pais com baixo peso	12 (12.2)	3 (4.4)	.201	2.52	(.61-10.35)
Preocupação peso/forma corporal familiares	36 (36.7)	14 (20.6)	.430	.69	(.27-1.74)
Preocupação peso/forma corporal familiares - pais	16 (16.3)	4 (5.9)	.328	2.06	(.49-8.71)
PCA familiares antes idade índex	16 (16.3)	1 (1.5)	.057	.13	(.02-1.06)
Importância excessiva aparência familiar	15 (15.3)	2 (2.9)	.139	.29	(.06-1.49)
Comentários na família sobre alimentação - pais	55 (56.1)	25 (36.8)	.057	1.94	(.98-3.84)
Subdomínio 1.2 PRÓPRIO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Atitude negativa do próprio face peso dos pais	17 (17.3)	1 (1.5)	.014	.07	(.01-0.59)
Consequências negativas peso elevado escola secundária	18 (18.4)	7 (10.3)	.772	.85	(.28-2.59)
Sentir-se enorme com preocupação	26 (26.5)	7 (10.3)	.550	1.39	(.47-4.08)
Sentir-se gorda com preocupação	54 (55.1)	15 (22.1)	.001	3.94	(1.72-8.99)
Irmãs mais magras com preocupação	18 (18.4)	3 (4.4)	.833	1.31	(.11-15.45)
Irmãs mais atraentes com preocupação	17 (17.3)	3 (4.4)	.356	3.25	(.27-39.75)
Subdomínio 1.3 OUTROS QUE NÃO FAMILIARES E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Gozo sobre forma, peso, alimentação, ou aparência	46 (46.9)	19 (27.9)	.015	2.28	(1.18-4.42)
Subdomínio 1.4 OBESIDADE NO PRÓPRIO E NOS PAIS ANTES DA IDADE INDEX					
Peso elevado na infância	24 (24.5)	8 (11.8)	.045	.41	(.17-.98)

O subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar é significativo ($\chi^2(7) = 27.38; p < .001$). As variáveis comentários críticos na família sobre forma e peso, perturbações do comportamento alimentar na família antes da idade

índice e comentários parentais sobre a alimentação são marginalmente significativas ($p < .10$), indicando que a presença de qualquer uma daquelas variáveis torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo com anorexia nervosa.

Relativamente ao **subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar**, este também obteve resultados significativos ($\chi^2 (6) = 36.70$; $p < .001$). A atitude negativa do próprio face ao peso dos pais ($p < .05$) e o sentir-se gorda com preocupação associada ($p < .001$) também apresentaram resultados significativos e indicativos de que a presença destas variáveis aumenta a probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas.

O **subdomínio risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar** também é significativo ($\chi^2 (1) = 6.20$; $p < .05$), tal como a única variável considerada para análise: gozo sobre a forma, o peso, a aparência ou a alimentação ($p < .05$) sugerindo que a sua presença torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo com anorexia nervosa.

Do mesmo modo, o **subdomínio risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade índice** é significativo ($\chi^2 (1) = 4.39$; $p < .05$), tal como o peso elevado na infância ($p < .05$), única variável considerada na análise, indicando que a sua presença aumenta a probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas.

O quadro 47 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas, subdomínio risco de obesidade**. Este subdomínio é marginalmente significativo ($\chi^2 (3) = 7.18$; $p = .066$) apesar de nenhuma das variáveis consideradas obter resultados significativos.

Quadro 47. Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de obesidade, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS Subdomínio 2 Risco de obesidade	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Excesso peso da mãe sempre	35 (35.7)	17 (25.0)	.184	.62	(.31-1.25)
Peso elevado na infância	24 (24.5)	8 (11.8)	.166	.51	(.20-1.32)
Peso elevado adolescência	22 (22.4)	8 (11.8)	.339	.62	(.24-1.64)

O quadro 48 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas, subdomínio perturbações**

alimentares nos pais e noutros familiares. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (1) = 15.82$; $p < .001$) bem como a história de perturbações do comportamento alimentar na família ($p < .001$), única variável considerada para análise. Deste modo, os resultados indicam que a presença desta variável aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 48. Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio perturbações alimentares parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS Subdomínio 3 Perturbações alimentares nos pais e outros familiares	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
PCA familiares sempre	26 (26.5)	3 (4.4)	.001	.13	(.04-.44)

Para finalizar, o quadro 49 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio factores de risco adicionais**. Este é significativo ($\chi^2 (4) = 38.02$; $p < .001$). As variáveis sentimentos negativos em relação à menstruação e vivência de acontecimentos precipitantes também apresentam resultados significativos, mostrando que, a presença destas variáveis, torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo das anorécticas ($p < .01$ em ambas). A importância da religião também é significativa ($p < .001$), se bem que, neste caso, a presença desta variável indique que a probabilidade das participantes pertencerem ao grupo com outras perturbações psiquiátricas é maior.

Quadro 49. Regressão logística no domínio factores adicionais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO FACTORES DE RISCO ADICIONAIS	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Idade da menarca 12	29 (29.6)	30 (44.1)	.120	1.79	(.86-3.75)
Sentimentos acerca menstruação – preparada mas com sent negativos	26 (26.5)	4 (5.9)	.003	.168	(.05-.54)
Acontecimento precipitante	92 (93.9)	56 (82.4)	.006	.208	(.07-.64)
Importância religião	12 (12.2)	26 (38.2)	.000	5.10	(2.19-11.94)

1.3.3.3. COMPARAÇÃO DA AMOSTRA CLÍNICA COM ANOREXIA NERVOSA COM A AMOSTRA COM BULIMIA NERVOSA – NÍVEL DE EXPOSIÇÃO POR SUBDOMÍNIO

À semelhança dos estudos anteriores, para a realização das análises de regressão logística, foram estudados pressupostos subjacentes à referida análise.

Assim, e numa primeira fase, foram excluídos todos os factores que, em pelo menos um dos grupos em comparação (anorexia nervosa e bulimia nervosa), não apresentaram variabilidade. Este pressuposto verificou-se apenas no domínio da **vulnerabilidade pessoal**, subdomínios perturbações psiquiátricas pré-mórbidas (excluído item abuso de drogas) e problemas comportamentais (excluído item perda de controlo sobre o sexo).

Posteriormente, foram analisadas associações entre os potenciais factores de risco e a variável grupo - anorexia nervosa vs. bulimia nervosa. Deste modo, entraram para a regressão logística todos os factores de risco que mostraram associação significativa ou marginalmente significativa, com a variável grupo. Todos os potenciais factores de risco que não mostravam associação significativa com o grupo, foram excluídos.

Assim, e no que concerne ao domínio **vulnerabilidade pessoal**, foram excluídos por ausência de associação significativa, os itens: complacência excessiva, timidez, perfeccionismo, estatura enquanto criança e adolescente, tipo escola frequentada, prática de mais exercício físico comparativamente com o grupo de pares, dificuldades de alimentação entre o nascimento e os 5 anos de idade, dificuldades de alimentação entre os 6 e os 12 anos de idade e infância passada em contexto rural/urbano (subdomínio características da infância); hiperactividade na infância, abuso de álcool, depressão, perturbação maníaca e outras perturbações psiquiátricas (subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas); ausência intencional à escola, problemas de conduta graves, comportamentos auto-flagelatórios, overdose de medicamentos, perda de controlo no consumo de drogas, consumo de psicofármacos sem prescrição médica, perda de controlo no jogo, perda de controlo em gastos excessivos, perda de controlo no consumo de tabaco e roer as unhas com perda de controlo (subdomínio problemas comportamentais antes da idade *index* excluído na totalidade); história de perturbação maníaca nos pais e familiares, história de perturbação obsessivo-compulsiva nos pais e familiares, história parental de abuso de

drogas e história de alcoolismo nos pais e familiares (subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares, sempre).

Relativamente ao **domínio ambiental** foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens que se seguem: contacto parental fraco, separação dos pais, isolamento familiar, discussões familiares que não conjugais, lidar com desentendimentos na família, auto-avaliação inferior comparativamente com os irmãos, rivalidade entre irmãos, tensão familiar durante as refeições e tensão familiar durante as refeições relacionada com a alimentação (subdomínio problemas parentais – contexto familiar); ausência de disciplina parental, controlo parental excessivo, pouco envolvimento parental e afecto parental pobre (subdomínio problemas parentais – relação pais-filhas); pouco envolvimento materno e afecto materno pobre (subdomínio problemas parentais – relação mãe-filhas); envolvimento paterno excessivo, pouco envolvimento paterno, crítica paterna excessiva e pouco afecto paterno (subdomínio problemas parentais – relação pai-filhas); morte parental, morte de outras pessoas significativas, doença parental crónica, doença parental prolongada, doença familiar prolongada, mudança de figura parental, mudanças de casa frequentes, mudanças para o estrangeiro, problemas de saúde graves que afectaram aparência, acidente no próprio que afectou aparência, cicatrizes ou problemas de pele e gozo dos amigos (subdomínio acontecimentos disruptivos); história passada de depressão familiar, história passada de depressão parental, história passada de perturbação maníaca parental, história passada de perturbação maníaca familiar, história passada de perturbação obsessivo-compulsiva familiar, história passada de perturbação obsessivo-compulsiva parental, história familiar passada de abuso de drogas, história parental passada de abuso de drogas, história familiar passada de alcoolismo e história parental passada de alcoolismo (subdomínio perturbação psiquiátrica nos pais e familiares antes da idade índice excluído na totalidade); gozo que não sobre a forma, peso, ou alimentação (subdomínio gozo e agressão); abuso sexual, abuso sexual severo e repetido e maus tratos psicológicos (subdomínio abuso sexual, físico e psicológico).

No domínio **vulnerabilidade para dietas**, os factores que se seguem não mostraram associação significativa com a variável anorexia ou bulimia nervosas, sendo excluídos da análise regressão logística posterior: história parental de preocupações com o peso e ou forma corporal, história familiar passada de preocupações com o peso e ou forma corporal, história de dietas parentais com o objectivo de influenciar/alterar peso e/ou forma, história de dietas na família com o

objectivo de influenciar/alterar peso e/ou forma, história de dietas na família por motivos não relacionados com peso e/ou forma corporal, história parental passada de anorexia ou bulimia nervosas, história passada de perturbações do comportamento alimentar nos familiares, história familiar passada de ingestão alimentar compulsiva, história familiar de baixo peso, comentários na família sobre a alimentação, desempenho pelos pais de actividades profissionais que envolveram o trabalho com comida, comentários críticos parentais sobre forma e/ou peso e comentários críticos parentais sobre alimentação (subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar); ocupações de risco desempenhadas pelo próprio, irmãos mais atraentes com preocupação, atitude negativa do próprio face peso dos pais, peso baixo durante a infância, consequências negativas face ao peso elevado durante a infância e dieta com amigas (subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar); gozo sobre forma, peso ou alimentação, perturbações do comportamento alimentar nos conhecidos/amigos e dieta no grupo de pares (subdomínio risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar); história passada de obesidade parental, história passada de excesso de peso paterno e peso elevado durante a infância (subdomínio risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade index); obesidade parental, história de excesso de peso paterno, história de excesso de peso materno e peso elevado durante a infância (subdomínio risco de obesidade sempre); história parental de anorexia ou bulimia nervosas e história familiar de anorexia ou bulimia nervosas (subdomínio perturbações alimentares nos pais e em outros familiares).

Para finalizar, e relativamente aos **factores de risco adicionais**, foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens: idade da menarca entre os 9-11 anos de idade, idade da menarca aos 12 anos de idade, idade da menarca aos 13 anos de idade, idade da menarca entre os 14-18 anos de idade, sentimentos de não preparação para a menarca, sentimentos negativos acerca da menarca, crescimento do peito numa fase precoce ou tardia, embaraço com o peito com dissimulação, gozo acerca do peito, história de gravidezes, primiparidade, multiparidade, história de aborto, importância excessiva da religião e vivência de um único acontecimento precipitante.

Num terceiro momento foram despistadas as situações em que podia existir uma associação significativa ou marginalmente significativa com a variável grupo mas

em que existia uma percentagem superior a 20% de células com frequência esperada inferior a 5 (um dos pressupostos do teste de χ^2); esta situação nunca se verificou.

O pressuposto da multicolinearidade também foi estudado, tendo sido eliminados todos os preditores que apresentaram resultados altamente correlacionados entre si (i.e., valores da tolerância $\geq .10$ ou VIF < 4) tais como: abuso físico severo e repetido (**domínio ambiental**, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico) e peso elevado durante a adolescência (**domínio vulnerabilidade para dietas**, subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar).

Seguidamente, todos os domínios e respectivos subdomínios foram organizados tendo em conta o número máximo de preditores por sujeito. Neste caso foram seguidas as orientações de Stevens (1996), segundo as quais devem ser considerados 15 preditores por sujeito o que permitiu considerar 12 factores de risco por subdomínio ($177 / 15 = 11,8$).

Em relação ao último pressuposto estudado: detecção de *outliers* (cf., comparação da amostra clínica com anorexia nervosa com a população de controlo normal), estes não foram detectados em nenhuma das regressões logísticas realizadas nos diferentes domínios e subdomínios pelo que nenhum sujeito foi eliminado das análises.

De seguida daremos início à apresentação dos resultados das análises de regressão logística por domínio/subdomínio. Foram considerados resultados com significância estatística todos os valores de $p < .05$ e, marginalmente significativos, os valores de $p < .10$.

O quadro 50 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio das características da infância**. Como se pode observar, e apesar deste subdomínio ser significativo ($\chi^2(4) = 9.73$; $p < .05$), nenhuma das variáveis analisadas obtêm resultados estatisticamente significativos e capazes de discriminar a pertença ao grupo anorexia nervosa vs bulimia nervosa.

Quadro 50. Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio características da infância, para as populações com anorexia e bulimia nervosas

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL	Anorexia nervosa n (%)	Bulimia nervosa n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1					
Características da infância					
Auto-avaliação negativa	44 (44.9)	47 (59.5)	.263	1.46	(.75-2.82)
Sem amigos próximos	15 (15.3)	22 (27.8)	.214	1.64	(.75-3.58)
Ansiedade	21 (21.4)	29 (36.7)	.101	1.78	(.89-3.56)
Mais consciente aparência do que pares	29 (29.6)	32 (40.5)	.582	1.21	(.61-2.42)

Através do quadro 51 podemos observar as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas**. O subdomínio é marginalmente significativo ($\chi^2 (1) = 3.66$; $p < .10$) bem como a única variável considerada para a análise - enurese na infância ($p < .10$). No entanto, os resultados indicam que a enurese na infância assume uma direcção inversa já que a sua presença aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com bulimia nervosa.

Quadro 51. Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, para as populações com anorexia e bulimia nervosas.

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL	Anorexia nervosa n (%)	Bulimia nervosa n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 2 (Perturbações psiquiátricas pré-mórbidas)					
Enurese na infância	8 (8.2)	14 (17.7)	.061	2.42	(.96-6.11)

O quadro 52 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre)**; este subdomínio é significativo ($\chi^2 (3) = 9.50$; $p < .05$). Através da leitura do quadro verificámos que apenas o abuso de drogas ($p < .05$) é significativo, revelando que a presença desta variável torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo das bulimicas.

Quadro 52. Regressão logística no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais (sempre), para as populações com anorexia e bulimia nervosas.

DOMÍNIO I VULNERABILIDADE PESSOAL Subdomínio 4 Perturbações psiquiátricas nos familiares sempre	Anorexia nervosa n (%)	Bulimia nervosa n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Depressão	50 (51.0)	52 (65.8)	.487	1.40	(.55-3.50)
Depressão pais	35 (35.7)	41 (51.9)	.283	.61	(.24-1.51)
Abuso de drogas	12 (12.2)	18 (22.8)	.037	2.41	(1.06-5.49)

O quadro 53 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental**, subdomínios: problemas parentais – contexto familiar, problemas parentais – relação pais/filhas, problemas parentais – relação mãe/filhas e problemas parentais – relação pai/filhas.

Relativamente ao **subdomínio problemas parentais – contexto familiar**, este é significativo ($\chi^2 (3) = 9.47$; $p < .05$). A única variável marginalmente significativa é o tratamento diferencial entre os irmãos ($p < .10$), havendo favoritismo em relação ao(s) outro(s) irmão(s). Mais uma vez, os resultados assumem uma ordem inversa já que indicam que a presença daquela variável aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com bulimia nervosa.

O **subdomínio problemas parentais – relação pais/filhas** também é significativo ($\chi^2 (3) = 14.80$; $p < .01$) e as únicas variáveis que apresentam significância estatística - expectativas elevadas dos pais e envolvimento parental excessivo ($p < .05$ e $p < .10$, respectivamente), são indicadoras em relação à pertença ao grupo com bulimia nervosa, assumindo os resultados, mais uma vez, uma ordem inversa. Assim, a presença daquelas variáveis torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo com bulimia nervosa.

O **subdomínio problemas parentais – relação mãe/filhas**, não é significativo ($\chi^2 (3) = 10.08$; $p < .05$). Os resultados da única variável significativa assumem agora uma natureza diferente. Isto é, os resultados sugerem que a presença de expectativas elevadas maternas ($p < .05$) aumentam a probabilidade de pertença ao grupo de anorécticas.

Também o **subdomínio problemas parentais – relação pai/filhas** é significativo ($\chi^2 (1) = 6.81$; $p < .01$); as expectativas elevadas do pai são a única variável

que apresenta valores significativos ($p < .01$) indicando mais uma vez que a presença desta variável torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo com bulimia nervosa.

Quadro 53 Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio problemas parentais, para as populações com anorexia e bulimia nervosas.

DOMÍNIO II AMBIENTAL		Anorexia nervosa n (%)	Bulimia nervosa n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
	Subdomínio 1 (Problemas parentais)					
	Subdomínio 1.1 CONTEXTO FAMILIAR					
	Discussões parentais	36 (36.7)	43 (54.4)	.273	1.59	(.70-3.63)
	Discussões parentais com env sujeito	24 (24.5)	32 (40.5)	.496	1.36	(.56-3.30)
	Outro irmão como preferido	26 (26.5)	33 (41.8)	.080	.56	(.29-1.07)
	Subdomínio 1.2. RELAÇÃO PAIS-FILHAS					
	Críticas do pais	32 (32.7)	38 (48.1)	.112	1.67	(.89-3.15)
	Expectativas pais elevadas	54 (55.1)	60 (75.9)	.016	2.27	(1.16-4.43)
	Envolvimento parental excessivo	3 (3.1)	9 (11.4)	.077	.29	(.08-1.14)
	Subdomínio 1.3. RELAÇÃO MÃE-FILHAS					
	Envolvimento excessivo da mãe	11 (11.2)	16 (20.3)	.164	.55	(.23-1.28)
	Expectativas elevadas mãe	47 (48.0)	31 (36.0)	.041	1.92	(1.03-3.58)
	Crítica excessiva mãe	23 (23.5)	29 (36.7)	.158	1.63	(.83-3.19)
	Subdomínio 1.4. RELAÇÃO PAI-FILHAS					
	Expectativas elevadas pai	48 (49.0)	54 (68.4)	.010	2.25	(1.21-4.17)

O quadro 54 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos**. Este subdomínio é marginalmente significativo ($\chi^2 (2) = 5.81$; $p = .055$), bem como a variável relativa à história passada de problemas de saúde graves ($p < .10$) que neste caso indica que a sua presença aumenta a probabilidade de pertença ao grupo das bulímicas.

Quadro 54. Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos, para as populações com anorexia e bulimia nervosas.

DOMÍNIO II AMBIENTAL	Subdomínio 2 (Acontecimentos disruptivos)	Anorexia nervosa n (%)	Bulimia nervosa n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
	Problemas de saúde pessoais graves	13 (13.3)	19 (24.1)	.091	1.97	(.90-4.33)
	Gozado pelos amigos com ameaça real	20 (20.4)	25 (31.6)	.123	.58	(.29-1.16)

Em relação ao domínio **ambiental, subdomínio gozo e agressão**, as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% podem ser observados através do quadro 55. O domínio é marginalmente significativo ($\chi^2 (1) = 3.78$; $p=.052$), tal como a única variável considerada na análise ($p<.10$). Assim, os resultados indicam que a história de agressão torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo com bulimia nervosa.

Quadro 55. Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio gozo e agressão, para as populações com anorexia e bulimia nervosas.

DOMÍNIO II AMBIENTAL	Subdomínio 4 (Gozo e agressão)	Anorexia nervosa n (%)	Bulimia nervosa n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
	Agressão	7 (7.1)	13 (16.5)	.058	2.56	(.97-6.77)

O quadro 56 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico**. Não só o subdomínio não é significativo ($\chi^2 (2) = 2.96$; $p=.228$), como nenhuma das variáveis que foram consideradas para análise discriminam a pertença ao grupo anorexia ou bulimia nervosas.

Quadro 56. Regressão logística no domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico, para as populações com anorexia e bulimia nervosas.

DOMÍNIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Bulimia nervosa n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 5 Abuso sexual, físico e psicológico					
Abuso físico (antes idade índice)	17 (17.3)	22 (27.8)	.462	1.53	(.49-4.79)
Abuso sexual ou físico severo e/ou repetido (antes idade índice)	22 (22.4)	26 (32.9)	.688	1.24	(.43-3.60)

O quadro 57 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas**, subdomínios: risco de dieta – família e comportamento alimentar, risco de dieta – próprio e comportamento alimentar, risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar e risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade *índice*.

O **subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar** é significativo ($\chi^2 (4) = 20.97; p < .001$). De entre as variáveis consideradas para análise que apresentam resultados significativos, apenas variável baixo peso dos pais ($p < .05$) é indicador da pertença ao grupo com anorexia nervosa, já que a sua presença aumenta a probabilidade de as participantes pertencerem aquele grupo. Assumindo uma ordem inversa, os resultados mostram que a presença das variáveis comentários críticos na família sobre a forma e o peso e a importância excessiva da boa forma familiar ($p < .05$ e $p < .01$, respectivamente) aumentam a probabilidade de pertença ao grupo com bulimia nervosa.

Relativamente ao **subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar**, este também obteve resultados significativos ($\chi^2 (5) = 21.88; p < .01$). Apenas a variável consequências negativas do peso elevado durante a adolescência obteve significância estatística ($p < .01$), o que indica que a sua presença torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo com bulimia nervosa.

O **subdomínio risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar** também é significativo ($\chi^2 (2) = 5.99; p = .050$). Os comentários repetidos dos outros sobre a forma e o peso são marginalmente significativos ($p < .10$) e sugerem que a presença desta variável aumenta a probabilidade de pertença ao grupo de bulímicas.

Já o **subdomínio risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade índice** é marginalmente significativo ($\chi^2 (1) = 2.77; p = .096$) tal como a única

variável considerada para análise - história passada de peso materno excessivo ($p < .10$). Mais uma vez, os resultados indicam que a presença desta variável torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo com bulimia nervosa.

Quadro 57. Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de dieta, para as populações com anorexia e bulimia nervosas.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS	Anorexia nervosa n (%)	Bulimia nervosa n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1 (Risco de dieta)					
Subdomínio 1.1 FAMILIA E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Comentários críticos na família sobre forma e peso	52 (53.1)	56 (70.9)	.024	2.14	(1.11-4.14)
Pais com baixo peso	12 (12.2)	4 (5.1)	.038	3.73	(1.07-12.99)
Importância excessiva da boa forma familiar	10 (10.2)	24 (30.4)	.007	3.58	(1.42-9.04)
Importância excessiva aparência familiar	15 (15.3)	22 (27.8)	.706	1.18	(.49-2.84)
Subdomínio 1.2 PRÓPRIO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Fazer dieta influenciada/encorajada pelos familiares	17 (17.3)	22 (27.8)	.978	1.01	(.44-1.56)
Consequências negativas peso elevado na adolescência	18 (18.4)	38 (48.1)	.002	.30	(.14-.64)
Sentir-se enorme com preocupação	26 (26.5)	29 (36.7)	.939	1.03	(.49-2.16)
Sentir-se gorda com preocupação	54 (55.1)	60 (75.9)	.111	.55	(.26-1.15)
Irmãs mais magras com preocupação	18 (18.4)	24 (30.4)	.411	.73	(.34-1.56)
Subdomínio 1.3 OUTROS QUE NÃO FAMILIARES E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Comentários repetidos dos outros sobre forma e peso	43 (43.9)	47 (59.5)	.079	1.73	(.94-3.20)
Comentários repetidos dos outros sobre alimentação	20 (20.4)	25 (31.6)	.192	1.60	(.79-3.21)
Subdomínio 1.4 OBESIDADE NO PRÓPRIO E NOS PAIS ANTES DA IDADE INDEX					
Excesso peso mãe antes idade índice	28 (28.6)	32 (40.5)	.097	1.70	(.91-3.19)

O quadro 58 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas, subdomínio risco de obesidade**. Não só este subdomínio é significativo ($\chi^2 (1) = 15.38; p < .001$), como também o é o

peso elevado na adolescência ($p<.001$), indicando que a sua presença aumenta a probabilidade das participantes pertencerem ao grupo de bulímicas.

Quadro 58 Regressão logística no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de obesidade, para as populações com anorexia e bulimia nervosas.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS Subdomínio 2 (Risco de obesidade)	Anorexia nervosa n (%)	Bulimia nervosa n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Peso elevado adolescência	22 (22.4)	40 (50.6)	.000	3.54	(1.85-6.77)

O quadro 59 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio factores de risco adicionais**. Este é marginalmente significativo ($\chi^2 (1) = 3.73; p=.054$). A vivência de múltiplos acontecimentos precipitantes, única variável considerada na análise de regressão, é marginalmente significativa ($p<.10$), mostrando que a presença desta variável, neste caso, aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 59. Regressão logística no domínio factores adicionais, para as populações com anorexia e bulimia nervosas.

DOMINIO FACTORES DE RISCO ADICIONAIS	Anorexia nervosa n (%)	Bulimia nervosa n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Mais do que um acontecimento precipitante	73 (74.5)	68 (86.1)	.060	.47	(.22-1.03)

Como se pode verificar, o quadro 60 apresenta os valores obtidos na regressão logística, por subdomínios, relativos às quatro populações estudadas. Através da leitura do quadro podemos observar quais são os subdomínios capazes de predizer a pertença à população com anorexia nervosa.

Considerando o grupo de controlo normal, todos os subdomínios são significativos e discriminativos em relação à pertença ao grupo com anorexia nervosa exceptuando o subdomínio problemas comportamentais que não discrimina o grupo com anorexia nervosa do grupo de controlo normal.

Quadro 60. Regressão logística, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal e anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas e anorexia nervosa vs bulimia nervosa (quadro resumo).

	Anorexia Nervosa Vs								
	Grupo de controlo normal			Grupo de controlo psiquiátrico			Bulimia nervosa		
	χ^2	df	p	χ^2	df	p	χ^2	df	p
DOMÍNIO I VULNERABILIDADE PESSOAL									
Subdomínio 1									
Características da infância	52.47	6	<.001	23.29	4	<.001	9.73	4	<.05
Subdomínio 2									
Perturbações psiquiátricas pré-mórbidas	-	-	-	5.02	1	<.05	3.66	1	<.10
Subdomínio 3									
Problemas comportamentais	1.81	1	ns	-	-	-	-	-	-
Subdomínio 4									
Perturbações psiquiátricas familiares (sempre)	17.98	4	<.01	11.47	3	<.01	9.50	3	<.05
DOMÍNIO II AMBIENTAL									
Subdomínio 1.1									
Problemas parentais – Contexto familiar	68.51	11	<.001	21.06	5	<.01	9.47	3	<.05
Subdomínio 1.2									
Problemas parentais – Relação pais-filhos	12.76	4	<.05	4.37	2	ns	14.80	3	<.01
Subdomínio 1.3									
Problemas parentais – Relação mãe-filhas	17.03	5	<.01	-	-	-	10.08	3	<.05
Subdomínio 1.4									
Problemas parentais – Relação pai-filhas	8.40	2	<.05	2.25	1	ns	6.81	1	<.01
Subdomínio 2									
Acontecimentos disruptivos	31.30	5	<.001	28.39	5	<.001	5.81	2	<.10
Subdomínio 3									
Perturbação psiquiátrica nos pais e familiares (antes início problemas alimentares)	4.10	2	<.10	6.37	1	<.05	-	-	-
Subdomínio 4									
Gozo e agressão	-	-	-	-	-	-	3.78	1	<.10
Subdomínio 5									
Abusos	19.52	4	<.01	-	-	-	2.96	2	ns
DOMÍNIO III VULNERABILIDADE PARA AS DIETAS									
Subdomínio 1.1									
Risco de dieta – Família e comportamento alimentar	34.74	9	<.001	27.38	7	<.001	20.97	4	<.001
Subdomínio 1.2									
Risco de dieta – Próprio e comportamento alimentar	51.79	12	<.001	36.70	6	<.001	21.88	5	<.01
Subdomínio 1.3									
Risco de dieta – Outros e comportamento alimentar	23.54	2	<.001	6.20	1	<.05	5.99	2	<.10
Subdomínio 1.4									
Obesidade no próprio e nos pais (antes início problemas alimentares)	9.20	2	<.05	4.39	1	<.05	2.77	1	<.10
Subdomínio 2									
Risco de obesidade	13.84	3	<.01	7.18	3	<.10	15.38	1	<.001
Subdomínio 3									
Perturbações alimentares nos familiares	9.49	1	<.01	15.82	1	<.001	-	-	-
FACTORES DE RISCO ADICIONAIS	28.22	4	<.001	38.02	4	<.001	3.73	1	<.10

Notas: ns, resultado não significativo; -, domínio não incluído na análise pela ausência de associação significativa entre os factores de risco nos resultados das análises univariadas.

Relativamente ao grupo com outras perturbações psiquiátricas, só não são significativos os subdomínios problemas parentais, relação pais-filhas e problemas parentais, relação pai-filhas. Todos os outros subdomínios considerados distinguem a pertença ao grupo anorexia nervosa vs outras perturbações psiquiátricas.

No que respeita ao grupo com bulimia nervosa, todos os subdomínios são significativos e discriminativos da pertença ao grupo anorexia nervosa vs bulimia nervosa, com excepção do subdomínio abuso sexual, físico e psicológico.

Finalmente, e para sistematizar os resultados significativos obtidos nas quatro populações estudadas: anorexia nervosa vs população normal, anorexia nervosa vs população com outras perturbações e anorexia nervosa vs bulimia nervosa, podemos observar o quadro 61.

Assim, verificamos de imediato que não há nenhum factor que, simultaneamente, diferencie a população com anorexia nervosa das três populações de controlo: normal, psiquiátrica e com bulimia nervosa.

Começamos por identificar um conjunto de factores que diferencia simultaneamente a população com anorexia nervosa da população de controlo normal que passaremos a mencionar: o contacto parental pobre, o isolamento familiar, a presença de tensão familiar durante as refeições por motivos relacionados com a alimentação, o envolvimento excessivo da figura materna, a história passada de problemas de saúde graves que tenham afectado a aparência das jovens, a história de dietas realizadas pelos pais com o objectivo de influenciar o peso / forma corporais, os comentários repetidos sobre a alimentação por parte de outros elementos que não família e a história actual ou passada de obesidade parental. Assim, podemos afirmar que a presença de qualquer uma destas variáveis aumenta a probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo das anorécticas, em detrimento da pertença ao grupo de controlo normal.

Contudo, há um outro conjunto de factores que diferencia simultaneamente a população com anorexia nervosa, não só da população de controlo normal, como da população com outras perturbações psiquiátricas que passaremos a citar: o perfeccionismo, a maior consciência em relação à aparência, comparativamente com o grupo de pares, a história de perturbação obsessivo-compulsiva na família, o facto de a família nuclear não resolver os desentendimentos entre os seus membros, a história

de gozo pelos amigos, a presença de comentários parentais sobre a alimentação¹⁷, a atitude negativa do próprio face ao peso dos pais, o sentimento de estar gorda com preocupação associada, o gozo pelo grupo de pares sobre a forma, peso, alimentação e/ou aparência, o peso elevado na infância, a história familiar de perturbações do comportamento alimentar, os sentimentos negativos em relação ao aparecimento da menstruação e a vivência de um acontecimento precipitante anterior ao início dos problemas alimentares. Deste modo, os nossos resultados indicam que a presença de qualquer uma destas variáveis torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo de pacientes com anorexia nervosa, comparativamente com a probabilidade de pertença a qualquer um dos dois grupos de controlo – normal e psiquiátrico.

Também foram identificados um conjunto de factores capazes de discriminar a pertença ao grupo de pacientes com anorexia nervosa vs bulimia nervosa ou bulimia nervosa vs anorexia nervosa. Assim, tanto as expectativas elevadas por parte da figura materna, como o baixo peso parental aumentam a probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo de anorécticas, por oposição à pertença ao grupo de bulímicas. Um outro conjunto de factores revelou uma direcção inversa ao nível dos resultados que obteve, nomeadamente, a história passada ou actual de abuso de drogas por parte dos familiares, as expectativas parentais elevadas, as expectativas elevadas por parte da figura paterna, os comentários críticos na família sobre a forma e o peso corporais, a importância excessiva na família para a manutenção de uma boa forma física, a presença de consequências negativas relativamente à história de peso elevado durante a adolescência e o próprio peso elevado durante a adolescência. Neste caso, podemos afirmar que a presença de qualquer uma destas variáveis aumenta a probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo de pacientes com bulimia nervosa, em detrimento da pertença ao grupo de pacientes com anorexia.

¹⁷ Note-se, contudo, que apesar das diferenças obtidas entre as pacientes com anorexia e as participantes do grupo de controlo normal serem estatisticamente significativas, as diferenças obtidas entre as anorécticas e as participantes do grupo de controlo psiquiátrico são apenas marginalmente significativas.

Quadro 61. Valores significativos da regressão logística por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal, anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas e anorexia nervosa vs bulimicas (quadro resumo).

Anorexia Nervosa Vs			
	Grupo de controlo normal	Grupo de controlo psiquiátrico	Bulimia nervosa
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
DOMÍNIO I			
VULNERABILIDADE PESSOAL			
Subdomínio 1			
Características da infância			
Auto-avaliação negativa	ns	ns	ns
Timidez	ns	-	-
Perfeccionismo	**	**	-
Sem amigos próximos	-	-	ns
Ansiedade	ns	-	ns
Mais consciente aparência do que pares	**	**	ns
Altura enq ^t cç/adolescente – alto/baixo com preocupação	†	ns	-
Subdomínio 2			
Perturbações psiquiátricas pré-mórbidas			
Enurese na infância	-	-	†
Outras perturbações psiquiátricas	-	†	-
Subdomínio 3			
Problemas comportamentais			
Roer unhas antes idade índex	ns	-	-
Subdomínio 4			
Perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre)			
<i>Depressão</i>	ns	-	ns
Depressão pais	-	-	ns
<i>Perturbação obsessivo-compulsiva</i>	*	*	-
Alcoolismo	ns	ns	-
Alcoolismo pais	ns	ns	-
Abuso de drogas	-	-	*

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Notas: ns, resultado não significativo; -, factores de risco não incluídos na análise pela ausência de associação significativa nos resultados das análises univariadas.

Quadro 61 (continuação). Valores significativos da regressão logística por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal, anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas e anorexia nervosa vs bulimicas (quadro resumo).

Anorexia Nervosa Vs			
	Grupo de controlo normal	Grupo de controlo psiquiátrico	Bulimia nervosa
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
DOMÍNIO II AMBIENTAL			
Subdomínio 1			
Problemas parentais			
Subdomínio 1.1-Contexto familiar			
Contacto parental fraco	*	-	-
Separação dos pais	ns	**	-
Isolamento familiar	*	-	-
Discussões parentais	ns	-	ns
Discussões parentais com envolv. sujeito	ns	-	ns
Discussão familiares que não conjugais	ns	-	-
Lidar com desentendimentos na família (não resolvidos)	***	*	-
Favoritismo entre irmãos - outro irmão como preferido	-	-	†
Auto-avaliação inferior comparativ. irmãos	†	ns	-
Rivalidade entre irmãos	ns	ns	-
Tensão familiar refeições	ns	-	-
Tensão familiar refeições – tensão alimentação	*	ns	-
Subdomínio 1.2-Relação pais-filhas			
Críticas parentais	ns	ns	ns
Expectativas parentais elevadas	-	-	*
Pouco envolvimento parental	ns	-	-
Envolvimento parental excessivo	-	-	†
Controlo parental excessivo	ns	ns	-
Afecto parental pobre	ns	-	-
Subdomínio 1.3-Relação mãe-filhas			
Pouco envolvimento da mãe	ns	-	-
Envolvimento excessivo da mãe	*	-	ns
Afecto da mãe pobre	ns	-	-
Expectativas elevadas da mãe	ns	-	*
Crítica excessiva da mãe	ns	-	ns
Subdomínio 1.4-Relação pai-filhas			
Pouco envolvimento do pai	†	-	-
Afecto do pai pobre	ns	-	-
Expectativas elevadas do pai	-	-	*

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Notas: ns, resultado não significativo; -, factores de risco não incluídos na análise pela ausência de associação significativa nos resultados das análises univariadas.

Quadro 61 (continuação). Valores significativos da regressão logística por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal, anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas e anorexia nervosa vs bulimicas (quadro resumo).

Anorexia Nervosa Vs			
	Grupo de controlo normal	Grupo de controlo psiquiátrico	Bulimia nervosa
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
DOMÍNIO II AMBIENTAL			
Subdomínio 2 Acontecimentos disruptivos			
Morte parental	-	ns	-
Doença extensa familiar	ns	-	-
Doença extensa parental	ns	ns	-
Mudança de figura parental	-	**	-
Problemas de saúde pessoais graves	-	-	†
Problema de saúde grave que afectou aparência	*	-	-
Mudanças de casa frequentes	-	ns	-
Gozado pelos amigos	***	*	-
Gozado pelos amigos com ameaça real	ns	-	ns
Subdomínio 3 Perturbações psiquiátricas familiares antes da idade index			
Alcoolismo	ns	-	-
Alcoolismo parental	ns	*	-
Subdomínio 4 Gozo e agressão			
Agressão	-	-	†
Subdomínio 5 Abuso sexual, físico e psicológico			
Abuso sexual	ns	-	-
<i>Abuso físico</i>	ns	-	ns
<i>Abuso sexual ou físico severo e/ou repetido</i>	ns	-	ns
Maus-tratos psicológicos	†	-	-

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Notas: ns, resultado não significativo; -, factores de risco não incluídos na análise pela ausência de associação significativa nos resultados das análises univariadas.

Quadro 61 (continuação). Valores significativos da regressão logística por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal, anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas e anorexia nervosa vs bulimicas (quadro resumo).

Anorexia Nervosa Vs			
	Grupo de controlo normal	Grupo de controlo psiquiátrico	Bulimia nervosa
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
DOMINIO III			
VULNERABILIDADE PARA DIETAS			
Subdomínio 1			
Risco de dieta			
Subdomínio 1.1			
Família e comportamento alimentar			
Membro da família em dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso	ns	-	-
Pais em dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso	*	-	-
Comentários críticos na família sobre forma, peso	ns	†	*
Comentários críticos na família sobre forma, peso - pais	-	-	-
Pais com baixo peso	-	ns	*
Preocupação peso/forma corporal familiares	ns	ns	-
Preocupação peso/forma corporal familiares - pais	ns	ns	-
PCA familiares antes idade índice	ns	†	-
IAC familiar	ns	-	-
Importância excessiva da boa forma familiar	ns	-	**
Importância excessiva aparência familiar	-	ns	ns
Comentários na família sobre alimentação - pais	*	†	-
Ocupações de risco pais – trabalho com comida	-	-	-
Subdomínio 1.2			
Próprio e comportamento alimentar			
Atitude negativa do próprio face ao peso dos pais	**	*	-
Fazer dieta influenciada/encorajada pelos familiares	ns	-	ns
Peso baixo na infância	ns	-	-
Peso elevado na adolescência	ns	-	-
Consequências negativas peso elevado na infância	ns	-	-
Consequências negativas peso elevado na adolescência	ns	ns	**
Dieta com amigas	ns	-	-
Sentir-se enorme com preocupação	ns	ns	ns
Sentir-se gorda com preocupação	**	**	ns
Irmãs mais magras com preocupação	ns	ns	ns
Irmãs mais atraentes com preocupação	ns	ns	-

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Notas: ns, resultado não significativo; -, factores de risco não incluídos na análise pela ausência de associação significativa nos resultados das análises univariadas.

Quadro 61 (continuação). Valores significativos da regressão logística por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal, anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas e anorexia nervosa vs bulimicas (quadro resumo).

Anorexia Nervosa Vs			
	Grupo de controlo normal	Grupo de controlo psiquiátrico	Bulimia nervosa
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
DOMINIO III			
VULNERABILIDADE PARA DIETAS			
Subdomínio 1			
Risco de dieta			
Subdomínio 1.3			
Outros que não familiares e comportamento alimentar			
Comentários repetidos dos outros sobre forma e peso	-	-	†
Comentários repetidos dos outros sobre alimentação	*	-	ns
Gozo grupo de pares sobre forma, peso, alimentação ou aparência	***	*	-
Subdomínio 1.4			
Obesidade no próprio e nos pais antes idade index			
Obesidade nos pais	†	-	-
Excesso peso da mãe antes idade index	-	-	†
Peso elevado na infância	*	*	-
Subdomínio 2			
Risco de obesidade			
Obesidade dos pais (sempre)	*	-	-
Excesso peso da mãe (sempre)	-	ns	-
Peso elevado na infância	ns	ns	-
Peso elevado na adolescência	ns	ns	***
Subdomínio 3			
Perturbações alimentares nos familiares			
PCA familiares (sempre)	**	**	-
DOMINIO			
FACTORES DE RISCO ADICIONAIS			
idade da menarca 12	-	ns	-
Sentimentos acerca menstruação – preparada mas com sentimentos negativos	*	**	-
Embaraço peito com dissimulação	ns	-	-
Acontecimento precipitante	*	**	-
Mais do que um acontecimento precipitante	ns	-	†
Importância religião	-	***	-

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Notas: ns, resultado não significativo; -, factores de risco não incluídos na análise pela ausência de associação significativa nos resultados das análises univariadas.

1.3.4. RESULTADOS DAS ANÁLISES DE REGRESSÃO LOGÍSTICA CONDICIONAL

1.3.4.1. COMPARAÇÃO DA AMOSTRA CLÍNICA COM ANOREXIA NERVOSA COM A AMOSTRA DE CONTROLO NORMAL – NÍVEL DE EXPOSIÇÃO POR SUBDOMÍNIO

Para a realização das análises de regressão logística condicional, foram estudados os mesmos pressupostos subjacentes à realização das análises de regressão logística referidas no estudo empírico anterior.

Assim, e numa primeira fase, foram excluídos todos os factores que, em pelo menos um dos grupos de comparação (anorexia nervosa e população de controlo normal), não apresentaram variabilidade.

Deste modo, no domínio da **vulnerabilidade pessoal**, subdomínio características da infância, todos os itens foram considerados para a análise de regressão logística. No subdomínio das perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, foram excluídos os itens relativos à história passada de depressão, abuso de drogas, perturbação maníaca ou de outras perturbações psiquiátricas. No subdomínio problemas comportamentais, foram excluídas a ausência intencional à escola, a auto-flagelação, a overdose de medicamentos, a perda de controlo sobre os gastos, a perda de controlo sobre o sexo e a história passada de consumo de drogas. No subdomínio das perturbações psiquiátricas familiares (sempre) foi excluído o item história parental de perturbação obsessivo-compulsiva.

Em relação ao **domínio ambiental**, o subdomínio problemas parentais foi dividido em quatro subdomínios respectivos (i.e., contexto familiar, relação pais/filhas, relação mãe/filhas e relação pai/filhas); em qualquer um deles, todos os itens foram considerados. O mesmo se pode dizer em relação ao subdomínio acontecimentos disruptivos, uma vez que todos os itens apresentaram variabilidade entre as duas amostras. No subdomínio perturbação psiquiátrica nos familiares antes da idade índex, foram excluídos os itens relativos à perturbação obsessivo-compulsiva familiar e parental. Em relação aos subdomínios gozo e agressão e abuso sexual, físico e psicológico, nenhum item foi excluído.

Relativamente ao domínio **vulnerabilidade para dietas**, o subdomínio risco de dieta foi subdividido em quatro subdomínios, respectivamente: família e comportamento alimentar, próprio e comportamento alimentar, outros que não familiares e comportamento alimentar e obesidade no próprio e nos pais antes da

idade *índex*. Todos os itens apresentaram variabilidade, à excepção da ingestão alimentar compulsiva parental pertencente ao subdomínio família e comportamento alimentar. Também não foram excluídos nenhuns itens nos subdomínios risco de obesidade e perturbações alimentares nos pais e outros familiares.

Finalmente, no domínio dos **factores de risco adicionais**, todos os itens foram considerados.

Seguidamente foram analisadas associações entre os potenciais factores de risco e a variável grupo - anorexia nervosa vs. controlo normal. Deste modo, entraram para a regressão logística todos os factores de risco que mostraram associação significativa ou marginalmente significativa com a variável grupo. Todos os potenciais factores de risco que não mostravam associação significativa com o grupo foram excluídos.

Assim, e no que concerne ao domínio **vulnerabilidade pessoal**, foram excluídos por ausência de associação significativa os itens: complacência excessiva, ansiedade, ausência de amigos próximos, tipo escola frequentada, prática de mais exercício físico comparativamente com o grupo de pares, dificuldades de alimentação entre o nascimento e os 5 anos de idade, dificuldades de alimentação entre os 6 e os 12 anos de idade e infância passada em contexto rural/urbano (subdomínio características da infância); hiperactividade na infância, enurese na infância e abuso de álcool (subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, excluído na totalidade); problemas de conduta graves, consumo de psicofármacos sem prescrição médica, perda de controlo no jogo e perda de controlo no consumo de tabaco (subdomínio problemas comportamentais antes da idade *índex*); história de perturbação maníaca nos pais e familiares, história de depressão parental, história de abuso de drogas nos pais e familiares e história de alcoolismo familiar (subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares, sempre).

Relativamente ao **domínio ambiental** foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens que se seguem: favoritismo entre irmãos (subdomínio problemas parentais – contexto familiar); ausência de disciplina parental, disciplina parental excessiva, expectativas parentais elevadas e envolvimento parental excessivo (subdomínio problemas parentais – relação pais-filhas); envolvimento paterno excessivo, crítica paterna excessiva e expectativas paternas elevadas (subdomínio problemas parentais – relação pai-filhas); morte parental, morte de outras pessoas significativas, doença parental e familiar prolongada, doença parental crónica,

mudança de figura parental, mudanças de casa frequentes, mudanças para o estrangeiro, acidente no próprio que afectou aparência e cicatrizes ou problemas de pele (subdomínio acontecimentos disruptivos); história passada de depressão parental, história familiar passada de perturbação maníaca, história familiar passada de abuso de drogas e história parental passada de alcoolismo (subdomínio perturbação psiquiátrica nos familiares antes da idade *index*); gozo que não sobre a forma, peso, ou alimentação (subdomínio gozo e agressão excluído na totalidade).

No domínio **vulnerabilidade para dietas**, os factores que se seguem não mostraram associação significativa com a variável anorexia nervosa ou grupo de controlo normal, sendo excluídos da análise de regressão logística posterior: história de dietas na família por motivos não relacionados com peso e/ou forma corporal, história parental passada de anorexia ou bulimia nervosas, história familiar de baixo peso, comentários na família sobre a alimentação, pais que desempenharam actividades profissionais que envolveram trabalho com a comida, comentários críticos parentais sobre forma e/ou peso e importância excessiva da boa forma familiar (subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar); ocupações de risco desempenhadas pelo próprio e dieta com amigas (subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar); perturbações do comportamento alimentar nos conhecidos/amigos, dieta no grupo de pares e comentários repetidos dos outros sobre forma e/ou peso (subdomínio risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar); história passada de excesso de peso paterno (subdomínio risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade *index*); história de excesso de peso paterno e história de excesso de peso materno (subdomínio risco de obesidade sempre); história parental de anorexia ou bulimia nervosas (subdomínio perturbações alimentares nos pais e outros familiares).

Para finalizar, e relativamente aos **factores de risco adicionais**, foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens: idade da menarca entre os 9-11 anos de idade, idade da menarca aos 12 anos de idade, idade da menarca aos 13 anos de idade, idade da menarca entre os 14-18 anos de idade, sentimentos de não preparação para a menarca, crescimento do peito numa fase precoce ou tardia, embaraço com o peito com dissimulação, gozação acerca do peito, história de gravidezes, primíparidade, multiparidade e história de aborto.

Num terceiro momento, nos casos em que havia uma associação significativa ou marginalmente significativa com a variável grupo mas em que existia uma

percentagem superior a 20% de células com frequência esperada inferior a 5 (um dos pressupostos do teste de χ^2), tais factores de risco foram excluídos das posteriores análises. À semelhança do estudo empírico anterior, esta situação verificou-se apenas no **domínio ambiental**, subdomínio gozo e agressão, tendo sido excluído através do referido pressuposto o item agressão.

O pressuposto da multicolinearidade também foi estudado, tendo sido eliminados todos os preditores que apresentaram resultados altamente correlacionados entre si (i.e., valores da tolerância $\geq .10$ ou VIF < 4). Tal só se verificou nas variáveis abuso sexual severo e repetido e abuso físico severo e repetido (**domínio ambiental**, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico).

Seguidamente, todos os domínios e respectivos subdomínios foram organizados tendo em conta o número máximo de preditores por sujeito. Neste caso foram seguidas as orientações de Stevens (1996), segundo as quais devem ser considerados 15 preditores por sujeito, o que permitiu considerar 12 factores de risco por subdomínio ($172 / 15 = 11.47$).

O último pressuposto estudado teve que ver com a detecção de *outliers*. Neste caso seriam eliminados sujeitos da análise de regressão logística condicional sempre que o resultado do *ZResidual* estivesse fora do intervalo $-3 / + 3$ ou cujo *Cook's* fosse > 1 . Não foram detectados *outliers* neste estudo.

De seguida daremos início à apresentação dos resultados das análises de regressão logística por domínio/subdomínio. Foram considerados resultados com significância estatística todos os valores de $p < .05$ e marginalmente significativos os valores de $p < .10$.

O quadro 62 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio das características da infância**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (5) = 34.32; p < .001$). Como se pode verificar a partir da leitura deste quadro, o perfeccionismo ($p < .01$) e a maior consciência relativamente à aparência comparativamente com o grupo de pares

($p < .01$) são significativos, indicando que a sua presença aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 62. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio características da infância, para as populações com anorexia e para a de controlo normal

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1					
(Características da infância)					
Auto-avaliação negativa	37 (43.0)	19 (22.1)	.247	1.82	(.66-5.03)
Timidez	39 (45.3)	23 (26.7)	.862	.92	(.37-2.29)
Perfeccionismo	59 (68.6)	33 (38.4)	.006	3.06	(1.37-6.86)
Mais consciente aparência do que pares	21 (24.4)	2 (2.3)	.009	8.13	(1.68-39.42)
Altura enq̄t cç/adolescente – alto/baixo com preocupação	20 (23.3)	7 (8.1)	.287	.56	(.19-1.63)

Através do quadro 63 podemos observar as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio dos problemas de comportamento**. Não só este subdomínio não é significativo ($\chi^2 (1) = 2.10$; $p = .148$), como também a única variável considerada para a análise (roer as unhas) não apresenta significância estatística.

Quadro 63. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio problemas comportamentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 3					
Problemas comportamentais					
Roer unhas antes idade <i>índex</i>	32 (37.2)	22 (25.6)	.153	1.60	(.84-3.05)

O quadro 64 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre)**; este subdomínio é significativo ($\chi^2 (3) = 12.38$; $p < .01$). Através da leitura do quadro verificámos que a perturbação obsessivo-

compulsiva e o alcoolismo parental são significativos ($p < .05$ e $p < .10$, respectivamente) o que indica que a presença daquelas variáveis torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo de anorécticas.

Quadro 64. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais (sempre), para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL Subdomínio 4 (Perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre))	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Depressão	44 (51.2)	32 (37.2)	.147	1.61	(.85-3.08)
Perturbação obsessivo-compulsiva	11 (12.8)	2 (2.3)	.046	4.73	(1.03-21.81)
Alcoolismo dos pais	11 (12.8)	4 (4.7)	.090	.32	(.09-1.19)

O quadro 65 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental**, subdomínios: problemas parentais – contexto familiar, problemas parentais – relação pais/filhas, problemas parentais – relação mãe/filhas e problemas parentais – relação pai/filhas.

Relativamente ao **subdomínio problemas parentais – contexto familiar**, este é significativo ($\chi^2 (11) = 58.59$; $p < .001$); o mesmo acontece em algumas das suas variáveis - contacto parental fraco ($p < .10$), isolamento familiar ($p < .05$) e não resolução de desentendimentos na família ($p < .001$). Os resultados sugerem que a presença de qualquer uma destas variáveis aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

O **subdomínio problemas parentais – relação pais/filhas** é significativo ($\chi^2 (3) = 10.56$; $p < .05$) apesar de nenhuma das suas variáveis apresentar significância estatística.

Já no que se refere ao **subdomínio problemas parentais – relação mãe/filhas**, este também é significativo ($\chi^2 (5) = 14.52$; $p < .05$); no entanto, apenas o envolvimento excessivo da mãe ($p < .10$) é marginalmente significativo, indicando que a presença daquela variável torna mais provável a pertença ao grupo das anorécticas.

Também o **subdomínio problemas parentais – relação pai/filhas** é significativo ($\chi^2 (2) = 6.09$; $p < .05$), apesar de nenhuma variável considerada para análise ter obtido resultados estatisticamente significativos.

Quadro 65. Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio problemas parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMÍNIO II AMBIENTAL		Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
	Subdomínio 1 Problemas parentais					
	Subdomínio 1.1 CONTEXTO FAMILIAR					
	Contacto parental fraco	30 (34.9)	14 (16.3)	.052	3.26	(.99-10.71)
	Separação dos pais	18 (20.9)	10 (11.6)	.986	1.01	(.25-4.05)
	Isolamento familiar	31 (36.0)	16 (18.6)	.017	4.49	(1.31-15.38)
	Discussões parentais	29 (33.7)	18 (20.9)	.348	2.23	(.42-11.96)
	Discussões parentais com envolv. sujeito	17 (19.8)	9 (10.5)	.380	.42	(.06-2.89)
	Discussão familiares que não conjugais	30 (34.9)	17 (19.8)	.709	1.30	(.33-5.05)
	Lidar com desentendimentos na família (não resolvidos)	45 (52.3)	9 (10.5)	.000	11.98	(3.45-41.66)
	Auto-avaliação inferior comparativ. irmãos	22 (25.6)	8 (9.3)	.284	2.72	(.44-16.93)
	Rivalidade entre irmãos	15 (17.4)	5 (5.8)	.472	2.22	(.25-19.55)
	Tensão familiar refeições	26 (30.2)	10 (11.6)	.759	.72	(.09-5.90)
	Tensão familiar refeições – tensão alimentação	12 (14.0)	2 (2.3)	.230	.18	(.01-2.98)
	Subdomínio 1.2. RELAÇÃO PAIS-FILHAS					
	Críticas do pais	27 (31.4)	14 (16.3)	.338	1.48	(.66-3.32)
	Pouco envolvimento parental	54 (62.8)	37 (43.0)	.160	.60	(.30-1.22)
	Afecto parental pobre	44 (51.2)	28 (32.6)	.220	1.72	(.72-4.06)
	Subdomínio 1.3. RELAÇÃO MÃE-FILHAS					()
	Pouco envolvimento da mãe	24 (27.9)	15 (17.4)	.249	.57	(.22-1.49)
	Envolvimento excessivo da mãe	9 (10.5)	1 (1.2)	.062	.13	(.01-1.11)
	Afecto da mãe pobre	20 (23.3)	12 (14.0)	.777	1.14	(.47-2.75)
	Expectativas elevadas da mãe	42 (48.8)	31 (36.0)	.535	1.26	(.61-2.61)
	Crítica excessiva da mãe	21 (24.4)	9 (10.5)	.168	2.06	(.74-5.75)
	Subdomínio 1.4. RELAÇÃO PAI-FILHAS					()
	Pouco envolvimento do pai	47 (54.7)	31 (36.0)	.100	.58	(.31-1.11)
	Afecto do pai pobre	38 (44.2)	27 (31.4)	.351	1.43	(.68-3.01)

O quadro 66 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (3) = 28.82; p < .001$), bem como as variáveis relativas

aos problemas de saúde graves que tenham afectado a aparência e o ser gozado pelos amigos ($p < .05$ e $p < .01$, respectivamente). Deste modo, os resultados evidenciam que a presença das referidas variáveis aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 66. Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 2 Acontecimentos disruptivos					
Probl. saúde grave que afectou aparência	12 (14.0)	1 (1.2)	.016	15.24	(1.65-140.57)
Gozado pelos amigos	52 (60.5)	25 (29.1)	.003	3.30	(1.48-7.33)
Gozado pelos amigos com ameaça real	19 (22.1)	8 (9.3)	.238	.44	(.11-1.72)

O quadro 67 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares (antes da idade index)**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (1) = 3.95$; $p < .05$) e a única variável considerada para análise - história passada de alcoolismo marginalmente significativa ($p < .10$), o que indica que a sua presença torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo das anorécticas.

Quadro 67. Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 3 Perturbação psiquiátrica nos pais e familiares antes da idade index					
Alcoolismo	24 (27.9)	14 (16.3)	.056	2.25	(.99-5.17)

O quadro 68 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (4) = 16.98$; $p < .01$). Apenas o abuso sexual apresentou valores marginalmente significativos ($p < .10$) aumentando, a história

passada daquele tipo de abuso, a probabilidade de se pertencer ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 68. Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMÍNIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 5 Abuso sexual, físico e psicológico					
Abuso sexual	17 (19.8)	5 (5.8)	.051	4.77	(.99-22.94)
Abuso físico	13 (15.1)	3 (3.5)	.154	6.70	(.49-91.80)
Abuso sexual ou físico severo e/ou repetido	17 (19.8)	4 (4.7)	.635	.62	(.09-4.49)
Maus tratos psicológicos	15 (17.4)	4 (4.7)	.129	2.89	(.73-11.28)

O quadro 69 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas**, subdomínios: risco de dieta – família e comportamento alimentar, risco de dieta – próprio e comportamento alimentar, risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar e risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade *índex*.

O **subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar** é significativo ($\chi^2 (11) = 30.82$; $p < .01$) e, de entre as variáveis consideradas para análise, a ingestão alimentar compulsiva nos familiares e os comentários dos pais sobre a alimentação ($p < .10$ e $p < .05$, respectivamente) são significativos, indicando a sua presença, que é mais provável que as participantes pertençam ao grupo das anorécticas.

Relativamente ao **subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar**, também este obteve resultados significativos ($\chi^2 (10) = 48.78$; $p < .001$). Apenas as variáveis atitude negativa do próprio face ao peso dos pais ($p < .01$) e o sentir-se gorda com preocupação ($p < .01$) apresentaram valores estatisticamente significativos, mostrando que a presença destas variáveis aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

O **subdomínio risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar** também é significativo ($\chi^2 (2) = 18.35$; $p < .001$). Apenas a variável gozo sobre forma, peso, alimentação ou aparência obteve resultados significativos ($p < .001$)

e indicadores de que a sua presença torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo das anorécticas.

Do mesmo modo, o **subdomínio risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade índex** é significativo ($\chi^2 (3) = 10.12$; $p < .05$) bem como o peso elevado durante a infância ($p < .05$); à semelhança dos resultados anteriores, a presença desta variável também aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 69. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de dieta, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1 Risco de dieta					
Subdomínio 1.1 FAMILIA E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Membro da família em dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso	35 (40.7)	21 (24.4)	.627	1.32	(.43-4.11)
Pais em dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso	19 (22.1)	4 (4.7)	.640	.68	(.14-3.39)
Comentários críticos na família sobre forma, peso	46 (53.5)	32 (37.2)	.809	1.15	(.37-3.60)
Pais com baixo peso	10 (11.6)	1 (1.2)	.176	.19	(.02-2.10)
Preocupação peso/forma corporal familiares	30 (34.9)	21 (24.4)	.996	.99	(.31-3.24)
Preocupação peso/forma corporal familiares - pais	13 (15.1)	5 (5.8)	.902	1.11	(.21-6.01)
PCA familiar	14 (16.3)	6 (7.0)	.578	1.49	(.36-6.13)
IAC familiar	16 (18.6)	8 (9.3)	.059	3.93	(.95-16.24)
Importância excessiva aparência familiar	14 (16.3)	7 (8.1)	.246	2.38	(.55-10.34)
Comentários na família sobre alimentação - pais	48 (55.8)	26 (30.2)	.012	.29	(.11-.76)
Ocupações de risco na família – pais w com comida	20 (23.3)	11 (12.8)	.462	1.49	(.51-4.36)
Subdomínio 1.2 PRÓPRIO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Atitude negativa do próprio face peso dos pais	15 (17.4)	1 (1.2)	.006	36.66	(2.87-468.52)
Fazer dieta influenciada/encorajada pelos familiares	15 (17.4)	6 (7.0)	.774	1.23	(.29-5.22)
Peso baixo na infância	11 (12.8)	19 (22.1)	.938	1.05	(.30-3.63)
Peso elevado na adolescência	20 (23.3)	7 (8.1)	.121	8.56	(.57-128.78)
Consequências negativas peso elevado na infância	12 (14.0)	3 (3.5)	.416	.40	(.05-3.60)
Consequências negativas peso elevado	16 (18.6)	4 (4.7)	.698	.57	(.04-9.32)

escola secundária					
Sentir-se enorme com preocupação	24 (27.9)	8 (9.3)	.128	.28	(.05-1.45)
Sentir-se gorda com preocupação	47 (54.7)	17 (19.8)	.008	.16	(.04-.62)
Irmãs mais magras com preocupação	14 (16.3)	4 (4.7)	.418	4.10	(.14-124.40)
Irmãs mais atraentes com preocupação	12 (14.0)	4 (4.7)	.376	.21	(.01-6.50)
Subdomínio 1.3 OUTROS QUE NÃO FAMILIARES E DIETA ALIMENTAR					()
Gozo grupo de pares sobre forma, peso, alimentação, ou aparência	41 (47.7)	15 (17.4)	.000	.26	(.12-.56)
Comentários repetidos dos outros sobre alimentação	15 (17.4)	6 (7.0)	.320	1.68	(.61-4.64)
Subdomínio 1.4 OBESIDADE NO PRÓPRIO E NOS PAIS ANTES DA IDADE INDEX					
Obesidade nos pais	38 (44.2)	26 (30.2)	.618	1.30	(.47-3.59)
Excesso peso da mãe	27 (31.4)	17 (19.8)	.630	1.32	(.43-4.07)
Peso elevado na infância	22 (25.6)	9 (10.5)	.017	3.41	(1.25-9.34)

O quadro 70 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas, subdomínio risco de obesidade**. Não só este subdomínio é significativo ($\chi^2(3) = 15.98; p < .01$), como também o são as variáveis obesidade nos pais - sempre e peso elevado durante a infância ($p < .05$ e $p < .10$, respectivamente). Os resultados obtidos também indicam que a presença daquelas variáveis torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo das anorécticas.

Quadro 70. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de obesidade, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 2 Risco de obesidade					
Obesidade dos pais (sempre)	44 (51.2)	27 (31.4)	.035	2.22	(1.06-4.64)
Peso elevado na infância	22 (25.6)	9 (10.5)	.092	2.55	(.86-7.56)
Peso elevado na adolescência	20 (23.3)	7 (8.1)	.154	2.20	(.74-6.53)

O quadro 71 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas, subdomínio perturbações**

alimentares nos pais e outros familiares. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (1) = 8.15$; $p < .01$), tal como a única variável considerada para análise - perturbações do comportamento alimentar nos familiares, sempre ($p < .01$) sugerindo que a sua presença aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 71. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio perturbações alimentares parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS Subdomínio 3 (Perturbações alimentares nos pais e outros familiares)	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
PCA familiares sempre	23 (26.7)	8 (9.3)	.008	3.14	(1.34-7.36)

Para finalizar, o quadro 72 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio factores de risco adicionais**. Este é significativo ($\chi^2 (4) = 28.80$; $p < .001$), tal como as variáveis sentimentos negativos em relação à menstruação ($p < .05$) e vivência de um acontecimento precipitante ($p < .05$) o que indica que a presença destas variáveis, torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo das anorécticas. A vivência de múltiplos acontecimentos precipitantes obteve resultados marginalmente significativos ($p < .10$) que mostraram igualmente que a presença desta variável aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 72. Regressão logística condicional no domínio factores adicionais, para as populações com anorexia e para a de controlo normal.

DOMINIO FACTORES DE RISCO ADICIONAIS	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo normal n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Sentimentos acerca menstruação – preparada mas com sent negativos	24 (27.9)	12 (14.0)	.041	2.45	(1.04-5.77)
Acontecimento precipitante	81 (94.2)	61 (70.9)	.036	4.54	(1.10-18.70)
Mais do que um acontecimento precipitante	65 (75.6)	39 (45.3)	.068	.42	(.16-1.07)
Importância religião	9 (10.5)	17 (19.8)	.198	.49	(.16-1.45)

1.3.4.2 COMPARAÇÃO DA AMOSTRA CLÍNICA COM ANOREXIA NERVOSA COM A AMOSTRA DE CONTROLO COM OUTRAS PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS – NÍVEL DE EXPOSIÇÃO POR SUBDOMÍNIO

À semelhança do estudo anterior, para a realização das análises de regressão logística condicional, foram estudados os mesmos pressupostos subjacentes à referida análise.

Numa primeira fase, foram excluídos todos os factores que, em pelo menos um dos grupos em comparação (anorexia nervosa e população de controlo psiquiátrica), não apresentaram variabilidade.

Assim, no domínio da **vulnerabilidade pessoal**, subdomínio características da infância, todos os itens foram considerados para a análise de regressão logística. No subdomínio das perturbações psiquiátricas pré-mórbidas apenas foi excluído o item relativo à história passada de abuso de drogas. No subdomínio problemas comportamentais foram excluídos a perda de controlo no consumo de drogas, a perda de controlo em gastos excessivos e a perda de controlo sobre o sexo. No subdomínio das perturbações psiquiátricas familiares (sempre) foram excluídos os itens relativos à história parental de perturbação obsessivo-compulsiva e de abuso de drogas.

Relativamente ao **domínio ambiental**, o subdomínio problemas parentais foi dividido em quatro subdomínios respectivos (i.e., contexto familiar, relação pais/filhas, relação mãe/filhas e relação pai/filhas); em qualquer um deles, todos os itens foram considerados. O mesmo pode dizer-se em relação aos subdomínios (acontecimentos disruptivos, gozo e agressão e abuso sexual, físico e psicológico), uma vez que todos os itens neles considerados apresentaram variabilidade entre as duas amostras. No que se refere ao subdomínio perturbação psiquiátrica nos familiares antes da idade índex, foi excluído o item história passada familiar de abuso de drogas.

Em relação ao domínio **vulnerabilidade para dietas**, o subdomínio risco de dieta foi subdividido em quatro subdomínios, respectivamente: família e comportamento alimentar, próprio e comportamento alimentar, outros que não familiares e comportamento alimentar e obesidade no próprio e nos pais antes da idade índex. Todos os itens considerados apresentaram variabilidade à excepção da variável história passada de dieta nos familiares por razões não relacionadas com o peso e/ou forma (subdomínio família e comportamento alimentar). Também não foram excluídos quaisquer itens nos subdomínios risco de obesidade e perturbações alimentares nos pais e outros familiares.

Finalmente, no domínio dos **factores de risco adicionais**, nenhum item foi excluído pelo que todos eles apresentaram variabilidade entre as duas amostras.

Seguidamente foram analisadas associações entre os potenciais factores de risco e a variável grupo - anorexia nervosa vs. controlo psiquiátrico. Deste modo, entraram para a regressão logística todos os factores de risco que mostraram associação significativa, ou marginalmente significativa, com a variável grupo. Todos os potenciais factores de risco que não mostravam associação significativa com o grupo foram excluídos.

Assim, e no que respeita ao domínio **vulnerabilidade pessoal**, foram excluídos por ausência de associação significativa, os itens: auto-avaliação negativa, timidez, ansiedade, complacência excessiva, ausência de amigos próximos, tipo escola frequentada, prática de mais exercício físico comparativamente com o grupo de pares, dificuldades de alimentação entre o nascimento e os 5 anos de idade, dificuldades de alimentação entre os 6 e os 12 anos de idade e infância passada em contexto rural/urbano (subdomínio características da infância); hiperactividade na infância, enurese na infância, depressão, abuso de álcool e perturbação maníaca (subdomínio perturbações psiquiátricas pré-mórbidas); ausência intencional à escola, problemas de conduta graves, comportamentos auto-flagelatórios, *overdose* de medicamentos, perda de controlo no consumo psicofármacos sem prescrição médica, perda de controlo no jogo, perda de controlo no consumo de tabaco e no roer de unhas (subdomínio problemas comportamentais antes idade índice excluído na totalidade); história de perturbação maníaca nos pais e familiares, história de depressão familiar e parental, história de abuso de drogas na família e história de alcoolismo familiar e parental (subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares, sempre).

Relativamente ao **domínio ambiental** foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens que se seguem: contacto parental fraco, isolamento familiar, discussões parentais, discussões parentais com envolvimento do sujeito, discussões familiares que não conjugais, favoritismo entre irmãos, tensão familiar durante as refeições e tensão familiar durante as refeições a propósito da comida (subdomínio problemas parentais – contexto familiar); ausência de disciplina parental, expectativas parentais elevadas, críticas parentais, envolvimento parental deficitário, envolvimento parental excessivo e afecto parental pobre (subdomínio problemas parentais – relação pais-filhas); envolvimento materno deficitário, envolvimento

materno excessivo, afecto pobre da mãe e crítica materna excessiva (subdomínio problemas parentais – relação mãe-filhas); envolvimento paterno deficitário, envolvimento paterno excessivo, crítica paterna excessiva e afecto pobre do pai (subdomínio problemas parentais – relação pai-filhas); morte de pessoas significativas, doença parental crónica, doença familiar e parental prolongada, problemas de saúde pessoais graves, problemas de saúde pessoais graves que afectaram aparência, acidente no próprio que afectou aparência, cicatrizes ou problemas de pele, mudanças para o estrangeiro e gozado pelos amigos com ameaça real (subdomínio acontecimentos disruptivos); história passada de depressão parental, história passada de perturbação obsessivo-compulsiva parental, história familiar passada de perturbação maníaca e história familiar passada de alcoolismo (subdomínio perturbação psiquiátrica nos familiares antes da idade *index*); gozo que não sobre a forma, peso, ou alimentação e agressão (subdomínio gozo e agressão excluído na totalidade); abuso sexual, abuso sexual severo e repetido, abuso físico, abuso físico severo e repetido, abuso sexual ou físico severo e/ou repetido e maus tratos psicológicos (subdomínio abuso sexual, físico ou psicológico excluído na totalidade).

No domínio **vulnerabilidade para dietas**, os factores que se seguem não mostraram associação significativa com a variável anorexia nervosa ou grupo de controlo normal, sendo excluídos da análise regressão logística posterior: história parental de dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso, história familiar de dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso, história parental passada de anorexia ou bulimia nervosas, pais com baixo peso, ingestão alimentar compulsiva na família, história familiar de baixo peso, comentários na família sobre a alimentação, pais que desempenharam actividades profissionais que envolveram o trabalho com a comida, comentários críticos parentais sobre forma e/ou peso e importância excessiva da boa forma familiar (subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar); dieta com amigas, fazer dieta influenciada/encorajada pelos familiares, peso baixo na infância, consequências negativas do peso elevado na infância e consequências negativas do peso elevado na adolescência (subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar); perturbações do comportamento alimentar nos conhecidos/amigos, dieta no grupo de pares, comentários repetidos dos outros sobre a forma e/ou peso e comentários repetidos dos outros sobre a alimentação (subdomínio risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar); história passada de excesso de peso paterno, história passada de excesso de peso materno e história passada de obesidade parental (subdomínio risco de dieta – obesidade no

próprio e nos pais antes da idade *index*); história de excesso de peso paterno e história de obesidade parental (subdomínio risco de obesidade, sempre); história parental de anorexia ou bulimia nervosas (subdomínio perturbações alimentares nos pais e outros familiares).

Para finalizar, e relativamente aos **factores de risco adicionais**, foram excluídos, por ausência de associação significativa, os itens: idade da menarca entre os 9-11 anos de idade, idade da menarca aos 13 anos de idade, idade da menarca entre os 14-18 anos de idade, sentimentos de não preparação para a menarca, crescimento do peito numa fase precoce ou tardia, embaraço em relação ao peito com dissimulação, gozação acerca do peito, história de gravidezes, primiparidade, multiparidade e história de aborto.

Num terceiro momento, nos casos em que havia uma associação significativa ou marginalmente significativa com a variável grupo mas em que existia uma percentagem superior a 20% de células com frequência esperada inferior a 5 (um dos pressupostos do teste de χ^2), tais factores de risco foram excluídos das posteriores análises. Esta situação verificou-se apenas nos **domínios vulnerabilidade pessoal e vulnerabilidade para dietas**, subdomínios perturbações psiquiátricas pré-mórbidas (item outras perturbações psiquiátricas) e risco de dieta – próprio e comportamento alimentar (item ocupações de risco), respectivamente.

O pressuposto da multicolinearidade também foi estudado, tendo sido eliminados todos os preditores que apresentaram resultados altamente correlacionados entre si (i.e., valores da tolerância $\geq .10$ ou VIF < 4). Este pressuposto não se verificou em nenhum domínio / subdomínio estudado.

Seguidamente, todos os domínios e respectivos subdomínios foram organizados tendo em conta o número máximo de preditores por sujeito. Neste caso foram seguidas as orientações de Stevens (1996), segundo as quais devem ser considerados 15 preditores por sujeito o que permitiu considerar 11 factores de risco por subdomínio ($166 / 15 = 12,26$).

O último pressuposto estudado teve que ver com a detecção de *outliers*, segundo o qual são eliminados sujeitos da análise de regressão logística sempre que o resultado do *ZResidual* esteja fora do intervalo $-3 / + 3$ ou cujo *Cook's* seja > 1 .

Neste caso não foram detectados *outliers* em nenhuma das regressões logísticas condicionais realizadas nos diferentes domínios e subdomínios pelo que nenhum sujeito foi eliminado das análises.

De seguida daremos início à apresentação dos resultados das análises de regressão logística por domínio/subdomínio. Foram considerados resultados com significância estatística todos os valores de $p < .05$ e marginalmente significativos os valores de $p < .10$.

O quadro 73 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio das características da infância**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (3) = 17.89$; $p < .001$) bem como todas as variáveis consideradas para a análise: o perfeccionismo ($p < .01$) e o tipo de estatura enquanto criança e adolescente ($p < .05$); a maior consciência em relação à aparência comparativamente com o grupo de pares é marginalmente significativa ($p < .10$). Os resultados obtidos também indicam que a presença de qualquer uma das referidas variáveis aumenta a probabilidade das participantes pertencerem ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 73. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio características da infância, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1					
Características da infância					
Perfeccionismo	45 (66.2)	30 (44.1)	.010	2.87	(1.28-6.42)
Mais consciente aparência do que pares	14 (20.6)	5 (7.4)	.058	3.26	(.96-11.11)
Estatura enq̄t çç/adolescente – alto/baixo com preocupação	18 (26.5)	8 (11.8)	.033	.23	(.06-.89)

O quadro 74 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio da vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre)**; este subdomínio é significativo ($\chi^2 (1) = 8.55$;

$p < .01$) e a única variável que apresenta resultados significativos é a perturbação obsessivo-compulsiva ($p < .05$) sugerindo que a sua presença aumenta a probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas.

Quadro 74. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade pessoal, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais (sempre), para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMÍNIO I VULNERABILIDADE PESSOAL Subdomínio 4 Perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre)	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Perturbação obsessivo-compulsiva	10 (14.7)	1 (1.5)	.028	10	(1.28-78.12)

O quadro 75 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental**, subdomínios: problemas parentais – contexto familiar, problemas parentais – relação pais/filhas, problemas parentais – relação mãe/filhas e problemas parentais – relação pai/filhas.

Relativamente ao **subdomínio problemas parentais – contexto familiar**, este é significativo ($\chi^2 (5) = 17.17$; $p < .01$). De entre as variáveis consideradas para análise, apenas a separação dos pais e a forma como a família lida com desentendimentos apresentaram resultados significativos ($p < .05$ em ambas). Os resultados obtidos também indicam que a presença de dificuldades por parte da família na resolução dos seus desentendimentos aumenta a probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo com anorexia nervosa. Contudo, a separação dos pais assume uma direcção inversa, uma vez que a presença desta variável aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com outras perturbações psiquiátricas.

O **subdomínio problemas parentais – relação pais/filhas** é marginalmente significativo ($\chi^2 (1) = 3.18$; $p = .075$), bem como a única variável considerada para a análise - controlo parental excessivo ($p < .10$). A presença desta variável torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo com outras perturbações psiquiátricas.

Do mesmo modo, o **subdomínio problemas parentais – relação mãe/filhas** também é marginalmente significativo ($\chi^2 (1) = 3.40$; $p = .065$), à semelhança do que acontece com a única variável considerada - expectativas elevadas da mãe ($p < .10$) indicando que a sua presença aumenta a probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas.

O **subdomínio problemas parentais – relação pai/filhas** não é significativo ($\chi^2 (1) = 1.99$; $p=.158$) nem a única variável que foi considerada para a análise.

Quadro 75. Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio problemas parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMÍNIO II AMBIENTAL		Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
	Subdomínio 1 (Problemas parentais)					
	Subdomínio 1.1 CONTEXTO FAMILIAR					
	Separação dos pais	14 (20.6)	25 (36.8)	.042	.37	(.15-.96)
	Discussões parentais com env sujeito	12 (17.6)	23 (33.8)	.124	.46	(1.20-7.12)
	Lidar com desentendimentos na família	35 (51.5)	23 (33.8)	.018	2.92	(.17-1.24)
	Auto-avaliação inferior comp irmãos	18 (26.5)	10 (14.7)	.469	1.46	(.53-4.04)
	Rivalidade entre irmãos	11 (16.2)	5 (7.4)	.277	2.29	(.51-10.17)
	Subdomínio 1.2. RELAÇÃO PAIS-FILHAS					
	Controlo parental excessivo	27 (39.7)	37 (54.4)	.082	1.91	(.92-3.96)
	Subdomínio 1.3. RELAÇÃO MÃE-FILHAS					
	Expectativas elevadas mãe	35 (51.5)	25 (36.8)	.074	2	(.94-4.27)
	Subdomínio 1.4. RELAÇÃO PAI-FILHAS					
	Expectativas elevadas pai	36 (52.9)	27 (39.7)	.163	1.56	(.83-2.93)

O quadro 76 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (4) = 23.60$; $p<.001$), bem como as variáveis mudança de figura parental e gozado pelos amigos ($p<.01$ e $p<.05$, respectivamente). Os resultados indicam que a presença de gozo aumenta a probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo com anorexia nervosa. No entanto, a presença de mudança de figura parental aumenta a probabilidade de pertença ao grupo com outras perturbações psiquiátricas.

Quadro 76. Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio acontecimentos disruptivos, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 2 Acontecimentos disruptivos					
Morte parental	2 (2.9)	9 (13.2)	.101	.12	(.01-1.52)
Mudança de figura parental	5 (7.4)	24 (35.3)	.008	.24	(.08-.69)
Mudanças de casa frequentes	42 (61.8)	52 (76.5)	.335	.62	(.24-1.63)
Gozado pelos amigos	39 (57.4)	28 (41.2)	.019	2.91	(1.18-7.13)

O quadro 77 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais e familiares** (antes da idade índex). Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (1) = 3.98$; $p < .05$). O alcoolismo parental (única variável considerada para análise) é marginalmente significativo ($p < .10$) e a sua presença revela uma maior probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo com outras perturbações psiquiátricas.

Quadro 77. Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio perturbações psiquiátricas nos pais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 3 Perturbação psiquiátrica nos pais antes da idade índex					
Alcoolismo pais	9 (13.2)	18 (26.5)	.058	2.5	(.97-6.44)

Através do quadro 78 podemos observar as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico**. Este subdomínio não é significativo ($\chi^2 (1) = 1.90$; $p = .168$), à semelhança da única variável considerada – abuso sexual ou físico severo/repetido.

Quadro 78. Regressão logística condicional no domínio ambiental, subdomínio abuso sexual, físico e psicológico, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMÍNIO II AMBIENTAL	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 5 Abuso sexual, físico e psicológico					
Abuso sexual ou físico severo e/ou repetido (antes idade <i>index</i>)	13 (19.1)	21 (30.9)	.174	.62	(.31-1.24)

O quadro 79 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do p , o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas**, subdomínios: risco de dieta – família e comportamento alimentar, risco de dieta – próprio e comportamento alimentar, risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar e risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais, antes da idade *index*.

O **subdomínio risco de dieta – família e comportamento alimentar** é significativo ($\chi^2 (7) = 23.33$; $p < .01$). A variável perturbações do comportamento alimentar na família antes da idade *index* também é significativa ($p < .05$), indicando que, a presença desta variável, aumenta a probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas.

Relativamente ao **subdomínio risco de dieta – próprio e comportamento alimentar**, também este obteve resultados significativos ($\chi^2 (6) = 31.69$; $p < .001$). A atitude negativa do próprio face peso dos pais, e o sentir-se gorda com preocupação associada, também apresentaram resultados significativos ($p < .01$ em ambas). A presença de qualquer uma destas variáveis torna mais provável que as participantes pertençam ao grupo com anorexia nervosa.

O **subdomínio risco de dieta – outros que não familiares e comportamento alimentar** também é significativo ($\chi^2 (1) = 4.61$; $p < .05$), bem como a única variável considerada para análise - gozo sobre a forma, o peso, a aparência ou a alimentação ($p < .05$) indicando, a presença desta variável, uma maior probabilidade de pertença ao grupo das anorécticas.

Do mesmo modo, o **subdomínio risco de dieta – obesidade no próprio e nos pais antes da idade *index*** é significativo ($\chi^2 (1) = 4.30$; $p < .05$), tal como o peso elevado na infância ($p < .05$), única variável considerada na análise. Os resultados obtidos também mostram que a presença daquela variável aumenta a probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo com anorexia nervosa.

Quadro 79. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de dieta, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMÍNIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Subdomínio 1 Risco de dieta					
Subdomínio 1.1 FAMÍLIA E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Membro da família em dieta outras razões que não peso e forma corporal	16 (23.5)	9 (13.2)	.207	1.92	(.70-5.31)
Comentários críticos na família sobre forma, peso	41 (60.3)	31 (45.6)	.955	1.02	(.47-2.22)
Preocupação peso/forma corporal familiares	26 (38.2)	14 (20.6)	.483	1.55	(.45-5.33)
Preocupação peso/forma corporal familiares - pais	11 (16.2)	4 (5.9)	.333	.42	(.07-2.41)
PCA familiares antes idade índex	12 (17.6)	1 (1.5)	.042	9.70	(1.08-86.94)
Importância excessiva aparência familiar	12 (17.6)	2 (2.9)	.292	2.41	(.47-12.40)
Comentários na família sobre alimentação - pais	41 (60.3)	25 (36.8)	.128	.52	(.23-1.20)
Subdomínio 1.2 PRÓPRIO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR					
Atitude negativa do próprio face peso dos pais	12 (17.6)	1 (1.5)	.004	36.28	(3.06-430.81)
Peso elevado adolescência	16 (23.5)	8 (11.8)	.392	.57	(.16-2.05)
Sentir-se enorme com preocupação	15 (22.1)	7 (10.3)	.392	.44	(.06-2.93)
Sentir-se gorda com preocupação	38 (55.9)	15 (22.1)	.005	.22	(.08-.64)
Irmãs mais magras com preocupação	12 (17.6)	3 (4.4)	.573	.33	(.01-15.70)
Irmãs mais atraentes com preocupação	12 (17.6)	3 (4.4)	.923	.82	(.02-40.91)
Subdomínio 1.3 OUTROS QUE NÃO FAMILIARES E DIETA ALIMENTAR					
Gozo grupo de pares sobre forma, peso, alimentação, ou aparência	30 (44.1)	19 (27.9)	.040	.42	(.18-.96)
Subdomínio 1.4 OBESIDADE NO PRÓPRIO E NOS PAIS ANTES DA IDADE ÍNDEX					
Peso elevado na infância	18 (26.5)	8 (11.8)	.048	2.43	(1.01-5.86)

O quadro 80 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas, subdomínio risco de obesidade**. Este subdomínio é marginalmente significativo ($\chi^2(3) = 6.38$; $p=.095$), apesar de nenhuma das variáveis consideradas obter resultados significativos.

Quadro 80. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio risco de obesidade, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS Subdomínio 2 Risco de obesidade	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
Excesso peso da mãe sempre	25 (36.8)	17 (25.0)	.222	1.64	(.74-3.61)
Peso elevado na infância	18 (26.5)	8 (11.8)	.168	2.02	(.74-5.47)
Peso elevado adolescência	16 (23.5)	8 (11.8)	.560	1.34	(.50-3.54)

O quadro 81 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio vulnerabilidade para dietas, subdomínio perturbações alimentares nos pais e outros familiares**. Este subdomínio é significativo ($\chi^2 (1) = 17.09$; $p < .001$) bem como a história de perturbações do comportamento alimentar na família ($p < .01$), única variável considerada para análise. A sua presença também indica uma maior probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo das anorécticas.

Quadro 81. Regressão logística condicional no domínio vulnerabilidade para as dietas, subdomínio perturbações alimentares parentais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO III VULNERABILIDADE PARA DIETAS Subdomínio 3 (Perturbações alimentares nos pais e outros familiares)	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	<i>p</i>	Odds ratios	IC 95%
PCA familiares sempre	21 (30.9)	3 (4.4)	.002	10	(2.34-42.78)

Para finalizar, o quadro 82 apresenta as frequências para cada variável considerada, os valores do *p*, o rácio de produtos cruzados (*odds ratios*) e os intervalos de confiança de 95% no **domínio factores de risco adicionais**. Este é significativo ($\chi^2 (5) = 25.77$; $p < .001$). As variáveis sentimentos negativos em relação à menstruação e importância da religião também apresentam resultados significativos ($p < .05$ em ambas). Quando se trata da presença de sentimentos negativos relativos à menarca, os resultados indicam uma maior probabilidade de pertença ao grupo com anorexia nervosa contudo, a importância da religião mostra uma maior probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo com outras perturbações psiquiátricas.

Quadro 82. Regressão logística condicional no domínio factores adicionais, para as populações com anorexia e para a de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

DOMINIO FACTORES DE RISCO ADICIONAIS	Anorexia nervosa n (%)	Pop. controlo psiquiátrica n (%)	p	Odds ratios	IC 95%
Idade da menarca 12	19 (27.9)	30 (44.1)	.256	.61	(.26-1.42)
Sentimentos acerca menstruação – preparada mas com sent negativos	20 (29.4)	4 (5.9)	.022	6.28	(1.30-30.25)
Acontecimento precipitante	63 (92.6)	56 (82.4)	.234	3.43	(.45-26.14)
Mais do que um acontecimento precipitante	52 (76.5)	44 (64.7)	.817	1.13	(.39-3.03)
Importância religião	7 (10.3)	26 (38.2)	.020	.32	(.12-.83)

O quadro 83 apresenta os valores obtidos na regressão logística condicional, por subdomínios relativos às três populações estudadas. Através da leitura do quadro, podemos observar quais os subdomínios que são capazes de predizer a pertença à população com anorexia nervosa.

Considerando o grupo de controlo normal, todos os subdomínios são significativos e discriminativos em relação à pertença ao grupo com anorexia nervosa, exceptuando o subdomínio problemas comportamentais.

Relativamente ao grupo com outras perturbações psiquiátricas, só não são significativos o subdomínio problemas parentais, relação pai-filhas e o subdomínio abuso sexual, físico e psicológico. Todos os outros subdomínios considerados distinguem a pertença ao grupo anorexia nervosa vs outras perturbações psiquiátricas.

Quadro 83. Regressão logística condicional, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal e anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas (quadro resumo).

	Grupo de controlo normal			Grupo de controlo psiquiátrico		
	χ^2	df	p	χ^2	df	p
DOMÍNIO I VULNERABILIDADE PESSOAL						
Subdomínio 1-Características da infância	34.32	5	<.001	17.89	3	<.001
Subdomínio 3-Problemas comportamentais	2.10	1	ns	-	-	-
Subdomínio 4-Perturbações psiquiátricas familiares (sempre)	12.38	3	<.01	8.55	1	<.01
DOMÍNIO II AMBIENTAL						
Subdomínio 1.1-Problemas parentais – Contexto familiar	58.59	11	<.001	17.17	5	<.01
Subdomínio 1.2-Problemas parentais – Relação pais-filhos	10.56	3	<.05	3.18	1	<.10
Subdomínio 1.3-Problemas parentais – Relação mãe-filhas	14.52	5	<.05	3.40	1	<.10
Subdomínio 1.4-Problemas parentais – Relação pai-filhas	6.09	2	<.05	1.99	1	ns
Subdomínio 2-Acontecimentos disruptivos	28.82	3	<.001	23.60	4	<.001
Subdomínio 3-Perturbação psiquiátrica nos pais e familiares (antes início problemas alimentares)	3.95	1	<.05	3.98	1	<.05
Subdomínio 5-Abusos	16.98	4	<.01	1.90	1	ns
DOMÍNIO III VULNERABILIDADE PARA AS DIETAS						
Subdomínio 1.1-Risco de dieta – Família e comportamento alimentar	30.82	11	<.01	23.33	7	<.01
Subdomínio 1.2-Risco de dieta – Próprio e comportamento alimentar	48.78	10	<.001	31.69	6	<.001
Subdomínio 1.3-Risco de dieta – Outros e comportamento alimentar	18.35	3	<.001	4.61	1	<.05
Subdomínio 1.4-Obesidade no próprio e nos pais (antes início problemas alimentares)	10.12	3	<.05	4.30	1	<.05
Subdomínio 2-Risco de obesidade	15.98	3	<.01	6.38	3	<.10
Subdomínio 3-Perturbações alimentares nos familiares	8.15	1	<.01	17.09	1	<.001
FACTORES DE RISCO ADICIONAIS	28.80	4	<.001	25.77	5	<.001

Notas: ns, resultado não significativo; -, domínio não incluído na análise pela ausência de associação significativa entre os factores de risco nos resultados das análises univariadas.

Finalmente, e com o objectivo de sistematizar os resultados significativos obtidos nas três populações estudadas - anorexia nervosa vs população normal e anorexia nervosa vs população com outras perturbações, podemos observar o quadro 84.

Podemos identificar um conjunto de factores que diferencia simultaneamente a população com anorexia nervosa, da população de controlo normal, os quais passaremos a mencionar: o contacto parental pobre, o isolamento familiar, a história passada de problemas de saúde graves que tenham afectado a aparência das jovens e a história actual ou passada de obesidade parental. Assim, podemos afirmar que a presença de qualquer uma destas variáveis aumenta a probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo das anorécticas, em detrimento da pertença ao grupo de controlo normal.

Há um outro conjunto de factores que diferencia simultaneamente a população com anorexia nervosa, das populações de controlo normal e com outras perturbações psiquiátricas que passaremos a citar: o perfeccionismo, a maior consciência em relação à aparência, comparativamente com o grupo de pares¹⁸, a história passada ou actual de perturbação obsessivo-compulsiva na família, o facto de a família nuclear não resolver os desentendimentos entre os seus membros, a história de gozo pelos amigos, a atitude negativa do próprio face ao peso dos pais, o sentimento de estar gorda com preocupação associada, o gozo pelo grupo de pares sobre a forma, peso alimentação e/ou aparência, o peso elevado na infância, a história familiar de perturbações do comportamento alimentar e os sentimentos negativos em relação ao aparecimento da menstruação. Assim, a presença de qualquer uma das variáveis referidas aumenta a probabilidade de as participantes pertencerem ao grupo com anorexia nervosa, em detrimento da pertença ao grupo de controlo normal e ao grupo de controlo com outras perturbações psiquiátricas.

¹⁸ Note-se, contudo, que apesar das diferenças obtidas entre as pacientes com anorexia e as participantes do grupo de controlo normal serem estatisticamente significativas, as diferenças obtidas entre as anorécticas e as participantes do grupo de controlo psiquiátrico são apenas marginalmente significativas.

Quadro 84. Valores significativos da regressão logística condicional por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal e anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas (quadro resumo).

Anorexia Nervosa Vs		
	Grupo de controlo normal	Grupo de controlo psiquiátrico
	<i>p</i>	<i>p</i>
DOMINIO I VULNERABILIDADE PESSOAL		
Subdomínio 1 Características da infância		
Auto-avaliação negativa	ns	-
Timidez	ns	-
Perfeccionismo	**	*
Sem amigos próximos	-	-
Ansiedade	-	-
Mais consciente aparência do que pares	**	†
Altura enq̄ cç/adolescente – alto/baixo com preocupação	ns	*
Subdomínio 3 Problemas comportamentais		
Roer unhas antes idade índex	ns	-
Subdomínio 4 Perturbações psiquiátricas nos familiares (sempre)		
<i>Depressão</i>	ns	-
<i>Perturbação obsessivo-compulsiva</i>	*	*
Alcoolismo	-	-
Alcoolismo pais	†	-

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Notas: ns, resultado não significativo; -, factores de risco não incluídos na análise pela ausência de associação significativa nos resultados das análises univariadas.

Quadro 84 (continuação). Valores significativos da regressão logística condicional por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal e anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas (quadro resumo).

Anorexia Nervosa Vs

	Grupo de controlo normal	Grupo de controlo psiquiátrico
	<i>p</i>	<i>p</i>
DOMÍNIO II AMBIENTAL		
Subdomínio 1		
Problemas parentais		
Subdomínio 1.1		
Contexto familiar		
Contacto parental fraco	†	-
Separação dos pais	ns	*
Isolamento familiar	*	-
Discussões parentais	ns	-
Discussões parentais com env sujeito	ns	ns
Discussão familiares que não conjugais	ns	-
Lidar com desentendimentos na família (não resolvidos)	***	*
Auto-avaliação inferior comp irmãos	ns	ns
Rivalidade entre irmãos	ns	ns
Tensão familiar refeições	ns	-
Tensão familiar refeições – tensão alimentação	ns	-
Subdomínio 1.2		
Relação pais-filhas		
Críticas parentais	ns	-
Pouco envolvimento parental	ns	-
Controlo parental excessivo	-	†
Afecto parental pobre	ns	-
Subdomínio 1.3		
Relação mãe-filhas		
Pouco envolvimento da mãe	ns	-
Envolvimento excessivo da mãe	†	-
Afecto da mãe pobre	ns	-
Expectativas elevadas da mãe	ns	†
Crítica excessiva da mãe	ns	-
Subdomínio 1.4		
Relação pai-filhas		
Pouco envolvimento do pai	ns	-
Afecto do pai pobre	ns	-
Expectativas elevadas do pai	-	ns

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Notas: ns, resultado não significativo; -, factores de risco não incluídos na análise pela ausência de associação significativa nos resultados das análises univariadas.

Quadro 84 (continuação). Valores significativos da regressão logística condicional por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal e anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas (quadro resumo).

		Anorexia Nervosa Vs	
		Grupo de controlo normal	Grupo de controlo psiquiátrico
		<i>p</i>	<i>p</i>
DOMINIO II AMBIENTAL			
Subdomínio 2			
Acontecimentos disruptivos			
Morte parental		-	ns
Mudança de figura parental		-	**
Problema de saúde grave que afectou aparência		*	-
Mudanças de casa frequentes		-	ns
Gozado pelos amigos		**	*
Gozado pelos amigos com ameaça real		ns	-
Subdomínio 3			
Perturbações psiquiátricas familiares antes da idade index			
Alcoolismo		†	-
Alcoolismo parental		-	†
Subdomínio 5			
Abuso sexual, físico e psicológico			
Abuso sexual		†	-
		ns	-
Abuso físico		ns	ns
Abuso sexual ou físico severo e/ou repetido		ns	ns
Maus-tratos psicológicos		ns	-

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Notas: ns, resultado não significativo; -, factores de risco não incluídos na análise pela ausência de associação significativa nos resultados das análises univariadas.

Quadro 84 (continuação). Valores significativos da regressão logística condicional por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal e anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas (quadro resumo).

Anorexia Nervosa Vs		
	Grupo de controlo normal	Grupo de controlo psiquiátrico
	<i>p</i>	<i>p</i>
DOMÍNIO III		
VULNERABILIDADE PARA DIETAS		
Subdomínio 1		
Risco de dieta		
Subdomínio 1.1		
Família e comportamento alimentar		
Membro da família em dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso	ns	-
Pais em dieta com o objectivo de influenciar/alterar forma e peso	ns	-
Comentários críticos na família sobre forma, peso	ns	ns
Pais com baixo peso	ns	-
Preocupação peso/forma corporal familiares	ns	ns
Preocupação peso/forma corporal familiares - pais	ns	ns
PCA familiares antes idade index	ns	*
IAC familiar	†	-
Importância excessiva aparência familiar	ns	ns
Comentários na família sobre alimentação - pais	*	ns
Ocupações de risco pais – trabalho com comida	ns	-
Subdomínio 1.2		
Próprio e comportamento alimentar		
Atitude negativa do próprio face ao peso dos pais	**	**
Fazer dieta influenciada/encorajada pelos familiares	ns	-
Peso baixo na infância	ns	-
Peso elevado na adolescência	ns	ns
Consequências negativas peso elevado na infância	ns	-
Consequências negativas peso elevado na adolescência	ns	-
Sentir-se enorme com preocupação	ns	ns
Sentir-se gorda com preocupação	**	**
Irmãs mais magras com preocupação	ns	ns
Irmãs mais atraentes com preocupação	ns	ns

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Notas: ns, resultado não significativo; -, factores de risco não incluídos na análise pela ausência de associação significativa nos resultados das análises univariadas.

Quadro 84 (continuação). Valores significativos da regressão logística condicional por domínio, nas populações anorexia nervosa vs controlo normal e anorexia nervosa vs controlo outras perturbações psiquiátricas (quadro resumo).

Anorexia Nervosa Vs		
	Grupo de controlo normal	Grupo de controlo psiquiátrico
	<i>p</i>	<i>p</i>
DOMINIO III		
VULNERABILIDADE PARA DIETAS		
Subdomínio 1		
Risco de dieta		
Subdomínio 1.3		
Outros que não familiares e comportamento alimentar		
Comentários repetidos dos outros sobre alimentação	ns	-
Gozo grupo de pares sobre forma, peso, alimentação, ou aparência	***	*
Subdomínio 1.4		
Obesidade no próprio e nos pais antes idade index		
Obesidade nos pais	ns	-
Excesso peso da mãe	ns	-
Peso elevado na infância	*	*
Subdomínio 2		
Risco de obesidade		
Obesidade dos pais (sempre)	*	-
Excesso peso da mãe (sempre)	-	ns
	†	ns
<i>Peso elevado na infância</i>		
Peso elevado na adolescência	ns	ns
Subdomínio 3		
Perturbações alimentares nos familiares		
PCA familiares (sempre)	**	**
DOMINIO		
FACTORES DE RISCO ADICIONAIS		
idade da menarca 12	-	ns
Sentimentos acerca menstruação – preparada mas com sentimentos negativos	*	*
Acontecimento precipitante	*	ns
Mais do que um acontecimento precipitante	†	ns
Importância religião	ns	*

† p<.10; * p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Notas: ns, resultado não significativo; -, factores de risco não incluídos na análise pela ausência de associação significativa nos resultados das análises univariadas.

1.4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este capítulo será organizado em torno dos principais resultados obtidos ao nível dos factores de risco que, no nosso estudo, se mostraram associados ao desenvolvimento de anorexia nervosa. Só seguidamente reflectiremos sobre os resultados obtidos tanto ao nível dos primeiros sintomas alimentares desenvolvidos, como no que respeita às características sócio-demográficas e clínicas das participantes.

Deste modo, e em primeiro lugar, iremos reflectir sobre os resultados obtidos nas comparações realizadas entre a amostra clínica com anorexia nervosa e os três grupos de participantes distintos: grupo de controlo normal, grupo de controlo psiquiátrico e grupo de pacientes com bulimia nervosa. Uma vez que todas as participantes de ambos os grupos de controlo estavam emparelhadas individualmente com grande parte das anorécticas, de acordo com a idade e nível sócio-económico, serão os resultados que obtiveram significância estatística, não só por intermédio das análises de regressão logística como ao nível das análises de regressão logística condicional, que serão realçados e alvo de debate crítico. Assim, e à semelhança de outros estudos empíricos que adoptaram metodologias idênticas à nossa (e.g., Fairburn, *et al.*, 1997, 1998, 1999; Gonçalves, 2004; Pike *et al.*, 2008), os resultados obtidos serão discutidos a três níveis distintos: (1) como factores de risco gerais associados ao desenvolvimento de psicopatologia – nas situações em que os factores considerados distinguem as anorécticas apenas das participantes do grupo de controlo normal, não se estendendo estas diferenças ao nível das comparações realizadas com as participantes do grupo de controlo psiquiátrico; (2) como factores de risco específicos associados ao desenvolvimento da anorexia nervosa em particular – sempre que os factores considerados diferenciarem as anorécticas, não só das participantes do grupo de controlo normal, como das participantes do grupo de controlo psiquiátrico; (3) como factores de risco que distinguem objectivamente as pacientes com anorexia nervosa das pacientes com bulimia nervosa.

Um outro aspecto, que nos pareceu bastante relevante, incidirá sobre a história dos problemas alimentares nas participantes com anorexia e bulimia nervosas; neste tópico, vamos reflectir sobre a idade de início dos primeiros sintomas alimentares, tipo de sintomatologia desenvolvida, curso e evolução da sintomatologia alimentar e diagnóstico

clínico, bem como a idade das participantes quando desenvolveram os quadros clínicos de anorexia e bulimia nervosas. Seguidamente, iremos abordar características da amostra no que concerne aos seus aspectos sócio-demográficos e clínicos que consideramos mais pertinentes e dignas de reflexão.

Posteriormente, serão apresentadas as principais conclusões que o nosso estudo permite formular através da sistematização e integração dos principais resultados obtidos.

Finalmente, serão apresentadas as principais limitações do nosso estudo e propostas sugestões que nos pareçam relevantes para a conceptualização de investigações futuras, cujo objectivo seja contribuir para os avanços na compreensão e esclarecimento da etiopatologia da anorexia nervosa e factores de risco associados.

1.4.1. ESTUDO DOS FACTORES DE RISCO

Os factores de risco avaliados no nosso estudo foram organizados em 3 grandes domínios: **Domínio I - Vulnerabilidade pessoal** (factores existentes no indivíduo ou na família que possam aumentar o risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricas em geral), **Domínio II – Ambiental** (circunstâncias adversas) e **Domínio III – Vulnerabilidade para dietas** (factores que possam aumentar a preocupação acerca da forma e peso corporais e da alimentação, aumentando o risco da realização de dietas).

Assim, e numa primeira análise dos resultados que obtivemos, podemos concluir que os factores de risco envolvidos no desenvolvimento da anorexia nervosa estão representados em todos os domínios: vulnerabilidade pessoal, ambiental e vulnerabilidade relativamente a dietas. Mais detalhadamente, e considerando os subdomínios específicos a cada um dos 3 grandes domínios avaliados, os subdomínios que se mostraram preditivos em relação à pertença ao grupo de pacientes com anorexia nervosa, quando se compararam estas com as participantes do grupo de controlo normal, foram todos os subdomínios considerados nas análises de regressão logística e análises de regressão logística condicional (exceptuando o subdomínio problemas comportamentais): (1) características específicas do sujeito durante a infância; (2) perturbações psiquiátricas nos familiares independentemente da idade de início da anorexia nervosa; (3) problemas parentais ao nível do contexto familiar e da relação pais-filhos, bem como com a figura materna e paterna, particularmente; (4) vivência de

acontecimentos disruptivos; (5) perturbações psiquiátricas nos pais e familiares, antes do início de problemas alimentares do sujeito; (6) história de abusos de natureza sexual, física ou maus tratos psicológicos; (7) existência de risco relativamente à realização de dietas ao nível familiar, do próprio sujeito, da influência de outros elementos e pela história de obesidade pré-mórbida no próprio sujeito ou nos seus pais; (8) presença de risco de obesidade no próprio sujeito ou nos seus pais; (9) história de perturbações alimentares nos familiares do sujeito; (10) existência de factores de risco adicionais, como a puberdade e sua vivência, bem como alguns acontecimentos pontuais e que tenham precedido o desenvolvimento da sintomatologia alimentar numa janela temporal de 12 meses. O poder preditivo dos subdomínios referidos estendeu-se às comparações realizadas entre anorécticas e participantes com outras perturbações, nomeadamente perturbações de ansiedade e perturbações depressivas. Assim, praticamente todos os subdomínios se mostraram preditivos em relação à pertença ao grupo de anorécticas, distinguindo as pacientes avaliadas não só das participantes do grupo de controlo normal, como das participantes com outras perturbações mentais, à excepção de 2 subdomínios: (1) problemas parentais ao nível da relação com a figura paterna em particular e (2) história de abusos. Finalmente, e de acordo com as comparações realizadas entre as pacientes com anorexia e as pacientes com bulimia, os subdomínios estudados, com excepção do subdomínio abuso sexual, físico e psicológico, são discriminativos quanto à pertença ao grupo de anorécticas. Realmente, e de acordo com numerosas referências da literatura, são estes os grupos de factores de risco que têm sido mais estudados a respeito do seu papel na etiopatologia das perturbações do comportamento alimentar (cf., Halmi, 2005; Jacobi, Hayward, Zwaan & Agras, 2004; Polivy & Herman, 2002; Schmidt, 2002). Interessa contudo perceber mais rigorosa e pormenorizadamente que factores podem especificamente vulnerabilizar para o desenvolvimento da anorexia nervosa, sendo para isso necessário estudá-los individualmente. Não obstante, podemos concluir que todos estes subdomínios contemplam alguns factores específicos que, de algum modo, se constituem e podem actuar como factores que podem predispor as jovens, vulnerabilizando para o desenvolvimento posterior de anorexia nervosa.

Assim, e com base nas análises realizadas variável a variável, comparando as pacientes com anorexia nervosa com as participantes das duas populações de controlo e pacientes com bulimia nervosa podemos concluir, à semelhança de outros estudos (e.g., Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies &

O'Connor, 1998; Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Pike, Hilbert, Wilfley, Fairburn, Dohm, Walsh & Striegel-Moore, 2008) que existem 2 grupos de factores de risco: os factores de risco gerais e os factores de risco específicos envolvidos na etiologia da anorexia. Encontramos ainda um conjunto de factores de risco que parecem distinguir as anorécticas das bulímicas do ponto de vista das suas trajectórias individuais.

Os **factores de risco gerais** (i.e., factores que, apesar de mais comuns nas pacientes com anorexia nervosa, a sua presença só distingue estas pacientes das participantes do grupo de controlo normal) identificados no nosso estudo são: (1) o contacto parental pobre; (2) o isolamento familiar; (3) a presença de tensão familiar durante as refeições por motivos relacionados com a alimentação; (4) o envolvimento excessivo da figura materna; (5) a história passada de problemas de saúde graves que tenham afectado a aparência das jovens; (6) a história de dietas realizadas pelos pais com o objectivo de influenciar o peso / forma corporais; (7) os comentários repetidos sobre a alimentação por parte de outros elementos que não família; (8) a história actual ou passada de obesidade parental.

Os **factores de risco específicos** (i.e., factores mais comuns nas pacientes com anorexia nervosa, comparativamente com as participantes do grupo de controlo normal e as participantes com outras perturbações) incluem: (1) o perfeccionismo; (2) a maior consciência em relação à aparência comparativamente com o grupo de pares; (3) a história de perturbação obsessivo-compulsiva na família; (4) o facto de a família nuclear não resolver os desentendimentos entre os seus membros; (5) a história de gozo pelos amigos; (6) a presença de comentários parentais sobre a alimentação; (7) a atitude negativa do próprio face ao peso dos pais; (8) o sentimento de estar gorda com preocupação associada; (9) o gozo pelo grupo de pares sobre a forma, peso, alimentação e / ou aparência; (10) o peso elevado na infância, (11) a história familiar de perturbações do comportamento alimentar; (12) os sentimentos negativos em relação ao aparecimento da menstruação; (13) a vivência de um acontecimento precipitante anterior ao início dos problemas alimentares.

Finalmente, os **factores de risco capazes de distinguir as pacientes com anorexia das com bulimia** são: (1) o baixo peso parental; (2) a história passada ou actual de abuso de drogas por parte dos familiares; (3) as expectativas parentais elevadas; (4) as expectativas elevadas por parte da figura materna; (5) as expectativas elevadas por parte da figura paterna; (6) os comentários críticos na família sobre a forma

e o peso corporais; (7) a importância excessiva dada pela família à manutenção de uma boa forma física; (8) a existência de consequências negativas relativamente à história de peso elevado durante a adolescência; (9) o peso elevado durante a adolescência.

1.4.1.1. FACTORES DE RISCO GERAIS ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DE PSICOPATOLOGIA

Como já foi referido, os resultados deste estudo mostram que há um conjunto de factores de risco que, apesar de mais comuns nas pacientes com anorexia nervosa, a sua presença só distingue estas pacientes das participantes do grupo de controlo normal. Assim, somos levados a concluir que esses mesmos factores não são específicos em relação à vulnerabilização para o desenvolvimento de anorexia nervosa em particular já que não foram obtidas diferenças em relação às participantes com outras perturbações, nomeadamente perturbações de ansiedade e depressivas.

Mais especificamente, e sobre os factores de risco gerais em particular, temos o **contacto parental fraco**, no sentido literal da palavra (i.e., situações nas quais as jovens se referiam a poucos ou nenhuns momentos de reunião com um ou ambos os progenitores), o **isolamento familiar** (nas circunstâncias em que os progenitores das pacientes não mantinham contacto com a família alargada, nem com elementos fora da sua rede familiar), a presença de **tensão familiar durante as refeições** (tensão esta associada com a alimentação) e o **envolvimento excessivo da figura materna** (caracterizado, sobretudo, pela preocupação excessiva). Estes factores foram agrupados no Domínio Ambiental da entrevista e surgem, todos eles, aparentemente associados a um contexto e a uma dinâmica familiar própria. Aliás, e como já tivemos oportunidade de documentar, a dinâmica familiar tem sido investigada como uma das importantes variáveis na literatura sobre o papel que alguns dos factores familiares podem desempenhar no risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar e anorexia nervosa em particular (e.g., Connors, 1996; Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Fairburn *et al.*, 1998; Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Latzer, Lavee & Gal, 2009). Contudo, e como salientam le Grange e colaboradores (2009), os resultados obtidos nos diferentes estudos que têm até então sido realizados estão longe de ser consistentes entre si, sobretudo no que respeita à possibilidade de esses mesmos factores poderem ser exclusivos ou serem mesmo mecanismos primários que estariam na base do risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar especificamente. Neste sentido, e em consonância com alguns estudos que já citámos

(e.g., Fairburn *et al.*, 1999; le Grange *et al.*, 2009; Shoebridge & Gowers, 2000), os nossos resultados apoiam, sobretudo, a inespecificidade dos factores familiares, especialmente ao nível do papel da dinâmica familiar, na etiologia da anorexia nervosa levando a acreditar que não existe uma família típica entre as pacientes com perturbações alimentares já que os factores que referimos, mais uma vez e de acordo com outros estudos (cf., le Grange, 2009), poderão aumentar o risco para o desenvolvimento de psicopatologia em geral já que não diferencia aquelas pacientes das participantes com outras psicopatologias. Assim, e à semelhança do posicionamento de le Grange e colaboradores (2009), os resultados que obtivemos não apoiam a existência de uma estrutura ou padrão de funcionamento familiar consistente nas famílias de elementos com anorexia nervosa e, muito provavelmente, nas famílias de pacientes com outras perturbações alimentares. De facto, e no que respeita a dinâmicas familiares caracterizadas pelo contacto parental fraco, o isolamento, a tensão durante as refeições e o envolvimento excessivo da mãe, não sendo estes potenciais factores de risco específicos para o desenvolvimento de anorexia nervosa, constituem-se, antes, enquanto factores que podem vulnerabilizar para o desenvolvimento de psicopatologia em geral. Acreditamos que a anorexia nervosa envolve, muito provavelmente, uma multiplicidade de contextos e vivências familiares. Aliás, e analogamente ao que outros estudos têm revelado, os nossos resultados indicam um conjunto algo diversificado de características parentais próprias, mas não específicas, dos pais das pacientes com anorexia nervosa, identicamente ao que poderá acontecer com os progenitores das participantes com perturbações de ansiedade e depressivas.

Já a interpretação quanto aos resultados obtidos ao nível da tensão familiar durante as refeições relacionada com a alimentação propriamente dita, que no nosso estudo distingue apenas as anorécticas das participantes do grupo de controlo normal, aquela é bastante mais complexa ou contraditória a respeito dos resultados obtidos noutros estudos; isto é, não avaliámos objectivamente a presença de conflitos durante as refeições, apesar de ser hoje considerada um provável factor de risco específico para o desenvolvimento de anorexia nervosa (e.g., Jacobi *et al.*, 2004; Kotler, 2001; Krug *et al.*, 2009; Mazzeo *et al.*, 2005; Nicholls & Vinner, 2009). Contudo, a existência, durante as refeições, de tensão ou de constrangimentos relacionados com a alimentação entre os elementos da família não distinguiu as anorécticas das participantes com outras perturbações o que, de certa forma, nos faz pronunciar sobre o facto de um ambiente

familiar constrangedor durante as refeições, com um foco particular nos alimentos e alimentação, ser um factor de risco comum ao desenvolvimento de psicopatologia. A reflexão sobre o papel do conflito / alimentação e etiopatologia alimentar será retomada mais adiante a título dos factores de risco específicos que identificámos, já que, muito provavelmente, exige a consideração de outros factores que não apenas o momento da refeição propriamente dito.

Considerando agora o papel dos pais das anorécticas ao nível dos potenciais factores de risco relacionados com a vulnerabilidade para a realização de dietas por parte das suas filhas (Domínio Vulnerabilidade para Dietas), a **história de dietas realizadas pelos pais com o objectivo de influenciar o peso e/ou forma corporais** e a **história passada ou actual de obesidade parental** foram, de novo, mais comuns nos progenitores das pacientes com anorexia nervosa, comparativamente com os pais das participantes do grupo de controlo normal. Mais uma vez, o carácter inespecífico destes factores deve ser alvo de atenção, sobretudo se considerarmos que os factores de risco mencionados têm sido considerados como factores que podem predispor especificamente as jovens para a realização de dietas (cf., Fairburn *et al.*, 1997, 1998, 1999). Contudo, e no que respeita à obesidade parental, os resultados que têm sido obtidos noutras investigações têm apenas confirmado a especificidade da obesidade no que respeita às pacientes com bulimia nervosa, sendo superior nestas, comparativamente com as participantes de ambos os grupos de controlo normal e psiquiátrico, não obtendo resultados relevantes ao nível das anorécticas (Fairburn *et al.*, 1998; Stice *et al.*, 1999). Curiosamente, o índice de massa corporal materno elevado distinguiu-se, num estudo longitudinal recente realizado por Nicholls e Viner (2009), no qual surge como factor protector relativamente ao desenvolvimento posterior de anorexia nervosa. Apesar de os resultados comentados desvalorizarem, de certo modo, o papel da obesidade parental na etiopatologia da anorexia nervosa, os resultados que posicionam o peso materno excessivo enquanto factor que poderá proteger as jovens no desenvolvimento posterior de anorexia nervosa não nos deixa indiferentes, sobretudo se considerarmos o facto de os nossos resultados terem suportado a dieta parental para controlo de peso enquanto factor de risco geral. De facto, e à semelhança do que tem sido descrito acerca da dieta e sua função na etiologia da anorexia nervosa – factor de risco vs sintoma, sabemos que apenas uma pequena minoria das jovens que a realiza desenvolve, posteriormente, perturbações alimentares (Fairburn *et al.*, 2005; Jacobi *et al.*, 2004). Do mesmo modo, e

não assumindo a prática de dieta por parte dos pais das anorécticas, especificidade suficiente para distinguir aqueles pais dos pais de outras jovens com outras problemáticas, especulamos se, mais importante do que a realização de dietas e peso real das figuras parentais, poderá ser a forma como as anorécticas vivenciam estas dimensões e influência que a sua percepção poderá exercer no desenvolvimento de preocupações com o peso e a forma corporal e sua associação com o comportamento alimentar propriamente dito.

Ainda a respeito dos factores de risco relacionados com a vulnerabilidade para a realização de dietas (Domínio Vulnerabilidade para Dietas), os **comentários repetidos sobre a alimentação por parte de outros elementos que não família nuclear** foram mais recorrentes nas anorécticas, comparativamente com as participantes do grupo de controlo normal; estes comentários diziam respeito especificamente às quantidades de comida que as jovens ingeriam ou ao tipo de alimentos que ingeriam. Mais uma vez, e de acordo com os nossos resultados, este tipo de comentários, de natureza repetida, podem ser considerados como um factor de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa, muito embora não específico desta perturbação. Nos estudos realizados por Fairburn e a sua equipa (1997, 1998, 1999) os resultados foram algo diferentes e apenas relativos aos comentários repetidos sobre a forma e peso corporais, e não sobre o que diz respeito à alimentação propriamente dita. Mais recentemente, no estudo realizado por Pike e colaboradores (2008), foram obtidos resultados significativos nos comentários críticos que englobavam não apenas a alimentação, mas também o peso e forma corporais, que foram superiores nas anorécticas, comparativamente com as participantes de ambos os grupos de controlo, no ano que precedeu o desenvolvimento dos primeiros sintomas alimentares. Pela natureza crítica assumida na variável referida e uma vez que estes comentários não eram discriminativos a respeito das pessoas que os faziam, a sua utilidade sobre a reflexão dos nossos próprios resultados é reduzida. Não obstante, a referência ao papel desempenhado pelos comentários relativos às dimensões corporais e alimentares das jovens com perturbações alimentares será retomada adiante.

Finalmente, e agora ao nível da vivência de acontecimentos disruptivos (Domínio Ambiental), a **história passada de problemas de saúde graves que tenham afectado a aparência** das jovens foi superior nas anorécticas, comparativamente com as participantes do grupo de controlo normal. De facto, os nossos resultados estão de acordo com os obtidos noutros estudos que têm apontado uma variedade de acontecimentos de

vida adversos, que estão para além das situações de abuso sexual e físico, e sua associação com o desenvolvimento posterior de perturbações alimentares. As adversidades estudadas têm sido de múltipla natureza, desde acontecimentos específicos que tenham ocorrido 12 meses antes do desenvolvimento dos primeiros sintomas alimentares, a situações disruptivas circunscritas à família, com especial destaque para as figuras parentais (cf., Fairburn, 1997, 1998, 1999; Nicholls & Viner, 2009; Pike *et al.*, 2008; Rojo *et al.*, 2006). Os resultados que têm sido obtidos têm gerado uma panóplia de acontecimentos disruptivos mais comuns, ora nas pacientes com anorexia nervosa (e.g., perda de familiares em primeiro grau, cf., Rastam & Gilberg, 1992), ora nas pacientes com bulimia nervosa (e.g., rupturas nos relacionamentos com familiares e/ou amigos, cf., Welsh *et al.*, 1997) na sua generalidade no que respeita às comparações realizadas com as participantes do grupo de controlo normal, não se estendendo os mesmos resultados às participantes do grupo de controlo psiquiátrico (com excepção dos obtidos nos estudos realizados por Horesh *et al.*, 1995, 1996 e Pike *et al.*, 2008). Assim, parece que a conclusão mais consistente a respeito do papel das adversidades e sua associação na vulnerabilização para o desenvolvimento posterior de perturbações alimentares é a de que não parece serem exclusivas destas perturbações, assumindo relevância na etiopatologia de outras entidades clínicas enquanto factor de risco geral para o desenvolvimento de psicopatologia. Não obstante, e de acordo com um número razoável de investigações, os nossos resultados também apoiam a constatação de que os sujeitos com anorexia e bulimia nervosas vivenciam mais acontecimentos de vida adversos antes do início do problema alimentar, comparativamente com as participantes sem história de psicopatologia. Contudo, e de acordo com a sugestão de Walsh e colaboradores (2005), permanece por esclarecer se são as pacientes com aquelas perturbações que realmente experienciam mais acontecimentos de vida adversos, se estas pacientes se recordam melhor dos acontecimentos de vida adversos, ou mesmo se as pacientes com perturbações alimentares são mais susceptíveis ao impacto dos acontecimentos de vida em geral.

Sistematizando: os resultados obtidos no nosso estudo apontam para um total de 8 factores de risco, de natureza inespecífica, mais comuns nas pacientes com anorexia nervosa, comparativamente com as participantes do grupo de controlo normal. Os factores de risco gerais que nós identificámos abrangem condições associadas ao contexto ou dinâmica familiar das anorécticas, factores relacionados com o papel dos pais

ou outros agentes significativos para as anorécticas ao nível da vulnerabilização para a realização de dietas e factores associados à vivência de acontecimentos disruptivos. Podemos também afirmar que o maior número de factores de risco detectados foi ao nível do Domínio Ambiental que, segundo Fairburn e colaboradores (1997, 1998, 1999), contempla um conjunto de circunstâncias adversas que, de acordo com os nossos resultados, estiveram circunscritas aos problemas parentais e acontecimentos disruptivos. Seguidamente, foi o Domínio Vulnerabilidade para Dietas que foi responsável pela identificação dos restantes factores que, no nosso estudo, estiveram localizados ao nível do risco para a realização de dietas e risco de obesidade. No Domínio da Vulnerabilidade Pessoal não foram identificados factores de risco gerais que, de acordo com o autor da entrevista, seria o que contemplaria um conjunto de factores avaliados nas pacientes ou seus familiares que, de algum modo, poderiam aumentar o risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas em geral.

1.4.1.2. FACTORES DE RISCO ESPECÍFICOS ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

Chegou o momento de reflectirmos sobre os factores de risco que, não só foram mais comuns nas pacientes com anorexia nervosa, como as diferenciou das participantes do grupo de controlo normal, bem como das participantes com outras perturbações, nomeadamente perturbações de ansiedade e perturbações depressivas. De facto, o nosso estudo, à semelhança de tantos outros (cf. Jacobi *et al.*, 2004) encontrou um conjunto de factores de risco específicos, particularmente associados ao desenvolvimento de anorexia nervosa.

Sobre o **perfeccionismo** (Domínio Vulnerabilidade Pessoal), variável que, no nosso estudo, foi enquadrada nos factores relacionados com as características da infância, podemos considerá-lo como um factor de risco que pode vulnerabilizar especificamente para o desenvolvimento de anorexia nervosa, já que os nossos resultados diferenciam as pacientes com aquela perturbação das participantes de ambos os grupos de controlo. Os resultados que obtivemos confirmam, à semelhança de três importantes estudos (cf. Fairburn *et al.*, 1999; Pike *et al.*, 2008; Wade *et al.*, 2008), que o perfeccionismo pre-mórbido é uma característica ou traço de personalidade que pode predispor especificamente para o desenvolvimento da anorexia nervosa. Entendemos o perfeccionismo como constructo que se define pela auto-avaliação que se baseia na

busca permanente de padrões pessoais extremamente exigentes. À semelhança do que tem sido defendido por muitos autores, acreditamos que, quando estamos perante uma perturbação do comportamento alimentar, estes padrões de funcionamento, altamente exigentes, são redireccionados para o controlo excessivo sobre a alimentação, forma e peso corporais (e.g., Shafran *et al.*, 2002). Assim, a relevância que o perfeccionismo tem assumido na literatura sobre as perturbações do comportamento alimentar não resulta exclusivamente do seu importante papel na etiopatologia destas perturbações. Ou antes, estes resultados apoiam, de alguma forma, as conceptualizações dominantes sobre as perturbações alimentares que destacam o perfeccionismo ao nível da importante função que este traço de personalidade pode assumir no favorecimento de uma procura determinada em relação a um ideal de magreza e habilidade subsequente que as jovens com anorexia nervosa desenvolvem no controlo rigoroso sobre a alimentação e peso corporal. Muitos autores defendem que, em resposta a alguns stressores ambientais, as jovens mais predispostas ao desenvolvimento de anorexia nervosa passam a exercer um controlo excessivo, rigoroso e rígido sobre a alimentação, hipotetizando que, deste modo, lhes é possível introduzir um sentido de controlo, previsibilidade e realização nas suas vivências (cf., Wade *et al.*, 2008). Estes autores têm, inclusivamente, sustentado que a anorexia nervosa persiste, uma vez que serve uma função de organização nos indivíduos que valorizam a simplicidade e previsibilidade. Deste modo, um grande impulso para organizar pode focar-se na previsibilidade dirigida ao peso e comida ingerida, que passam a representar um sentido de competência e auto-controlo. Consideramos que os nossos resultados são úteis na determinação da natureza e direcção da influência do perfeccionismo, arriscando dizer que, independentemente daquela característica de personalidade poder ser um importante factor concomitante da sintomatologia alimentar, é, antes de mais, uma característica que pode predispor, vulnerabilizando, para o desenvolvimento de anorexia nervosa.

Cientes de que este factor de risco não actua isoladamente, o próximo passo deve ser dedicado ao estudo e compreensão do papel do perfeccionismo em interacção com outros factores de risco. Assumindo que o nosso estudo avaliou o perfeccionismo no sentido lato do termo, também seria bastante relevante perceber se há diferenças entre o perfeccionismo dito benigno e o que tem sido designado por perfeccionismo clínico (e.g., Fairburn *et al.*, 2008; Wade *et al.*, 2008), ao nível da sua influência no desenvolvimento subsequente de perturbações do comportamento alimentar.

Ainda no que respeita aos factores relacionados com as características da infância, a **maior consciência em relação à aparência, comparativamente com o grupo de pares** (Domínio Vulnerabilidade Pessoal) também foi mais frequente nas anorécticas, comparativamente com as participantes de ambos os grupos de controlo. Esta variável avaliava especificamente a percepção que as jovens tinham em relação ao seu aspecto físico, no geral, e sobretudo em comparação com as outras adolescentes da mesma idade. O **sentimento de estar gorda com preocupação associada** (Domínio Vulnerabilidade para Dietas) foi igualmente mais comum no grupo de anorécticas, comparativamente com ambos os grupos de controlo. Se discutirmos os nossos resultados à luz dos que têm sido obtidos ao nível da insatisfação corporal e da preocupação com o corpo e/ou peso, são vários os estudos longitudinais que têm corroborado a associação entre estes factores e o desenvolvimento posterior de perturbações do comportamento alimentar. Por exemplo, na investigação realizada por Beato-Fernández e colaboradores (2004), a insatisfação com a imagem corporal avaliada aos 13 anos de idade e anterior ao desenvolvimento dos primeiros sintomas alimentares, mostrou predizer, dois anos mais tarde, o desenvolvimento de perturbações alimentares; aliás, o risco para o desenvolvimento destas perturbações foi estimado como sendo 3 vezes superior. Do mesmo modo, no estudo desenvolvido por McKnight e sua equipa (2003), a preocupação com o corpo mostrou predizer o início daquelas perturbações. Além do mais, na revisão da literatura conduzida por Jacobi e colaboradores (2004), os autores constataram que a preocupação com o peso é a variável que mais consistentemente prediz o desenvolvimento de perturbações alimentares, sendo este o resultado obtido em 9 de 10 estudos longitudinais que controlaram o início da sintomatologia alimentar. Apesar de os nossos resultados serem ao nível da maior percepção acerca da aparência e do sentimento de estar gorda com preocupação, podemos, de certa forma, inferir até que ponto ambos os factores podem conduzir à insatisfação com a imagem corporal e à preocupação com o peso, se é que estes quatro factores são dissociáveis uns dos outros. Hipotetizamos, inclusivamente, se não serão a consciência precoce acerca do corpo e o sentimento subjectivo de se sentirem gordas, que as pacientes com anorexia relatam, antes do desenvolvimento dos primeiros sintomas alimentares, um dos importantes factores mediadores responsáveis pela associação insatisfação / preocupação com o corpo e/ou peso e desenvolvimento subsequente de perturbações alimentares. De facto, tanto a insatisfação, como a

preocupação com o peso e/ou corpo, são factores necessários, mas não suficientes para o desenvolvimento de uma perturbação alimentar. Se assim não fosse como se explicaria o facto de a grande maioria das mulheres que se sente consideravelmente insatisfeita com o seu corpo não apresente, concomitantemente, sintomatologia alimentar clinicamente relevante (cf., Polivy & Herman, 2002; Tylka, 2004)? O nosso estudo contribuí particularmente para a relevância das questões associadas com a percepção e sentimentos subjectivos relacionados com o corpo e a vulnerabilização para o desenvolvimento de anorexia nervosa em particular, já que a maioria dos estudos que têm sido realizados têm essencialmente corroborado o papel daquelas variáveis enquanto factores de risco, associados ao desenvolvimento de perturbações alimentares no geral.

Os resultados que acabámos de referir remetem para a existência de importantes factores mediadores da relação insatisfação / preocupação com o corpo e/ou peso e desenvolvimento posterior de anorexia nervosa. Faz sentido considerar agora dois outros factores de risco que, no nosso estudo, também surgiram como sendo específicos das pacientes com anorexia nervosa: o **gozo pelo grupo de pares sobre a forma, peso alimentação e/ou aparência** (Domínio Vulnerabilidade para Dietas) e o **gozo pelo grupo de pares, independentemente do motivo** (Domínio Ambiental). Ambas as situações de gozo ou troca, foram mais frequentes nas anorécticas, comparativamente com as participantes dos dois grupos de controlo. Apesar de os nossos resultados serem bastante robustos ao nível do papel que o gozo (mesmo que não exclusivo em relação às questões corporais ou alimentares) pode assumir na vulnerabilização para o desenvolvimento posterior de anorexia nervosa, este potencial factor de risco não tem obtido resultados muito claros, no que respeita à distinção entre as perturbações do comportamento alimentar e as outras perturbações clínicas. Por exemplo, nos estudos desenvolvidos por Fairburn e colaboradores (1997, 1998, 1999), o gozo manifestado pelo grupo de pares acerca da forma, do peso, da alimentação ou da aparência não distinguiu as pacientes com anorexia nervosa dos dois grupos de controlo, normal e psiquiátrico e, apesar de ter diferenciado as bulímicas e pacientes com perturbações de ingestão alimentar compulsiva, das participantes do grupo de controlo normal, os resultados foram superiores neste último grupo. Num outro estudo, o gozo apareceu com um papel de destaque ao nível da mediação que poderá assumir na relação entre IMC e restrição alimentar (cf. Lunner *et al.*, 2000). Apesar de não encontramos nenhum estudo que tenha obtido resultados idênticos aos nossos, que distinguiram claramente o papel do gozo

como podendo estar associado à maior predisposição para o desenvolvimento de anorexia nervosa, os nossos resultados permitem-nos especular sobre se este factor não terá apenas ressonância nas jovens que têm mais consciência sobre a sua aparência e, simultaneamente, se sentem gordas, com preocupação associada, tornando-se, assim, mais vulneráveis em relação à troça perpetrada pelo seu grupo de pares.

O **peso elevado durante a infância** (Domínio Vulnerabilidade para Dietas) também foi mais comum na história desenvolvimental das anorécticas, comparativamente com as participantes de ambos os grupos de controlo. Podemos, assim, afirmar que o excesso de peso na infância é um factor de risco específico que se associou ao desenvolvimento de anorexia nervosa nas pacientes que participaram no nosso estudo. Não obstante, e considerando os artigos que revimos sobre o papel daquele factor na predisposição para o desenvolvimento de anorexia, os resultados estão longe de ser conclusivos. Assim, no que respeita à bulimia nervosa, a obesidade pre-mórbida, enquanto factor de risco, tem obtido maior concordância nos vários estudos (e.g., Fairburn *et al.*, 1998; Nishimura *et al.*, 2008), o mesmo não acontecendo em relação à anorexia nervosa (e.g., Bulik *et al.*, 2006). Existe a necessidade de se proceder a outros estudos que repliquem os resultados comentados, permitindo uma melhor compreensão do papel da obesidade infantil na trajectória desenvolvimental das crianças que desenvolvem anorexia nervosa durante a adolescência.

Ainda no Domínio Vulnerabilidade para Dietas, a presença de **comentários repetidos dos pais sobre a alimentação** (nomeadamente sobre as quantidades de comida que as jovens ingeriam ou sobre o tipo de alimentos que ingeriam), também foi mais frequente nas anorécticas, comparativamente com o testemunho das participantes dos dois grupos de controlo. Este resultado posiciona aquele factor enquanto factor de risco específico no desenvolvimento daquela perturbação. É interessante reflectir sobre a especificidade que os comentários sobre a alimentação podem assumir, quando os mesmos são realizados pelos próprios progenitores das anorécticas, já que, quando são pronunciados por outros elementos da rede relacional das pacientes, têm uma natureza inespecífica, tal como os nossos resultados também ilustraram. Podemos especular sobre se a existência destes comentários parentais que, pela sua natureza repetida, foram, muito provavelmente, acompanhando a trajectória desenvolvimental destas jovens, estão associados ao que tem sido descrito como padrão de alimentação restritiva e selectiva que, muitas vezes, acompanha estas jovens desde a sua infância. Este foi um dos

importantes resultados obtidos no estudo conduzido Nicholls e Viner (2009), no qual a alimentação restritiva avaliada durante os primeiros 10 anos de idade das participantes mostrou prever o desenvolvimento subsequente de anorexia nervosa. Num outro estudo, as crianças que, até aos 10 anos de idade, foram caracterizadas por comerem deficitariamente, serem esquisitas com a comida, comerem devagar ou não revelarem interesse pela comida, desenvolveram, mais tarde, sintomas de anorexia nervosa (cf., Marchi & Cohen, 1990). Durante a infância, a presença de conflitos relacionados com a alimentação, batalhas com a comida e a presença de refeições desagradáveis, também foram identificados como factores de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar numa idade mais avançada, predizendo inclusivamente, o diagnóstico de anorexia nervosa (Kotler *et al.*, 2001). Conjecturamos se o peso elevado durante a infância, que foi identificado no nosso estudo como factor de risco específico, poderá ter desencadeado este tipo de padrões alimentares, na tentativa de permitir aos pais combaterem o excesso de peso das suas filhas, sobretudo se considerarmos que, durante a adolescência, o peso elevado não distinguiu as anorécticas de nenhum dos grupos de controlo. Apesar das hipóteses explicativas avançadas, baseadas na eventual precocidade dos comentários parentais, não podemos descartar a possibilidade de estes comentários sobre a alimentação serem um factor concomitante com os primeiros sintomas alimentares, na medida em que também podem coincidir com a alteração das práticas alimentares e realização de dietas. Seria de grande utilidade perceber se a existência deste tipo de comentários coincide com o início das primeiras dietas realizadas pelas jovens já que, de acordo com o nosso estudo (entre outros, cf. Fairburn *et al.*, 2005), a dieta é o primeiro sintoma a iniciar estas jovens nas problemáticas alimentares, ou se, de facto, os comentários dos pais sobre o que as suas filhas comem e as respectivas quantidades vêm acompanhando a dinâmica alimentar, que, por sua vez, caracteriza as refeições destas jovens, desde uma fase precoce do seu desenvolvimento.

A presença de psicopatologia nos familiares das anorécticas foi não só mais frequente, como também as distinguiu das participantes de ambos os grupos de controlo. Nomeadamente, a **história familiar de perturbação obsessivo-compulsiva** (Domínio Vulnerabilidade Pessoal) e a **história familiar de perturbações do comportamento alimentar** (Domínio Vulnerabilidade para Dietas), surgiram como factores de risco específicos para o desenvolvimento de anorexia nervosa. Curiosamente, os resultados obtidos com outros estudos apenas têm distinguido as pacientes com anorexia e bulimia

nervosas das participantes do grupo de controlo normal, já que, quando são contemplados grupos de controlo psiquiátrico, a presença de psicopatologia nos familiares destas participantes também é significativa (e.g., Pike *et al.*, 2008). Quanto ao tipo de perturbações que se têm observado mais frequentemente nos familiares das pacientes com anorexia nervosa, essas perturbações são várias e não incluem apenas as que nós identificámos, como é o caso da depressão, do abuso de substâncias e de outras perturbações de ansiedade (e.g., Halmi *et al.*, 1991; Nicholls & Viner, 2009; Pike *et al.*, 2008;). Já no que respeita à presença de perturbações do comportamento alimentar nos familiares das pacientes com anorexia e bulimia nervosas, os nossos resultados também corroboram os que têm sido obtidos em outros estudos, mas apenas no que respeita às comparações realizadas com o grupo de controlo normal (e.g., Fairburn *et al.*, 1999; Strober *et al.*, 1990; Strober *et al.*, 2000). Contudo, os resultados mais consistentemente obtidos são os relativos à aparente agregação familiar de pais e parentes com perturbações do comportamento alimentar entre sujeitos com estas perturbações, havendo, de facto, alguma evidência que suporta que os familiares dos pacientes com anorexia e bulimia nervosas apresentam taxas mais elevadas quanto à história destas mesmas perturbações. Aliás, pela possível componente hereditária das perturbações alimentares, estas também foram avaliadas, independentemente da idade de início dos problemas alimentares desenvolvidos pelas próprias anorécticas. Curiosamente, a história familiar de perturbações alimentares só surge, como factor de risco quando é avaliada autonomamente da idade índice das nossas pacientes. Concluimos, assim, que os familiares dos sujeitos com anorexia nervosa representam um grupo de maior risco no que respeita à probabilidade de já terem desenvolvido, ou poderem ainda desenvolver, eles próprios, sintomatologia alimentar clinicamente relevante. Os nossos resultados permitem ainda concluir que esta vulnerabilidade parece ser específica dos familiares das anorécticas, comparativamente com os familiares das participantes com perturbações de ansiedade e perturbações de humor. Sem aprofundarmos o contributo dos estudos ao nível dos eventuais factores de risco biológicos para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, interessa realçar que estudos de gémeos com perturbações do comportamento alimentar têm sido consistentes na atribuição de uma fracção significativa para que a variabilidade na ocorrência de anorexia nervosa possa ser atribuída a factores genéticos, com a hereditariedade estimada na ordem dos 33 a 84% (Bulik, 2005).

No que respeita às questões relacionadas com a dinâmica familiar propriamente dita, e apesar de já termos reflectido sobre a natureza não específica de um conjunto razoável de factores familiares, o **modo como a família nuclear das anorécticas lida com desentendimentos, não os resolvendo** (Domínio Vulnerabilidade Pessoal), foi mais comum nas anorécticas, comparativamente com as participantes de ambos os grupos de controlo. Esta variável avaliava particularmente a forma como os elementos do agregado familiar, na sua generalidade pais e irmãos, geriam os desacordos entre si no sentido de ser, ou não, possível falar dos assuntos sobre os quais tinham diferentes posicionamentos ou se, inclusivamente, estes assuntos eram evitados. A nossa avaliação permitiu concluir que, nas famílias das anorécticas, quando surgiam pontos de divergência entre qualquer um dos membros da família, estes assuntos eram evitados ou escondidos/camuflados. Quanto aos resultados obtidos noutros estudos, estes apoiam, sobretudo, o carácter não específico de um conjunto de factores decorrentes de dinâmicas familiares próprias, não sendo claro se o disfuncionamento familiar contribui para o desenvolvimento de perturbações alimentares, ou se são estas que contribuem para o disfuncionamento familiar ou, ainda, se existe algum factor comum que contribua para ambos (e.g., le Grange *et al.*, 2010; Polivy & Herman, 2002). Aliás, o papel atribuído à discórdia familiar tem obtido resultados consistentes em alguns estudos que testemunham não só a sua superioridade, como as diferenças que as anorécticas, bem como as pacientes com bulimia nervosa e as pacientes com depressão, obtêm, comparativamente com as participantes do grupo de controlo normal. Contudo, e à semelhança do nosso estudo, Pike e colaboradores (2008), também concluíram pela maior frequência da discórdia familiar nas anorécticas, diferenciando-as das participantes dos grupos de controlo normal e psiquiátrico. Assim, de entre o conjunto diversificado de características parentais e suas manifestações nos vários sub-sistemas familiares, no que concerne à sua especificidade quanto à predisposição para o desenvolvimento de anorexia nervosa, comparativamente com as restantes nosologias psiquiátricas, os dados disponíveis não são consistentes. Não obstante, a incapacidade para resolver desentendimentos ou discórdias, evitando ou ignorando a sua existência, caracterizou especificamente as famílias das anorécticas que participaram no nosso estudo, comparativamente com o modo como as famílias das participantes sem história de psicopatologia e as famílias das participantes com perturbações de ansiedade ou perturbações depressivas o fazem.

A **atitude negativa do próprio face ao peso dos pais** (Domínio Vulnerabilidade para Dietas), também distinguiu as anorécticas das participantes de ambos os grupos de controlo. Assim, podemos assumir que o facto de as jovens se posicionarem criticamente em relação ao peso dos seus progenitores pode representar um factor de risco específico para o desenvolvimento de anorexia nervosa. O papel que esta variável pode assumir enquanto factor de risco não é claro já que esta postura crítica ou negativa em relação ao peso dos pais não nos informa sobre se esta postura está associada ao excesso de peso, ou não. Seria, de facto, interessante estudar a atitude das jovens face ao peso das suas figuras parentais, correlacionando o seu posicionamento em função do peso real dos seus pais, especulando-se se o excesso de peso poderá mediar esta associação. Na ausência de estudos que repliquem os nossos resultados, a sua generalização fica francamente comprometida. Como já tivemos oportunidade de referir, as críticas dirigidas ao peso e forma corporais das jovens que posteriormente desenvolvem perturbações do comportamento alimentar têm monopolizado o interesse de um número substancial de investigações. Também poderia ser útil perceber se existe associação entre uma postura crítica dos pais em relação ao peso / forma corporal das suas filhas e destas em relação ao próprio peso / forma corporal dos seus progenitores. A natureza mediadora destes factores de risco em relação à preocupação com o peso / forma e realização de dietas também beneficiaria que fosse estudada.

O nosso estudo também avaliou um conjunto de factores de risco que foram organizados numa rubrica adicional da entrevista intitulada Factores de Risco Adicionais. A este respeito, **os sentimentos negativos em relação ao aparecimento da menstruação** foram mais comuns nas anorécticas em comparação com as participantes dos dois grupos de controlo. Podemos assim concluir que, a insatisfação ou descontentamento, equivalentes a repulsa ou medo, no que respeita ao surgimento dos primeiros períodos menstruais, foram específicos das jovens que, no nosso estudo, desenvolveram posteriormente anorexia nervosa. Contudo, não há estudos que tenham investigado ou obtido resultados relativamente ao papel dos sentimentos negativos a respeito do aparecimento da menarca em especial. Já no que respeita ao papel da menarca precoce, tem sido estudada enquanto potencial factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares (e.g., Connors, 1996; Fairburn *et al.*, 1997, 1998, 1999). Tem-se teorizado sobre o facto da menarca conduzir ao aumento do tecido adiposo e a possibilidade de, quando surge prematuramente, afastar as jovens da forma

corporal normativa da adolescência e do ideal de magreza vigente o que, pelo menos em teoria, poderá aumentar a insatisfação com a imagem corporal e, conseqüentemente levar ao recurso às dietas e ao desenvolvimento de sintomatologia alimentar (e.g., Stice, 2002). Aliás, tem sido documentado que o período de maior risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa é durante a puberdade, existindo explicações de natureza biológica que vêm dar ênfase ao papel das mudanças hormonais inerentes àquele momento (e.g., Walsh *et al.*, 2005). Assim, e uma vez que no nosso estudo não foi possível avaliar o papel da menarca precoce pela ausência de associação significativa com a variável grupo (anorexia nervosa vs. controlo normal e anorexia nervosa vs. controlo psiquiátrico), seria útil a realização de estudos posteriores que investigassem a associação entre os sentimentos negativos relacionados com a menstruação e a idade em que esta surgiu.

Finalmente, o último factor de risco específico para o desenvolvimento de anorexia nervosa, que surgiu no nosso estudo, foi relativo à **vivência de um acontecimento precipitante anterior ao início dos problemas alimentares** (Domínio Factores de Risco Adicionais). Este factor diz precisamente respeito a acontecimentos particulares que tenham ocorrido nos 12 meses anteriores ao desenvolvimento dos primeiros sintomas alimentares que, no nosso estudo, corresponderam, em grande parte, à realização de uma dieta estruturada e duradoura. Os acontecimentos precipitantes avaliados foram vários e incluíam: (1) mudança de casa, (2) mudança de país, (3) doenças, (4) gravidez ou nascimento, (5) luto, (6) doenças num elemento significativo, (7) alterações no agregado familiar, (8) início de relacionamento afectivo sério, (9) término de relacionamento afectivo sério, (10) abuso sexual, (11) agressões, (12) exames ou pressão na escola / trabalho, (13) *stress* ou pressão por qualquer outra razão, (14) comentários críticos sobre forma / peso corporais ou alimentação e (15) qualquer outro acontecimento significativo para o sujeito. O objectivo principal do estudo das variáveis referidas foi perceber se a vivência de acontecimentos significativos que, pela proximidade temporal com o desenvolvimento de sintomas alimentares clinicamente relevantes (ano anterior), poderia predispor as jovens que mais tarde desenvolvem anorexia nervosa, precipitando o seu início. De facto, o nosso estudo confirma esta hipótese, já que a vivência de um acontecimento significativo no ano que antecedeu o desenvolvimento de sintomas alimentares foi mais frequente nas anorécticas, comparativamente com as participantes de ambos os grupos de controlo. Nos estudos que avaliaram o papel de acontecimentos precipitantes no início dos primeiros sintomas alimentares, os resultados são

inconsistentes entre si (e.g., Fairburn *et al.*, 1997, 1998, 1999 vs. Pike *et al.*, 2008). Mais precisamente, e à excepção de uma investigação, em nenhum dos estudos realizados os acontecimentos precipitantes distinguiram as anorécticas das participantes com outras perturbações mentais, reservando-se as diferenças apenas para as participantes dos grupos de controlo normal (cf., Gowers *et al.*, 1996; Pike *et al.*, 2008). Inclusivamente, nos resultados obtidos por Rojo e colaboradores (2006), a superioridade no que respeita à vivência destes acontecimentos estava associada, em mais de metade dos sujeitos com perturbações do comportamento alimentar, à presença de um diagnóstico comórbido. Contudo, e considerando em particular um dos resultados obtidos por Pike e colaboradores (2008), que conclui pela natureza precipitante que os comentários críticos acerca do peso, forma ou alimentação podem desempenhar quando realizados durante os 12 meses que precedem o desenvolvimento de anorexia nervosa, poderia ser vantajoso, em investigações posteriores, estudar cada um dos acontecimentos significativos referidos isoladamente.

Sintetizando, os resultados obtidos no nosso estudo apontam para um total de 13 factores de risco, de natureza específica, que são mais frequentes nas pacientes com anorexia nervosa, comparativamente com as participantes do grupo de controlo normal e do grupo de controlo com outras perturbações. Os factores de risco específicos que nós identificámos abrangem, sobretudo, condições associadas à vulnerabilização para a realização de dietas, tal como tínhamos hipotetizado e de acordo com outros estudos. Num número bastante mais reduzido, seguem-se os factores de risco relacionados com a vulnerabilidade pessoal e ambiental.

1.4.1.3. FACTORES DE RISCO QUE DISTINGUEM AS PACIENTES COM ANOREXIA NERVOSA DAS PACIENTES COM BULIMIA NERVOSA

Quanto aos factores de risco que distinguiram especificamente as pacientes com anorexia nervosa, das pacientes com bulimia nervosa, encontramos dois tipos de factores: os que são mais comuns nas anorécticas, comparativamente com as bulímicas e o inverso. Curiosamente, das comparações realizadas, verificamos uma superioridade no que respeita ao número de factores de risco que são mais frequentes nas pacientes com bulimia, comparativamente com as anorécticas (7 vs. 2, respectivamente).

Assim, tanto as **expectativas elevadas por parte da figura materna** (Domínio Vulnerabilidade Ambiental), como o **baixo peso parental** (Domínio Vulnerabilidade para

Dietas), foram mais frequentes nas anorécticas, comparativamente com as bulímicas. Já no que respeita aos factores de risco relacionados com a **história passada ou actual de abuso de drogas na família** (Domínio Vulnerabilidade Pessoal), às **expectativas parentais elevadas** (Domínio Vulnerabilidade Ambiental), às **expectativas elevadas por parte da figura paterna** (Domínio Vulnerabilidade Ambiental), aos **comentários críticos na família sobre a forma / peso corporais** (Domínio Vulnerabilidade para Dietas), à **importância excessiva na família para a manutenção de uma boa forma física** (Domínio Vulnerabilidade para Dietas), ao próprio **peso elevado durante a adolescência** (Domínio Vulnerabilidade para Dietas) e à presença de **consequências negativas decorrentes do peso elevado durante a adolescência** (Domínio Vulnerabilidade para Dietas), foram, todos eles, mais comuns nas bulímicas, comparativamente com as anorécticas.

Mais detalhadamente, e ao nível da presença de psicopatologia familiar que, no que respeita ao abuso de drogas foi mais frequente nos familiares das bulímicas, os nossos resultados estão em conformidade com os que têm associado taxas mais elevadas de perturbações pela utilização de substâncias nos familiares destas pacientes (cf., Fairburn *et al.*, 1998, 1999; Jacobi *et al.*, 2004).

Quanto ao papel das expectativas parentais elevadas, ou exigências parentais excessivas, têm sido referidas como sendo mais frequentes ora nas pacientes com anorexia, ora nas pacientes com bulimia, comparativamente com os grupos de controlo (e.g., Fairburn *et al.*, 1998; Pike *et al.*, 2008). Deste modo, o nosso estudo contribui, de certa forma, para mostrar a importância que o papel das expectativas parentais pré-mórbidas poderá desempenhar na predisposição para o desenvolvimento de ambas as perturbações alimentares, apesar do seu destaque nas pacientes com bulimia. Acresce o facto de se poder especular sobre o papel que os diferentes progenitores, tratando-se da mãe ou do pai, podem desempenhar ao nível das exigências que colocam às suas filhas.

Quanto ao baixo peso parental, que foi mais frequente nas anorécticas, distinguindo-as das bulímicas, não tendo uma interpretação linear e sustentada noutros estudos, podemos especular sobre a sua eventual associação com as expectativas maternas elevadas, que também foram superiores nas anorécticas. Retomaremos este assunto mais adiante.

No que respeita aos factores de risco avaliados como predispondo especificamente para o desenvolvimento de dietas, podemos concluir de imediato que a

maioria dos factores de risco capazes de distinguir as anorécticas das bulímicas, sendo mais comuns nestas, se concentram nas situações capazes de vulnerabilizar particularmente estas jovens para a realização de dietas. Aliás, entre os factores de risco mais comuns nas jovens que, posteriormente, desenvolvem bulimia nervosa, destacam-se os que se relacionam essencialmente com o peso e forma corporais destas e respectivo impacto nas suas vidas. Assim, e de acordo com os nossos resultados, podemos especular sobre se, tendo estas jovens um peso excessivo pré-mórbido, durante o período da adolescência, num cenário em que o excesso de peso tinha consequências negativas, afectando, por exemplo, o modo como estas jovens se relacionavam com os seus pares ou como praticavam desporto, numa família onde era excessivamente valorizada a manutenção de uma boa forma corporal e onde, simultaneamente, existiam comentários críticos sobre o peso / forma corporais, distingue a trajectória das jovens que, posteriormente, desenvolvem bulimia, das que desenvolvem anorexia. Estes resultados apontam para um foco mais particular nas questões do peso e forma corporais que parecem ser mais incisivas nas famílias das bulímicas. Estas conclusões já tinham sido avançadas no estudo realizado por Fairburn e colaboradores (1999) no qual também foram os factores que aumentam o risco para a realização de dietas os mais comuns nas bulímicas, comparativamente com as anorécticas. Podemos inclusivamente hipotetizar se não existirá alguma relação com o facto de termos verificado que o baixo peso parental não só é mais comum nos progenitores das anorécticas, como as distingue das bulímicas. O modo como o baixo peso parental poderia atenuar a ênfase na importância atribuída ao peso e forma corporais das suas descendentes fica por esclarecer. De qualquer modo não temos informação suficiente sobre os factores que medeiam o impacto sobre as considerações dos familiares acerca do peso e forma corporais e a predisposição para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Contudo, e através dos nossos resultados, nas famílias das anorécticas poderá existir um maior foco nas questões associadas com a manutenção de um baixo peso, à semelhança das próprias figuras parentais, comparativamente com a família das bulímicas. Nestas, o foco principal parece incidir sobre as questões associadas ao peso elevado destas jovens, com consequências negativas para as mesmas, e à manutenção de uma forma física saudável, envolvendo elementos que estão para além das figuras parentais e que, por sua vez, se destacam pelas críticas que tecem a respeito das questões corporais.

Reflectindo agora de forma mais macro sobre os factores de risco que distinguiram as anorécticas das bulímicas, os que foram mais frequentes nas anorécticas referem-se às expectativas elevadas por parte da figura materna e ao baixo peso parental. A este respeito seria interessante perceber se as expectativas maternas excessivas se associam especificamente ao peso ou forma corporal das próprias filhas no sentido delas próprias manterem um peso inferior. Apesar das expectativas elevadas de ambas as figuras parentais terem sido mais comuns nas bulímicas, se considerarmos que as expectativas elevadas da figura paterna são mais frequentes nestas, e as maternas nas anorécticas, podemos especular sobre se aquelas se associam a diferentes tipos de exigências em áreas distintas da vida das pacientes ou, mais especificamente, a considerações a respeito das questões sobre o peso e forma corporais diferentes. Nas anorécticas, provavelmente mais relacionadas com a manutenção de um baixo peso e, nas bulímicas, eventualmente mais dirigidas ao peso elevado das jovens durante o período da adolescência. De qualquer modo, e para que se possam avançar conclusões mais sólidas, é inevitável a realização de outros estudos que comparem os factores de risco entre as duas perturbações alimentares estudadas.

1.4.2. HISTÓRIA DA SINTOMATOLOGIA ALIMENTAR NAS PARTICIPANTES COM ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS

Chegou agora o momento de reflectir sobre os resultados obtidos ao nível da idade de início dos primeiros sintomas alimentares, tipo de sintomatologia que foi então desenvolvida, o seu curso e evolução, bem como os subtipos de diagnóstico clínico e idade das participantes quando desenvolveram os quadros clínicos completos para o diagnóstico de anorexia e bulimia nervosas.

Quanto aos resultados obtidos relativamente à **idade de início dos primeiros sintomas alimentares** das pacientes com anorexia nervosa (i.e., *idade index*), esta correspondeu a uma idade média de 15.72; as pacientes com bulimia nervosa apresentaram uma média de idades para o início da sua sintomatologia, ligeiramente inferior (14.84). Estes resultados confirmam um início da sintomatologia alimentar tipicamente circunscrito a meio da adolescência, à semelhança do que tem sido consistentemente suportado empiricamente (e.g., Keski-Rahkonen *et al.*, 2007; Wilson *et*

al., 2007). Curiosamente, e ao contrário do que tem sido descrito por alguns estudos (e.g., Fairburn *et al.*, 1999; Pike *et al.*, 2008), as anorécticas que participaram nesta investigação apresentam uma idade de início ligeiramente mais tardia e superior à das pacientes com bulimia nervosa. Muitos estudos têm estimado o início dos primeiros sintomas alimentares nas jovens que, posteriormente, desenvolvem quadros clínicos de anorexia nervosa, em média, aos 14 anos de idade; já em relação à bulimia nervosa, o início dos primeiros sintomas tem correspondido a uma média de 15 anos de idade (cf., Fairburn *et al.*, 1997, 1999; Pike *et al.*, 2008; Wentz *et al.*, 2009). Os nossos resultados, de certa forma não apoiam esta distribuição mais comumente observada em estudos com jovens provenientes de outras culturas (seja com amostras comunitárias, seja com amostras provenientes de contextos clínicos) e, ao contrário do que tem sido descrito, documentam uma idade de início ligeiramente mais avançada associada ao desenvolvimento de anorexia, e surpreendentemente superior, comparativamente com as bulímicas. Assim, e de acordo com os nossos resultados, são as pacientes com bulimia nervosa que iniciam mais precocemente a sua sintomatologia alimentar, mais precisamente 1 ano antes do início dos primeiros sintomas das jovens que, posteriormente, desenvolvem anorexia nervosa.

A idade em que tiveram início as perturbações do comportamento alimentar avaliadas na actualidade (i.e., *idade index*) foi definida como a idade em que as participantes iniciaram um (ou mais) dos seguintes comportamentos: dieta, vômito auto-induzido, uso de laxantes e / ou episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Tanto as pacientes com anorexia, como as pacientes com bulimia iniciaram o seu primeiro comportamento alimentar sintomático com a realização de uma **dieta** persistente e duradoura (i.e., duração mínima de 3 meses) cujo objectivo principal dizia respeito ao controlo do peso e da forma corporal. Os nossos dados também indicam que a dieta foi o sintoma que iniciou ambas as problemáticas alimentares em mais de metade das jovens (apesar da ligeira superioridade verificada nas pacientes com anorexia nervosa). Os resultados obtidos confirmam, assim, as descrições que têm sido documentadas e que posicionam a dieta, ou restrição alimentar, como a característica mais distinta das perturbações do comportamento alimentar sendo, na anorexia nervosa, aquele comportamento o principal responsável pela perda de peso (cf., Bulik *et al.*, 2005; Fairburn, 2008; Fairburn *et al.*, 2005; Fairburn & Harrison, 2003; Wilson *et al.*, 2007). A maior diferença registada entre as participantes diz respeito ao posicionamento da

preocupação excessiva com o peso e / ou a forma corporal já que, nas anorécticas, esta preocupação precedia a restrição alimentar, ao contrário do que se verificou com as bulímicas, cuja preocupação excessiva com o peso e / ou a forma corporal surgiu posteriormente à realização de dieta. Este resultado, aparentemente incongruente ou, pelo menos, digno de nota, remete para a natureza pouco clara da relação entre dieta e preocupação com a imagem corporal na etiopatologia alimentar, permanecendo ainda por esclarecer os factores que medeiam esta relação (e.g., Jacobi *et al.*, 2004; Tylka, 2004). De facto, tem-se especulado sobre a necessidade da preocupação com o peso / forma ser um factor imprescindível ao desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar, apesar de não ser suficiente (e.g., Polivy & Herman, 2002). Aliás, este factor pode constituir-se como um sintoma cognitivo decorrente da sobrevalorização do peso e forma corporais que caracteriza uniformemente as diferentes perturbações alimentares (cf., Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003). É especulável o facto da preocupação excessiva com o peso / forma corporal surgir antes da prática de dieta e, inclusivamente, poder constituir-se como factor de risco para o desenvolvimento destas perturbações ou, surgindo posteriormente, ser apenas um sintoma concomitante. Esta diferença poderia permitir distinguir, com alguma antecipação, as jovens que, posteriormente, irão desenvolver anorexia, das que desenvolverão bulimia na conjugação com outros sintomas característicos destas patologias.

Relativamente aos restantes comportamentos sintomáticos que iniciam o que posteriormente conduziu ao diagnóstico de uma perturbação alimentar, no que respeita às pacientes com anorexia nervosa seguem-se a prática de **exercício físico excessivo**, a utilização de **vómito auto-induzido** de forma regular e os **episódios de ingestão alimentar compulsiva**, todos eles desenvolvidos por volta dos 17 anos de idade (idade média). O **abuso de laxantes** surgiu posteriormente e por volta dos 18 anos de idade (idade média). A combinação dieta / exercício físico excessivo foi o comportamento sintomático mais frequente, a seguir à prática isolada de dieta. Aliás, os nossos resultados indicaram que a utilização de métodos purgativos por parte das anorécticas nunca surgiu isoladamente e apartada da dieta já que esta acompanha a quase totalidade dos restantes sintomas do comportamento alimentar. Nas pacientes com bulimia nervosa assistimos a algumas diferenças. Assim, é por volta dos 16 anos de idade que surgem os primeiros episódios de ingestão alimentar compulsiva; segue-se, por volta dos 17 anos, a prática de exercício físico excessivo e a utilização do vómito auto-induzido com

regularidade. O consumo de laxantes surge aos 18 anos de idade. A combinação dieta / vômito foi o comportamento sintomático mais frequente, a seguir à prática isolada de dieta, verificando-se que, e à semelhança das pacientes com anorexia, nenhuma participante com bulimia nervosa iniciou os seus sintomas alimentares pela utilização de métodos purgativos isoladamente, estando a dieta associada à maioria dos restantes comportamentos sintomáticos. Assim, e apesar das múltiplas possibilidades observadas no que respeita aos sintomas que iniciam estas pacientes nas problemáticas alimentares, o protagonismo principal cabe à dieta, praticada isoladamente ou em combinação com outros comportamentos sintomáticos como a prática de exercício físico excessivo, a utilização do vômito auto-induzido, o envolvimento em episódios de ingestão alimentar compulsiva e o consumo de laxantes. A preocupação excessiva com o peso / forma corporal também caracteriza o início destas constelações sintomáticas, seja essa preocupação desenvolvida um pouco antes da dieta (no caso das anorécticas), seja a que é imediatamente posterior à prática de dieta. Assim, e salvo algumas diferenças registadas a respeito da idade de início destas problemáticas, no nosso caso com idade ligeiramente mais tardia, as pacientes com anorexia e bulimia que nós avaliámos exibem um curso e evolução sintomática muito semelhante e coerente com as características clínicas que têm sido sistematicamente documentadas pela literatura e estudos empíricos (cf., Fairburn, 2008).

Quanto ao papel do **peso** e **oscilações ponderais** concomitantes com os primeiros sintomas alimentares que já referimos, observámos que, de um modo geral, o peso acompanha aqueles sintomas, apresentando uma tendência descendente em ambas as amostras (apesar de mais consistente nas pacientes com anorexia nervosa); isto é, à medida que a sintomatologia alimentar se desenvolve e progride no tempo, o peso vai diminuindo. Este resultado está de acordo com a natureza da dieta realizada por estas pacientes e seu objectivo principal – redução ponderal. Não obstante, o peso médio apresentado aquando do início da sintomatologia alimentar caracterizou-se por aparentemente estar dentro dos limites normais. Assim, e de acordo com o primeiro sintoma desenvolvido por ambos os grupos de pacientes – a dieta, as anorécticas apresentavam um peso médio de 54.21 e as bulímicas um peso de 61.78. Com o surgimento dos restantes sintomas alimentares (i.e., exercício físico excessivo, utilização de vômito auto-induzido de forma regular, episódios de ingestão alimentar compulsiva e abuso de laxantes), o peso médio avaliado vai-se aproximando daquele que se associa à

magreza. Já no que respeita às participantes com bulimia nervosa, e apesar de se verificarem também descidas ponderais concomitantes à evolução sintomática, os resultados obtidos são ligeiramente diferentes, uma vez que os pesos médios avaliados, no início dos diferentes sintomas alimentares, se situavam nos valores normativos. Os nossos resultados estão assim de acordo com o que tem sido consistentemente debatido e estudado a respeito dos sintomas que melhor distinguem as anorécticas das bulímicas. De acordo com os autores que mais têm teorizado sobre as semelhanças / diferenças entre estas perturbações (e.g., Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003), talvez a maior diferença entre elas resida no equilíbrio entre sub-alimentação e sobre-alimentação e no seu efeito no peso corporal. Assim, os autores explicam que na bulimia nervosa é habitual que o peso se enquadre nos padrões normais, uma vez que os episódios que designam por sub-alimentação e sobre-alimentação têm a propriedade de se cancelarem mutuamente; já na anorexia nervosa as tentativas para restringir a ingestão de alimentos são mais eficazes, resultando que a sub-alimentação predomine e as pacientes mantenham um peso significativamente baixo. Interessa, contudo, salvaguardar que, tanto nas participantes com anorexia nervosa, como nas participantes com bulimia nervosa, encontramos uma grande variabilidade de valores mínimos e máximos dos pesos. Quanto à **história ponderal** avaliada e independente da sintomatologia alimentar, e consistente com os resultados que acabámos de comentar, são as participantes com anorexia nervosa que apresentam valores mais baixos quando comparadas com as participantes com bulimia nervosa. Contudo, em ambas as amostras encontramos pesos que oscilam entre o peso abaixo do normal e a obesidade

Considerando agora a **idade média em que se iniciaram os quadros clínicos de anorexia e bulimia** nervosas, de acordo com as categorias de diagnóstico propostas pelos DSM-IV-TR, esta foi calculada em 17.26 (DP= 4.15) para o diagnóstico de anorexia e 17.19 (DP= 3.85) para o diagnóstico de bulimia nervosa. Mais uma vez, estes resultados são consistentes com os documentados em vários estudos que estipulam o início destes quadros clínicos durante a adolescência (cf., Chavez & Insel, 2007; Hoek, 2002; Hoek, 2006; Keski-Rahkonen *et al.*, 2007). Aliás, e como temos vindo a salientar, é durante o período da adolescência que aquelas perturbações têm habitualmente o seu início sendo, aliás, discutido sobre se este estágio desenvolvimental é, ele próprio, um factor de risco que pode vulnerabilizar para o desenvolvimento subsequente destas perturbações (cf., Striegel-Moore & Bulik, 2007). Tal como já foi referido, não deixa de ser curioso verificar

que, apesar de as anorécticas desenvolverem os primeiros sintomas alimentares um ano depois das bulímicas (15 anos de idade vs 14 anos de idade, respectivamente), os critérios para o diagnóstico de anorexia e bulimia nervosas só se desenvolvem, em ambas as situações, por volta dos 17 anos de idade. Podemos especular sobre o facto de as diferenças etárias verificadas relativamente ao desenvolvimento dos primeiros sintomas alimentares não influenciar o desenvolvimento posterior dos respectivos quadros clínicos já que, de acordo com os nossos resultados, estes sintomas estabelecem-se durante o mesmo período. Constatamos assim que o tempo que medeia entre o desenvolvimento dos primeiros sintomas e a sua evolução para um quadro diagnóstico são, no nosso caso, aproximadamente 2 anos para o diagnóstico de anorexia nervosa e 3 anos para o diagnóstico de bulimia nervosa. Assim, parece que a maior diferença reside na idade de início dos primeiros sintomas alimentares com um hiato temporal de 1 ano entre as diferentes perturbações, apesar da idade média para o cumprimento dos critérios para o diagnóstico de qualquer uma das perturbações não sofrer alterações e ter sido estipulada aos 17 anos de idade. O mesmo pode dizer-se a respeito do sintoma que iniciou estas jovens na trajectória das perturbações alimentares – a realização de dieta, comum a ambas as perturbações.

Quanto à **duração média do quadro de anorexia nervosa**, ela corresponde sensivelmente a 3 anos e meio, observando-se uma variação entre uma duração mínima de 3 meses e máxima de 16 anos. Os nossos resultados estão de acordo com os obtidos muito recentemente por Wentz e colaboradores (2009) que estimaram uma duração média para o quadro clínico de anorexia nervosa de 3 anos, havendo estudos que estimam uma recuperação clínica, para a grande maioria das anorécticas, ao fim de 5 anos (cf., Keski-Rahkonen, 2007). Não havendo dados de seguimento a respeito das nossas pacientes com anorexia nervosa, não nos podemos pronunciar sobre se, de facto, a duração da anorexia nervosa que nós avaliámos corresponde a uma estimativa respeitante ao seu curso médio de duração ou se, com o passar do tempo, veríamos evoluir o tempo médio de duração. Comparativamente, nas pacientes com bulimia nervosa calculou-se uma duração média desta entidade clínica correspondendo aproximadamente a 5 anos de duração; a duração mínima calculada também foi de 3 meses, e a máxima foi estipulada em 26 anos. De facto, as pacientes com bulimia nervosa que participaram no nosso estudo apresentavam indicadores associados a maior cronicidade da perturbação. Este resultado deve ser considerado à luz das diferenças

etárias observadas entre as amostras já que as anorécticas eram, em média, 1 ano e meio mais novas do que as bulímicas e, aparentemente, a idade para o diagnóstico destas problemáticas é coincidente e foi calculada por volta dos 17 anos de idade das mesmas.

Os resultados que acabámos de comentar remetem para a consideração da **história passada, associada a outros quadros clínicos de perturbações do comportamento alimentar**; 28.6 % das nossas pacientes com anorexia nervosa teve, em algum momento do curso e evolução do seu diagnóstico actual, história passada de bulimia nervosa. Esta percentagem é superior quando se trata das pacientes com bulimia nervosa já que verificámos que 35.4% teve história passada de anorexia nervosa ao longo do curso e evolução do diagnóstico actual. Os dados que acabamos de apresentar não têm uma interpretação clara já que foram avaliados à luz das nosologias diagnósticas actuais das pacientes, não nos podendo pronunciar com segurança a respeito de que entidade diagnóstica começou em primeiro lugar. Sabemos, contudo, que aproximadamente $\frac{1}{4}$ das pacientes com anorexia nervosa cumpriu, em algum momento da história da sua patologia alimentar, os critérios para o diagnóstico de bulimia nervosa não controlando, contudo, se à data do desenvolvimento de sintomas característicos para o diagnóstico de bulimia, as pacientes já tinham sido diagnosticadas com anorexia nervosa ou se ainda não tinham cumprido os critérios para este diagnóstico. Não obstante, os resultados que acabámos de comentar não são surpreendentes, já que está largamente documentado, teórica e empiricamente, o movimento migratório entre as diferentes perturbações do comportamento alimentar, sobretudo entre a anorexia e a bulimia nervosas (e.g., Collier & Treasure, 2004; Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Nishimura *et al.*, 2008; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Tozzi, Thornton, Klump, Fichter, Halmi, Kaplan, Strober, Woodside, Crow, Mitchell, Rotondo, Mauri, Cassano, Kell, Plotnicov, Pollice, Lilenfeld, Berrettini, Bulik & Kaye, 2005; Vrabel, Rosenvinge, Hoffart, Martinsen & Ro, 2008; Wonderlich, Joiner Jr., Kell, Williamson & Crosby, 2007). De facto, há resultados bastante consistentes, obtidos em diferentes investigações, que calcularam que 20% a 50% dos sujeitos com anorexia nervosa podem desenvolver bulimia nervosa ao longo do tempo, sendo as estimativas dos estudos longitudinais a respeito da evolução de bulimia nervosa para anorexia diferentes e com valores bastante mais baixos, na ordem dos 10% a 27% dos casos (e.g.,

Eddy, Dorer, Franko, Tahilani, Thompson-Brenner & Herzog, 2008; Wonderlich, Joiner Jr., Kell, Williamson & Crosby, 2007).

Este movimento migratório entre categorias diagnósticas ganha relevo se considerarmos os **sub-tipos de anorexia nervosa e bulimia nervosa** propostos pelo DSM-IV-TR. Apesar de estarmos cientes de que os sub-tipos de diagnóstico avaliados correspondem a fases transitórias durante o curso e evolução daquelas entidades clínicas, tal como defendem numerosos autores (cf., Collier & Treasure, 2004; Eddy *et al.*, 2008; Eddy *et al.*, 2002; Keel, Dorer, Franko, Jackson & Herzog, 2005; Nishimura *et al.*, 2008; Peat, Mitchell, Hoek & Wonderlich, 2009; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007; Wonderlich, Joiner Jr., Kell, Williamson & Crosby, 2007), a distribuição entre os diferentes sub-tipos de diagnóstico observada no nosso estudo corresponde aos resultados obtidos noutros estudos que têm demonstrado que são os sub-tipos restritivo, no caso da anorexia nervosa, e purgativo, no caso da bulimia nervosa, os mais frequentemente avaliados (e.g., Hoeken, Veling, Sinke, Mitchell & Hoek, 2009; Peat *et al.*, 2009). Quanto à consideração dos sub-tipos no diagnóstico de anorexia e bulimia nervosas, a natureza migratória destas perturbações que acabámos de comentar, pode tornar-se mais previsível. Assim, há estudos que têm calculado que, ao fim de 5 anos, 62% dos pacientes com diagnóstico inicial de anorexia nervosa, sub-tipo restritivo, evoluem para o sub-tipo ingestão alimentar compulsiva / purgativo e 21% a 36%, para o diagnóstico de bulimia nervosa (cf., Eddy *et al.*, 2008; Fichter, 2006; Tozzi, 2005; Thornton *et al.*, 2005).

1.4.3. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DAS AMOSTRAS

No que respeita à **distribuição etária** das pacientes com perturbações do comportamento alimentar, os nossos resultados são concordantes com a faixa etária que caracteriza estas perturbações, situando-as num segmento jovem da população (e.g., Hoek, 2002; Hoek, 2006; Keski-Rahkonen *et al.*, 2007). Aliás, e como tivemos oportunidade de referir no enquadramento teórico, é durante o período da adolescência que, tanto a anorexia nervosa como a bulimia nervosa, se desenvolvem, sendo inclusivamente discutido sobre se este estádio desenvolvimental é, ele próprio, um factor de risco actuando como um dos factores que pode vulnerabilizar para o desenvolvimento subsequente destas perturbações (cf., Striegel-Moore & Bulik, 2007). Compatível com a

faixa etária que caracterizou a nossa amostra com perturbações alimentares está a ocupação que as pacientes detinham no momento da avaliação e o estado civil: a maioria era estudante e na quase totalidade eram solteiras.

Relativamente ao **nível sócio-económico** das pacientes com anorexia nervosa, todas as classes sociais estavam homogeneamente representadas. As pacientes com bulimia nervosa também apresentaram uma distribuição bastante semelhante pelos três níveis sócio-económicos referidos, apesar da ligeira superioridade do nível sócio-económico baixo. Cientes de que as nossas participantes com anorexia nervosa apresentam uma distribuição sócio-económica que não corresponde a alguns resultados que apoiam a sua associação a níveis sócio-económicos superiores (e.g., Ahrén-Moonga, Silverwood, Klinteberg & Koupil, 2009; Fairburn *et al.*, 1999; Lindberg & Hjern, 2003), o nosso estudo apoia as considerações e resultados empíricos que não têm valorizado o papel das variáveis sócio-económicas e sua associação no desenvolvimento da anorexia e da bulimia nervosas (cf., Striegel-Moore & Bulik, 2007; Favaro, Ferrara & Santonaso, 2003). Consideramos algo redutoras as explicações sócio-culturais que alegam que os padrões de beleza e ideais de magreza veiculados se adequariam melhor às mulheres com maiores possibilidades financeiras (cf., Derenne & Beresin, 2006), quanto mais não seja pelo poder que seria dado àquele tipo de padrões no desenvolvimento de uma perturbação mental tão grave, cuja etiopatologia é claramente multifactorial. Contudo, deve considerar-se o facto de as pacientes com anorexia e bulimia do nosso estudo serem provenientes de um contexto clínico, encontrando-se em tratamento no momento da avaliação (em regime de ambulatório ou de internamento). Admitimos assim a possibilidade de os estudos realizados com amostras comunitárias poderem esclarecer a natureza da relação entre nível sócio-económico e perturbações do comportamento alimentar, confirmando, ou não, uma distribuição homogénea entre os diferentes estratos sociais.

Quanto às características clínicas mais relevantes das amostras com anorexia e bulimia nervosas e começando pelo sintoma que melhor distingue os dois quadros clínicos - **índice de massa corporal (IMC)**, tal como seria de esperar, existem diferenças óbvias. As pacientes com anorexia apresentaram um IMC médio abaixo dos limites normais e associado a magreza extrema comparativamente com os valores médios do IMC das pacientes com bulimia nervosa e participantes dos grupos de controlo normal e psiquiátrico, que se encontram associados a um peso dentro dos limites normais. Os

nossos resultados confirmam o sintoma *magreza excessiva* como estando associado a um comportamento eficaz e determinado no sentido de perder peso e sucesso na sua manutenção (e.g., Bulik, Reba, Siega-Riz & Reichborn-Kjennerud, 2005; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Aparentemente associado ao resultado comentado, está a presença de **amenorreia** que, de acordo com os critérios de diagnóstico ainda vigentes e veiculados pelos DSM-IV-TR (APA, 2002), caracteriza e justifica o diagnóstico de anorexia nervosa. Assim, todas as pacientes com anorexia estavam amenorreicas durante os 3 meses que precederam a avaliação; nos 6 meses anteriores, apenas 5 pacientes apresentavam irregularidades menstruais comparativamente com as restantes que já estavam sem períodos menstruais de uma forma mais consistente. Apesar deste critério distinguir claramente as nossas pacientes com anorexia, das pacientes com bulimia nervosa e participantes dos grupos de controlo (em nenhuma destas amostras se verificou a presença de amenorreia, apenas algumas situações de irregularidades menstruais), a sua presença, para o diagnóstico de anorexia nervosa, é controversa e acesamente debatida pela comunidade científica. Muitos autores defendem não ser aquele critério um indicador fidedigno do estado do peso corporal, para além de documentarem a frequência de situações nas quais estão presentes todos os outros sintomas de anorexia, à excepção da amenorreia, já que muitas destas jovens evidenciam alguma actividade menstrual (e.g., Attia & Roberto, 2009; Attia & Walsh, 2007; Herzog & Delinsky, 2001; Mitchell, Cook-Myers & Wonderlich, 2005; Walsh & Sysko, 2009). Aliás, foi proposta a remissão deste critério na nova edição do DSM, DSM-V, aguardada para 2012. Contudo, é relativamente consensual aceitar que a ausência de ciclos menstruais, nos quadros de anorexia nervosa, se associa a indicadores de maior gravidade sintomática (e.g., défices na densidade mineral óssea), não devendo este indicador ser descurado pelos clínicos (cf., Attia & Roberto, 2009).

No que respeita aos outros sintomas psicopatológicos decorrentes da sobrevalorização do peso e forma corporais e sentimento de competência no seu controlo, os resultados obtidos ao nível da importância atribuída ao peso e à forma corporais na auto-avaliação das pacientes com anorexia e bulimia, bem como o medo de engordar ou ganhar peso e o sentimento de estar gorda são consistentes com os resultados obtidos noutros estudos e distinguem estas pacientes das participantes dos grupos de controlo normal e psiquiátrico. Deste modo, a maior parte das pacientes com anorexia e bulimia nervosas, atribuíam, no momento da avaliação, uma **importância**

extrema ao peso e à forma corporal nos seus esquemas de auto-avaliação e estes resultados foram bastante semelhantes no que respeita aos dois meses anteriores à avaliação. Ora, os nossos resultados são compatíveis com as conceptualizações propostas por alguns autores que defendem que os sujeitos com perturbações do comportamento alimentar julgam o seu valor pessoal em grande parte, senão totalmente, de acordo com a sua forma e peso, e competência no seu controlo, apresentando, a maioria, uma preocupação excessiva com o peso (e.g., Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003). No que respeita ao **medo claro de engordar ou de poder ganhar peso**, pouco mais de metade da amostra com anorexia nervosa o sentiu diariamente; no entanto, a maior parte das participantes com bulimia nervosa sente este receio todos os dias. Os resultados obtidos nos dois meses anteriores à avaliação também foram semelhantes aos descritos, verificando-se a tendência para, à medida que o tempo passa, ir diminuindo o número de anorécticas a sentir este medo diariamente e aumentando o número de bulímicas a senti-lo. No que respeita ao número mais reduzido de anorécticas, comparativamente com as pacientes com bulimia, a sentir medo intenso e diário de aumentar de peso, este resultado pode ser discutido à luz das diferenças culturais que muitas vezes se verificam, e têm sido alegadas, na justificação avançada por alguns autores devido ao facto de algumas pacientes com anorexia não sentirem medo intenso de ganhar peso, já que este ganho corresponde a um dos sintomas requeridos para o diagnóstico daquela perturbação (cf., Attia & Walsh, 2007). Aliás, e fazendo mais uma vez alusão às alterações previstas na edição do novo DSM, está a ser estudada a possibilidade de flexibilizar este critério de diagnóstico no sentido de não ser exclusivamente requerido a existência de medo intenso de ganhar peso, contemplando antes a possibilidade de o indivíduo poder manifestar um comportamento persistente no sentido de evitar o aumento de peso (cf., Becker, Eddy & Perloe, 2009). Esta explicação parece bastante compatível com os resultados que obtivemos, sobretudo se considerarmos que, à medida que a anorexia avança (numa janela temporal de 3 meses), a intensidade em relação ao medo de aumentar de peso vai diminuindo, presumindo que o IMC se mantém muito abaixo dos limites normais (como os valores médios do IMC, no momento da avaliação traduzem) canalizando, as jovens com anorexia, a energia que lhes resta para a manutenção deste peso e não se preocupando tão exageradamente com o seu aumento. Estreitamente relacionado com o que acabámos de comentar estão os nossos resultados ao nível do **sentimento de estar**

gorda; assim, a maioria das anorécticas que avaliámos situava-se entre os dois extremos, dividindo-se entre o não se sentirem gordas nas últimas quatro semanas e o sentirem-se gordas todos os dias. Já a grande maioria das bulímicas sentiu-se gorda diariamente. Nas duas amostras foi observado o mesmo padrão de resultados nos dois meses anteriores à avaliação. Sistematizando, e apesar do que tem sido argumentado, os nossos resultados são idênticos aos comumente associados às pacientes com perturbações alimentares que salientam que a maioria teme o aumento de peso e o poderem tornar-se “gordas” e que muitas “se sentem gordas” de um modo sistemático, acabando por se equiparar ao estarem gordas, independentemente do seu peso actual (cf. Fairburn, 2008). Quanto aos resultados obtidos pelas participantes dos grupos de controlo, normal e psiquiátrico, a respeito da importância do peso e forma corporais, do medo de aumentar de peso e sentimento de estarem gordas, todos eles se encontram dentro dos padrões normativos da importância e preocupação atribuída à imagem corporal. Quanto ao número insignificante de participantes (± 2) que sobrevalorizavam aquelas dimensões, não se deve descurar o período desenvolvimental em que muitas destas jovens se encontravam – adolescência, no qual é suposto que as questões relacionadas com o peso e forma corporais estejam, algo sobrevalorizadas (cf., Gouveia, 2000). Contudo, os resultados obtidos nos grupos de controlo não são surpreendentes já que foi critério de exclusão para a participação nestes grupos a história passada ou actual de sintomatologia alimentar.

Relativamente às **tentativas para perder peso ou manter um peso determinado**, à excepção de 2 participantes com anorexia nervosa, as restantes faziam **dieta** com o objectivo de perder peso ou de evitar ganhá-lo para obter efeitos na sua forma corporal. Os resultados obtidos na amostra com bulimia nervosa são muito semelhantes já que apenas 6 participantes não faziam dieta. Os nossos resultados estão, mais uma vez, em conformidade com a literatura específica destas problemáticas, a qual sustenta que a restrição alimentar observada nestes casos é decorrente de tentativas persistentes e extremas na redução dos alimentos ingeridos. Aliás, como defendem alguns autores (e.g., Fairburn, 2008) esta é considerada uma das características mais proeminentes das perturbações do comportamento alimentar. Habitualmente, a restrição de alimentos resulta numa dieta com regras rígidas, altamente específicas e exigentes que são comumente bem sucedidas numa fase inicial das perturbações do comportamento alimentar, ficando, o peso corporal, significativamente abaixo do normal.

Aliás, e como recorda Fairburn (2008), estas dietas têm invariavelmente como resultado a sub-alimentação no sentido fisiológico do termo. No caso da anorexia nervosa, a dieta é sempre bem sucedida em resposta à procura sistemática e determinada no sentido de perder de peso, sendo estas jovens capazes de alcançar e manter um peso abaixo dos limites normais (cf., Bulik, Reba, Siega-Riz & Reichborn-Kjennerud, 2005; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007), tal como os nossos resultados tão bem testemunham, e por comparação com o que sucede com as pacientes com bulimia nervosa. Apenas 1 paciente de um dos grupos de controlo (neste caso, normal) fazia dieta.

Como salientam alguns autores (e.g., Bulik, Reba, Siega-Riz & Reichborn-Kjennerud, 2005; Fairburn, 2008; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007), apesar da perda de peso comentada resultar, sobretudo nos quadros de anorexia nervosa, fundamentalmente de uma severa e selectiva restrição alimentar, são muitas as pacientes que se envolvem na utilização de **métodos compensatórios para o controlo de peso**. Os nossos resultados também confirmam esta tendência em ambas as patologias alimentares. Assim, durante o mês que precedeu a avaliação, o método compensatório utilizado por um maior número de anorécticas foi o **vómito auto-induzido**, seguido da prática de **exercício físico excessivo**, da utilização de **laxantes** e da toma de **diuréticos**. Este padrão de resultados manteve-se durante os meses 2 e 3, tendo apenas aumentado o número de participantes e a frequência com que os referidos métodos compensatórios foram utilizados. Quanto às pacientes com bulimia nervosa, a grande maioria das participantes utilizou o vómito auto-induzido; os laxantes foram o segundo método mais utilizado, a par do exercício físico excessivo, seguido da utilização de diuréticos. Este padrão de resultados manteve-se durante os dois meses anteriores à avaliação e, à excepção do uso de laxantes, todos os outros comportamentos compensatórios aumentaram, em termos da frequência da sua utilização. Curiosamente, no nosso estudo o método compensatório utilizado por um maior número de anorécticas foi o vómito auto-induzido, contrariando a caracterização mais comumente associada a este quadro clínico que coloca como método preferencial a prática de exercício físico excessivo, aproximando-as das características clínicas mais típicas das pacientes com bulimia nervosa na adopção de métodos purgativos como os de eleição no controlo de peso (cf., Bulik, Reba, Siega-Riz & Reichborn-Kjennerud, 2005; Fairburn, 2008; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

Quanto à presença de episódios de **ingestão alimentar compulsiva**, e um pouco à semelhança do que sucedia com a utilização do vômito, praticamente um quarto das participantes com anorexia nervosa teve episódios de ingestão alimentar compulsiva durante os 3 meses anteriores à avaliação. Aliás, este resultado está em conformidade com a literatura que tem sustentado que a ingestão alimentar compulsiva, apesar de menos comum na anorexia, é uma característica comum das perturbações do comportamento alimentar, sustentando-se que, na quase totalidade das pacientes, aquele tipo de ingestão ocorre em contraste com a restrição alimentar severa (cf. Fairburn, 2008). Contudo, e apesar de ser consensual que a perda de controlo sobre a alimentação ocorre nas pacientes com anorexia, muitos autores defendem que as quantidades ingeridas por aquelas pacientes nunca são muito grandes (e.g., Fairburn, 2008; Fairburn e Harrison, 2003), em contraste com as suas congéneres com bulimia nervosa. Neste caso, estaríamos perante o que tem sido designado por episódios subjectivos de ingestão alimentar compulsiva, nos quais a quantidade de comida ingerida não é verdadeiramente excessiva. Não obstante, interessa realçar que a maioria dos episódios de ingestão alimentar compulsiva observados nas pacientes com anorexia nervosa são desta natureza (cf. Fairburn, 2008). Tal como seria de esperar, e no que respeita aos resultados obtidos nas pacientes com bulimia nervosa, não fosse a ingestão alimentar compulsiva um critério para o diagnóstico daquela perturbação, a presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva durante os 3 meses que precederam a avaliação caracterizou a sintomatologia daquelas pacientes.

Por último, e ainda a título dos resultados respeitantes à caracterização clínica das amostras, vamos deter-nos sobre as tentativas de suicídio e comportamentos auto-flagelatórios, bem como a outros comportamentos que denotem dificuldade no controlo de impulsos. No que concerne aos resultados obtidos ao nível das **tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa** e **comportamentos auto-flagelatórios**, os nossos dados indicaram que as tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa são bastante mais frequentes nas pacientes com bulimia e foram avaliadas em mais de metade daquelas pacientes, comparativamente com as anorécticas e com as participantes com outras perturbações psiquiátricas. Já no que respeita aos comportamentos auto-flagelatórios, tanto as anorécticas como as bulímicas apresentam resultados bastante semelhantes, revelando que metade das pacientes avaliadas já se envolveu, pelo menos uma vez, em comportamentos daquela natureza, como o cortar-se

ou queimar-se (são os mais frequentemente relatados pelas nossas participantes). Já os resultados obtidos na população de controlo com outras perturbações psiquiátricas são bastante diferentes e ilustrativos de que apenas uma minoria já teve este tipo de comportamentos. Os dados obtidos estão de acordo com a associação que tem sido estabelecida entre as perturbações do comportamento alimentar e o risco aumentado de as pacientes diagnosticadas com aquelas perturbações se envolverem em comportamentos auto-flagelatórios e serem caracterizadas por um histórico de tentativas de suicídio (e.g., Birmingham *et al.*, 2005; Favaro, Santonastaso, Monteleone, Bellodi, Mauri, Rotondo, Erzegovesi & Maj, 2008; Paul, Schroeter, Daheme & Nautzinger, 2002; Solano, Fernández-Aranda, Aitken, López & Vallejo, 2005). É, contudo, interessante verificar que a maior tendência para fazerem tentativas de suicídio diferencia as nossas pacientes com bulimia nervosa não só das pacientes com anorexia, como das participantes com outras perturbações mentais (já que este comportamento é idêntico entre anorécticas e participantes com outras problemáticas). De facto, é a auto-flagelação que distingue as anorécticas (e, mais uma vez, as bulimicas) das participantes com outras nosologias clínicas o que, de alguma forma, está de acordo com algumas descrições que referem que a auto-mutilação e, sobretudo, os cortes, apesar de mais comuns nas pacientes com episódios de ingestão alimentar compulsiva, também têm sido registados nas diferentes perturbações do comportamento alimentar (cf. Wilson, 2002). Há inclusivamente estudos em que, à semelhança do nosso, a presença de comportamentos auto-flagelatórios não se associa aos diferentes diagnósticos, trate-se de anorexia nervosa, trate-se de bulimia nervosa (cf., Solano *et al.*, 2005). É, no entanto, importante salientar a maior frequência verificada na ocorrência destes comportamentos nas nossas pacientes com perturbações do comportamento alimentar já que a história passada ou presença de auto-flagelação caracterizou metade das pacientes que nós avaliámos; os dados obtidos noutros estudos são inferiores e andam na ordem dos 32-34.6% (cf., Favaro *et al.*, 2008; Paul *et al.*, 2002; Solano *et al.*, 2005). Foi também avaliada no nosso estudo a **perda de controlo sobre alguns comportamentos específicos** que, de algum modo, também pudessem traduzir dificuldade no controlo de impulsos, nomeadamente o **fumar**, a **ingestão de medicamentos por auto-prescrição**, o **consumo de drogas**, as **birras e explosões emocionais**, o **roer as unhas**, o **jogar a dinheiro**, os **gastos excessivos** e as **relações sexuais**. Foi relativamente ao acto de fumar que surgiram os valores mais elevados e associados ao sentimento de perda de controlo óbvio, sendo as

pacientes com bulimia nervosa que obtiveram os valores mais elevados, comparativamente com as participantes dos grupos de controlo normal, psiquiátrico e pacientes com anorexia nervosa. O roer as unhas com falta de controlo obteve resultados muito semelhantes entre os quatro grupos de participantes: anorécticas, bulímicas, controlo normal e controlo psiquiátrico. Nos restantes comportamentos avaliados, foram de novo as participantes com bulimia nervosa que apresentaram maior frequência de falta de controlo sobre comportamentos como, gastos excessivos, ingestão de medicamentos por auto-prescrição, consumo de drogas ilegais, relações sexuais, jogar a dinheiro e birras e explosões emocionas. Quanto ao **consumo de drogas** em particular, este esteve associado a uma minoria de pacientes com anorexia nervosa, salientando ainda que, nestas situações, aquelas jovens consideraram que a sensação de falta de controlo sobre o comportamento foi questionável (i.e., “*possível perda de controlo*”); resultados bastante mais elevados foram obtidos pelas participantes do grupo de controlo psiquiátrico e pacientes com bulimia nervosa, quando a natureza impulsiva deste comportamento também foi considerada duvidosa. Os nossos resultados estão de acordo com a caracterização clínica que tem sido proposta para as perturbações do comportamento alimentar que salvaguarda a presença do abuso de substâncias nestes quadros, apesar de consistentemente mais associado às pacientes com episódios de ingestão alimentar compulsiva (e.g., Fairburn, 2008). Aliás, e num estudo conduzido muito recentemente por Fernández-Aranda e colaboradores (2008), as perturbações do controlo dos impulsos apresentaram-se significativamente associadas aos pacientes com episódios de ingestão alimentar compulsiva (cf., Fernández-Aranda, Pinheiro, Thornton, Berrettini, Crow, Fichter, Halmi, Kaplan, Keel, Mitchell, Rotondo, Strober, Woodside, Kaye & Bulik, 2008). Quanto ao consumo de drogas ilícitas, esteve associado a mais de um quarto das pacientes com bulimia nervosa e a uma reduzida percentagem de pacientes com anorexia, contrariando de certa forma os resultados obtidos muito recentemente por Root e colaboradores (2010) em que estes autores descreveram comportamentos de consumo elevado de substâncias nas mulheres diagnosticadas com anorexia nervosa (e não exclusivo do subtipo ingestão alimentar compulsiva/purgativo), comportamentos estes superiores, comparativamente com as participantes com bulimia nervosa e respectivos controlos. Os nossos resultados estão mais de acordo com os estudos que têm defendido que o uso de substâncias não é tão habitual nas anorécticas e que está eventualmente limitado aos sub-tipos ingestão alimentar compulsiva / purgativo da anorexia nervosa (e.g., Herzog *et al.*, 2006).

1.4.4. CONCLUSÕES

Propomo-nos agora sistematizar e integrar os principais resultados obtidos ao longo dos estudos que desenvolvemos, bem como reflectir sobre as principais limitações desta investigação e apresentar algumas sugestões a considerar em futuras investigações.

O nosso estudo avaliou 98 pacientes com o diagnóstico actual de anorexia nervosa (63 sub-tipo restritivo e 35 sub-tipo ingestão compulsiva / purgativo) e 79 pacientes com o diagnóstico actual de bulimia nervosa (72 sub-tipo purgativo e 7 não purgativo), de acordo com os critérios de diagnóstico veiculados pelo DSM-IV-TR (APA, 2002). Podemos começar por concluir que a distribuição entre os diferentes sub-tipos de diagnóstico, documentada no nosso estudo, está em consonância com os resultados obtidos noutras investigações que têm demonstrado que são os sub-tipos restritivo, na anorexia, e purgativo, na bulimia, os mais frequentemente avaliados (e.g., Hoeken *et al.*, 2009; Peat *et al.*, 2009).

Ambos os grupos de pacientes apresentaram médias de idade correspondentes ao segmento da população que as caracteriza como jovens adultas (M= 20.95 e M= 22.37, respectivamente). Deste modo, a distribuição etária das pacientes com perturbações alimentares avaliadas confirma a tendência que tem sido descrita, noutros estudos da especialidade, que conclui que estas perturbações afectam, essencialmente, mulheres jovens (e.g., Hoek, 2006).

Os nossos resultados também confirmam a tendência que tem sido não só descrita, como corroborada empiricamente, que sustenta que a anorexia nervosa começa, habitualmente, a meio da adolescência, com o início da restrição alimentar (e.g., Bulik *et al.*, 2005). Assim, as pacientes com anorexia que participaram no nosso estudo desenvolveram os seus primeiros sintomas alimentares por volta dos 15 anos de idade, na presença de uma preocupação excessiva sobre o peso e a forma corporal, iniciando a sua sintomatologia por intermédio da realização de uma dieta estruturada e duradoura que tinha como principal objectivo a perda e / ou controlo de peso. O mesmo se pode afirmar em relação às pacientes com bulimia nervosa, apesar de terem iniciado os seus primeiros sintomas, em média, por volta dos 14 anos de idade. Curiosamente, os nossos dados apontam para uma tendência, relativamente à iniciação dos primeiros problemas

alimentares, ligeiramente mais precoce nas jovens que, posteriormente, desenvolvem bulimia nervosa.

Quanto ao comportamento que inicia estas jovens nas perturbações do comportamento alimentar, cabe à dieta o papel de destaque, o que, de algum modo, confirma os resultados obtidos noutros estudos que posicionam aquele comportamento como uma das características mais distintivas e proeminentes destas perturbações (cf., Bulik *et al.*, 2005; Fairburn, 2008; Fairburn *et al.*, 2005; Fairburn & Harrison, 2003; Wilson *et al.*, 2007). Concluímos de igual modo que a quase totalidade das pacientes com perturbações alimentares realizava dieta no momento da avaliação, com o objectivo claro de perder peso ou de evitar ganhá-lo para obter efeitos na sua forma corporal (exceptuando 2 anorécticas e 6 bulímicas).

Os restantes sintomas característicos da anorexia e bulimia nervosas surgem, em média, por volta dos 17 e dos 16 anos, respectivamente. A maior diferença entre as participantes regista-se ao nível da sequência relativa aos comportamentos sintomáticos que desenvolvem os quais, na anorexia nervosa, obedecem à seguinte ordem: exercício físico excessivo, utilização de vômito auto-induzido de forma regular e episódios de ingestão alimentar compulsiva. No que respeita às pacientes com bulimia nervosa, a ingestão alimentar compulsiva ganha relevo, seguindo-se a prática de exercício físico excessivo e a utilização, com regularidade, do vômito auto-induzido. Nas anorécticas, a associação dieta / exercício físico excessivo foi a combinação sintomática mais frequente, ao passo que, nas bulímicas, foi a dieta / vômito auto-induzido. Em ambos os grupos de pacientes, o abuso de laxantes surge posteriormente e por volta dos 18 anos de idade. Podemos assim concluir que os nossos resultados estão de acordo com as características clínicas e diagnósticas de ambas as perturbações e que, em ambas as nosologias, se assistiu a um curso de evolução sintomática muito semelhante.

Concluímos igualmente que, por volta dos 17 anos (idade média), as pacientes com perturbações alimentares cumpriam os critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa o que, mais uma vez, nos faz pronunciar sobre o início destes quadros clínicos registados durante o período da adolescência. Assim, podemos hipotetizar que as diferenças observadas no que respeita ao início dos primeiros sintomas alimentares, que ilustravam um ano de avanço nas pacientes que, posteriormente, desenvolviam bulimia nervosa, face às anorécticas (14 anos de idade vs 15,

respectivamente), não interferem com a idade durante a qual ambos os quadros clínicos se estabelecem.

As anorécticas que participaram no nosso estudo apresentaram uma duração média, a respeito do diagnóstico actual, de 3,5 anos; 28.6% teve, em algum momento do curso e evolução da sua sintomatologia, critérios para o diagnóstico de bulimia nervosa. As participantes com bulimia apresentaram uma duração média, a respeito do seu diagnóstico actual, algo superior, com valores médios correspondentes a 5 anos de duração; com valores também mais elevados, 35.4% tiveram, em algum momento do curso e evolução da sua sintomatologia, critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa. Podemos concluir que os nossos resultados apoiam o movimento migratório que tem sido empiricamente validado entre as diferentes perturbações do comportamento alimentar e, de algum, modo testemunha a probabilidade mais elevada de as anorécticas desenvolverem, posteriormente, bulimia nervosa, comparativamente com os valores inferiores que têm sido obtidos a respeito da evolução diagnóstica bulimia nervosa / anorexia nervosa (e.g., Fairburn & Harrison, 2003).

Quanto aos restantes sintomas avaliados, o índice de massa corporal médio das anorécticas correspondeu a 15.07 o que traduz um peso corporal abaixo dos limites normais, sintoma este necessário para o diagnóstico desta perturbação, de acordo com os critérios de diagnóstico veiculados pelo DSM-IV-TR (APA, 2002). O mesmo se pode dizer a respeito da presença de amenorreia, nos 3 meses anteriores à avaliação, que caracterizou todas as pacientes com anorexia nervosa. Estes foram talvez os sintomas que melhor distinguiram as anorécticas das bulímicas os quais, por sua vez, confirmam a eficácia e determinação das pacientes com anorexia nervosa, no sentido de perder peso e sucesso na sua manutenção. Contudo, a história ponderal e respectivas oscilações avaliadas durante o curso e evolução sintomática, tanto nas anorécticas, como nas bulímicas, ilustraram uma tendência descendente em ambos os quadros clínicos, salientando que o peso médio dos dois grupos de pacientes no início da realização de dietas se encontrava dentro dos limites ponderais normativos.

Também podemos afirmar que, praticamente $\frac{1}{4}$ das anorécticas, utilizavam o vômito auto-induzido para controlo do peso nos três meses que precederam a avaliação. Aliás, este foi o método compensatório utilizado por um maior número de pacientes, comparativamente com a prática de exercício físico excessivo e consumo de laxantes e diuréticos. Os mesmos valores registaram-se a respeito da existência de episódios de

ingestão alimentar compulsiva, que caracterizou ¼ das pacientes. Como seria de esperar, foram obtidos valores bastante diferentes nas pacientes com bulimia nervosa, já que a presença destes sintomas fazem parte dos critérios para o diagnóstico destas perturbações.

Os restantes sintomas que caracterizam as perturbações do comportamento alimentar - importância excessiva atribuída ao peso e à forma corporal na auto-avaliação dos sujeitos, medo de engordar ou ganhar peso e sentimento de estar gorda, distinguiram as pacientes com anorexia e bulimia nervosas, das participantes dos grupos de controlo normal e psiquiátrico. Mais uma vez, os resultados que obtivemos foram praticamente idênticos entre as duas perturbações alimentares avaliadas. Também são consistentes com as conceptualizações propostas pelos autores que defendem que os sujeitos com perturbações do comportamento alimentar julgam o seu valor pessoal maioritária ou totalmente, de acordo com a sua forma e peso e competência percebida no seu controlo, apresentando, a maioria, uma preocupação excessiva com o peso. Assim, e à semelhança de tantas outras descrições clínicas a respeito das pacientes com anorexia e bulimia nervosas, os nossos resultados são sobreponíveis aos que enfatizam que a maioria destas pacientes receia o aumento de peso e o poderem tornar-se “gordas” e que muitas “*sentem-se gordas*” de um modo sistemático, acabando por se equiparar a “*estarem gordas*”, independentemente do seu peso e diagnóstico actual (isto é, seja o de anorexia nervosa, seja o de bulimia nervosa; cf. Fairburn, 2008).

Concluimos que as tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa são bastante mais frequentes nas pacientes com bulimia, estando associadas a mais de metade destas pacientes (64.5%), comparativamente com as anorécticas e com as participantes com outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente perturbações de ansiedade ou depressivas, que obtiveram resultados muito semelhantes entre si, na ordem dos 35% para ambos os grupos de participantes. Curiosamente, e no que respeita ao historial de comportamentos auto-flagelatórios, concluimos que metade das pacientes com anorexia e bulimia nervosas já se envolveu em comportamentos daquela natureza, como o cortar-se ou queimar-se. Os resultados obtidos na população de controlo com outras perturbações psiquiátricas, ilustraram que apenas uma minoria já teve este tipo de comportamentos (15.4%). Somos assim levados a concluir que as pacientes com perturbações alimentares que nós avaliámos corroboram a associação que tem sido estabelecida noutros estudos entre estas perturbações e o risco aumentado para o

envolvimento em comportamentos auto-flagelatórios e histórico de tentativas de suicídio (e.g., Birmingham et al., 2005; Favaro, Santonastaso, Monteleone, Bellodi, Mauri, Rotondo, Erzegovesi & Maj, 2008; Paul, Schroeter, Daheme & Nautzinger, 2002; Solano, Fernández-Aranda, Aitken, López & Vallejo, 2005). Os resultados comentados estão de acordo com algumas investigações que têm demonstrado que a auto-mutilação e, sobretudo, os cortes, apesar de mais comuns nos pacientes com episódios de ingestão alimentar compulsiva, também têm sido registados nas diferentes perturbações do comportamento alimentar (e.g., Solano et al., 2005; Wilson, 2002). Podemos, contudo, concluir pela superioridade observada na nossa amostra no que respeita à história de auto-flagelação, já que, nas pacientes que nós avaliámos, esteve associada a metade das pacientes com perturbações alimentares; noutros estudos estes comportamentos são menos comuns e têm sido avaliados na ordem dos 32% (cf., Favaro et al., 2008; Paul et al., 2002; Solano et al., 2005).

Para finalizar as conclusões a respeito da caracterização clínica da nossa amostra com perturbações alimentares, os resultados que obtivemos ao nível da perda de controlo associada a alguns comportamentos específicos e, possivelmente, reveladores de dificuldade no controlo de impulsos, foram relevantes e caracterizaram, sobretudo, as pacientes com bulimia nervosa, comparativamente com as anorécticas. O consumo de drogas verificou-se em ¼ das bulímicas ao passo que apenas uma pequena percentagem de anorécticas o revelou (5%). Somos, assim, levados a concluir que o uso de substâncias não é tão comum nestas pacientes e que poderá estar mais circunscrito aos sub-tipos ingestão alimentar compulsiva / purgativo da anorexia nervosa, tal como defendem alguns autores (e.g., Herzog et al., 2006).

No geral, podemos concluir que a maioria dos sintomas descritos ao longo do curso de evolução dos quadros clínicos de anorexia e bulimia nervosas não são distintivos entre os dois grupos de pacientes. Com o estabelecimento de um diagnóstico clínico, o índice de massa corporal, a presença de amenorreia e a frequência relativa aos episódios de ingestão alimentar compulsiva e vômito auto-induzido, consolidam-se e introduzem as diferenças sintomáticas esperadas entre ambas as nosologias. Podemos afirmar que os nossos resultados apoiam o modelo transdiagnóstico de Fairburn (2008) que alega que a psicopatologia que caracteriza aquelas perturbações é muito semelhante e que os principais sintomas da anorexia e bulimia nervosas, nomeadamente insatisfação corporal e preocupação com o peso e forma corporais e comida, não as distinguem.

Quanto aos factores de risco associados ao desenvolvimento de anorexia nervosa, concluímos que a etiopatologia desta perturbação é multifactorial e contempla, tanto factores de risco que predispõem os indivíduos para o desenvolvimento de psicopatologia em geral, como factores de risco que vulnerabilizam especificamente para o desenvolvimento de sintomatologia alimentar. Aliás, a multifactorialidade associada ao desenvolvimento de psicopatologia não é específica das perturbações alimentares e caracteriza a etiopatogénese de qualquer perturbação mental.

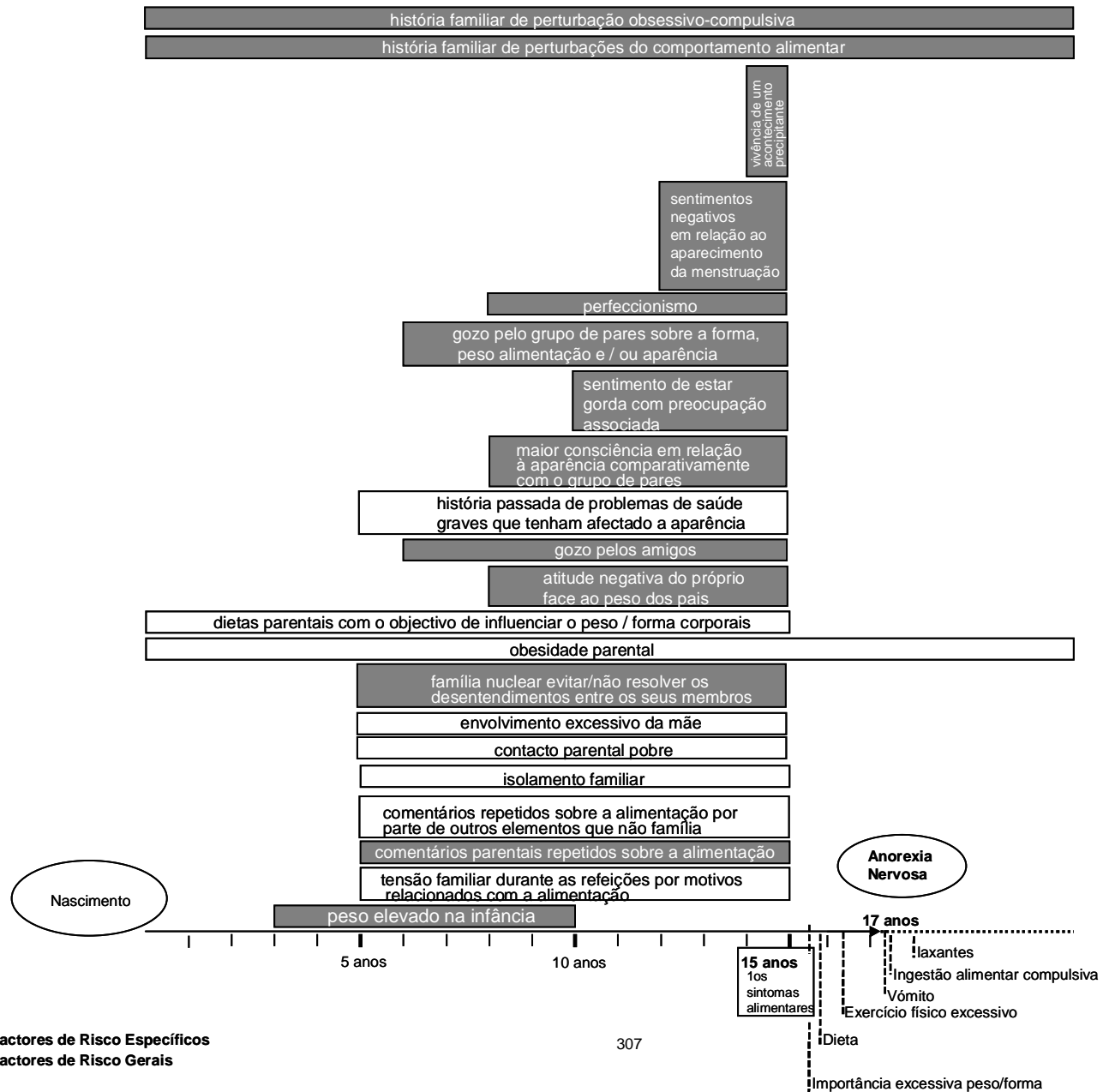
A principal conclusão a respeito dos factores de risco gerais, ou inespecíficos, para o desenvolvimento de anorexia nervosa prende-se com o maior número de factores identificados e associados a características familiares, próprias de uma dinâmica caracterizada pelo isolamento, fraco contacto parental, envolvimento excessivo da mãe e tensão durante as refeições. Curiosamente, também concluímos pela presença de factores de risco que, apesar de potencialmente associados à vulnerabilização para a realização de dietas, apenas distinguiram as anorécticas das participantes do grupo de controlo normal. Foram estes, a obesidade e dietas parentais para controlo do peso / forma corporais e a presença de comentários repetidos sobre a alimentação por parte de outros elementos que não família. A história passada de problemas de saúde com consequências ao nível da aparência das jovens também se destacou enquanto factor de risco geral.

Já no que respeita aos factores de risco que surgiram no nosso estudo como capazes de distinguir as anorécticas, não só das participantes do grupo de controlo normal como das participantes do grupo de controlo psiquiátrico, os resultados obtidos são bastante interessantes. Concluímos que a maioria dos factores de risco identificados como especificamente associados à predisposição para o desenvolvimento de anorexia nervosa são, essencialmente, aqueles que vulnerabilizam as jovens para a realização de dietas. Os factores de risco específicos que nós identificámos têm essencialmente que ver com questões associadas ao peso e forma corporais e alimentação das pacientes com anorexia, com um foco muito particular na forma subjectiva e idiossincrática como estas jovens vivenciam estas dimensões. Assim, podemos especular sobre a associação entre o peso elevado durante a infância e a maior consciência ou percepção que estas jovens desenvolvem sobre a sua aparência, comparativamente com os seus pares que, por sua vez, poderá relacionar-se com o sentimento de serem gordas, com preocupação associada, que vão estruturando ao longo da sua trajectória desenvolvimental. O modo

como estas variáveis actuam, vulnerabilizando, é provavelmente influenciado pelo gozo manifestado pelo grupo de pares, pelas características perfeccionistas que passam a caracterizar estas jovens e pelo desconforto em relação ao aparecimento da menarca. Os factores do contexto familiar destas jovens que se destacaram associam-se ao modo ineficaz ou evitante como os elementos do agregado familiar destas jovens lidam com os diferentes desentendimentos ou discórdias que possam surgir e à presença de comentários repetidos por parte dos progenitores a respeito do que as jovens comem e às quantidades de comida que ingerem. A psicopatologia familiar, nomeadamente a história passada ou actual de perturbação obsessivo-compulsiva e de perturbações do comportamento alimentar, também se distinguiu enquanto factor de risco específico. Finalmente, a vivência de um acontecimento concreto e potencialmente stressante nos 12 meses anteriores ao surgimento dos primeiros sintomas alimentares também foi identificada enquanto factor de risco específico.

A figura 4 mostra todos os factores de risco que foram identificados no nosso estudo e que distinguiram as anorécticas dos grupos de controlo. Expõe-se com o objectivo de integrar e reflectir conjuntamente sobre os resultados obtidos ao nível dos diferentes factores, sejam eles potencialmente comuns ao desenvolvimento de psicopatologia no geral, sejam eles específicos na predisposição que criam para o desenvolvimento de anorexia nervosa em particular. Os diferentes factores foram dispostos numa lógica desenvolvimental tentando ilustrar uma potencial trajectória associada a um maior risco para o desenvolvimento de anorexia. Cientes de que apenas nos podemos pronunciar sobre o carácter pré-mórbido dos factores estudados, a ordenação destes factores é meramente especulativa e é resultado da necessidade de criarmos uma hipótese explicativa a respeito de uma possível articulação entre os factores de risco gerais (FRG) e os específicos (FRE) ao longo de um contexto desenvolvimental próprio, onde os factores de risco gerais para o desenvolvimento de psicopatologia actuam em concomitância com aqueles que vulnerabilizam especificamente para o desenvolvimento de anorexia nervosa.

Figura 4. Factores de risco gerais e específicos para o desenvolvimento da anorexia nervosa.



Sistematizando, e de acordo com a disposição dos diferentes factores proposta pela figura 4, o peso elevado durante a infância (FRE) ganha expressão num contexto familiar caracterizado pela tensão familiar durante as refeições onde a comida e a alimentação são tópicos sensíveis (FRG). Os comentários parentais repetidos sobre a alimentação (FRE) têm, assim, mais destaque e actuam em consonância com os comentários, também repetidos e sobre a alimentação, que outros elementos da rede do sujeito realizam (FRG). Entretanto, o contexto familiar destas jovens reúne outras condições que as vulnerabilizam para o desenvolvimento de psicopatologia (FRG), como sejam o isolamento familiar, o fraco contacto parental e o envolvimento excessivo da figura materna. Estas características estão, entretanto, inseridas numa dinâmica familiar caracterizada pelo evitamento ou ineficácia na resolução dos desentendimentos ou divergências entre os seus membros que, por sua vez, se mostrou específico da dinâmica familiar das jovens que, posteriormente, desenvolveram anorexia nervosa (FRE). A obesidade parental (FRG) e a realização de dietas pelos progenitores com o objectivo de perder peso para efeitos na forma corporal (FRG), apesar de serem factores inespecíficos, justificam, muito provavelmente, as considerações negativas que as jovens que desenvolvem anorexia tecem a respeito do peso dos seus pais (FRE). Ao longo da trajectória desenvolvimental destas jovens é de realçar o papel do gozo, independentemente dos motivos que o suscitam, de que estas jovens são alvo por parte dos seus pares (FRE). A vivência de problemas de saúde graves que tenham tido consequências ao nível da aparência destas jovens (FRG) não as distinguiu das participantes com outras problemáticas. Contudo, não sabemos se poderá ter potenciado o desenvolvimento de uma maior consciência em relação à aparência, comparativamente com os pares (FRE) e simultânea ou posteriormente o sentimento de se sentirem gordas com preocupação associada (FRE), que caracterizou especificamente as jovens que, mais tarde, desenvolveram anorexia nervosa. O gozo manifestado pelo grupo de pares mas, neste caso, especificamente relacionado com o peso, forma, aparência ou alimentação (FRE) também distinguiu especificamente estas jovens, bem como o desenvolvimento de características perfeccionistas (FRE). Finalmente, e por volta dos 12 anos (idade média), surgem os primeiros ciclos menstruais e os sentimentos negativos associados que estas jovens relataram (FRE). Entre os 13 e os 14 anos estas jovens referem a vivência de um acontecimento específico, e potencialmente stressante (FRE), que poderá ser considerado como precipitante em relação ao desencadear dos primeiros

sintomas alimentares. A presença de psicopatologia familiar, neste caso independentemente da idade das anorécticas, também as distinguiu especificamente das participantes de ambos os grupos de controlo. Podemos concluir que as perturbações obsessivo-compulsivas e as perturbações do comportamento alimentar, apesar de se poderem constituir enquanto factores de risco específicos para o desenvolvimento de anorexia nervosa, actuam, na melhor das hipóteses, ao nível da predisposição genética que podem gerar já que não sabemos se aquelas perturbações antecederam o desenvolvimento de anorexia nervosa, ou foram concomitantes ou mesmo posteriores.

Assim, somos levados a concluir que não existe uma família ou dinâmica familiar típica das jovens em maior risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa, mas sim um contexto desenvolvimental e ambiental próprio no qual as questões associadas com o peso e forma corporais e dinâmicas alimentares ganham relevo. Estes factores estão, muito provavelmente, associados à simultaneidade relativa à exposição destas jovens a factores de risco comuns ao desenvolvimento de psicopatologia em geral e a factores de risco específicos para o desenvolvimento de anorexia nervosa, da infância ao período intermédio, e pós-menarca, da adolescência.

Curiosamente, também concluímos por um maior número de factores de risco que diferenciam as anorécticas das bulímicas que, simultaneamente se associam à potencial vulnerabilização para a realização de dietas. Aqueles factores que obtiveram superioridade nas pacientes com bulimia, distinguindo-as das anorécticas, dizem essencialmente respeito ao peso elevado durante a adolescência, a consequências negativas vivenciadas pelas pacientes e ao posicionamento crítico dos familiares sobre o peso e forma corporais das suas descendentes num contexto familiar em que a forma física é vivenciada como sendo de extrema importância e em que os pais destas jovens têm expectativas elevadas a seu respeito. O abuso de drogas por parte dos familiares das bulímicas também foi mais frequente, comparativamente com os familiares das anorécticas. Os factores de risco que foram mais frequentes nas anorécticas dizem respeito às expectativas elevadas por parte da figura materna e ao baixo peso parental. A este respeito seria interessante perceber se as expectativas maternas se associam ao peso ou forma corporal das próprias filhas no sentido de estas obterem um peso inferior. Também seria relevante estudar a associação entre as expectativas parentais das bulímicas e o seu peso excessivo durante a adolescência.

Quanto às principais limitações deste estudo destacam-se: (1) a adopção de uma metodologia retrospectiva; (2) a utilização de amostras recrutadas em contexto clínico (tanto na anorexia nervosa, como na bulimia nervosa e participantes com outras perturbações mentais); (3) a realização das entrevistas de diagnóstico e de factores de risco por um clínico / investigador consciente do estatuto da pessoa avaliada (i.e., diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar ou de outras perturbações clínicas); (4) a utilização de informadores únicos, sobretudo no que respeita a toda a informação de natureza familiar, desde a história de psicopatologia, às características da própria família, que traduzem apenas um testemunho único de um dos membros da família.

Também identificamos alguns pontos fortes, como sejam: (1) o tamanho razoável da amostra, sobretudo se atendermos à baixa incidência das perturbações do comportamento alimentar e da anorexia nervosa em particular; (2) a utilização de grupos de controlo, constituídos por participantes sem história passada ou actual de psicopatologia e por participantes com o diagnóstico actual de outras perturbações do eixo I e sem história actual ou passada de sintomatologia do comportamento alimentar; (3) a adopção de uma metodologia que permitisse o emparelhamento individual das participantes dos grupos de controlo com as pacientes com anorexia nervosa, de acordo com características sócio-demográficas destas (idade e nível sócio-económico); (4) a utilização de entrevistas semi-estruturas para o diagnóstico, tanto das pacientes com perturbações do comportamento alimentar, como das participantes com outras perturbações; (5) a utilização de entrevistas semi-estruturas para o despiste e triagem das participantes do grupo de controlo normal, tanto ao nível da sintomatologia alimentar, como no que respeita à eventual presença, ou história passada, de outras perturbações; (6) a utilização de uma entrevista semi-estruturada, baseada no investigador, que avalia especificamente um vasto conjunto de factores de risco potencialmente associados ao desenvolvimento de perturbações alimentares, que tem sido utilizada noutros estudos, e que estipula objectivamente a idade de início dos primeiros sintomas alimentares, assegurando a natureza pre-mórbida dos factores que avalia.

O nosso estudo teve como principal objectivo contribuir para o esclarecimento dos principais factores envolvidos na etiopatogénese da anorexia nervosa. Cientes das complexidades e limitações metodológicas associadas aos estudos retrospectivos, futuros estudos, de natureza longitudinal, que intencionalizem a avaliação dos factores de risco

que têm sido identificados em diversos estudos poderiam permitir, ou não, a generalização dos resultados que foram obtidos, conferindo-lhes uma melhor utilidade ao nível da criação de programas direccionados para a prevenção das perturbações do comportamento alimentar, dirigidas a grupos de alto risco. Seria igualmente útil perceber qual é o tipo de articulação que os diferentes factores de risco identificados mantêm entre si e em que período desenvolvimental têm maior expressão, sabendo-se que se circunscrevem essencialmente da infância até meados da adolescência. Por último, e uma vez que os resultados obtidos no estudo sobre os factores de risco que distinguem as anorécticas das bulímicas nunca obtiveram diferenças ao nível dos grupos de controlo normal e psiquiátrico, poderia fazer sentido aumentar o tamanho das amostras de pacientes com bulimia nervosa e participantes dos grupos de controlo, por forma a ficarem equiparáveis ao número de anorécticas avaliadas. Aliás, pese ainda o facto de mais de metade dos factores de risco que identificámos e que diferenciaram a trajectória das anorécticas vs bulímicas, não terem sido incluídos nas análises de regressão logística realizadas entre anorécticas vs participantes do grupo de controlo normal e anorécticas vs participantes do grupo de controlo psiquiátrico, pela violação de um dos pressupostos subjacentes às referidas análises - ausência de associação significativa das variáveis estudadas nas análises univariadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Ahrén-Moonga, J., Silverwood, R., Klinteberg, B. A. & Koupil, I. (2009). Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females. *American Journal of Epidemiology*, 170 (5), 566-575.
- Altman, S. E. & Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders?. *Clinical Psychology Review*, 29, 683-646.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Second Edition (DSM-II)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Edition Revision (DSM-III-R)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ªed.) (DSM-IV)*. Lisboa: Climepsi Editores. (Publicação original 1994).
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto (4ªed.) (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores. (Publicação original 2000).
- American Psychiatric Association (2010). *DSM-5 Proposed Diagnostic Criteria for Anorexia Nervosa*. Consultado em 18 de Março de 2010 de <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/EatingDisorders.aspx>.
- Attia, E. & Roberto, C. A. (2009). Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 42 (7), 581-589.
- Attia, E. & Walsh, B. T. (2007). Anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 164 (12), 1805-1810.

B

- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. & Simonih, H., (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27 (3), 384-405.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A. & Martínez-Delgado, C. A. (2004). Risk factors of eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294.
- Becker, A. E., Eddy, K. T. & Perloe, A. (2009). Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (7): 611-619.
- Beumont, P. J. V. (2002). Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.) (199-206). New York: The Guilford Press.
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M. & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 38: 143-146.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa, *Psychosomatic Medicine*, 14, 187-194.
- Bulik, C. M. (2002). Anxiety, depression, and eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.) (193-198). New York: The Guilford Press.
- Bulik, C. M. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 335-339.
- Bulik, C. M., Landt, M. C., van Furth & Sullivan, P. F. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annual Review of Nutrition*, 27, 263-275.
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A. M. & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (Suppl.), S2-S9.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Linchenstein, P. & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63, 305-312.

C

- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach*. London: Brunner-Routledge.
- Carter, J. C., Stewart, D. A. & Fairburn, C. G. (2001). Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 625-632.
- Cassin, S. E. & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25 (7), 895-916.
- Chavez, M. & Insel, T. R. (2007). Eating disorders: National institute of mental health's perspective. *American Psychologist*, 62, 159-166.
- Collier, D. A. & Treasure, J. L. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 185, 363-365.
- Connors, M. E. (1996). Developmental vulnerabilities for eating disorders. In L. Smolak, M. P. Levine & R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, preventions and treatment* (pp. 285-310). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 28-36.
- Cooper, Z. (1995). The development and maintenance of eating disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (199-206). New York: The Guilford Press.
- Cummins, L. H., Simmons A. M. & Zane, N. W. S. (2005). Eating disorders in Asian populations : A critique of current approaches to the study of culture, ethnicity, and eating disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (4), 533-574.

D

- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G. & O'Neal, P. M. (1997). The national women's study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 213-228.
- Darmon, M. (2009). The fifth element: Social class and the sociology. *Sociology*, 43 (4): 717-733.
- Davis, C., Kennedy, S. H., Ravelski, E. & Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24 (4), 957-967.
- De Matis, M. A., Rosario, M. C., Diniz, J. B., Torres, A. R., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Fossaluza, V., Pereira, C. A. B. & Miguel, E. C. (2008) Obsessive-compulsive disorder: Influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*, 23 (3), 187-194.
- Derenne, J. L. & Beresin, E. V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30 (3), 257-261.

E

- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H. & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 165: 245-250.
- Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L. & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31:191-202.

F

- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioural therapy. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 7-22). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 4, 363-370.
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination (12th edition). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2249-2255.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn & K., Hawker, (2008). Clinical perfectionism, core low self-esteem and interpersonal problems. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 197-220). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., Hawker, D. M., Murphy, R. & Straebl, S. (2008). Events, moods and eating. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 136-146). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, & Waller, D. (2008). "Complex cases" and comorbidity. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 245-260). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cowen, P. J. & Harrison, P. J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 349-358.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, A. & O'Connor, M. E. (1999). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.

- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361 (1), 407-416.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Favaro, A., Ferrara, S. & Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: A prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 65, 701-708.
- Favaro, A., Santonasto, P., Monteleone, P., Bellodi, L., Mauri, M., Rotondo, A, Erzegovesi, S. & Maj, M. (2008). Self-injurious behavior and attempt suicide in purging bulimia nervosa: Associations with psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 105 (1), 285-289.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Keel, P., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D.B., Kaye, W. H. & Bulik, C. M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157, 147-157.
- Fister, S. M. & Smith, G. T. (2004). Media effects on expectancies: Exposure to realistic female images as a protective factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (4), 394-397.
- Fitcher, M. M., Quadflieg, N. & Hedlund, N. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 87-100.

G

- Garfinkel, P. E. & Dorian, B. J. (2001). Improving understanding and care for the eating disorders. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 9-26). Washington: American Psychological Association / APA.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 122-133.
- George, V. A., Erb, A. F., Harris, C. L. & Casazza, K. (2007). Psychosocial risk factors for eating disorders in Hispanic females of diverse ethnic background and non-Hispanic females. *Eating Behaviours*, 8, 1-9.

Gowers, S. G., North, C. D., Byrum, V. & Weaver, A. B. (1996). Life event precipitants of anorexia nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (4), 469-477.

H

Halmi, K. (2005). Psychopathology of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S20-S21.

Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C. & Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 207-214.

Herzog, D. B. & Delinski, S. S. (2001). Classification of eating disorders. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 31-50). Washington: American Psychological Association / APA.

Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 289-394.

Hoek, H. W., von Harten, P. N., Hermans, K. M. E., Katzman, M. A., Matroos G. E. & Susser. E. S. (2005). The incidence of anorexia nervosa on Curaçao. *American Journal of Psychiatry*, 162, 784-752.

Hoeken, D. V., Veling, W., Sinke, S., Mitchell, J. E., Hoek, H. W. (2009). The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (7), 595-602.

Holderness, C. C., Brooks-Gunn, J. & Warren, M. P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 1-34.

Horesh, N., Apter, A., Ishai, J. O., Danziger, Y., Miculincer, M, Stein, D., Lepkifker, E. & Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 921-927.

Horesh, N., Apter, A., Lepkifker, E., Ratzoni, G., Weizmann, R & Tyano, S. (1995). Life events and anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91 (1), 5-9.

J

- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for Eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130 (1), 19-65.
- Jacobs, M. J., Roesch, S., Wonderlich, S. A., Crosby, R., Thornton, L., Wilfley, D. E., Berrettini, H., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., LaVia, M., Mitchell, J. E., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Kaye, W. H. & Bulik, C. M. (2009). Anorexia nervosa trios: Behavioral profiles of individuals with anorexia nervosa and their parents. *Psychological Medicine*, 39, 451-461.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159 (3), 394-400.

K

- Katzan, D. K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 52-59.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. & Price Foundation Collaborative Group (2004). Comorbid of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2215-2221.
- Kaye, W. H., Klump, K. L., Frank, G. K. W., & Strober, M. (2000). Anorexia and bulimia nervosa. *Annual Reviews of Medicine*, 51, 299-313.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C. & Herzog, D. B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2263-2268.
- Keel, P. K. & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their genetic bases. *Psychological Bulletin*, 129, 747-769.

- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Silova, E., Raevuori, A., Bulik, C. M., Kaprio, J. & Rissanen A. (2007), Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164 (8), 1259-1265..
- Kog, E. & Vandereyken, W. (1985). Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: A review of the research literature. *Clinical Psychological Review*, 5,159-180.
- Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S. & Walsh, B. T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (12), 1434-1440.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M. Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D., Bernardo, M. D., Granero, R., Karwautz, A., Nacmias, B., Penelo, E., Ricca, V., Sorbi, S., Tchamutira, K., Wagner, G. & Fernandez-Aranda, F. (2009). Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: A multicentre European study of associated eating disorders factors. *British Journal of Nutrition*, 101, 909-918.

L

- Latzer, Y., Lavee, Y. & Gal, S. (2009). Marital and parent child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*, 30 (9), 1201-1220.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (1), 1-5.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Keel, P. K. & Klump, K. L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioural risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 181-196.
- Levine, M. P. & Smolak, L. (1996). Media as a context for the development of disordered eating. In L. Smolak, M. P. Levine & R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental*

- psychopathology of eating disorders: Implications for research, preventions and treatment* (pp. 235-258). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lindberg, L. & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 397-408.
- Lndblad, F., Lindberg, L., & Hjern, A. (2006). Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: A comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *American Journal of Psychiatry, 163* (8), 1433-1435.
- Lokken, K. L., Whorthy, S. L. & Trautmann, J. (2004). Examining the links among magazine preference, levels of awareness and internalization of sociocultural appearance standards, and presence of eating-disordered symptoms in college women. *Family and Consumer Sciences Research Journal, 32* (4), 361-381.
- Lunner, K., Werthelm, E. H., Thomson, J. K., Paxton, S. J., McDonald, F. & Halvaarson, K. S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 430-435.

M

- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S. & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 212-217.
- Machado, B. C., Machado, P. P., Klein, J. & Gonçalves, S. (2006, Junho). The eating disorder examination questionnaire: Reliability and norms for portuguese adolescent girls. Poster apresentado no *6th Internacional Conference on Eating Disorders (ICED) "Eating disorders throughout the world: Exploring similarities and differences"*. Barcelona.
- Marchi, M. & Cohen, P. (1990). Early Childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29* (1), 112-117.
- Mazzeo, S. E., Zucker, N. L., Gerke, C. K., Mitchell, K. S. & Bulik, C. M. (2005). Parenting concerns of women with histories of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37*, S77-S79.

- Micali, N. (2005). Childhood risk factors: Longitudinal continuities and eating disorders. *Journal of Mental Health, 14* (6), 567-574.
- Millar, H. R., Wardell, F., Vyvyan, J. P., Naji, S. A., Prescott, G. J. & Eagles, J. M. (2005). Anorexia nervosa mortality in northeast Scotland, 1965-1999. *American Journal of Psychiatry, 164* (4), 753-757.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U. & Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *British Journal of Psychiatry, 187*: 573-578.
- Mitchell, J. E., Cook-Myers, T. & Wonderlich S. A. (2005) Diagnostic criteri for anorexia nervosa: Looking ahead to DSM-V. *International Journal of Eating Disorders, 37*, S95-S97.
- Morgan, J. C., Wolfe, B. E., Metzger, E. D. & Jimerson, D. C. (2007). Obsessive-compulsive characteristics in women who have recovered from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 40* (4), 381-385.
- Moura, E. (2005). *Anorexia Mental*. Lisboa: NDCA – Núcleo das Doenças do Comportamentos Alimentar. (obra original publicada em 1947).

N

- Nicholls, D. E. & Viner, R. M. (2009). Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48* (8), 791-799
- Nishimura, H. Komaki, G., Ando, T., Nakahara, T., Oka, T, Kawai, K., Nagata, T., Nishizono, A., Okamoto, Y., Okabe, K., Koide, M., Yamaguchi, C., Saito, S., Ohkuma, K., Nagata, K., Naruo, T., Masato, T., Kiriike, N. & Ishikawa, T. (2008). Psychological and weight-related characteristics of patients with anorexia nervosa – restricting type who later develop bulimia nervosa. *BioPsychoSocial Medicine. 2*:5.

P

- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B. & Nutzinger, D. O. (2002). Self-injurious behaviour in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 159* (3), 408-411.

- Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W., Wonderlich, S. A. (2009). Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (7):590-594.
- Phan, T. & Tylka, T. L. (2006). Exploring a model and moderators of disordered eating with Asian American college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (1), 36-47.
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T. & Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38 (10), 1443-1453.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1999). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*, (pp. 173-205). NY: Guilford Press.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

R

- Raeuuri, A., Hoek, H. W., Susser, E., Kaprio, J., Rissanen, A. & Keski-Rahkonen, A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: A nationwide study of Finnish twins. *Plos One*, 4 (2), e4402. Consultado em 24 de Novembro, 2009, do www.plosone.org.
- Raffi, A. R., Rondini, M., Grandi, S. & Fava, G. A. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 30, 727-731.
- Rastam, M. (1992). Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: Premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (5), 819-829.
- Roberts, A., Cash, T. F., Feingold, A., Johnson, B. T. (2006). Are black-white differences in females body dissatisfaction decreasing? A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1121-1131.
- Rojo, L., Conesa, L., Bermudez, O. & Livianos, L. (2006). Influence of stress in the onset of eating disorders: Data from a two-stage epidemiologic controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68, 628-635.

- Root, T. L., Pisetsky, E. M., Thornton, L., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L. & Bulik, C.M. (2010). Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females. *Psychological Medicine*, 40, 105-115.
- Rosen, J. C. & Srebnik, D. (1991). The assessment of eating disorders. In P. McReynolds, J. C. Rosen & G. Chelune (Eds.): *Advances in Psychological Assessment*. New York: Plenum.

S

- Schmidt, U. (2002). Risk factors for eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.) (247-250). New York: The Guilford Press.
- Schmidt, U., Lee, S., Perkins, S., Eisler, I., Treasure, J., Beecham, J., Berelowitz, M., Dodge, L., Frost, S., Jenkins, M., Johnson-Sabine, E., Keville, S., Murphy, R., Robinson, P., Winn, S. & Yi, I. (2008). Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? *International Journal of Eating Disorders*, 41 (6), 498-504.
- Segal, D. L. & Coolidge, F., L. (2007). Structured and semistructured interviews for differential diagnosis: Issues and applications. In M. Hersen, S. M. Turner & D. C. Beidel (Eds.). *Adult Psychopathology and Diagnosis*, 5th edit (pp. 78-100). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shaw, H. Ramirez, L., Trost, A., Randall, P. & Stice, E. (2004). Body image and eating disturbances across ethnic groups: More similarities than differences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (1), 12-18.
- Shoebridge, P. & Gowers, S. G. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 176, 132-137.
- Sights, J. R. & Richards, H. C. (1984). Parents of bulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 3-13.

- Smolak, L. & Levine, M. P. (1996). Adolescent transitions and the development of eating problems. In L. Smolak, M. P. Levine & R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, preventions and treatment* (pp. 207-234). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Smolak, L. & Murnen, S. K. (2001). Gender and eating problems. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 91-110). Washington: American Psychological Association / APA.
- Smolak, L. & Striegel-Moore, R. H. (2001). Challenging the myth of the golden girl: Ethnicity and eating disorders. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 111-132). Washington: American Psychological Association / APA.
- Solano, R., Fernández-Aranda, F., Aitken, A., López, C. & Vallejo, J. (2005). Self-injurious behaviour in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13 (1), 3-18.
- Stice, E. (2001a). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E. (2001b). Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 51-74). Washington: American Psychological Association / APA.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848.
- Stice, E. & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Stice, E., Agras, W. S. & Hammer, L. D. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: A five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 375-387.
- Stice, E. & Bearman, S. K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597-607.

- Stice, E., Shaw, H., Marti & C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231.
- Striegel-Moore, R. H. & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62 (3), 181-198.
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Kraemer, H. C., Taylor, C. B., Daniels, S., Crawford, P. B., Schreiber, G. B. (2003). Eating disorders in white and black women. *American Journal of Psychiatry*, 160 (7), 1326-1331.
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A. & Kraemer, H. C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 471-474.
- Striegel-Moore, R. & Smolak, L. (1996). The role of race in the development of eating disorders. In L. Smolak, M. P. Levine & R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, preventions and treatment* (pp. 259-284). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Striegel-Moore, R. & Smolak, L. (2001). Introduction. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 3-8). Washington: American Psychological Association / APA.
- Striegel-Moore, R. & Smolak, L. (2002). Gender, ethnicity, and eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.) (251-255). New York: The Guilford Press.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157 (3), 393-401.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2001). Males with anorexia nervosa: A controlled study of eating disorders in first-degree relatives. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (3), 263-269.

T

- Taylor, C. B., Cameron, R. P., Newman, M. G. & Junge, J. (2002). Issues related to combining risk factor reduction and clinical treatment for eating disorders in defined populations. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29 (1), 81-90.
- The McKnight Investigators (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 248-254.
- The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (2003). *Food for thought: Substance Abuse and eating disorders*. The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University: New York.
- Thomson, J. K. & Heinberg, L. J. (1993). Preliminary test of two hypotheses of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (1), 59-63.
- Thornton, C. & Russel, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1), 83-87.
- Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Woodside, D. B., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M. & Cassano, G. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: Correlates of diagnostic crossover. *American Journal of Psychiatry*, 162, 732-740.
- Tremblay, L. & Lariviere, M. (2009). The influence of puberty onset , body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviours in children and adolescents. *Eating Behaviours*, 10 (2), 75-83.
- Tylka, T. L. (2004). The relation between body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: An analysis of moderating variables. *Journal of Counseling Psychology*, 51 (2), 178-191..

V

- Ventura J., Liberman R. P., Green M. F., Shaner A., Mintz J. (1998). Training and quality assurance with the structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research*, 79 (2),163-173.
- Vize, C. M. & Cooper, P. J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. A comparative study. *The British Journal of Psychiatry*, 167, 80-85.
- Von Ranson, K. M., Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Rao, R. & Matsunaga H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1703-1708.
- Vrabel, K. R., Ro, O., Martinsen, E. W., Hoffart, A. & Rosenvinge, J. H. (2010). Five-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 22-28.
- Vrabel, K., R., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A., Martinsen, E. W. & Ro, O. (2008). The course of illness following inpatient treatment of adults with longstanding eating disorders: A 5-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 224-232.

W

- Wade, T. D., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G., FMedSci, Wray, N. R. & Martin, N. G. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study. *Psychosomatic Medicine*, 70, 239-244.
- Walsh, B. T., Bulik, C. M., Fairburn, C. G., Golden, N. H., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Kaplan, A. S., Kreipe, R. E., Mitchell, J. E., Pike, K. M., Striegel-Moore, R. H., Taylor, C. B. & Wadden, T. A. (2005). Prevention of eating disorders. In D. L. Evans, E. B. Foa, R. E. Gur, H. Hendin, C. P. O'Brien, M. E. P. Seligman & B. T. Walsh (Eds.). *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What we know and what we don't know* (303-324). Pennsylvania: Oxford University Press.

- Walsh, B. T. & Sysko, R. (2009). Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): an alternative system for classification. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (8), 754-764.
- Webster, J. J. & Palmer, R. L. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: A comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 30, 53-60.
- Welch, S. L., Doll, H. A. & Fairburn, C. G. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychological Medicine*, 27, 515-522.
- Welch, S. L. & Fairburn, G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151 (3), 402-407.
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsater, Gillberg, C. & Rastam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 194 (2), 168-174.
- Wentz, E., Gillberg, C., Gillberg, I. C. & Rastam, M. (2001). Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Psychiatric disorders and overall functioning scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (5), 613-622.
- Wilson, G. T. (1993). Assessment of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (227-249). New York: Guilford Press.
- Wilson, T. G., Grilo, C., M. & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatments of eating disorders. *American Psychologist*, 62 (3), 199-216.
- Wonderlich, S. A. (2002). Personality and eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.) (204-209). New York: The Guilford Press.
- Wonderlich, S. A., Joiner, T. E., Keel, P. K., Williamson, D. A. & Crosby, R. D. (2007). Eating disorder diagnoses: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62 (3), 167-180.
- Wonderlich, S. A., Lilenfeld, L. R., Riso, L. P., Engel, S. & Mitchell, J. E. (2005). Personality and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S68-S71.

Y

Yackobovitch-Gavan, M., Golan, M., Valevski, A., Kreitler, S., Bachar, E., Lieblich, A., Mitrani, E., Weizman, A. & Stein, D. (2009). An integrative quantitative model of factors of influencing the course of anorexia nervosa over time. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (4), 306-317.

