



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Educação e Psicologia

FATORES DE RISCO COM IDADE DE INÍCIO PRECOCE, TÍPICA E TARDIA NAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Natália Sofia Cardoso Granja

Porto, julho de 2018



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Educação e Psicologia

FATORES DE RISCO COM IDADE DE INÍCIO PRECOCE, TÍPICA E TARDIA NAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Natália Sofia Cardoso Granja

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Bárbara César Machado

Porto, julho de 2018

Agradecimentos

Ao terminar esta etapa da minha vida, queria manifestar o meu agradecimento a todos aqueles que estiverem do meu lado ao longo deste percurso, apoiando-me incondicionalmente.

À minha orientadora, Professora Doutora Bárbara César Machado, um agradecimento muito especial. Tenho a agradecer por todo o conhecimento transmitido assim como pelo amor pelas Perturbações da Alimentação e da Ingestão. Por todas as palavras de apoio e motivação, toda a sua boa energia e tranquilidade. Obrigada por ter estado sempre presente, permitindo que me sentisse sempre amparada. O meu obrigada muito sincero e especial.

À Doutora Isabel Brandão e à Doutora Patrícia Nunes por tornarem possível a recolha de dados nas consultas das Perturbações da Alimentação e da Ingestão, no âmbito deste estudo. Agradeço toda a disponibilidade, amabilidade e partilha de conhecimentos.

A todos os participantes deste estudo, pela disponibilidade que demonstraram em colaborar nesta investigação, pela simpatia, partilha de experiências e pelo tempo despendido.

À Inês Buinhas, por ter feito este percurso ao meu lado, pelo companheirismo mesmo quando as coisas não eram fáceis e desesperávamos juntas. Pelas palavras de apoio e pelas gargalhadas.

A todos os meus amigos que estiveram do meu lado em todos os momentos, com uma palavra de carinho e motivação. Obrigada por me deixarem partilhar convosco esta minha vivência.

Um obrigada muito especial a toda a minha família, por todo o vosso apoio incondicional.

Ao meu irmão, pela tranquilidade e apoio incondicional, pelas viagens só para me fazer companhia, por todas as gargalhadas e pelas palavras reconfortantes. Por tudo.

Aos meus Pais, o mais profundo e sincero agradecimento. Por tudo. Obrigada por serem quem são, pelo amor incondicional, pelas palavras de motivação, por acreditarem

sempre em mim, por serem a minha força. Por estarem sempre do meu lado e por todo o amor que me transmitem.

À minha madrinha, por ser uma pessoa única e um pilar na minha vida. Por todo o apoio que sempre me deu, todas as palavras de motivação e todo o amor transmitido.

À minha maior estrelinha, a minha avó Leonor. Por desde sempre ter sido um exemplo de força e bondade para mim, coragem e persistência. Por tudo o que me transmitiste, todas as lições e todos os valores. Por teres sempre acreditado em mim. Obrigada por estares sempre a olhar por mim. Obrigada por tudo avó, desde sempre e para sempre.

Índice

Agradecimentos.....	I
Glossário.....	IV
Índice de Tabelas.....	V
Resumo.....	VI
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	2
2.1. Caraterização Clínica.....	2
2.2. Epidemiologia das Perturbações da Alimentação e Ingestão.....	4
2.3. Comorbilidade com outras perturbações do foro psiquiátrico.....	4
2.4. Mortalidade, comportamentos auto-lesivos e risco de suicídio.....	5
2.5. Fatores de Risco para o desenvolvimento de PAI.....	6
2.6. Idade de Início (Precoce, Típica e Tardia).....	7
3. MÉTODO.....	9
3.1. Amostra.....	9
3.2. Instrumentos.....	9
3.2.1. Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar (Eating Disorders Examination / EDE, 14ª edição – Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001).....	9
3.2.2. Entrevista para Fatores de Risco nas Perturbações da Alimentação e Ingestão / (RFED). (Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001).....	10
3.3. Procedimentos.....	11
3.3.1. Recolha de Dados.....	11
3.3.2. Tratamento e Análise de Dados.....	12
4. RESULTADOS.....	12
4.1. Resultados Descritivos da Amostra.....	12
4.2. Resultados relativos ao estudo dos FR em função da idade de início da PAI.....	16
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	24
6. BIBLIOGRAFIA.....	32
ANEXOS.....	39

Glossário

AN – Anorexia Nervosa

AN-R – Anorexia Nervosa do Tipo Restritivo

AN-P – Anorexia Nervosa do Tipo Purgativo/ Ingestão compulsiva

APA – *American Psychiatric Association*

AVA – Acontecimentos de Vida Adversos

BN – Bulimia Nervosa

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EDE – *Eating Disorders Examination*

EDNOS – Perturbação de Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

FR – Fatores de Risco

IAC – Ingestão Alimentar Compulsiva

IMC – Índice de Massa Muscular

PAI – Perturbações da Alimentação e da Ingestão

PAI COE - Perturbação da Alimentação e da Ingestão Com Outra Especificação

PAI NE - Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada

PIAC – Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva

RFED – *Risk Factors for Eating Disorders*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

Índice de Tabelas

Tabela 1. *Domínios e respetivos subdomínios da Entrevista para Fatores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar / Risk Factors for Eating Disorders; Interview Schedule/RFED; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001)*

Tabela 2. *Caraterização sociodemográfica da amostra*

Tabela 3. *Caraterização da amostra (peso, altura atual e IMC atual)*

Tabela 4. *Sintomas associados ao início de uma PAI*

Tabela 5. *Coeficiente de Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo à Idade de Início e os 3 Domínios referentes aos Fatores de Risco – correlações negativas*

Tabela 6. *Coeficiente de Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo à Idade de Início e os 3 Domínios referentes aos Fatores de Risco – correlações positivas*

Tabela 7. *Coeficiente de Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo aos acontecimentos precipitantes com correlação negativa (acontecimentos que ocorreram 12 meses antes da idade de início).*

Tabela 8. *Coeficiente de Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo aos acontecimentos precipitantes com correlação positiva (acontecimentos que ocorreram 12 meses antes da idade de início).*

Resumo: As PAI são uma questão de saúde pública e acarretam consequências físicas e psicológicas (Chavez & Insel, 2007). A sua etiologia é multifatorial (Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014). É importante compreender os fatores que vulnerabilizam um indivíduo a desenvolver uma PAI.

Objetivo: Explorar e compreender quais os Fatores de Risco (FR) associados à idade de início para o desenvolvimento dos primeiros sintomas de uma PAI: precoce e tardia.

Método: Participaram neste estudo 30 indivíduos, 22 mulheres e 8 homens com diagnóstico atual de PAI (DSM-5, APA, 2014). Administrou-se o *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000) (apenas os itens de diagnóstico) e a *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990) para a avaliação dos FR que podem ter precedido o início da PAI.

Resultados: Os FR que mais se evidenciaram em idade de início precoce foram sobretudo ao nível do Domínio Ambiental tal como em idade tardia, porém em idade tardia identificaram-se diversos FR no Domínio Vulnerabilidade para Dietas.

Palavras-Chave: Perturbações da Alimentação e da Ingestão, Fatores de Risco, Idade de Início Precoce, Idade de Início Típica, Idade de Início Tardia.

Abstract: ED are public health issues and it entails physical and psychological consequences (Chavez & Insel, 2007). Its etiology is multifactorial (Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014). It is important to understand the factors that incite an individual to develop an ED.

Objective: Explore and understand which Risk Factors (RF) are associated to the starting age for the development of the first symptoms of an ED: early onset age and late onset age.

Method: 30 individuals, 22 women and 8 men with current diagnosis of ED (DSM-5; APA, 2014) participated in this study. The Eating Disorders Examination (Fairburn & Cooper, 2000) (only diagnostic items) and Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule (Fairburn & Welch, 1990) were administered for the evaluation of RF that may have preceded the onset of ED.

Results: The most evidenced RF at early starting age were mainly related to the Environmental Domain as in the late age however, in the late onset age, several FRs were identified in the Domain Vulnerability for Diets.

Key Words: Eating disorders, Risk Factors, Early Onset Age, Typical Onset Age, Late Onset Age.

1. INTRODUÇÃO

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) são atualmente uma questão de saúde pública de enorme relevância que acarretam consequências tanto a nível físico como a nível psicológico (Chavez & Insel, 2007; Herpertz-Dahlmann, 2015). Resultam ainda num comprometimento funcional significativo e num sofrimento emocional (Rohde, Stice & Marti, 2015). Estas patologias são relativamente comuns e muitas das vezes chegam a ser negligenciadas, apesar de apresentarem uma alta comorbilidade com outras perturbações do foro psiquiátrico e apresentarem graves consequências para a saúde (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Na evidência empírica, constata-se um consenso relativamente à etiologia das PAI assumindo que esta é multifatorial (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014), considerando que os FR para o desenvolvimento de uma PAI assume uma panóplia de fatores, nomeadamente fatores a nível psicológico, biológico, familiar e ainda sociocultural (Gouveia, 2000). Os FR têm sido agrupados também em categorias como fatores de risco de cariz individual, a nível familiar e FR socioculturais (Schmidt, 2002).

No que concerne à idade de início, Chavez e Insel (2007) referem que as PAI tendem a ser mais frequentes durante o período da adolescência e início da idade adulta, e tende a prolongar-se ao longo da vida do indivíduo. Tipicamente as PAI caracterizam-se por uma evolução prolongada (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012).

Deste modo, é crucial proceder à identificação dos fatores que podem tornar um indivíduo mais ou menos propenso a desenvolver uma PAI em diversas idades, isto é, é importante identificar e compreender o porquê de determinados sujeitos desenvolverem uma PAI numa idade e outro noutra idade distinta. Neste sentido, torna-se relevante perceber quais os fatores que vulnerabilizam um indivíduo (fatores de risco) a desenvolver uma PAI em função da idade de início da mesma podendo assim compreender integralmente as PAI e melhorar a intervenção com a população alvo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Caracterização Clínica

As PAI são entidades sindrômicas que se definem por características clínicas, sintomas, sinais e por uma determinada disfunção alimentar. Assim sendo, de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), nas PAI estão incluídas perturbações como a Pica, o Mericismo (Perturbação de Ruminação), a Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva, a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN), a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação (PAI COE) e, por último, a Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada (PAI NE) (APA, 2014).

No caso do presente estudo, será dado um maior foco nas PAI que se desenvolvem tipicamente a partir da adolescência, nomeadamente, a AN, BN e PIAC.

No que concerne à AN caracteriza-se por uma procura intensiva de magreza, acompanhada por um medo marcado de ganhar peso, apesar do baixo nesta patologia (Heaner & Walsh, 2013). Relativamente aos Critérios de Diagnóstico segundo o DSM-5 (APA, 2014) estes apresentam-se como critérios fundamentais para a identificação da perturbação: restrição do consumo de energia relativamente às necessidades, conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade do indivíduo- este peso é definido como um peso corporal abaixo do nível normal mínimo, ou para crianças e adolescentes, abaixo do peso mínimo esperado-, o sexo, a trajetória desenvolvimental e a saúde física; medo intenso de aumentar o peso ou de engordar, ou comportamentos constantes que interferem com o ganho de peso, mesmo quando o indivíduo tem um peso significativamente baixo; perturbação na apreciação do próprio peso ou da forma corporal, ou ausência de reconhecimento constante da seriedade do baixo peso atual. Perante estes casos é necessário especificar se se está perante um Tipo Restritivo - nos últimos 3 meses, o indivíduo não recorreu a episódios de ingestão alimentar compulsiva (IAC) ou a comportamentos purgativos recorrentes - ou Tipo Ingestão Compulsiva/Purgativo - durante os últimos 3 meses, o indivíduo recorreu a comportamentos como os descritos anteriormente. Perante um IMC (Índice de Massa Corporal) $\geq 17 \text{ kg/m}^2$ considera-se AN Ligeira, IMC $16-16,99 \text{ kg/m}^2$ Moderada, IMC $15-15,99 \text{ kg/m}^2$ Grave e, por último, IMC $\leq 15 \text{ kg/m}^2$ é considerada Extrema.

A BN define-se por comportamentos alimentares que incluem episódios de compulsão alimentar, seguindo-se de comportamentos compensatórios – como o vômito autoinduzido – na

tentativa de expulsar a carga calórica, de modo a evitar o ganho de peso (Heaner & Walsh, 2013). Segundo o DSM-5 (2014), caracteriza-se pela presença de episódios frequentes de IAC, sendo que um episódio é caracterizado pela presença dos seguintes critérios: comer excessivamente num curto espaço de tempo (até 2 horas) uma quantidade de alimentos considerada superior àquela que a maioria dos indivíduos comeria durante um período de tempo semelhante e as mesmas circunstâncias e ainda, sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante este mesmo episódio; presença de comportamentos compensatórios de modo a evitar o ganho de peso; ingestão compulsiva de alimentos, e estes comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, 1 vez por semana durante 3 meses; a autoavaliação é influenciada tanto pelo peso como pela forma corporal; e, por último, a perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia.

No nível de gravidade da perturbação, o nível mínimo é baseado na frequência em que ocorrem determinados comportamentos compensatórios considerados inapropriados: Ligeira - em média, 1 a 3 episódios; Moderada - 4 a 7 episódios; Grave - 8 a 13 episódios; Extrema - 14 ou mais episódios.

Relativamente à PIAC caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar que ocorrem pelo menos duas vezes por semana durante 6 ou mais meses. Esta perturbação distingue-se da BN, tendo em conta que não ocorrem comportamentos compensatórios inadequados (Heaner & Walsh, 2013). Segundo Alvarenga et al., (2014), indivíduos com PIAC demonstram ter hábitos alimentares considerados caóticos, apresentam níveis elevados de perda de controlo e exibem afeto negativo.

Os critérios de diagnóstico segundo o DSM-5 (2014) relativos a esta perturbação são episódios recorrentes de IAC, tal como descritos anteriormente. Estes episódios associam-se a três dos seguintes sintomas: ingestão muito rápida, comer até se sentir desagradavelmente cheio, ingestão de grandes quantidades de comida apesar de ausência de fome, comer sozinho por se sentir envergonhado pela voracidade, sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com culpa depois da ingestão compulsiva. É também crucial discriminar o nível de gravidade da situação. O nível mínimo de gravidade é baseado na frequência dos episódios de IAC. Este pode ser aumentado de modo a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional. Deste modo, gravidade ligeira - 1 a 3 episódios de IAC por semana; moderada - 4 a 7 episódios por semana; grave - 8 a 13 episódios por semana; e extrema - 14 ou mais episódios de IAC por semana.

Num estudo realizado por Lora-Cortez e Saucedo (2006), verificou-se uma correlação positiva entre comer compulsivamente e as condutas compensatórias, assim como entre as práticas compulsivas após uma dieta restritiva. Os autores destacam ainda a importância e o modo como as mulheres são influenciadas por um “modelo estético corporal” que atualmente é visível na cultura ocidental, que pode levar a que perante uma comparação se sintam insatisfeitas com a sua própria imagem.

2.2.Epidemiologia das Perturbações da Alimentação e Ingestão

2.2.1. Prevalência e Incidência

Através de um estudo realizado por Stice, Marti e Rohde (2013) as PIAC afetam de um modo geral até 6% dos jovens do sexo masculino e 15% das jovens do sexo feminino. Porém, segundo Smink, van Hoeken, e Hoek (2012) estas perturbações afetam aproximadamente 2% a 4% da população do sexo feminino dos países ocidentais. É possível constatar que a prevalência é superior no sexo feminino e de acordo com Pike e colaboradores (2008), as mulheres têm 10 vezes mais probabilidade de desenvolver AN comparativamente aos homens. Em relação à BN, a prevalência é relativamente mais alta, assumindo valores entre 1% - 1,5%. Esta prevalência é mais frequente em jovens adultos. Pouco se sabe sobre a prevalência desta perturbação nos homens, porém sabe-se que é menos comum. No que concerne à PIAC, a prevalência em adultos do sexo feminino e do sexo masculino (maiores de 18 anos) nos EUA é de 1,6% e de 0,8% respetivamente. Esta perturbação apresenta uma maior prevalência em indivíduos que procuram tratamento de emagrecimento na população geral.

Relativamente à realidade portuguesa, Machado e colaboradores (2007), após realizarem um estudo epidemiológico em duas fases, concluíram que a prevalência da AN foi calculada em 0,39 %; 0,30% para a BN e 2,37% para as PAI sem outra especificação.

Mais recentemente, Keski-Rahkonen e Mustelin (2016) constataram que a nível europeu, < 1-4% relataram AN, < 1-2% referiram BN, < 1-4 % relataram PIAC. Acrescentaram que a taxa de prevalência da AN tem demonstrado valores estáveis, contrariamente à taxa de prevalência da BN que parece estar em declínio. Relativamente ao sexo masculino, os autores referem a presença de PAI com cerca de 0,3 a 0-7 %, ou seja, verificou-se uma prevalência inferior ao sexo feminino, o que corrobora com outros autores mencionados anteriormente.

2.3.Comorbilidade com outras perturbações do foro psiquiátrico

Murphy, Straepler, Cooper e Fairburn (2010) reportam para a importância que se deve ter perante as PAI assim como a comorbilidade com outras perturbações, nomeadamente a

depressão e a ansiedade uma vez que podem estar presentes em simultâneo. Referem ainda que por vezes pode ser também especulada a presença de uma Perturbação Estado-Limite (Borderline) da Personalidade devido a comportamentos relacionados com o abuso de álcool e autoagressão.

Estes dados corroboram com os dados verificados na revisão feita mais tarde por Keski-Rahkonen e Mustelin (2016), que apuraram através de um estudo sueco, que as perturbações psiquiátricas que são comórbidas com PAI são precisamente as perturbações de ansiedade, as perturbações do humor e ainda, o abuso de substâncias. Verificaram que em termos de diagnósticos individuais mais comuns se encontra a depressão major, perturbação de ansiedade generalizada e algumas fobias específicas. Não se verificaram diferenças de género. Na França, verificaram que 75 a 85% dos indivíduos com AN, e 80 a 90 % dos indivíduos com BN relataram pelo menos um episódio de perturbação de humor durante a sua vida.

Segundo o DSM-5 (2014), as perturbações bipolares, depressivas e de ansiedade coocorrem com frequência com a AN. Quanto à BN, é também frequente a comorbilidade com outras perturbações mentais. Verifica-se com frequência um aumento dos sintomas depressivos, presença de perturbações bipolares e depressivas como no caso da AN.

2.4.Mortalidade, comportamentos auto-lesivos e risco de suicídio

Segundo Keski-Rahkonen e Mustelin (2016), os comportamentos auto-lesivos, as tentativas e o próprio suicídio constituem algumas das consequências mais graves provenientes das PAI. Os comportamentos auto-lesivos têm ocorrido em indivíduos com PAI, com taxas de prevalência entre os 14 e os 42% no caso da AN-R, 28 a 68% no caso da AN-P e 26 a 55 % no caso da BN (Svirko & Hawton, 2007). Porém, posteriormente, Keski-Rahkonen e Mustelin (2016), verificaram que os comportamentos de automutilação foram relatados na Catalunha, tanto por homens (17%) como por mulheres (21%) com PAI. Estes comportamentos de automutilação foram muito associados a traços de impulsividade assim como ao abuso de substâncias. Recentemente, um estudo veio corroborar os resultados obtidos anteriormente, referindo que as taxas de prevalência de comportamentos auto-lesivos são cerca de 30% em indivíduos com PAI. Acrescentaram que estes comportamentos são mais frequentes em sujeitos com AN-P, BN e PIAC visto que indivíduos que tenham comportamentos de IAC e/ou purgativos, podem apresentar um maior risco para iniciar comportamentos auto-lesivos (Vieira, Machado, Machado, Brandão, Roma-Torres & Gonçalves, 2017).

2.5.Fatores de Risco para o desenvolvimento de PAI

Relativamente aos FR para o desenvolvimento de PAI, identificam-se FR biológicos, psicológicos e sociais e ainda ambientais segundo Heaner e Walsh (2013). Deste modo, os autores consideram que tendo em conta todos estes fatores, é importante considerar a multicausalidade desta perturbação através de uma perspetiva biopsicossocial.

Altamirano e colaboradores (2011), acrescentam que os FR que poderão associar-se ao desenvolvimento de uma PAI são a baixa autoestima e a insatisfação corporal. De acordo com um estudo realizado por Coker e Abraham (2014), os resultados indicaram que uma grande parte da sua amostra apresentava algum grau de insatisfação com a sua forma corporal mesmo sem ter uma PAI. Contudo, verificaram-se diferenças quando comparado o grupo de mulheres com PAI e mulheres sem qualquer tipo de perturbação. Verificou-se que as mulheres sem perturbação obtinham um IMC de 18 a 19 kg/m², enquanto que quando tinham uma PAI, o IMC era mais baixo, entre 15 a 16 kg/m², o que sugere que as mulheres aspiram a pesos irrealistas, podendo ser prejudiciais para a saúde. Concluíram que quando tinham comportamentos purgativos, o nível de insatisfação corporal era superior. Stice, Marti e Durant (2011) consideraram que a insatisfação corporal pode também promover afetividade negativa – vergonha, ansiedade, tristeza – tendo em conta a importância dada à aparência física atualmente e na nossa cultura podendo desencadear comportamentos de IAC como meio de lidar com os sentimentos adversos. As preocupações em relação ao peso, forma, restrição alimentar e antecedentes de familiares com PAI, representam fatores de risco para as PAI.

Num estudo realizado por Machado e colaboradores (2014) em que o objetivo era o de identificar FR para a AN e compreender se eram específicos da AN ou se precediam o desenvolvimento de outras perturbações psiquiátricas, sugerem que os conflitos familiares, os comentários realizados pelos pais acerca da alimentação e perceção do indivíduo sobre a sua aparência, emergem como FR para a psicopatologia no geral assim como a dinâmica familiar, vulnerabilidade para dietas e acontecimentos disruptivos. Quanto aos FR específicos, identificaram a história familiar de PAI e o perfeccionismo, enfatizando o papel do perfeccionismo como uma característica fundamental e global do indivíduo, que deve ser considerada juntamente com a predisposição genética para desenvolver uma PAI (Machado et al., 2014).

Mais tarde, num estudo de Machado, Gonçalves, Martins, Brandão, Roma-Torres, Hoek e Machado (2016) os sujeitos com AN apresentaram níveis elevados de perfeccionismo,

autoconsciência em relação a aparência, problemas familiares não resolvidos, atitudes negativas face ao peso e forma corporal dos pais, sentir-se gordo, histórico familiar de PAI e AVD (Acontecimentos de Vida Adversos). Os sujeitos com BN demonstraram estar mais propensos a ter um contexto ambiental marcado por altas expectativas, importância excessiva em manter a forma corporal e fatores relacionados com excesso de peso e consequências negativas o que pode predispor a iniciarem dietas.

Martinson, Esposito-Smythers e Blalock (2016) verificaram que os adolescentes com uma maior fragilidade emocional e que tenham pais diagnosticados com ansiedade e/ou depressão, têm um maior risco de desenvolver uma PAI. Por outro lado, Allen e colaboradores (2014) acrescentam que ser do sexo feminino, a gravidez, as complicações no parto, o afeto negativo, os problemas de cariz social, problemas comportamentais, a excessiva preocupação com o peso e com a forma, podem ser vistos como fatores de risco para o desenvolvimento de uma PAI.

Quando se realizaram estudos focados em FR individuais para cada PAI, foi possível concluir que o perfeccionismo, a história familiar de PAI (AN ou BN), assumem-se como fatores que podem predispor um indivíduo a desenvolver uma PAI. De acordo Attia e Walsh (2007) os sintomas de ansiedade, as características perfeccionistas, e o estilo parental podem ser possíveis fatores de risco. Os fatores genéticos são cada vez mais vistos como uma hipótese para o risco do desenvolvimento de AN. Allen e colaboradores (2014) concluíram que, a perceção do excesso de peso por parte dos pais em relação ao indivíduo durante a infância, foram preditores de risco para perturbações de início tardio.

Após o exposto, destaca-se que existem FR gerais que são comuns às PAI assim como fatores mais específicos. Verifica-se que o perfeccionismo, a predisposição genética, problemas de cariz social e uma preocupação excessiva são fatores comuns às PAI, porém, a ansiedade, a sensação de gordura e a história familiar assumem-se como fatores que predispõem o indivíduo a desenvolver uma AN.

2.6. Idade de Início (Precoce, Típica e Tardia)

A idade de início em que se apresentam os primeiros sintomas de uma PAI define-se pela idade que iniciou o primeiro comportamento alimentar significativo e persistente. Este

podendo ser uma dieta duradoura, episódios de IAC regulares, o vômito autoinduzido e o uso de laxantes.¹

Apresentam-se, assim, de forma mais detalhada, estudos que se referem à idade de início, de modo a permitir identificar médias de idades dos primeiros sintomas. Machado (2010) através de estudos que recorreram à RFI, identificou a idade de início média como sendo aos 14,84 anos. Posteriormente, Machado e colaboradores (2014) redefiniram a idade de início média para 15,16 anos em casos de AN, porém, os pontos de corte como marcadores de idade de início não são consistentes na literatura.

Deste modo, o período da adolescência é visto como sendo o início típico das PAI. Chavez e Insel (2007), mencionaram que por norma, as PAI tendem a aparecer em maioria durante a adolescência ou no início da idade adulta, tendendo a prolongar-se ao longo da vida provocando consequências tanto para o indivíduo como para os seus familiares. Este facto foi corroborado por Fisher e colaboradores (1995), que para além de referenciar que as PAI são diagnosticadas por norma na adolescência, mencionaram também que constituem a terceira doença mais comum entre os adolescentes, após a obesidade e a asma. De acordo com Pinto-Gouveia (2000), a adolescência caracteriza-se por um período em que ocorrem alterações biopsicossociais (puberdade, alteração da imagem corporal, entre outras) o que faz com que corresponda à fase de maior risco para desenvolver uma PAI. Por outro lado, numa idade de início tardia os fatores precipitantes para o desenvolvimento de uma PAI são distintos podendo ser o casamento, a maternidade, menopausa e o divórcio (Dally, 1984). Ou seja, os FR podem variar de acordo com a fase desenvolvimental do indivíduo.

Hilbert e colaboradores (2014) constatam que indivíduos com BN ou PIAC tendem a relatar uma idade de início mais tardia comparativamente à AN. Para além disso, aproximadamente dois terços das mulheres com AN relataram que a PAI teve início após o começo de dietas, enquanto que aproximadamente dois terços das mulheres com BN e PIAC relatou que as perturbações se iniciaram após comportamentos de compulsão alimentar. De um modo geral, os resultados sugeriram que a BN se desenvolve de um modo semelhante à AN e à PIAC.

¹ O primeiro comportamento alimentar significativo é definido pela frequência e duração conforme os critérios do Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar (*Eating Disorders Examination* / EDE, 14ª edição – Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001).

Um estudo sobre os internamentos hospitalares em PAI comparando mulheres mais velhas e mais jovens e constaram que as mulheres mais velhas (mais de 40 anos) eram mais propensas a desenvolver uma BN do que as mais jovens (18-39) (Ackard, Richter, Frisch, Mangham & Cronemeyer, 2013 cit. in Jenkins & Price, 2018).

Ackard e colaboradores (2014) acrescenta que a uma idade de início tardia está associada uma maior duração da doença, dado esse que foi apoiado por Jenkins e Price (2018) sugerindo que as mais velhas em internamento têm uma duração da doença superior comparativamente às mais jovens antes do internamento o que pode afetar negativamente o resultado do mesmo.

3. MÉTODO

O presente estudo tem como principal objetivo o de explorar e compreender quais os fatores de risco associados à idade de início para o desenvolvimento dos primeiros sintomas de uma PAI: precoce e tardia. Para tal, foram definidos três objetivos específicos: 1) caracterizar os sintomas associados ao início de uma PAI; 2) identificar os fatores de risco associados à idade de início da PAI (Precoce, Típica ou Tardia); 3) identificar os fatores precipitantes associados à idade de início da PAI (i.e. fatores que ocorreram 12 meses antes do desenvolvimento da PAI).

3.1. Amostra

Participaram no estudo 30 sujeitos com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos ($M = 34,57$; $DP = 8,42$), sendo que 22 (73,3 %) eram do sexo feminino e 8 (26,7%) do sexo masculino. Destes, 21 tinham diagnóstico de AN (70%), 5 de BN (16,7%), 2 de PIAC (6,7%), 1 de AN atípica (3,3%) e 1 de PAI NE (3,3%). Dos participantes com diagnóstico de AN, 17 correspondia a uma AN-R (56,7%) e 4 a uma AN-P (13,3%).

3.2. Instrumentos

3.2.1. 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 semiestruturada baseada no investigador e visa avaliar a psicopatologia específica das PAI, focando-se nos comportamentos e atitudes dos últimos 28 dias. Avalia a frequência destes comportamentos e a sua severidade. Deste modo, permite a operacionalização para os critérios de diagnóstico das PAI propostos pelo DSM IV (APA,

1996), avaliando os sintomas de maior relevância para o diagnóstico durante um período de até 3 meses antes da avaliação (Machado, 2010). É importante referir que para o presente estudo, apenas foram utilizados os itens de diagnóstico para posteriormente se converter de diagnóstico com base no DSM-IV (APA,1996) para um diagnóstico baseado no DSM-5 (APA,2014).

3.2.2. Entrevista para Fatores de Risco nas Perturbações da Alimentação e Ingestão / (RFED). (*Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule*; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001)

Para a recolha de dados recorreu-se a uma Entrevista para Fatores de risco nas Perturbações da Alimentação e da Ingestão (RFED). Trata-se de uma entrevista baseada no investigador, construída para estudar especificamente os fatores de risco (FR) associados ao desenvolvimento de PAI. Esta entrevista, aborda diversos domínios distintos e subdomínios que estão apresentados na Tabela 1. (Machado, 2010).

A RFED tem como principal foco o período que antecede o início da PAI. Este é visto como a idade em que ocorreu o primeiro comportamento notório e característico de uma PAI: dieta prolongada episódios frequentes de ingestão alimentar excessiva, vômito autoinduzido ou abuso de laxantes. Com esta proposta, os autores visam eliminar os fatores que possam ser consequências da sintomatologia alimentar, ou serem fatores de manutenção. É ainda avaliada a presença de cinco fatores de risco que poderão ter uma influência hereditária, antes e depois da idade de início da PAI, são eles a história familiar de depressão, o abuso de álcool, abuso de drogas, obesidade, e a presença de uma PAI. Estes fatores foram avaliados em dois momentos distintos: qualquer momento da vida do indivíduo assim como período antes da idade de início da PAI. Relativamente ao abuso sexual outro tipo de abusos, estes foram avaliados independentemente da idade do indivíduo. Importa ainda salientar que a RFED foi desenvolvida sobretudo com o intuito de minimizar os problemas associados aos relatos retrospectivos (Machado, 2010).

Para além dos aspetos anteriormente mencionadas, a RFED contemplava ainda questões do GRAFFAR de modo a calcular o nível socioeconómico parental. Foram então consideradas 3 bandas de sistema de classificação do GRAFFAR, sendo elas: classes I e II consideradas como um nível socioeconómico alto, classe III correspondia a um nível socioeconómico médio, e por último, às classes IV e V fazia-se corresponder o nível socioeconómico baixo.

Tabela 1. *Domínios e respetivos subdomínios da Entrevista para Fatores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar / Risk Factors for Eating Disorders; Interview Schedule/RFED; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001)*

DOMÍNIOS	SUBDOMÍNIOS
Domínio I Vulnerabilidade Pessoal	Caraterísticas na infância Perturbações Psiquiátricas Pré-mórbidas Problemas Comportamentais Perturbações Psiquiátricas nas figuras parentais (antes e depois do início da PAI)
Domínio II Ambiental	Problemas parentais Acontecimentos disruptivos Perturbações Psiquiátricas nos pais (antes ou depois da PAI) Agressão e Gozo pelo grupo de pares Abuso físico e sexual e psicológico
Domínio III Vulnerabilidade para dietas	Risco de Dietas Risco de Obesidade Perturbações relacionadas com a alimentação dos pais

3.3. Procedimentos

3.3.1. Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada na totalidade numa Unidade Hospitalar na Região do Porto, em contexto de consulta especializada em PAI. Esta recolha foi feita através da administração do EDE (Fairburn & Cooper, 2000) e ainda da RFED (Fairburn & Welch, 1990). O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar. Para além disso, foram tidas em conta todas as questões de confidencialidade, de modo a assegurar o anonimato dos participantes em estudo. As entrevistas foram realizadas individualmente, em salas de consulta cedidas para o efeito. Os participantes tiveram conhecimento à priori dos objetivos específicos do estudo.

Relativamente aos critérios de inclusão, todos os participantes tinham de ter diagnóstico atual de uma PAI (AN, BN ou PIAC) de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5

(APA,2014). Este diagnóstico prévio era realizado pelo médico psiquiatra e posteriormente, no momento da entrevista, procedia-se à confirmação do mesmo através do EDE. Deste modo, era necessário ter um diagnóstico atual para se proceder à administração da RFED. Como critérios de exclusão encontram-se a presença de uma doença física considerada incapacitante.

3.3.2. Tratamento e Análise de Dados

Os dados recolhidos nesta investigação, uma vez que são de natureza quantitativa, foram organizados de forma a proceder-se ao seu tratamento estatístico, através de uma estatística descritiva e de frequência para a descrição e caracterização da amostra do estudo, e posteriormente, recorreu-se à estatística inferencial. Este tratamento foi feito através do programa estatístico *IMB® SPSS®* (versão 24.0), em particular ao Teste de Mann-Whitney (*U*), e de seguida ao Teste de correlação Ponto-Bisserial (*r_{pb}*).

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos no presente estudo serão apresentados em dois grupos, sendo eles:

- 1) resultados descritivos da amostra (ao nível dos aspetos sociodemográficos e história clínica) e 2) resultados relativos ao estudo dos FR em função da idade de início da PAI.

4.1.Resultados Descritivos da Amostra

Tabela 2. *Caraterização sociodemográfica da amostra*

Participantes com diagnóstico de PAI (n = 30)	
	<i>n</i> (%)
Estado Civil	
Solteiro	27 (90)
Casado ou a viver junto	2 (10)
Habilitações Literárias	
1º Ciclo	1 (3,3)
2º Ciclo	3 (10)

3º Ciclo	8 (26,7)
Ensino Secundário (12º ano de escolaridade)	12 (40)
Licenciatura	5 (16,7)
Pós-graduação/Mestrado	1 (3,3)
Situação Profissional	
Desempregada	1 (3,3)
Estudante	16 (53,3)
Costureira	1 (3,3)
Auxiliar de enfermagem num lar	1 (3,3)
Lojista	1 (3,3)
Rececionista de um hotel	1 (3,3)
Tipo de estudante	
A frequentar o ensino básico	4 (13,3)
A frequentar o ensino complementar	2 (13,3)
A frequentar o ensino superior	8 (26,7)
A frequentar formação profissional	1 (3,3)
Não se aplica ²	15 (50)
Nível socioeconómico	
Superior	2 (6,7)
Médio alto	5 (16,7)
Médio	5 (16,7)
<i>Missing</i> ³	12 (40)

A Tabela 3 apresenta os resultados relativos à idade de início, peso, altura atual e IMC. Dado o presente estudo pretender compreender a correlação entre a idade de início e a exposição a diversos fatores de risco, isto é, compreender quais ao FR que podem predispor os sujeitos para o desenvolvimento de uma PAI em função da idade de início dos primeiros sintomas alimentares, foi necessário determinar e distinguir a idade de início da

² Na Tabela 2 os valores relativos à opção *Não se aplica* referem-se às participantes que não se encontram a estudar aquando do momento de avaliação correspondendo a 50% da amostra.

³ Na Tabela 2 os valores relativos ao *Missing* referem-se à falta de informação do nível socioeconómico dos participantes, correspondendo a 40% da amostra.

sintomatologia alimentar. Como se pode observar na tabela 3, no que diz respeito à idade de início, esta está compreendida entre os 6 e os 32 anos de idade ($M = 16.77$ e $DP = 5.09$).

Relativamente ao peso apresentado em kg, varia entre 32,60 e 111,40 ($M = 51.90$ e $DP = 19.57$). No que diz respeito à altura atual da amostra (apresentada em centímetros, varia entre 150 e 192 ($M = 164.40$ e $DP = 9.88$)). Por último, no que concerne ao IMC varia entre 11,68 e 38,92 ($M = 18.79$ e $DP = 6.35$).

Recorreu-se ao Teste de Mann-Whitney (U) de modo a compreender se se verificaram diferenças entre o sexo e a idade de início da PAI e constatou-se que não se verificaram diferenças significativas entre o sexo e a idade de início ($U = 82.50$, $p = .795$).

Tabela 3. Caraterização da amostra (peso, altura atual e IMC atual)

Participantes com diagnóstico de PAI		
<i>(N = 30)</i>		
	Amplitude	M (DP)
Idade	15-44	34.57 (8.42)
Idade de início	6-32	16.77 (5.09)
Peso (Kg)	32,60 – 111,40	51.90 (19.57)
Altura atual (cm)	150 – 192	164.40 (9.88)
IMC atual (Kg/m²)	11,68 – 38,93	18.79 (6.35)

Na Tabela 4 estão apresentados alguns dados obtidos através da RFED sobre sintomas associados ao início de uma PAI. Constatamos que relativamente às dietas, a idade do início da primeira dieta varia entre 10 e 32 anos ($M = 16.84$; $DP = 4.66$) e a idade em que os sujeitos consideraram o peso e a forma corporal como aspetos de extrema relevância variou entre 6 e 40 anos ($M = 17.28$; $DP = 6.95$).

No que concerne a episódios de ingestão alimentar exagerada, observamos que a idade do seu início variou entre 14 e 32 anos ($M = 19.69$; $DP = 5.08$).

Na história de vômito, verifica-se que a idade do início do vômito varia entre 14 e 41 anos ($M = 20.40$; $DP = 8.12$), o que corresponde à idade de início de vômito regular que varia

igualmente entre 14 e 41 anos ($M = 23.88$; $DP = 9.67$). A duração em meses do período mais longo de vômito variou entre 2 a 84 meses ($M = 21.00$; $DP = 27.19$).

No que diz respeito à história do uso de laxantes, verifica-se que a idade de início varia entre 11 e 26 anos ($M = 18.40$; $DP = 5.41$) e a duração em meses do período mais longo do seu uso variou entre 2 a 33 meses ($M = 16.25$; $DP = 12.97$).

Relativamente ao exercício físico, a idade relatada de início desta prática varia entre 13 e 27 ($M = 16.81$; $DP = 3.72$) e a duração em meses do período mais longo da prática de exercício físico foi de 0 a 84 meses ($M = 27.44$; $DP = 26.19$).

Tabela 4. Sintomas associados ao início de uma PAI

Sintomas associados ao início de uma PAI		
	Amplitude	M (DP)
DIETAS		
Idade do início da primeira dieta	10-32	16.84 (4.661)
Idade mais baixa quando o peso e forma começaram a tornarem-se aspetos muito com enorme relevância	6-40	17.28 (6.959)
INGESTÃO ALIMENTAR EXAGERADA		
Idade de início de episódios de ingestão alimentar exagerada	14-32	19.69 (5.089)
VÓMITO		
Idade de início de vômito	14-41	20.40 (8.127)
Idade de início de vômito regular	14-41	23.88 (9.672)
Duração em meses do período mais longo de vômito	2-84	21.00 (27.194)

USO DE LAXANTES

Idade de início do uso de laxantes	11-26	18.40 (5.413)
Duração em meses do período mais longo de uso de laxantes	2-33	16.25 (12. 971)

EXERCÍCIO FÍSICO

Idade de início de exercício físico	13-27	16.81 (3.728)
Duração em meses do período mais longo de exercício físico	0-84	27.44 (26.192)

4.2. Resultados relativos ao estudo dos FR em função da idade de início da PAI

Recorreu-se então ao Teste do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}), que consiste num teste de associação que visa analisar a relação entre duas variáveis, sendo uma intervalar e outra nominal dicotómica, ou seja, esta tem de assumir apenas dois valores (0 e 1) (Martins, 2011). Pretendeu-se compreender a correlação entre a idade de início e a exposição a diversos fatores de risco em função da mesma.

Foram avaliados os FR que ocorreram antes da idade de início da PAI assim como AVD que precederam 12 meses a idade de início de modo a constituírem-se como fatores precipitantes. Deste modo, irão ser apresentados inicialmente os FR nos domínios distintos, e posteriormente os fatores precipitantes.

A Tabela 5 apresenta correlações negativas significativas obtidas entre a idade de início dos primeiros sintomas da PAI e a exposição aos fatores de risco relativos aos 3 Domínios avaliados, nomeadamente Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal, Domínio II – Ambiental e, por último, Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas.

Podemos constatar que a nível do Domínio da Vulnerabilidade Pessoal, há uma correlação negativa marginalmente significativa entre a idade de início e a vadiagem e evitamento escolar na infância e na adolescência, $r_{pb} = -.33$, $p = .069$. Assim, a uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associado a vadiagem e evitamento escolar.

Verifica-se também que há uma correlação negativa significativa entre a idade de início e a altura do indivíduo na infância e na adolescência, $r_{pb} = -.50, p = .004$. Assim, a uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associada uma altura que não a altura média comparativamente com outras crianças e adolescentes.

Relativamente ao Domínio Ambiental, constata-se que há uma correlação negativa significativa entre a idade de início e o não envolvimento das figuras parentais na infância e na adolescência, $r_{pb} = -.37, p = .040$. Assim, a uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associado ao não envolvimento/desinteresse por parte das figuras paternas.

Verifica-se também que há uma correlação negativa marginalmente significativa entre a idade de início e a presença de expectativas elevadas da figura paterna na infância e na adolescência, $r_{pb} = -.35, p = .057$. Assim, a uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença de elevadas expectativas por parte do pai.

Há uma correlação negativa significativa entre a idade de início e a presença de doença crónica na família na infância e na adolescência, $r_{pb} = -.54, p = .002$. Assim, a uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença de doença crónica na família, nomeadamente nos pais.

Verifica-se também uma correlação negativa marginalmente significativa entre a idade de início e a presença de doença extensa na família na infância e na adolescência, $r_{pb} = -.33, p = .069$. Assim, a uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença de doença extensa na família, nomeadamente nos pais.

Há uma correlação negativa significativa entre a idade de início e a presença de depressão familiar na infância e na adolescência, $r_{pb} = -.36, p = .049$. Assim, uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença de depressão familiar.

Verifica-se ainda uma correlação positiva marginalmente negativa entre a idade de início e a depressão familiar na infância e na adolescência entre a idade de início, $r_{pb} = -.31, p = .088$. Assim, uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI, está associada a presença de depressão familiar antes do aparecimento da própria PAI.

Para além das variáveis anteriormente descritas, há uma correlação negativa significativa entre a idade de início e a presença de Perturbação Maníaca na família na infância

e na adolescência, $r_{pb} = -.54$, $p = .002$. Assim, uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença de Perturbação Maníaca na família., nomeadamente nos pais.

Verifica-se ainda que há uma correlação negativa significativa entre a idade de início e o abuso de drogas familiar na infância e na adolescência, $r_{pb} = -.37$, $p = .044$. Assim, uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associada o abuso de drogas familiar.

Verifica-se ainda que há uma correlação negativa significativa entre a idade de início e o abuso físico grave e repetido durante a infância e a adolescência, $r_{pb} = -.39$, $p = .029$. Assim, uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associada à presença do abuso físico grave e repetido.

Ainda relacionado com o abuso físico, há uma correlação negativa significativa entre a idade de início e a presença de abuso físico repetido na infância e na adolescência, $r_{pb} = -.39$, $p = .029$. Assim, uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença do abuso físico repetido.

Para terminar este domínio, há uma correlação negativa marginalmente significativa entre a idade de início e a presença de cicatrizes ou problemas de pele na infância e na adolescência, $r_{pb} = -.33$, $p = .067$. Assim, uma idade de início precoce para o desenvolvimento de uma PAI, está associada a presença de cicatrizes ou problemas de pele.

Tabela 5. *Coefficiente de Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo à Idade de Início e os 3 Domínios referentes aos Fatores de Risco – correlações negativas*

Idade de Início		
DOMINIO I:	<i>r_{pb}</i>	<i>P</i>
VULNERABILIDADE PESSOAL		
Vadiagem e evitamento escolar	-0.33	.069
Altura do indivíduo na infância e na adolescência	-0.50	.004
DOMINIO II:		
DOMINIO AMBIENTAL		

Não envolvimento das figuras parentais	-0.37	.040
Expectativas elevadas da figura paterna	-0.35	.057
Doença crônica na família	-0.54	.002
Doença familiar extensa	-0.33	.069
Depressão familiar	-0.36	.049
Depressão familiar antes da idade de início	-0.31	.088
Perturbação Maníaca na família	-0.54	.002
Abuso de drogas familiar	-0.37	.044
Abuso físico grave e repetido	-0.39	.029
Abuso físico repetido	-0.39	.029
Cicatrizes ou problemas de pele	-0.33	.067

DOMÍNIO III:

VULNERABILIDADE PARA DIETAS

Comentários sobre a alimentação por parte de	-0.363	.049
Outros		
IAC na família antes da idade de início	-0.314	.091

A Tabela 6 apresenta as correlações positivas significativas obtidas entre a idade de início dos primeiros sintomas da PAI e a exposição aos fatores de risco relativos aos 3 Domínios avaliados, nomeadamente do Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal, o Domínio II – Ambiental e, o Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas.

Deste modo, após a consulta da Tabela 6 podemos constatar que no que diz respeito ao Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal, há uma correlação positiva significativa entre a idade de início e a presença de problemas de saúde graves antes da idade da PAI na infância e na adolescência, $r_{pb} = .47$, $p = .007$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença de problemas de saúde graves, problemas esses prévios ao desenvolvimento da própria PAI.

Para além desta variável, ainda relativo ao Domínio I, verifica-se que há uma correlação positiva significativa entre a idade de início e a vadiagem e o evitamento escolar na infância e na adolescência, $r_{pb} = .43, p = .019$. Assim, -uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada a vadiagem e o evitamento escolar devido à ansiedade e o medo.

Relativamente ao Domínio II – Domínio Ambiental, podemos verificar que há uma correlação positiva significativa entre a idade de início e a presença de morte parental na infância e na adolescência, $r_{pb} = .54, p = .003$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada à presença de morte parental.

Observamos ainda que há correlação positiva significativa entre a idade de início e o envolvimento da figura paterna na infância e na adolescência, $r_{pb} = .37, p = .043$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença de um envolvimento da figura paterna, ora excessivo ora deficitário.

Confirma-se ainda que há uma correlação positiva marginalmente significativa entre a idade de início e a disciplina parental na infância e na adolescência, $r_{pb} = .34, p = .064$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada a uma disciplina parental, ora normativa ora excessiva.

Existe uma correlação positiva significativa entre a idade de início e a presença de tensão familiar devido à alimentação na infância e na adolescência, $r_{pb} = .39, p = .032$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada a tensão familiar motivada por questões relativas à alimentação.

Verifica-se ainda que há uma correlação positiva significativa entre a idade de início e a presença de doença familiar crónica na infância e na adolescência, $r_{pb} = .39, p = .032$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença de doença familiar crónica.

Relativamente à depressão, há uma correlação positiva entre a idade de início e a depressão na família, $r_{pb} = .49, p = .005$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada a depressão na família, nomeadamente nos pais, depressão essa desenvolvida após a idade de início da própria PAI.

Verifica-se ainda que há uma correlação positiva marginalmente significativa entre a idade de início e o gozo sofrido por parte dos colegas devido a razões que não a alimentação, peso e forma corporal, durante a infância e a adolescência, $r_{pb} = .32, p = .085$. Assim, uma idade

de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada o gozo por parte dos colegas por outras razões que não a alimentação, peso nem a forma corporal.

Para além disso, relativamente ao abuso sexual, há uma correlação positiva marginalmente significativa entre a idade de início e o abuso sexual na infância e na adolescência, $r_{pb} = .33$, $p = .074$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associado o abuso sexual independentemente da idade em que desenvolveu a PAI.

Ao observar os dados da Tabela 6, constatamos que posteriormente, verificou-se que há uma correlação positiva marginalmente significativa entre a idade de início e o abuso sexual antes da idade de início na infância e na adolescência, $r_{pb} = .33$, $p = .074$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associado a história de abuso sexual, abuso este sofrido antes da idade de início da própria PAI.

Relativamente ao Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas, podemos verificar que há correlação positiva significativa entre a idade de início e os comentários realizados pela família, nomeadamente pelas figuras parentais na infância e na adolescência, $r_{pb} = .44$, $p = .014$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI estão associados os comentários realizados pelos pais acerca do peso e forma corporal.

Verificamos também que há uma correlação positiva significativa entre a idade de início e os comentários sobre a alimentação realizados pela família, nomeadamente pelas figuras parentais na infância e na adolescência, $r_{pb} = .36$, $p = .048$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença de comentários relativos à alimentação realizados por pelos pais.

Há uma relação positiva marginalmente significativa entre a idade de início e a presença de dieta familiar devido ao peso antes da idade de início da PAI, na infância e na adolescência, $r_{pb} = .34$, $p = .060$. Assim, a uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada a presença de dietas realizadas por familiares motivadas por questões relativas ao peso, antes do aparecimento da própria PAI.

Observa-se ainda que há uma correlação positiva marginalmente significativa entre a idade de início e as consequências do peso elevado no secundário durante a adolescência, $r_{pb} = .32$, $p = .079$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI está associada o peso elevado no secundário sem consequências negativas.

Por último, há uma correlação positiva marginalmente significativa entre a idade de início e ter conhecimento de alguém com PAI na infância e na adolescência, $r_{pb} = .32, p = .080$. Assim, uma idade de início tardia para o desenvolvimento de uma PAI, está associado o conhecimento prévio de alguém com PAI.

Tabela 6. *Coefficiente de Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo à Idade de Início e os 3 Domínios referentes aos Fatores de Risco – correlações positivas*

Idade de Início		
DOMÍNIO I:	r_{pb}	P
VULNERABILIDADE PESSOAL		
Problemas de saúde graves antes da idade de início	.47	.007
Vadiagem e evitamento escolar	.43	.019
DOMÍNIO II:		
DOMINIO AMBIENTAL		
Morte parental	.54	.003
Interesse e envolvimento do pai, ora excessivo ora deficitário	.37	.043
Elevada disciplina parental	.34	.064
Presença de tensão familiar devido à alimentação	.39	.032
Doença familiar crónica	.39	.032
Depressão na família após a idade de início	.49	.005
Gozo por parte dos colegas devido a outras razões que não a alimentação, peso e forma corporal	.32	.085
Abuso sexual independentemente da idade início	.33	.074
Abuso sexual antes da idade de início	.33	.074
DOMINIO III:		
VULNERABILIDADE PARA DIETAS		

Comentários realizados pelos familiares sobre o peso e a forma corporal	.44	.014
Comentários realizados pelos familiares sobre a alimentação	.36	.048
Dietas realizadas por familiares devido ao peso antes da idade de início	.34	.060
Consequências do peso elevado no secundário	.32	.079
Ter conhecimento de alguém com diagnóstico de PAI	.32	.080

Para além de compreender os FR descritos anteriormente, é importante também analisar os acontecimentos precipitantes. A Tabela 7 apresenta os valores de p para estes acontecimentos, ou seja, acontecimentos que possam ter ocorrido nos 12 meses precedentes à idade de início com correlação negativa.

Como podemos verificar na tabela, há uma correlação negativa significativa entre a idade de início e a agressão no ano precedente ao início da PAI, $r_{pb} = -.40$, $p = .025$. Assim, uma idade de início precoce está associada ter sofrido algum tipo de agressão nos 12 meses que precederam o desenvolvimento da PAI.

Observamos ainda que há uma correlação negativa marginalmente significativa entre a idade de início e vivência de um acontecimento precipitante, $r_{pb} = -.32$, $p = .082$. Assim, uma idade de início precoce está associada a vivência de um acontecimento precipitante.

Tabela 7. *Coeficiente de Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo aos acontecimentos precipitantes com correlação negativa (acontecimentos que ocorreram 12 meses antes da idade de início).*

Idade de Início		
Acontecimentos precipitantes	r_{pb}	P
Agressão	-.40	.025
Acontecimento precipitante	-.32	.082

A Tabela 8 apresenta os valores de p para estes acontecimentos, ou seja, acontecimentos que possam ter ocorrido nos 12 meses precedentes à idade de início relativos à idade de início com correlação positiva.

Como podemos verificar na tabela, ter alguém significativo doente e a agressão foram descritos como acontecimentos precipitantes. Verifica-se que há uma correlação positiva significativa entre a idade de início e ter alguém considerado significativo doente nos 12 meses anteriores à idade de início, $r_{pb} = .50$, $p = .005$. Assim, uma idade de início tardia está associada a alguém significativo doente.

Tabela 8. *Coefficiente de Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo aos acontecimentos precipitantes com correlação positiva (acontecimentos que ocorreram 12 meses antes da idade de início).*

Idade de Início		
Acontecimentos precipitantes	r_{pb}	p
Doença de alguém significativo	.50	.005

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A discussão dos resultados será realizada com o enfoque nos objetivos específicos de investigação definidos previamente e com base nos pressupostos teóricos abordados no enquadramento teórico. Deste modo, o objetivo primordial é o de refletir sobre os resultados obtidos relativamente aos FR de uma PAI em função da sua idade de início.

O primeiro objetivo proposto foi o de caracterizar os sintomas associados ao início de uma PAI, ao qual são relativos a aspetos alusivos a Dietas (com um período de pelo menos 3 meses), Vômito, o Uso de Laxantes e à prática de exercício físico.

Verificamos que a idade do início da primeira dieta foi calculada em 16.84 e a idade de início média de episódios de ingestão alimentar exagerada é de 19.69. A idade do início do vômito foi calculada em 24.40 e do vômito regular uma idade média mais tardia de 23.88. Em relação ao uso de laxantes, a idade média de inicio é de 18.40 e relativamente à prática de exercício físico com vista a controlar o peso e/ou forma corporal é de 16,81. Relativamente à duração do período mais longo dos comportamentos compensatórios, consta-se os sujeitos

recorreram a um período mais longo de tempo ao vômito autoinduzido (2 a 84 meses) e ao exercício físico (0 a 84 meses) enquanto que o uso de laxantes teve uma duração mais curta (2 a 33 meses). Podemos concluir que por volta dos 16 anos surgem as dietas, aos 18 anos o consumo de laxantes, aos 19 surgem os primeiros episódios de ingestão alimentar compulsiva e aos 23 a utilização do vômito autoinduzido com mais regularidade. Para além disso, concluímos que o uso de laxantes se assume como o comportamento que teve uma duração máxima menor em meses comparativamente com os restantes.

O segundo objetivo específico do presente estudo refere-se a identificar FR associados à idade de início da PAI. Numa primeira análise dos resultados, é possível concluir que os FR relativos a uma idade de início precoce verificam-se em diversos domínios, estando representados assim ao nível do Domínio da Vulnerabilidade Pessoal, Ambiental e ainda Vulnerabilidade para Dietas.

Relativamente ao Domínio da Vulnerabilidade pessoal, foram identificados FR como ter uma estatura que não a estatura média em criança e/ou adolescência. No Domínio Ambiental, foram reconhecidos FR o não envolvimento por parte das figuras parentais, a presença de doença crónica nos pais, a presença de depressão familiar sempre, a presença de uma Perturbação Maníaca na família, nomeadamente nas figuras parentais, o abuso de drogas familiar e o abuso físico repetido e abuso físico grave e repetido. Por último, no Domínio de Vulnerabilidade para Dietas foram identificados FR como comentários sobre a alimentação realizados por outros.

No que concerne ao Domínio de Vulnerabilidade Pessoal, questões relacionadas com o desenvolvimento do indivíduo demonstram-se pertinentes. Relativamente à variável “altura em criança/adolescente” verificou-se que as situações reveladoras de preocupação estão associadas ao facto de terem uma estatura que não a média comparativamente aos outros. Este FR pode ser visto como algo que os pode tornar mais vulneráveis tendo em conta que podem ser vistos como “diferentes”. Smolak e Levine (1996) referem alguns dos principais desafios encarados durante a fase da adolescência - uma vez que se caracteriza por ser um período mais crítico - nomeando questões relativas ao desenvolvimento do corpo. Neste sentido, uma estatura que não a média comparativamente aos colegas, pode vulnerabilizar a criança ou o adolescente, para o desenvolvimento de uma PAI em idade de início precoce.

Relativamente ao Domínio Ambiental, os padrões de interação familiar têm sido alvo de estudo no desenvolvimento de teorias relacionadas com as PAI (Darrow, Accurso, Nauman,

Goldschmidt & Le Grange, 2017), uma vez que a dinâmica familiar constitui um pilar fundamental para o desenvolvimento do indivíduo, quer seja adaptativo ou desadaptativo. Apesar das famílias como elementos cruciais no desenvolvimento de uma PAI terem sido descritas como emaranhadas e intrusivas (Polivy & Herman, 2002) constatamos através dos nossos resultados que o oposto pode constituir um FR. Os resultados do nosso estudo permitem compreender que o não envolvimento das figuras parentais ao longo da infância e da adolescência, foi apontado como um dos FR para o desenvolvimento de uma PAI em idade de início precoce.

Se por um lado uma família caracterizada como intrusiva e excessiva no que diz respeito à educação do indivíduo pode ser vista como disfuncional, por outro lado, percebemos que o não envolvimento das figuras parentais pode vulnerabilizar o indivíduo de modo a constituir um FR para o desenvolvimento de uma PAI em idade de início precoce. Contudo, os dados não têm sido muito consistentes no que diz respeito à existência de FR relativos aos fatores familiares e ao estilo parental. Apesar disso, os dados obtidos no estudo são congruentes com outros estudos (Nishimura et al., 2008) em que frisam que a falta de envolvimento parental tem sido descrito na evolução das PAI. Assim, com este resultado sugere-se a importância de fortalecer um sistema de apoio familiar em sujeitos com PAI na altura do tratamento, de modo a promover a saúde mental e o equilíbrio em cada elemento da família (Gomes, 2012).

Os resultados demonstram que a presença de uma Doença crónica nos pais constitui um FR para o desenvolvimento de uma PAI numa idade tardia. Sabemos que a vivência de uma doença crónica na família pode e tem efetivamente impacto na vida do indivíduo, ainda para mais doença crónica parental. A doença crónica nos pais pode ser vista como um acontecimento disruptivo, um acontecimento de vida ao qual se caracteriza por situações adversas para o desenvolvimento normativo do sujeito e que pode ameaçar o seu equilíbrio (Silva & Maia, 2008). Deste modo, a presença de uma doença crónica nas figuras parentais, pode vulnerabilizá-lo e afetar o seu desenvolvimento, constituindo assim um FR para o desenvolvimento de uma PAI em idade de início precoce.

Para além da doença crónica nos pais, através dos resultados do nosso estudo podemos compreender que a presença de depressão familiar ao longo da vida do sujeito tem impacto na vida e no seu desenvolvimento, podendo afetar o seu percurso normativo (Hartmann et al., 2012). Deste modo, a depressão familiar durante a infância e a adolescência pode vulnerabilizar

o indivíduo acarretando consequências, nomeadamente, o desenvolvimento de uma PAI em idade de início precoce.

Sabemos que a presença de uma psicopatologia na família, tende a assumir-se como um FR para o desenvolvimento da psicopatologia em geral (Hilbert et al., 2014). Com o presente estudo constatamos que a presença de uma Perturbação Maníaca parental tende a ser um FR para o desenvolvimento de PAI uma vez que pode afetar o percurso desenvolvimental do indivíduo ao longo da sua vida e as respostas face ao problema serem desadaptativas, isto é, perante a presença de uma perturbação psiquiátrica nas figuras parentais como é o caso da perturbação maníaca, o indivíduo pode ativar um conjunto de comportamentos desadaptativos ao longo do percurso dele como tentativa de autorregular as suas respostas emocionais face à situação (Van der KolK & Fisler, 2008).

Relativamente ao abuso de drogas na família, este apresentou-se como um FR com uma correlação significativa e corrobora com estudos realizados anteriormente (Pike, 2007; Stice, 2010; Jacobi 2004). Stice (2010) identifica fatores que aumentam o risco de desenvolver uma PAI, nomeadamente o abuso de substâncias alertando para a importância de continuar a identificar características e FR pois podem contribuir para melhorar as intervenções futuras. O ambiente familiar pode constituir um elemento desestabilizador no seu desenvolvimento, fragilizando-o e posteriormente, constituir um FR que predispõe a que numa idade precoce este desenvolva uma PAI.

Os abusos físicos, psicológicos e sexuais têm sido apontados como FR que podem predispor o indivíduo a desenvolver uma perturbação mental não constituindo um FR específico para as PAI. No presente estudo, somente o abuso físico apresentou uma correlação significativa com a idade de início precoce, e tal como referido, tem sido associado em vários estudos ao desenvolvimento de uma PAI (Gonçalves, Machado, Silva, Crosby, Lavender, Cao & Machado, 2016; Kent & Waller, 2000; Kong & Bernstein, 2009). Perante um acontecimento de vida disruptivo, nível de estratégias de regulação emocional, o indivíduo poderá adotar respostas desadaptativas propiciando o desenvolvimento de uma PAI em idade de início precoce.

Por último, no Domínio de Vulnerabilidade para Dietas verificou-se que o facto de existirem comentários relativos à alimentação concretizados por outros, poderá vulnerabilizar os sujeitos. Contudo, num estudo realizado Machado e colaboradores (2014) os sujeitos com AN relataram níveis significativos de exposição a comentários efetuados pelos pais sobre a

alimentação. Neste caso, os comentários por parte de outros, podem constituir um FR para desenvolver uma PAI uma vez que pode despoletar atitudes negativas e destrutivas face aos hábitos alimentares posteriormente.

Relativamente à idade tardia, constatamos que foram identificados FR relativos aos 3 Domínios acima mencionados. Deste modo, no que concerne ao Domínio de Vulnerabilidade Pessoal foram identificados FR como a presença de problemas de saúde graves antes da idade de início da PAI e a vadiagem e o evitamento escolar devido à ansiedade e ao medo.

Quanto ao Domínio Ambiental, verificaram-se como FR a morte parental, o interesse do pai – ora excessivo, ora deficitário –, a presença de tensão familiar devido a questões relativas à alimentação, a presença de doença familiar crónica e a depressão nas figuras parentais após a idade de início da PAI.

No Domínio Vulnerabilidade para Dietas foram encontrados FR como os comentários realizados pelos pais sobre o peso e a forma corporal e os comentários por parte dos pais sobre a alimentação.

Através dos resultados do presente estudo, foi possível concluir que o facto dos sujeitos terem tido um problema de saúde grave antes do desenvolvimento da PAI, constitui um FR numa idade tardia. Através dos correlatos adquiridos, constatamos que estes problemas de saúde graves, teriam afetado o desenvolvimento normativo dos sujeitos, quer seja a nível físico, quer a nível psicológico. Pode promover dificuldades a nível da regulação emocional, levando a que o indivíduo reage de uma forma menos adaptativa face à situação vivida (Van der Kolk & Fisler, 2008). Neste sentido, fator pode constituir-se como um marco e um risco para o desenvolvimento de uma PAI tardia.

Os resultados conferem que a vadiagem e o evitamento escolar devido à ansiedade e ao medo constituem um FR para o desenvolvimento de uma PAI em idade de início tardia. A nossa hipótese explicativa passa pelo facto de muitas das vezes os sujeitos relatarem episódios de gozo relativamente à aparência ou outras razões, agressões e abuso psicológico e, deste modo, consideramos que este FR de risco pode dever-se à presença destes comportamentos inadequados por parte de outros, tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento de uma PAI em idade de início tardia. É importante frisar novamente que perante acontecimentos disruptivos ao longo da vida do sujeito, este pode responder de uma forma adaptativa ou desadaptativas. Neste caso, podemos estar perante casos de indivíduos que possam ter tido

dificuldades na regulação das respostas a nível emocional e comportamental (Van der Kolk & Fisler, 2008).

A presença de morte parental, é vista como um acontecimento disruptivo e pode ter um impacto devastador na vida do indivíduo. Foi identificado como um FR que pode predispor-lo a desenvolver uma PAI, uma vez que o vulnerabiliza (Hilbert et al., 2014). No presente estudo a presença de morte parental demonstrou uma correlação com uma idade de início tardia.

Quando foram destacados os FR relativos ao desenvolvimento de uma PAI numa idade precoce, foi referido que o não envolvimento parental pode constituir um FR. Sabemos que os fatores familiares podem desempenhar um papel crucial tanto na génese como na manutenção da PAI. Assim no que concerne ao desenvolvimento desta patologia em idade mais tardia, através dos resultados do nosso estudo concluímos que o envolvimento da figura paternal pode influenciar e pode constituir um risco para o desencadeamento de uma PAI quando este envolvimento ou é excessivo – o interesse é visto como intrusivo - ou deficitário – falta de interesse -, ou seja, quando o envolvimento da figura paternal não é normativo (Fairburn et al., 1997; Johnson et al., 2002).

Os conflitos e a tensão familiar constituem um fator ambiental e é destacado em estudos anteriores como um FR para o desenvolvimento de uma PAI, como é confirmado novamente (Machado et al., 2016). Porém, constatamos que o facto de a tensão familiar ser devida a questões relativas à alimentação, constitui um FR uma vez que acreditamos que se deve ao facto do tema “alimentação” ser a questão base das PAI e se assumir como um assunto delicado.

Verificamos que parece haver uma correlação positiva entre uma doença crónica na família alargada e o desenvolvimento de uma PAI em idade de início tardia. A presença de uma doença crónica no seio familiar pode constituir um elemento que não permita o desenvolvimento normativo do indivíduo – uma vez que constitui um acontecimento disruptivo - e deste modo fragiliza-lo numa altura desenvolvimental mais tardia, levando a que desenvolva uma PAI, mas tardiamente.

Considerando novamente a questão da depressão na família referida anteriormente em que tinha sido descrita como um FR para o desenvolvimento de uma PAI em idade de início precoce, através dos resultados do presente estudo que corroboram com outros (Fairburn et al., 1999) verificamos também que a depressão nas figuras parentais constitui um FR para o desenvolvimento de uma PAI mais tardia. Consideramos que ao longo do desenvolvimento do indivíduo, a presença de uma doença psiquiátrica como a depressão nas figuras de vinculação,

poderá constituir um elemento desestabilizador no desenvolvimento normativo do indivíduo, tornando-o mais suscetível ao desenvolvimento de uma PAI em idade de início tardia. Segundo Keski-Rahkonen e Mustelin 2016) determinados fatores parentais e ambientais são importantes para o desenvolvimento do indivíduo e este pode estar em risco ao longo da sua vida, desde o período pré-natal até à idade adulta. Salienta alguns fatores que contribuem para um aumento do risco de desenvolver uma PAI, nomeadamente, a depressão por parte das figuras parentais.

Os comentários acerca do peso e da forma corporal realizados pelos pais são um fator que apresentou uma correlação significativa, de modo a constituir-se um FR para o desenvolvimento de uma PAI em idade tardia o que corrobora com estudos realizados anteriormente (Gonçalves et al.,2016; Pike, 2008), Apesar dos estudos anteriormente supracitados relacionarem os comentários como um FR para desenvolver uma AN em específico, consideramos que, de acordo com os resultados, este tipo de comentários, podem ser considerados um FR para o desenvolvimento de uma outra PAI.

Os comentários relativos à alimentação (i.e. quantidades de comida ou o tipo de alimentação) realizados pelos pais assumiram um fator preponderante e um FR o que vai de encontro com os resultados retirados do estudo de Machado e colaboradores (2014), uma vez que os comentários dos pais sobre a alimentação tinham sido apontados como um FR. Sabemos, portanto, que tanto os comentários relativos à alimentação, como acerca do peso, forma corporal e aparência, emergem como correlatos para a psicopatologia (Gonçalves et al., 2016).

O terceiro objetivo do estudo visa identificar os fatores precipitantes associados à idade de início da PAI, isto é, fatores que precederam 12 meses à idade em que desenvolveram a PAI. Um fator precipitante pode ser uma causa necessária para o desenvolvimento de uma PAI, contudo, por si só, não é suficiente. Por definição, um fator de precipitante é aquele que precipita o início ou a exacerbação de determinadas dificuldades prévias. Posto isto, concluímos que ter sofrido de algum tipo de agressão nos 12 meses que precederam ao desenvolvimento de uma PAI é um fator precipitante para uma idade de início precoce assim como terem identificado a vivência de um outro acontecimento precipitante da PAI. Por outro lado, verificamos que ter alguém significativo doente nos 12 meses que precederam ao desenvolvimento da PAI, constitui-se como um fator precipitante para o desenvolvimento de uma PAI numa idade de início tardia.

Assim sendo e mediante o presente estudo, importa referir os resultados mais relevantes do mesmo e posteriormente, numa fase final será elaborada uma breve reflexão sobre as principais limitações associadas à realização do estudo, assim como algumas propostas de investigações futuras nesta temática.

Mediante os resultados obtidos, conseguimos perceber que os FR em função da idade tanto a precoce como a tardia tendem a ser multifatoriais, contudo parece que a conclusão mais consistente é que os FR que predisõem o indivíduo a desenvolver uma PAI são sobretudo relativas essencialmente ao Domínio Ambiental (i.e. circunstâncias adversas como problemas parentais, acontecimentos disruptivos, abuso sexual, físico e/ou psicológico, entre outros). Porém, quando comparando a idade de início precoce com a tardia, verificamos que em idade de início tardia, constatamos a presença de diversos FR a nível do Domínio de Vulnerabilidade para Dietas (i.e. risco de dietas, PAI nos progenitores). Constatamos ainda que foram poucos os FR identificamos relativos ao Domínio Pessoal – fatores de cariz individual ou na família do indivíduo que o pode tornar mais vulnerável a desenvolver uma patologia.

Importa também referir as limitações que este estudo acarretou. Primeiramente, o estudo apresenta uma amostra de apenas 30 participantes, em que 22 são do sexo feminino e 8 do sexo masculino não estando garantida uma distribuição equitativa em função do género. Outra limitação diz respeito ao facto de a recolha de dados ter sido realizada somente numa instituição. Caso tivesse sido possível a recolha numa outra instituição, aumentava a probabilidade de a amostra ser maior. Outra limitação que também é apontada pelos autores que utilizaram a RFED, é o facto de a entrevista ser de cariz retrospectivo, podendo permitir que surjam enviesamentos. Outra limitação é o tamanho e a duração da entrevista que por vezes constituiu um fator que influenciou alguns sujeitos a negarem a sua participação no estudo.

Apesar das limitações destacadas, consideramos que os resultados obtidos são inovadores e contribuem de forma pertinente para a investigação.

Para investigações futuras, considera-se importante replicar este estudo com uma amostra mais significativa com participantes somente do sexo feminino e com um outro grupo de participantes do sexo masculino. Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas relativamente à idade de início, seria pertinente identificar os FR em função da idade nestes dois grupos distintos.

6. BIBLIOGRAFIA

Ackard, D. M., Richter, S., Egan, A., & Cronemeyer, C. (2014). Poor outcome and death among youth, young adults, and midlife adults with eating disorders: An investigation of risk factors by age at assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 825–835. <https://doi.org/10.1002/eat.22346>.

Altamirano, M. B., Vizmanos, B. y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-407.

Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., Schmidt, U., & Crosby, R. D. (2014). Risk factors for binge eating and purging eating disorders: Differences based on age of onset. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 802-812. doi: 10.1002/eat.22299

Alvarenga, M. S., Koritar, P., Pisciolaro, F., Mancini, M., Cordás, T. A., & Scagliusi, F. B. (2014). Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. *Physiology & behavior*, 131, 99-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.04.032>

American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Attia, E., & Walsh, B. T. (2007). Treatment in Psychiatry: Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 164 (12), 1805-1810. Disponível em: ajp.psychiatryonline.org. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071151>

Chavez, M. & Insel, T. R. (2007). Eating disorders: National institute of mental health's perspective. *American Psychologist*, 62, 159-166. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.159

Coker, E., & Abraham, S. (2014). Body weight dissatisfaction: A comparison of women with and without eating disorders. *Eating behaviors*, 15(3), 453-459. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.014>

Dally, P. (1983). Anorexia tardive – Late onset marital anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(5), 423-428. doi: 10.16-0022-3999(84)90074-6.

Darrow, S. M., Accurso, E. C., Nauman, E. R., Goldschmidt, A. B., & Le Grange, D. (2017). Exploring types of family environments in youth with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 389-396.

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(5), 468-476.

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(6), 509-517.

Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Rees, J., Schebendach, J., et al. (1995). Eating disorders in adolescents: A background paper. *Journal of Adolescent Health*, 16(6), 420-437.

Gonçalves, S., Machado, B. C., Martins, C., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2016). Retrospective correlates for bulimia nervosa: A matched case-control study. *European Eating Disorders Review*, 24(3), 197-205.

Gonçalves, S., Machado, B., Silva, C., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Cao, L., & Machado, P. P. (2016). The Moderating Role of Purging Behaviour in the Relationship Between Sexual/Physical Abuse and Nonsuicidal Self-Injury in Eating Disorder Patients. *European eating disorders review*, 24(2), 164-168.

Gomes, S. J. (2012). A Terapia Familiar numa Perspetiva Epistemológica Sistemica e Analítica. *PSIQUE*, 8, 59-74.

Gouveia, J. P. (2000). Fatores Etiológicos e Desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In. I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (1ª ed., Vol. 1, pp. 266-313). Coimbra: Quarteto.

Hartmann, A. S., Czaja, J., Rief, W. & Hilbert, A. (2012). Psychosocial risk factors of loss of control eating in primary school children: A retrospective case-control study. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 751–758.

Heaner, M. K., & Walsh, B. T. (2013). A history of the identification of the characteristic eating disturbances of Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and Anorexia Nervosa. *Appetite*, 65, 185-188. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.001>

Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(1), 177-196.

Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., & Walsh, B. T. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry research*, 220(1), 500-506. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345.

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.

Jenkins, P. E., & Price, T. (2018). Eating pathology in midlife women: Similar or different to younger counterparts?. *International Journal of Eating Disorders*, 51(1), 3-9.

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.

Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *20*(7), 887-903.

Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(13), 1897-1907.

Lora-Cortez, C. I. y Saucedo, T. J. (2006). Conductas de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, *29*(3), 60-67.

Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Brandão, I., Roma-Torres, A., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2016). Anorexia nervosa versus bulimia nervosa: differences based on retrospective correlates in a case-control study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(2), 185-197.

Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2014). Risk Factors and Antecedent Life Events in the Development of Anorexia Nervosa: A Portuguese Case-Control Study. *European Eating Disorders Review*, *22*(4), 243-251. doi: 10.1002/erv.2286

Machado, B. C. (2010). *Fatores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Machado, B., Gonçalves, S., Martins, C., Hoek, H. & Machado, P. (2014). Risk factors and antecedent life events in the development of Anorexia Nervosa: a Portuguese case control study. *European Eating Disorders Review*, *22*(4), 243-251.

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. doi: 10.1002/eat.20358

Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IMB SPSS*. Braga: Psiquilíbrios.

Martinson, L. E., Esposito-Smythers, C., & Blalock, D. V. (2016). The effects of parental mental health and social-emotional coping on adolescent eating disorder attitudes and behaviors. *Journal of Adolescence*, 52, 154-161.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.08.007>

Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33 (3), 611-627.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>

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.

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. doi: 10.1017/S0033291707002310

Pinto-Gouveia (2000). Fatores etiológicos e desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In Isabel Soares (Coord.) *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (in) adaptadas ao Longo da Vida*. Quarteto Editora: Coimbra.

Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187-198. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>

Schmidt, U. (2002). Risk factors for eating disorders. In C. Fairburn & K. Brownell (eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (2nd ed.) (247-250). New York: The Guildford Press.

Silva, S. & Maia, A. (2008). Versão Portuguesa do Family ACE Questionnaire. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho. (Eds.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios.

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

Smolak, L. & Levine, M. (1996). Adolescent transitions and the development of eating problems. In L. Smolak & R. Striegel-Moore (Eds.), *The development psychopathology of eating disorders: implications for research, preventions and treatment* (pp. 207-234). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Stice, E., Ng, J. & Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 518–525.

Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49 (10), 622-627. doi:10.1016/j.brat.2011.06.009

Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 37(4), 409–421. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.4.409>.

Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375, 583 e 593.

Van der KolK, B. A., & Fislser, R. E. (2008). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 145–168

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

ANEXOS

Tabela 1. Coeficiente de Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo à Idade de Início e os 3 Domínios relativos aos Fatores de Risco com correlação negativa não significativa

Idade de Início		
DOMINIO I:	r_{pb}	p
VULNERABILIDADE PESSOAL		
Mudança de casa para contexto rural	-.03	.853
Mudanças de casa	-.19	.307
Mudanças de casa para o estrangeiro	-.06	.731
Dificuldades na alimentação durante a infância até antes dos 5 anos	-.07	.688
Dificuldades na alimentação na infância, entre os 5 e os 12 anos	-.21	.265
Perfeccionismo	-.28	.132
Ansiedade	-.21	.265
Meter-se em problemas	-.10	.590
Autoavaliação negativa geral	-.28	.123
Timidez	-.06	.748
Altura em crianças e adolescentes	-.15	.426
Amigos	-.09	.625
DOMINIO II:		
DOMINIO AMBIENTAL		

Mudança de figura parental	-	-
Separação dos pais	-.10	.599
Religião dos pais	-.21	.250
Importância da religião	-.04	.835
Discussões familiares que não conjugais	-.10	.599
Isolamento familiar	-.07	.688
Interesse e envolvimento da mãe	-.25	.177
Interesse e subenvolvimento da mãe	-.12	.501
Interesse e subenvolvimento do pai	-.39	.030
Interesse e envolvimento excessivo do pai	-.01	.924
Não envolvimento dos pais	-.37	.040
Envolvimento excessivo dos pais	-.08	.666
Afeto do pai	-.10	.590
Afeto de ambos os pais	-.18	.341
Expectativas elevadas da mãe	-.27	.145
Expectativas elevadas do pai	-.35	.057
Expectativas dos pais	-.30	.100
Críticas do pai	-.05	.781
Disciplina parental	-.26	.163
Autoavaliação negativa comparativamente com os irmãos	-.19	.295
Rivalidade entre irmãos	-.17	.354
Ocupações de risco na família onde o peso e a forma corporal eram importantes	-.04	.830
Depressão familiar depois da idade de início	-.23	.211
Perturbação Maníaca na família sempre	-.28	.133
Perturbação Maníaca antes da idade de início	-.14	.462
Perturbação Maníaca em familiares depois da idade de início	-.14	.462

POC familiar sempre	-0.11	.536
POC familiar antes da idade de início	-0.11	.536
Abuso de Álcool familiar sempre	-0.27	.138
Abuso de Álcool familiar antes da idade de início	-0.12	.501
Abuso de Álcool familiar depois da idade de início	-0.10	.584
Abuso de Drogas na família sempre	-0.29	.114
Abuso de Drogas na família antes da idade de início	-0.15	.405
Abuso de Drogas nos pais antes da idade de início	-	-
Intensidade do gozo por parte dos amigos	-0.05	.765
Intensidade ameaçadora do gozo por parte dos amigos	-0.04	.813
Razão do gozo por parte dos amigos	-0.05	.765
Agressão por parte do grupo de pares	-0.08	.657
Abuso físico antes da idade de início	-0.05	.789
Abuso psicológico antes da idade de início	-0.06	.719
Presença de problemas de saúde antes da idade de início	-0.19	.303
Presença de problemas de saúde com alteração do peso e/ou aparência	-0.20	.274
Acidente que tenha afetado a aparência	-0.06	.731
Hiperatividade na infância	-	-
Enurese na infância	-0.14	.462
Humor depressivo antes da idade de início	-0.00	.992
Perda de interesse e prazer antes da idade de início	-0.00	.992
Perda de peso significativa antes da idade de início	-0.00	.995
Agitação na depressão antes da idade de início	-0.00	.972
Culpa e desvalorização na depressão antes da idade de início	-0.00	.976
Acontecimento precipitante da depressão	-0.00	.995
Overdose de medicamentos	-0.07	.688

Magoar-se a si mesmo	-0.17	.359
Humor elevado	-	-
Humor irritável	-0.07	.701
Perturbação Maníaca antes da idade de início	-	-
Outra Perturbação Psiquiátrica	-0.12	.525
Abuso de medicamentos antes da idade de início	-0.02	.882
Birras/ descontrolo emocional antes da idade de início	-0.04	.821
Descontrolo no jogo antes da idade de início	-0.09	.616
Descontrolo na atividade sexual antes da idade de início	-	-
Ter experimentado fumar	-0.104	.590
Uso de cocaína alguma vez	-0.251	.181

DOMINIO III:

VULNERABILIDADE PARA DIETAS

Aparência das irmãs	-0.14	.462
Forma física das irmãs	-0.07	.679
Peso máximo mãe de sempre	-0.28	.123
Peso máximo do pai sempre	-0.27	.142
Obesidade pais sempre	-0.02	.889
Peso máximo da mãe antes da idade de início	-0.26	.163
Peso máximo do pai antes da idade de início	-0.25	.170
Atitude do próprio face ao peso dos pais	-0.21	.250
Peso baixo na família	-0.27	.144
Dieta familiar devido ao peso antes da idade de início	-0.08	.674
Dieta familiar por outros motivos	-0.15	.421
Preocupação com peso/forma corporal na familiar antes da idade de início	-0.11	.552
PAI em familiares sempre	-0.09	.620

Fazer dieta por influência de familiares	-0.14	.461
Importância da aparência na família	-0.06	.718
Comentários por parte de familiares sobre o peso e forma corporal	-0.03	.860
Comentários por parte da família sobre a alimentação	-0.07	.699
Peso normal na escola primária	-0.04	.807
Peso que não na média na escola primária	-0.26	.166
Peso baixo na escola primária	-0.23	.202
Consequências do peso elevado na primária	-0.26	.166
Consequências do peso baixo na primária	-0.09	.628
Peso na escola secundária	-0.17	.359
Consequências do peso elevado no secundário	-0.08	.653
Consequências do peso baixo no secundário	-0.11	.531
Dieta no grupo de pares	-0.04	.805
Dieta com amigos	-0.14	.462
Conhecer alguém com PAI	-0.07	.701
Sentir-se enorme	-0.12	.511
Sentir-se gorda	-0.10	.583

Tabela 2. *Coeficiente de Correlação do Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo à Idade de Início e os 3 Domínios relativos aos Fatores de Risco com correlação positiva não significativa*

Idade de Início		
DOMÍNIO I:	r_{pb}	<i>p</i>
VULNERABILIDADE PESSOAL		
Número de mudanças de casa	.19	.307
Tipo de escola	.00	.976
Consciência	.10	.586
DOMÍNIO II:		
DOMINIO AMBIENTAL		
Discussão entre os pais	.23	.202
Envolvimento do sujeito nas discussões dos pais	.22	.284
Desentendimento na família	.07	.693
Morte significativa que não os pais	.18	.344
Interesse e envolvimento da mãe	.19	.307
Envolvimento dos pais	.12	.517
Afeto da mãe	.17	.356
Afeto dos pais	.11	.541
Críticas da mãe	.10	.576
Críticas dos pais	.17	.345
Disciplina parental	.14	.442
Favoritismo entre irmãos – tratados de igual forma	.11	.529
Favoritismo entre irmãos – outro o preferido	.29	.114
Ocupações de risco na família – trabalho com comida	.10	.576
Ocupações de risco pessoais – peso e corpo importantes	.01	.935
Razão tensão familiar	.02	.898

Doença familiar extensa	.07	.709
Depressão familiar sempre nomeadamente nos pais	.01	.932
Depressão familiar, nomeadamente nos pais, antes da idade de início	.21	.259
Perturbação Maníaca nos pais antes da idade de início	.14	.462
Perturbação Maníaca nos pais depois da idade de início	.28	.133
POC nos pais sempre	.11	.536
POC nos pais antes da idade de início	.11	.536
Abuso de Álcool familiar sempre	.10	.583
Abuso de Álcool na família antes da idade de início	.05	.767
Abuso de Álcool na família depois da idade de início	.05	.764
Gozo por outras razões	.01	.955
Abuso sexual – aceitar ser questionado	.15	.408
Abuso sexual grave e repetido antes da idade de início	.30	.103
Abuso sexual/físico grave e/ou repetido antes da idade de início	.03	.843
Sono na depressão antes da idade de início	.21	.256
Lentificação na depressão antes da idade de início	.06	.753
Perda de energia na depressão antes da idade de início	.04	.828
Capacidade diminuída de pensamento na depressão antes da idade de início	.10	.576
Ideação suicida na depressão antes da idade de início	.03	.843
Doença e medicação na depressão	.11	.531
Tentativa de suicídio antes da idade de início	.08	.666
Autoflagelação antes da idade de início	.17	.362
Fumar antes da idade de início	.03	.839
Drogas ilegais antes da idade de início	.14	.442
Drogas antes da idade de início	.14	.442

Roer unhas antes da idade de início	.10	.583
Gastos excessivos antes da idade de início	.06	.730
Uso de cannabis antes da idade de início	.06	.753
Uso de outras drogas ilegais sempre	.14	.442
Uso de calmantes alguma vez	.12	.528
Acontecimento precipitante	.17	.359

DOMINIO III:

VULNERABILIDADE PARA DIETAS

Aparência das irmãs vista como atraente com preocupação	.19	.297
Forma física das irmãs mais atraente com preocupação	.21	.263
Peso baixo na família, nomeadamente nos pais	.09	.620
Dieta dos pais por outros motivos	.18	.330
IAC familiar antes da idade de início	.27	.140
Preocupação com o peso e forma familiar antes da idade de início	.10	.573
PAI em familiares sempre	.14	.462
PAI familiar antes da idade de início	.00	.988
PAI familiar antes da idade de início	.14	.462
Importância da boa forma na família	.04	.834
Comentários sobre peso e forma feitos por outros	.02	.898
Exercício Físico	.08	.666
Consequências negativas de peso elevado na primária	.24	.196
Consequências de peso baixo na primária	.17	.345
Peso na escola secundária	.00	.961
Sentir-se enorme com preocupação	.30	.102
Sentir-se gorda com preocupação	.17	.358

Tabela 3. *Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo aos acontecimentos precipitantes com correlação negativa não significativa (acontecimentos que ocorreram 12 meses antes da idade de início).*

Idade de Início		
Acontecimentos precipitantes	r_{pb}	p
Mudança de Casa	-.00	.995
Mudança para país estrangeiro	-	-
Doença Física	-.27	.141
Alguém ter deixado ou juntado à família	-.17	.357
Início de Relacionamento Afetivo	-.14	.436
Exames/Pressão no trabalho	-.02	.889
Stress	-.03	.855
Comentários críticos sobre o peso, forma corporal ou alimentação	-.09	.611

Tabela 4. *Correlação Ponto Bisserial (r_{pb}) relativo aos acontecimentos precipitantes com correlação positiva não significativa (acontecimentos que ocorreram 12 meses antes da idade de início).*

Idade de Início		
Acontecimentos precipitantes	r_{pb}	p
Morte	.28	.132
Romper um relacionamento Afetivo	.00	.977