



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

O PAPEL DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ETIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E INGESTÃO NOS HOMENS

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Maria Catarina Pinto Leite Pessanha Moreira

Porto, julho de 2019



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

O PAPEL DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ETIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E INGESTÃO NOS HOMENS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Maria Catarina Pinto Leite Pessanha Moreira

Trabalho efetuado sob a orientação de
Prof. Doutora Bárbara César Machado

Porto, julho de 2019

Agradecimentos

À Prof. Doutora Bárbara César Machado, minha orientadora. Esteve presente em todo o meu percurso, sendo minha professora ao longo dos anos e agora minha orientadora da Dissertação. Agradeço-lhe todas as reuniões ao longo deste ano e por toda exigência que teve comigo.

Ao CHUSJ, em especial à CPSM pela sua contribuição, permitindo a recolha de dados para este estudo.

À Professora Doutora Isabel Brandão, psiquiatra na CPSM, pela sua colaboração na recolha de dados e pelo apoio na concretização deste estudo.

A todos os participantes deste estudo, pela disponibilidade e pelo tempo despendido para colaborar neste estudo.

Aos meus pais, pelo apoio ao longo deste ano nos momentos mais difíceis, por nunca deixarem de acreditar em mim e por me darem forças para fazer sempre o melhor. À minha irmã e ao meu irmão pela descontração que sempre me transmitiram e pela maneira de cada um me mostrar o lado simples das situações mais desafiantes.

Ao Martinho, por ter estado sempre ao meu lado ao longo destes cinco anos. Por todo o apoio este ano, pela sua boa disposição constante e positivismo que me ajudaram nos momentos mais desafiantes. Pela confiança e pela motivação que me permitiram nunca desistir.

A toda a minha família pelos momentos divertidos, pela preocupação e pela partilha que me ajudaram a ver o lado positivo desta experiência.

Aos meus amigos, pelo interesse sobre o meu estágio, por me apoiarem e ajudarem-me quando precisei. Pelos momentos de convívio que me permitiam relaxar, divertir-me e rir muito.

À Sofia, que esteve sempre comigo ao longo deste ano. Por poder partilhar dúvidas, conquistas e angústias. Por me compreender e por partilharmos confidências e muitas gargalhadas que me ajudaram a ultrapassar este ano.

Às minhas amigas da faculdade, em especial, à Sofia A., Marta, Inês G. e Rita que estiveram comigo ao longo destes anos. Por todos os momentos juntas, por terem estado sempre ao meu lado e pela partilha de todos os momentos bons e menos bons.

Índice

| | |
|--|------|
| Agradecimentos..... | i |
| Índice..... | ii |
| Índice de Tabelas..... | iv |
| Índice de Anexos..... | v |
| Glossário..... | vi |
| Resumo..... | vii |
| Abstract | viii |
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 3 |
| 2.1. Caracterização Clínica das Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI)..... | 3 |
| 2.1.1. Anorexia Nervosa..... | 3 |
| 2.1.2. Bulimia Nervosa..... | 5 |
| 2.1.3. Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva..... | 5 |
| 2.2. Epidemiologia das PCA | 9 |
| 2.3. Comorbilidades | 10 |
| 2.4. Etiologia das PCA | 10 |
| 2.4.1. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de PCA..... | 11 |
| 2.5. Relações Interpessoais..... | 13 |
| 3. MÉTODO..... | 16 |
| 3.1. Amostra | 16 |
| 3.2. Instrumentos..... | 17 |
| 3.2.1. Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar (<i>Eating Disorders Examination / EDE</i> , 14a edição - Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001)..... | 17 |

| | | |
|--------|--|----|
| 3.2.2. | Entrevista de Factores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar (<i>Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule / RFED</i> ; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves <i>et al.</i> , 2001) | 17 |
| 3.3. | Procedimentos | 19 |
| 3.3.1. | Recolha de Dados | 19 |
| 3.3.2. | Tratamento e Análise de Dados | 19 |
| 4. | RESULTADOS | 20 |
| 4.1. | Resultados Descritivos da Amostra..... | 20 |
| 4.2. | Análise dos FR relativos às relações interpessoais associados ao desenvolvimento das PCA | 23 |
| 4.2.1. | Análise dos FR associados às Características Pessoais..... | 23 |
| 4.2.2. | Análise dos FR associados à Família | 24 |
| 4.2.3. | Análise dos FR associados aos Pares | 25 |
| 4.2.4. | Análise dos FR associados às Relações Íntimas | 27 |
| 5. | DISCUSSÃO E CONCLUSÃO..... | 28 |
| 6. | Referências Bibliográficas | 34 |
| | ANEXOS..... | 40 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra..... | 20 |
| Tabela 2. Caracterização da Amostra (Idade, Idade Index, Peso, Altura Atual e IMC Atual)..... | 22 |
| Tabela 3. Análise dos Fatores de Risco associados às Características Pessoais..... | 24 |
| Tabela 4. Análise dos Fatores de Risco associados à Família..... | 25 |
| Tabela 5. Análise dos Fatores de Risco associados aos Pares..... | 26 |
| Tabela 6. Análise dos Fatores de Risco associados às Relações Íntimas..... | 27 |

Índice de Anexos

| | |
|--|---|
| Anexo I - Variáveis Excluídas por Falta de Variabilidade..... | 1 |
| Anexo II - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas face aos Fatores de Risco associados às Características Pessoais..... | 2 |
| Anexo III - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas face aos Fatores de Risco associados..... | 3 |
| Anexo IV - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas face aos Fatores de Risco associados..... | 5 |
| Anexo V - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas face aos Fatores de Risco associados..... | 6 |

Glossário

AN - Anorexia Nervosa

AN-P – Anorexia Nervosa do Tipo Purgativo

AN-R – Anorexia Nervosa do Tipo Restritivo

APA – *American Psychiatric Association*

BN – Bulimia Nervosa

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EDE – *Eating Disorder Examination*

FR – Fator de Risco

IAC – Ingestão Alimentar Compulsiva

IMC – Índice de Massa Corporal

PAI – Perturbações da Alimentação e da Ingestão

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

PIAC - Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva

RFED – *Risk Factors for Eating Disorders*

RI - Relações Interpessoais

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

Resumo

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão, aqui designadas por Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são uma questão de saúde pública, habitualmente, com início na adolescência (American Psychiatric Association, 2014). A sua etiologia é multifatorial (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Murray et al., 2017). Estas perturbações têm sido particularmente estudadas no sexo feminino, pelo que se torna pertinente, compreender quais os fatores que predispõe os indivíduos do sexo masculino para o desenvolvimento de uma PCA.

Objetivo: Explorar o papel das relações interpessoais na vulnerabilização para o desenvolvimento das PCA nos homens.

Método: Neste estudo, participaram 35 sujeitos, 12 homens e 23 mulheres com o diagnóstico atual de uma PCA. Para avaliar os fatores de risco (FR) das PCA, foram administradas duas entrevistas *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000) e *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990).

Resultados: Os FR relativos às relações interpessoais identificados no desenvolvimento das PCA que mais se associaram ao sexo masculino foram FR associados às Características Pessoais, FR associados à Família e FR associados aos Pares.

Palavras-Chave: Perturbações do Comportamento Alimentar; Fatores de Risco; Homens; Relações Interpessoais.

Abstract

Eating Disorders (ED) are a public health issue which usually begin in adolescence (American Psychiatric Association, 2014). Its etiology is multifactorial (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Murray et al., 2017). These disorders have been particularly studied in females. It is therefore relevant to understand the risk factors that may predispose males to develop a ED.

Objective: Understand the role of interpersonal relationships in the development of ED in adult men.

Method: 35 individuals, 12 men and 23 women with current diagnosis of an ED were evaluated during this study. To assess the risk factors (RF), two interviews were administered, the Eating Disorders Examination (Fairburn & Cooper, 2000) and the Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule (Fairburn & Welch, 1990).

Results: The RF related with the interpersonal relationships identified that were more associated with males were: RF associated to the Personal Characteristics, RF associated with the Family and RF associated with Pairs.

Key Words: Eating Disorders, Risk Factors, Men, Interpersonal Relationships.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é explorar o papel das relações interpessoais (RI) na vulnerabilização para o desenvolvimento das Perturbações da Alimentação e Ingestão (PAI) nos homens.

As PAI, aqui designadas por Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), são uma questão pertinente de saúde pública. Estas perturbações são caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou na ingestão, em que há uma alteração no consumo ou na absorção dos alimentos ingeridos e que leva a um défice significativo na saúde física e/ou no funcionamento psicossocial (American Psychiatric Association, 2014).

Habitualmente, estas perturbações têm início na adolescência, apesar de também se verificar em jovens adultos (Cordás, 2004; Mitchison & Mond, 2015; Murray et al., 2017).

As PCA são particularmente relevantes uma vez que o seu impacto se verifica não só a nível psicológico, como também a nível social, a nível familiar e na saúde física, podendo, em alguns casos, conduzir até à morte (Cordás, 2004; Welch, Ghaderi & Swenne, 2015). Acredita-se que são das perturbações mentais que apresentam maior taxa de mortalidade (Machado, 2010). Também apresentam, frequentemente, comorbilidades com perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, traços obsessivos e abuso de substâncias (Machado, 2010).

A sua prevalência é significativamente maior em mulheres do que em homens. Por exemplo, no caso da anorexia nervosa existem aproximadamente 10 mulheres para 1 homem (APA, 2014; Moinho et al., 2014).

No que respeita à sua etiologia, esta é multifactorial, ou seja, não existe apenas um único fator que explique isoladamente o desenvolvimento de uma determinada PCA, nem as variabilidades existentes entre os indivíduos (Moinho et al., 2014). Em relação aos fatores de risco (FR) identificados para os homens, estes apresentam FR socioculturais e psicológicos (Murray et al., 2017). Por exemplo, o estigma associado às PCA, isto é, estas perturbações manifestarem-se habitualmente em mulheres, pode contribuir para o aumento do risco psiquiátrico e para o desenvolvimento de uma PCA (Murray et al., 2017). Acredita-se que a orientação sexual poderá também predispor o desenvolvimento de uma PCA (Murray et al., 2017). De acordo com alguns estudos, os homens homossexuais tendem a apresentar uma maior preocupação com a imagem corporal, o que poderá contribuir para um maior risco para o desenvolvimento de uma PCA (Murray et al., 2017). Além disso, nos diversos estudos

empíricos que têm sido conduzidos (e.g., Rikani et al., 2013), a presença de uma família disfuncional, assim como a presença de perturbações psicopatológicas na família, parecem ser um FR para o desenvolvimento destas perturbações nos homens (Moinho et al., 2014). Assim, é relevante, para este estudo, explorar se as RI, como as relações familiares, podem ser um FR para o desenvolvimento de uma PCA.

Este trabalho organiza-se em diferentes partes iniciando-se com um breve enquadramento teórico, que inclui a caracterização clínica das PCA, dados epidemiológicos, as comorbilidades, a etiologia destas perturbações, uma abordagem sobre as RI, conclusões de alguns estudos com amostras masculinas que mostram a pertinência do tema e por fim, é também justificada a pertinência deste estudo especificando que não foram encontrados estudos no âmbito das RI com amostras masculinas. De seguida, é apresentado o método, ou seja, quais os objetivos específicos e hipóteses do estudo, a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados, o procedimento de recolha de dados e o tratamento de dados. Posteriormente são descritos os resultados do estudo, ou seja, os resultados descritivos da amostra e a análise dos FR relativos às RI associados ao desenvolvimento das PCA. Por último, são realizadas a discussão e conclusões do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Caracterização Clínica das Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI)

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) foram recentemente alteradas no âmbito dos quadros clínicos associados aos seus diferentes diagnósticos (Machado & Gonçalves, 2019). Segundo os autores, até à 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da American Psychiatry Association (DSM-IV; APA, 1996) existiam dois grupos de perturbações da alimentação distintos: aquelas que se desenvolviam durante a infância (perturbações da alimentação e do comportamento alimentar da primeira infância e/ou do início da segunda infância) e as que se diagnosticavam tipicamente na adolescência (perturbações do comportamento alimentar). Atualmente, as PAI incluem todas as entidades clínicas “caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou na ingestão, que resulta na alteração do consumo ou absorção dos alimentos e que provoca défice significativo na saúde física ou no funcionamento psicossocial” (APA, 2014, DSM-5, p. 393): pica, mericismo, perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva. Este estudo irá incidir sobre o segundo grupo de perturbações alimentares, as perturbações do comportamento alimentar (PCA).

Desta forma, é apresentada uma breve caracterização clínica das três PCA: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e perturbação da ingestão alimentar compulsiva (PIAC).

2.1.1. Anorexia Nervosa

A AN é uma perturbação psicopatológica que afeta principalmente as jovens do sexo feminino, podendo também estar presente em indivíduos do sexo masculino (APA, 2014; Machado, Gonçalves, Machado, Santos & Santos, 2001). Esta perturbação tem três características principais: restrição persistente do consumo de energia; o medo intenso de ganhar peso, engordar ou um comportamento persistente que interfere com o ganho de peso; e uma perturbação da perceção do próprio peso ou formas corporais (APA, 2014). Um indivíduo com esta perturbação apresenta um peso abaixo daquilo que é considerado o nível normal mínimo para as características daquela pessoa (idade, sexo, altura, trajetória de desenvolvimento e saúde física). Estes indivíduos não têm consciência do seu problema e negam-no (APA, 2014). Nestes casos é relevante especificar o tipo da AN, isto é, tipo Restritivo (AN-R) ou tipo Ingestão Compulsiva/Purgativo (AN-P). Na AN-R o indivíduo

recorre a dietas, jejum e/ou exercício físico, estando ausentes, nos últimos três meses, episódios de ingestão alimentar compulsiva (IAC¹) e comportamentos purgativos recorrentes. Na AN-P o sujeito recorre a episódios de IAC ou comportamentos purgativos, durante os últimos três meses (APA, 2014).

Relativamente à AN, o DSM-5 (APA, 2014) não apresenta diferenças nos sintomas em indivíduos do sexo feminino e indivíduos do sexo masculino. Por outro lado, os critérios apresentados pela CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993) exigem a presença de anomalias endócrinas diferenciadas por sexo. No caso das mulheres, pode-se manifestar através de amenorreia e nos homens, através de níveis reduzidos de testosterona e/ou perda de interesse sexual. Além disso, não é frequente os homens com AN procurarem apoio de um profissional de saúde mental, sendo consideravelmente inferior às mulheres, podendo ser explicado pelo estigma associado a esta perturbação. Outras diferenças de género dizem respeito à restrição alimentar. Enquanto que nas mulheres a restrição alimentar presente na AN se deve à magreza e emagrecimento *per se*, para os homens o resultado desta magreza tem como objetivo o realce dos músculos (Murray et al., 2017). Desta forma, os homens demonstram menos preocupação com o peso quando comparados com as mulheres. De acordo com os autores, as preocupações com a forma corporal diferem sendo que, como referido anteriormente, a forma idealizada pelos homens relaciona-se com a massa muscular (ombros largos, cintura/quadris estreitos e abdominais) e a das mulheres uma magreza *per se*. Assim, o exercício físico compulsivo, característica comum da AN e BN, está mais presente nos homens, sendo frequentemente o último sintoma a estar ausente e aquele que surge em primeiro lugar aquando uma recaída (Murray et al., 2017).

Acredita-se que na AN cerca de metade dos casos têm um bom resultado (Murray et al., 2017). No entanto, existe um risco de morte prematura associado à AN, tendo uma taxa de mortalidade de cerca de 6% (Herzog et al., 2000; Murray et al., 2017). O risco de suicídio nesta perturbação é elevado (APA, 2014).

¹ Um episódio de IAC é descrito como uma ingestão num curto período do tempo em que o indivíduo ingere uma grande quantidade de alimentos, superior ao que a maioria dos indivíduos comeria num período semelhante, nas mesmas circunstâncias. O contexto deve ser tido em conta para determinar se a ingestão foi excessiva. Este episódio é caracterizado pela falta de controlo por parte da pessoa, ou seja, uma incapacidade de resistir ou de parar de comer depois de ter começado (APA, 2014; Machado et al., 2001). Os indivíduos com estes sintomas sentem vergonha e, por isso, tentam ocultar os seus sintomas, por exemplo, a IAC acontecer em segredo ou sem dar nas vistas (APA, 2014).

2.1.2. Bulimia Nervosa

Tal como na AN, a BN é também uma perturbação psicopatológica que afeta principalmente as jovens do sexo feminino, podendo também estar presente no sexo masculino. As três características principais desta perturbação são: episódios recorrentes de IAC, comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho ponderal (estas duas características devem ocorrer pelo menos uma vez por semana durante 3 meses) e autoavaliação que é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais (APA, 2014; Machado et al., 2001).

Relativamente aos episódios de IAC presentes nestas perturbações, podem existir diferenças entre sexos tais como as mulheres tenderem a ingerir mais alimentos de teor doce e os homens alimentos com mais proteína e mais gordura, como por exemplo, carnes (Wansink, Cheney & Chan, 2003). Acredita-se também que poderá existir uma diferença entre homens e mulheres sobre a perceção do volume de alimentos que consideram uma “grande quantidade” (Murray et al., 2017). Além disso, comparados com as mulheres, os homens relatam mais episódios de ingestão de grandes quantidades de alimentos, do que episódios de perda de controlo (Lewinsohn, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002; Murray et al., 2017).

Os comportamentos compensatórios são realizados para impedirem o ganho de peso e poderem induzir o vómito autoinduzido, o uso de diuréticos ou laxantes, exercício físico excessivo, o jejum, entre outros (APA, 2014). Estes comportamentos são acompanhados por preocupações excessivas com o peso e com a forma corporal, fatores determinantes da autoestima. Esta insatisfação com o aspeto físico e o medo de engordar assemelha-se às características da AN (APA, 2014; Machado et al., 2001). O risco de suicídio nesta perturbação é também elevado (APA, 2014).

A BN, para indivíduos do sexo masculino, tem frequentemente início entre os 18 e os 26 anos de idade (Hocaoglu, 2015). Acredita-se que os homens representam cerca de um terço de todos os casos de BN na população geral (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007 ; Hay, Girosi & Mond, 2015).

2.1.3. Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a PIAC é caracterizada pela ocorrência de episódios de IAC que devem ocorrer pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses. Um episódio de IAC nesta perturbação é definido de igual forma que na BN. Estes episódios são também

caracterizados por um mal-estar acentuado e por pelo menos três dos seguintes sintomas: ingestão muito mais rápida do que o normal (comer até se sentir demasiadamente cheio, ingestão de grandes quantidades mesmo não tendo fome), comer sozinho porque se sente envergonhado e desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande sentimento de culpa depois da IAC. Uma vez que estas pessoas se sentem envergonhadas, os sintomas são muitas vezes ocultados (APA, 2014).

A IAC pode apresentar dois padrões. Por um lado, os indivíduos podem manifestar episódios de IAC objetivos, ou seja, uma ingestão de alimentos em grande quantidade em que o indivíduo perde o controlo. Por outro lado, podem estar presentes episódios de IAC subjetivos, isto é, perceber a ingestão de alimentos como correspondendo a uma grande quantidade que objetivamente não o é, contudo, experienciam perda de controlo (Fairburn & Cooper, 1993). A perda de controlo pode ser considerada um preditor de sofrimento experimentado antes e depois de um episódio excessivo (Goldschmidt et al., 2012). Segundo Mitchison, Mond, Slewa-Younan e Hay (2013), os episódios de IAC estão associados à redução de qualidade de vida.

Além disto, é também muito comum nestas pessoas, uma baixa autoestima, o perfeccionismo e uma baixa autoeficácia (Carr, 2014).

Acredita-se que é a PCA mais prevalente, como também, a PCA em que existem menores diferenças entre sexos. Além disso, enquanto que os homens representavam cerca de 17 e 31% dos casos de AN e BN, respetivamente, na PIAC os indivíduos do sexo masculino representam cerca de 43% dos casos. Esta perturbação parece ser semelhante em homens e mulheres (Murray et al., 2017). A maior prevalência em mulheres pode ser explicada através dos critérios de diagnóstico que incluem a presença de sentimentos de culpa, angústia e vergonha, algo manifestado frequentemente pelas mulheres e nem tanto nos homens, visto que estes tendem a relatar menos sofrimento relacionado com a IAC. Verifica-se uma ausência de estudos sobre o significado da sobrevalorização do peso e forma corporal em homens com PIAC (Murray et al., 2017). De acordo com Mitchison & Mond (2015), os homens relatam episódios de IAC com uma frequência três vezes superior à das mulheres, enquanto que o critério de perda de controlo sobre a alimentação parece ser mais comum em mulheres do que em homens.

Sistematizando, as PCA, em geral, têm várias características em comum. O período mais comum de início das PCA é no início da adolescência ou jovens adultos, sendo que existem homens que apresentam estas perturbações ao longo da vida (Murray et al., 2017). Além disso, acredita-se que nos homens, a idade de início das PCA acontece por volta dos 19 anos, início mais tardio comparativamente às mulheres que, habitualmente, desenvolvem estas perturbações entre os 15 e os 17 anos (Carlat, Camargo & Herzog, 1997). Estas são consideradas das perturbações psiquiátricas mais graves, uma vez que apresentam taxas de mortalidade elevadas, comorbilidades médicas e podem evoluir para uma doença crónica e recorrente (Murray et al., 2017). Estas perturbações podem levar a problemas médicos significativos em todos os órgãos do corpo, afetando principalmente a saúde cardíaca, neurológica e óssea. No entanto, existem poucos estudos sobre quais as principais complicações médicas em homens com PCA (Murray et al., 2017). Aproximadamente 40% dos homens com PCA revelam uma história de excesso de peso ou obesidade (Vo, Lau & Rubinstein, 2016).

As PCA são particularmente caracterizadas como perturbações cognitivas que têm como principal foco a sobrevalorização do peso e forma corporais e competência no seu controlo, que levam à presença de elevados níveis de sofrimento (Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn & Hawker, 2008; Mitchison, & Mond, 2015). Os pacientes com estas perturbações preocupam-se excessivamente com o seu peso. Pesam-se regularmente, ou pelo contrário, existem pessoas que preferem não saber qual o seu peso, embora a preocupação com o peso esteja presente. Estes indivíduos quando se observam, sentem-se gordos (Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn & Hawker, 2008). Embora a grande parte dos estudos sobre a imagem corporal seja focada nas mulheres, os homens também valorizam a sua imagem corporal, podendo ter efeitos prejudiciais no bem-estar físico e psicológico. Contudo, os homens podem ser menos propensos a reconhecer os comportamentos das PCA como sintomas associados a uma PCA (Murray et al., 2017). Para os homens, a aparência física é, de facto, uma dimensão crucial para a auto-avaliação (Calogero, 2009; Dakanalis et al., 2012). As representações da aparência física masculina tornaram-se mais influentes e visíveis, direcionadas para um corpo tonificado, musculado e magro (Cafri & Thompson, 2004; Jones & Morgan, 2010; Murray et al., 2017). Hoje em dia, a sociedade faz referência a um corpo masculino musculado, sendo outro fator que promove o descontentamento corporal e o desenvolvimento de uma PCA (Benowitz-Fredericks, Garcia, Massey, Vasagar, Borzekowski, 2012). Neste sentido, acredita-se que quando os homens internalizam essa imagem corporal ideal, podem tornar-se mais críticos face ao seu corpo, ou seja, preocupações com a aparência, vergonha corporal e insatisfação corporal,

e vivenciarem experiências negativas, como comportamentos alimentares desadequados (Blond, 2008; Murray et al., 2017). Desta forma, o comportamento predominante em homens com PCA é o exercício físico excessivo com o objetivo de aumentar a massa muscular e definição dos músculos. Embora este comportamento esteja igualmente presente nas mulheres, estas têm como objetivo de atingir a magreza (Mitchison, & Mond, 2015). Além disso, é verificado que cerca de 90% dos adolescentes do sexo masculino praticam exercício físico com o objetivo de aumentar a sua massa muscular, sendo que dois terços desta percentagem realiza uma dieta específica e 10% recorrem a substâncias sintéticas (por exemplo, esteroides) de forma a melhorar o desenvolvimento muscular (Murray et al., 2017). Existem outros comportamentos que estão presentes nas mulheres com PCA, que os homens também poderão demonstrar. Estes comportamentos relacionam-se com a imagem corporal e incluem sintomas compulsivos tipicamente ligados à perturbação dismórfica corporal, tais como a verificação excessiva do corpo, como olhar repetidamente para o reflexo do corpo no espelho (Mitchison, & Mond, 2015). De acordo com um estudo dos Estados Unidos, foi possível concluir que cerca de 8,9% dos homens verificavam frequentemente a sua forma corporal e 4,4% evitava estes comportamentos (Mitchison & Mond, 2015). A imagem corporal negativa nos homens persiste até à meia-idade, enquanto que nas mulheres parece existir um declínio gradual ao longo da vida. Assim sendo, as PCA podem continuar a ser uma preocupação para homens além da idade da adolescência ou início da idade adulta, por isso, são necessários mais estudos relativos às PCA na meia-idade (Murray et al., 2017).

Verificou-se também que tanto em homens como em mulheres, a restrição alimentar, comportamentos purgativos, IAC e a sobrevalorização do peso e/ou forma corporal estariam associados a uma baixa satisfação com a vida, baixo suporte social e um maior sofrimento psicológico (Bentley, Mond & Rodgers, 2014). Os homens com IAC ou que realizam restrição alimentar, parecem apresentar um maior défice a nível funcional, como por exemplo, incapacidade de participar no trabalho ou outras atividades, quando comparados a homens que não têm estes comportamentos (Mitchison, & Mond, 2015). Assim, embora qualquer PCA cause sofrimento psicológico em homens e em mulheres, nos homens, a perturbação que parece afetar mais é a PIAC, enquanto que nas mulheres a causa de maior comprometimento da sua qualidade de vida é a sobrevalorização do peso e/ou forma corporal (Mitchison, & Mond, 2015).

2.2. Epidemiologia das PCA

No que diz respeito à prevalência das PCA, de acordo com a caracterização das mesmas, podemos afirmar que a sua prevalência é significativamente maior em mulheres do que em homens, tendo em conta que, por exemplo, no caso da AN, existem aproximadamente 10 mulheres para um homem (APA, 2014; Cullbert, Breedlove, Sisk, Burt & Klump, 2013; Moinho et al., 2014). Nos anos 90 concluiu-se que aproximadamente 5 a 10% dos casos de PCA eram indivíduos do sexo masculino (Murray et al., 2017). Atualmente, esta percentagem parece manter-se, ou seja, cerca de 5 a 11% das PCA são indivíduos do sexo masculino e a restante percentagem diz respeito às mulheres (Murray et al., 2017).

Em comparação com as mulheres, que tendem a atingir o pico antes dos 25 anos, nos homens, existe uma maior proporção de casos de PCA em adultos do que em adolescentes do sexo masculino. Acredita-se que este facto poderá ser explicado pelo início tardio destas perturbações (Mitchison, & Mond, 2015).

A prevalência da AN e da BN no sexo masculino alterou-se, existindo alguma evidência de que atualmente, um em cada quatro casos de AN e BN são homens (Hudson et al., 2007). Outros estudos realizados na Austrália sugerem que os homens representam cerca de um terço dos adultos pertencentes à população com uma PCA, com comportamentos restritivos ou purgativos (Mitchison, Mond, Slewa-Younan, & Hay, 2013). Verificou-se que nos últimos 10 anos houve um aumento significativo da presença de episódios de dieta restritiva e episódios purgativos nos homens (Mitchison, Hay, Slewa-Younan & Mond, 2014).

Além disso, é importante ressaltar que os comportamentos das PCA podem estar a aumentar mais rapidamente nos homens em relação às mulheres (Bentley & Mond, 2015; Mitchison et al., 2013).

Acredita-se que a PIAC inclui a maioria dos casos masculinos de PCA (Mitchison & Mond, 2015). Desta forma, é a PCA mais prevalente em homens adultos (Mitchison, & Mond, 2015). De acordo com estudos, o padrão hierárquico de diagnóstico espelha o padrão presente nas mulheres, ou seja, em primeiro lugar as PCA sem outra especificação e a IAC, sendo mais prevalente do que a BN, que por sua vez é mais prevalente que a AN (Mitchison, & Mond, 2015).

Para além disso, verifica-se resistência por parte dos homens para participar em estudos sobre PCA e para o diagnóstico, o que leva os autores a concluir que a taxa deste tipo de perturbação nos homens poderá ser mais elevada do que aquela que se conhece (Rikani et al.,

2013). Tem havido um crescente interesse na fenomenologia destas perturbações nos homens por isso, é importante intervir nestes indivíduos face às suas insatisfações, supervalorizações e preocupações relativamente à sua forma corporal e peso, uma vez que ainda existe muito estigma por parte dos homens de que estas preocupações com a magreza estão associadas às mulheres (Mitchison et al., 2013).

2.3. Comorbilidades

Frequentemente as PCA apresentam comorbilidades com outras perturbações psiquiátricas, principalmente as depressivas e de ansiedade, perturbações de humor e perturbações do abuso de substâncias (Carlat et al., 1997; Hudson et al., 2007; Machado & Gonçalves, 2019; Vo et al., 2016; Murray et al., 2017). Mitchison e colaboradores (2013), ao avaliarem os homens com preocupação, insatisfação e supervalorização relativamente à forma e ao peso, concluíram que a maior parte apresentava sintomas comórbidos de ansiedade e/ou depressão, podendo aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas de PCA. Um estudo com gémeos também mostrou que existe uma ligação etiológica forte entre as PCA e a ansiedade e a depressão, havendo uma maior ligação entre as PCA e a ansiedade do que com a depressão (Cullbert et al., 2013).

Acredita-se que nos casos de AN é mais comum haver comorbilidade com as perturbações do humor, perturbação obsessivo-compulsiva, enquanto na BN é mais comum com o abuso de substâncias e com a Perturbação da Personalidade *Borderline* (Carlat, Camargo & Herzog, 1997; Carr, 2014).

De acordo com as características dos homens com PCA, os dados transversais mostram que os homens têm uma maior probabilidade de apresentar um maior conjunto de comorbilidades psiquiátricas, como por exemplo, abuso de substâncias e sintomas psicóticos, do que as mulheres com estas perturbações (Murray et al., 2017). Acredita-se que a perturbação comórbida mais prevalente em homens é o alcoolismo (Mitchison, & Mond, 2015).

2.4. Etiologia das PCA

A etiologia das PCA é multifatorial, uma vez que não existe apenas um fator isolado que justifique o desenvolvimento de uma determinada PCA (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Murray et al., 2017).

2.4.1. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de PCA

Como fatores de risco (FR) individuais/pessoais para ambos os sexos, diferentes estudos têm identificado a baixa autoestima (Murray et al., 2017). Outros FR são o perfeccionismo; o afeto negativo; as perturbações de humor; as perturbações de ansiedade; o abuso de substâncias; o estilo de vinculação inseguro; a insatisfação com a imagem corporal; a dieta e a alimentação restritiva; o abuso sexual e físico e outros acontecimentos de vida stressantes ou adversos; a adolescência; a obesidade pré-mórbida e o IMC elevado; a alimentação e problemas alimentares na infância; o gozo e críticas acerca do peso e forma corporal; a puberdade precoce; as perturbações de ansiedade na infância; os fatores genéticos, neurotransmissores e outros fatores biológicos (Gonçalves, Machado, Martins, Hoek & Machado, 2016; Lie, Ro & Bang, 2019; Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014; Moinho et al., 2014; Rikani et al., 2013).

A orientação sexual pode ser um FR nos homens com PCA, principalmente em indivíduos com BN. De acordo com Carlat, Camargo e Herzog (1997), 27% dos homens participantes referiram ser homossexuais ou bissexuais e especificamente em homens bulímicos verificou-se uma prevalência de 42% de homossexualidade. Geralmente isto é explicado pelo facto dos homens homossexuais mostrarem uma maior insatisfação com a sua forma física e peso e valorizarem mais a sua aparência física, quando comparados com os homens heterossexuais, o que poderá aumentar a vulnerabilidade para desenvolverem uma PCA (Carlat et al., 1997). Além disso, segundo estes mesmos autores, alguns dos sujeitos participantes homossexuais acreditam que a sua sexualidade foi um fator que conduziu ao desenvolvimento de uma PCA, explicando que existem pressões em relação à magreza na subcultura *gay* (Carlat et al., 1997). Além disso, estes indivíduos apresentam FR socioculturais e psicológicos e enfrentam fatores stressantes, como por exemplo, o estigma relacionado com a identidade, que pode contribuir para o aumento do risco psiquiátrico e para desenvolvimento de PCA. Contudo, os estudos referentes à orientação sexual como um possível risco para o desenvolvimento de PCA são escassos, tornando-se difícil retirar conclusões. Através de estudos comparativos entre homens heterossexuais e homens homossexuais, de acordo com os resultados, é possível verificar que os homens homossexuais apresentam um maior risco para o desenvolvimento de uma PCA, manifestando maiores preocupações com a imagem corporal (forma e peso), IAC, dieta restritiva e purgativa e uso indevido de esteroides (Murray et al., 2017).

O estereótipo associado às PCA, como sendo perturbações femininas, pode também ser um FR, visto que os homens procuram tratamento mais tarde que as mulheres (Carlat et al., 1997; Murray et al., 2017). Este estereótipo, pode levar a um aumento de sintomatologia depressiva, baixa autoestima e atitudes mais negativas na procura de tratamento nos homens (Murray et al., 2017).

Shingleton, Thompson-Brenner, Thompson, Pratt e Franko (2015) investigaram as diferenças entre sexos no tratamento de PIAC. Os resultados mostraram que os homens apresentam uma menor preocupação com o peso e com a forma corporal relativamente às mulheres, sendo este um FR prevalente em mulheres. Contudo, quanto à restrição alimentar não houve uma diferença significativa, ou seja, este é considerado um FR para ambos os sexos (Shingleton et al., 2015).

Por outro lado, um estudo americano avaliou o número de internamentos masculinos devido a uma PCA e concluiu que entre os anos 1984 e 1997 o número de internamentos de indivíduos do sexo masculino aumentou (Mitchison & Mond, 2015). Também um estudo recente realizado constatou que os homens tendem a procurar tratamento no final da trajetória da sua doença (Räisänen & Hunt, 2014). Esta procura tardia pode ser explicada pelo estigma associado a estas perturbações (Mitchison, & Mond, 2015).

Os FR familiares que têm sido identificados por diferentes estudos, incluem a obesidade parental, a excessiva importância de estar em boa forma, a psicopatologia parental e a dinâmica familiar (Gonçalves et al., 2016; Machado et al., 2016; Machado et al., 2014; Moinho et al., 2014; Rikani et al., 2013).

Os FR socioculturais correspondem ao género, etnia, nível socioeconómico, contextos profissionais e/ou desportivos associados ao controlo do peso, orientação sexual e meios de comunicação social (Gonçalves et al., 2016; Machado et al., 2014; Rikani et al., 2013; Vo et al., 2016).

Um estudo realizado com irmãos gémeos do sexo oposto concluiu que os FR genéticos que influenciam a IAC, são os mesmos em homens e mulheres (Reichborn-Kjennerud et al., 2003).

Estas perturbações, como referido anteriormente, apresentam uma etiologia múltipla, contemplando fatores de cariz biológico, psicológico, desenvolvimental e sociocultural (Rikani et al., 2013). Acredita-se assim que podem existir situações específicas percecionadas como

stressantes ou ameaçadoras que podem precipitar uma crise de IAC entre as quais se incluem os conflitos interpessoais (Carr, 2014).

2.5. Relações Interpessoais

Neste seguimento, estudos mostraram a existência de FR, como as interações negativas nas relações de amizade e as interações negativas nas relações íntimas, relevantes para o desenvolvimento de perturbações psicológicas, em particular, para o desenvolvimento de depressão e ansiedade (Baptista et al., 2001; La Greca & Harrison, 2005). De acordo com Oliveira, Trindade e Ferreira (2018), a vivência de experiências emocionais negativas pelos indivíduos do sexo masculino, como a falta de memórias positivas nas relações com pares, está associada a atitudes corporais negativas nos homens. Isto é, a ausência de relações seguras numa idade precoce, pode contribuir para a presença de sentimentos de rejeição ou serem vistos como inferiores ou indesejáveis pelos outros e conseqüentemente, estes mecanismos podem levar à necessidade de controlar a aparência física, adotando atitudes negativas, para uma maior aceitação social (Oliveira et al., 2018). Acredita-se que o facto do indivíduo ser alvo de gozo pela sua aparência (peso e forma corporal) pode levar a uma insatisfação corporal, restrição alimentar e comportamentos bulímicos (Menzel et al., 2010). Assim, ser vítima de *bullying* está associado a problemas emocionais que podem contribuir para o desenvolvimento ou manutenção de uma PCA (Lie et al., 2019). Além disso, verificou-se uma influência das relações interpessoais para uma alimentação desregulada (Shomaker & Furman, 2009).

Especificamente para as relações íntimas, estudos concluíram que o rompimento destas relações é também considerado um FR significativo para o desenvolvimento de uma perturbação depressiva major, durante a adolescência (Collins, 2003; Monroe et al., 1999). Contudo, deve-se ter em conta as diferenças individuais e o contexto no impacto das experiências românticas (Collins, 2003).

Uma vez que existe uma associação entre as RI e o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas (Baptista et al., 2001; La Greca & Harrison, 2005) e foram encontrados estudos relativos ao gozo (aspeto relacionado com RI negativas) como FR para o desenvolvimento de PCA (Lie et al., 2019; Menzel et al., 2010), torna-se pertinente averiguar a existência de FR associados às RI que podem conduzir ao desenvolvimento de PCA, particularmente no sexo masculino.

Podemos concluir que a investigação das PCA com amostras masculinas, é necessária uma vez os estudos têm um rácio diferente entre homens e mulheres, havendo amostras significativamente maiores de mulheres do que de homens (Shingleton et al., 2015). Vários autores concluíram que tanto homens, como mulheres, não apresentam diferenças na gravidade de sintomas das PCA (Shingleton et al., 2015).

No entanto, existem diferenças de sexos para as PCA, podendo ser visíveis através de algumas variáveis como alimentação, interiorização de padrões sociais, preocupações com o corpo, por exemplo, as mulheres apresentarem uma maior insatisfação com o corpo, uma maior motivação para a magreza e restrição alimentar, quando comparadas com os homens (Barry, Grilo, Masheb, 2002; González et al., 2015). As diferenças entre sexos são mais acentuadas na AN e BN quando a procura da magreza por parte das mulheres está presente, justificando assim as diferenças de prevalência da AN e BN entre sexos (Murray et al., 2017). O comportamento predominante nos homens é o exercício físico excessivo com o objetivo de aumentar a massa muscular, contrariamente às mulheres que apesar de revelarem o mesmo comportamento, têm como objetivo atingir a magreza. Relativamente à imagem corporal, ambos apresentam comportamentos semelhantes tais como a verificação frequente do corpo através do reflexo no espelho (Mitchison, & Mond, 2015). No entanto, a imagem corporal negativa nos homens mantém-se até à meia idade, enquanto que nas mulheres há uma diminuição ao longo da vida (Murray et al., 2017).

Nos homens a PCA que causa maior sofrimento é a PIAC, sendo também a mais prevalente. Contudo, acredita-se que a prevalência de comportamentos como a restrição alimentar e purgativos está a aumentar em homens. A perturbação comórbida mais frequente em homens é o alcoolismo (Mitchison, & Mond, 2015).

Além disso, a perceção de que as PCA só estariam presentes nas mulheres, poderá ter levado à dificuldade em avaliar, classificar e definir um tratamento para estas perturbações presentes em homens. Assim, acredita-se que as disparidades visíveis em ambientes clínicos podem ser explicadas por estas lacunas (Murray et al., 2017). Desta forma, a aceitação de ajuda para o tratamento de PCA em homens ainda é bastante menor relativamente às mulheres, acreditando que cerca de 25% dos homens procuram esse apoio (Mitchison, & Mond, 2015).

Relativamente aos FR, os homens parecem apresentar alguns fatores associados às RI tais como o afeto negativo e a presença de um estilo parental de vinculação insegura (Gonçalves et al., 2016; Machado et al., 2014; Moinho et al., 2014; Rikani et al., 2013).

Adicionalmente, estudos mostraram que pode existir uma associação entre as relações familiares e o desenvolvimento de doença mental (Baptista et al., 2001). A insatisfação do indivíduo com o suporte social, interações negativas nas relações de amizades e nas relações íntimas podem desenvolver perturbações psicológicas, particularmente a depressão e sintomas de ansiedade social (Krause et al., 1989; La Greca & Harrison, 2005).

Partindo destas conclusões, são necessárias mais investigações acerca dos FR para o desenvolvimento de PCA nos homens (Shingleton et al., 2015). Uma vez que não foram encontrados estudos com amostras masculinas relativos às RI como potencial FR para o desenvolvimento de PCA, este estudo é pertinente na análise dos FR das PCA. Assim, visto que o foco desta investigação são indivíduos do sexo masculino, este estudo terá como foco as RI como potencial FR para o desenvolvimento de PCA nos homens.

3. MÉTODO

De acordo com o objetivo geral do presente estudo, explorar o papel das relações interpessoais na vulnerabilização para o desenvolvimento das PCA nos homens, surgem quatro objetivos específicos: identificar potenciais FR associados à presença de características de natureza pessoal; identificar potenciais FR associados à relação do indivíduo com a família; identificar potenciais FR associados à relação do indivíduo com os pares; e identificar potenciais FR associados às relações íntimas do indivíduo. Com este estudo pretende-se explorar a presença de FR identificados nos domínios pessoal, familiar, pares e intimidade que podem afetar o estabelecimento de RI e predispor o desenvolvimento de PCA nos homens.

Este estudo pretendeu utilizar uma metodologia quantitativa, devido ao cariz descritivo das variáveis (Counsell, Cribbie, & Harlow, 2016), adotando uma lógica hipotético-dedutiva de forma a testar a hipótese das RI estarem associadas ao desenvolvimento das PCA nos homens.

3.1. Amostra

A amostra deste estudo é uma amostra não probabilística intencional. Esta amostra foi recolhida na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental (CPSM) do Centro Hospitalar Universitário de S. João (CHUSJ), no Porto. Os participantes foram identificados pela equipa de psiquiatria responsável pela consulta das PCA. Neste estudo participaram 35 sujeitos com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos ($M= 24.2$; $DP= 8.17$), sendo que 23 eram do sexo feminino (65.7%) e 12 do sexo masculino (34.3%). Todos os participantes tinham o diagnóstico atual de uma PCA. Destes indivíduos, 25 apresentavam o diagnóstico de AN (60.0% AN-R e 11.4 % AN-P), 7 de BN (17.1%), 2 de PIAC (5.7%) e 2 de PAI Não Especificada (5.7%). Os sujeitos desta amostra eram indivíduos de qualquer nível socioeconómico (baixo, médio e alto).

Por último, os critérios de inclusão para este estudo foi o diagnóstico atual de uma PCA (AN, BN ou PIAC) de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2014) e o critério de exclusão adotado foi a presença de uma doença física incapacitante.

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)

A EDE é uma entrevista semi-estruturada utilizada para avaliar os itens de diagnóstico das PCA, principalmente sintomas de AN e BN (Fairburn & Beglin, 1994; Luce & Crowther, 1997; Peterson et al., 2007; Wilson, 1993). Esta entrevista tem como objetivo avaliar o estado atual do indivíduo descrevendo os seus comportamentos e atitudes nos últimos 28 dias, avaliando a sua frequência e gravidade (Machado & Gonçalves, 2019; Peterson et al., 2007).

Esta entrevista possibilita criar um perfil das pessoas baseado na pontuação total obtida em quatro subescalas: a restrição (tentativas de restringir a ingestão de alimentos para influenciarem a forma e/ou peso corporais), a preocupação com a alimentação, com a forma corporal e com o peso (Luce & Crowther, 1997).

Em relação às características psicométricas, esta apresenta uma boa fiabilidade e boa consistência interna (alfa de *Cronbach*= 0.9) (Luce & Crowther, 1997; Machado et al., 2014; Peterson et al., 2007).

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

A RFED é uma entrevista semi-estruturada com o objetivo de estudar os FR (FR) associados ao desenvolvimento das PCA (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Fairburn, Doll et al., 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Welsh & Fairburn, 1994). Com esta entrevista pretende-se identificar quais destes FR psicológicos, biológicos e sociais podem colocar os indivíduos em risco levando ao desenvolvimento de uma PCA (Machado, 2010).

Estes FR foram divididos em três domínios tais como, a vulnerabilidade pessoal, o ambiente e a vulnerabilidade para as dietas, sendo que cada um deles têm subdomínios distinguidos a priori e que refletem vários tipos de exposição que as pessoas possam ter vivenciado. Em primeiro lugar, a vulnerabilidade pessoal refere-se aos fatores presentes no indivíduo ou na sua família que podem aumentar o risco de desenvolvimento de perturbações

psiquiátricas em geral, interessando particularmente para este estudo, as relações familiares, as relações com os pares e as relações íntimas. O ambiente diz respeito às circunstâncias adversas na vida da pessoa. A vulnerabilidade para as dietas é um fator que pode aumentar a preocupação da pessoa face à sua forma corporal, peso e alimentação. Para além disto, existem outros FR avaliados nas mulheres que não se incluem em nenhum dos três domínios: a idade de menarca, história de aborto ou gravidez e número de filhos (Machado, 2010).

O principal foco da RFED é o período que antecede o início da PCA. Este início diz respeito a um comportamento notório e persistente característico de uma PCA particularmente episódios de IAC, dieta prolongada, abuso de laxantes ou vômitos induzidos. No caso de estar presente mais do que um destes comportamentos, opta-se por aquele que se desenvolveu em idade mais precoce. Assim, é possível excluir os fatores de manutenção e as consequências da sintomatologia alimentar (Machado, 2010).

Além disso, é avaliada a presença de cinco FR antes e depois da idade de início da PCA que podem ter uma influência hereditária, tais como a obesidade, a história psiquiátrica familiar, o abuso de álcool, abuso de drogas e a presença de uma PCA.

Durante a entrevista é essencial que o entrevistador encoraje o indivíduo a lembrar-se da sua infância e a descrever as suas experiências tal como aconteceram no momento em que as viveu e não de acordo com a forma como se sente e pensa em relação a elas no momento presente. Para isto, pede-se ao sujeito que utilize exemplos que ilustrem as suas respostas (Machado, 2010).

Desta forma, podemos afirmar que a RFED divide-se em três momentos. O primeiro diz respeito aos itens de diagnóstico da EDE com o objetivo de aperfeiçoar a sintomatologia da PCA presente. O segundo momento corresponde à história do problema alimentar presente, ou seja, o início da problemática. Por fim, o último momento remete para a avaliação dos fatores que possam estar associados à PCA diagnosticada (Machado, 2010).

A cotação desta entrevista semiestruturada é obtida através duma escala de severidade e de uma escala de frequência avaliando os sintomas presentes no último mês. Por exemplo, a variável “Gozado/a pelos Amigos” é cotada numa escala de 0 a 6 em que 0 corresponde a “Ausência” e 6 a “Gozação recorrente (ameaçadora)”.

Relativamente às características psicométricas não foram encontrados valores de validade e fiabilidade visto que não foram feitos estudos de validação em Portugal.

3.3. Procedimentos

3.3.1. Recolha de Dados

A amostra foi recolhida na CPSM do CHUSJ. Para a recolha de dados recorreu-se à administração da EDE (Fairburn & Cooper, 2000) e da RFED (Fairburn & Welch, 1990). Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do CHUSJ. A recolha contou com a colaboração da equipa de psiquiatria responsável pela consulta das PCA, uma vez que os participantes do estudo são utentes das suas consultas especializadas nas PCA.

Todos os indivíduos no momento da avaliação deviam apresentar os critérios de diagnóstico para uma PCA. Numa fase inicial, o diagnóstico era realizado pelo médico psiquiatra dos participantes que, por sua vez, se encontravam em processo terapêutico. De seguida, este diagnóstico era confirmado através da administração da EDE. Depois da administração da EDE e confirmando-se a presença de uma PCA, era aplicada a RFED.

A todos os sujeitos foi clarificado o foco deste estudo, ou seja, a compreensão do papel das RI na etiologia das PAI nos homens, partindo da investigação e análise dos FR das PCA.

Estas entrevistas foram realizadas individualmente em salas de consultas. Naturalmente que os procedimentos éticos e deontológicos foram assegurados, considerando a confidencialidade e anonimato dos participantes. Por último, foi explicado aos participantes que podiam interromper a sua participação na investigação a qualquer momento se assim o desejassem.

3.3.2. Tratamento e Análise de Dados

Relativamente ao tratamento de dados, foram utilizadas análises estatísticas, descritiva e inferencial com recurso ao programa *IMB®SPSS® Statistics* (versão 24.0). Desta forma, para a caracterização clínica e sociodemográfica da amostra recorreu-se à estatística descritiva. Em relação à estatística inferencial, foram utilizados testes de associação que permitiram analisar a associação entre o sexo dos participantes e os FR relativos às RI. Para isso, foi realizado o teste Qui-Quadrado indicado para analisar a associação entre duas variáveis nominais (Martins, 2011).

4. RESULTADOS

Os resultados apresentados dizem respeito aos resultados descritivos da amostra e aos resultados relativos ao papel das RI como potencial FR para o desenvolvimento de uma PCA.

4.1. Resultados Descritivos da Amostra

A Tabela 1 diz refere-se à Caracterização Sociodemográfica da Amostra. Nesta tabela é visível a predominância de participantes do sexo feminino na amostra e o estado civil solteiro. A maioria apresenta como habilitações literárias o 3º ciclo e o ensino secundário, sendo a amostra composta por 54,2% de estudantes. Por fim, não foi possível obter o nível socioeconómico na maioria dos participantes.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

| Participantes com diagnóstico de PCA | |
|--------------------------------------|-----------|
| (N = 35) | |
| | n (%) |
| Sexo | |
| Feminino | 23 (65.7) |
| Masculino | 12 (34.3) |
| Estado Civil | |
| Solteiro | 32 (91.4) |
| Casado ou viver junto | 3 (8.6) |
| Habilitações Literárias | |
| 1º clico | 1 (2.9) |

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 2º ciclo | 3 (8.6) |
| 3º ciclo | 10 (28.6) |
| Ensino Secundário | 12 (34.3) |
| Técnico profissional | 1 (2.9) |
| Ensino Superior | 7 (20.0) |
| Pós-graduação | 1 (2.9) |
| <hr/> | |
| Situação Profissional | |
| <hr/> | |
| Empregado | 8 (22.9) |
| Desempregado | 8 (22.9) |
| Estudante | 19 (54.2) |
| <hr/> | |
| Tipo de Estudante | |
| <hr/> | |
| A frequentar o ensino básico | 4 (11.4) |
| A frequentar o ensino complementar | 3 (8.6) |
| A frequentar o ensino superior | 10 (28.6) |
| A frequentar formação profissional | 1 (2.9) |
| Não se aplica* | 17 (48.5) |
| <hr/> | |
| Nível Socioeconómico | |
| <hr/> | |
| Superior | 4 (11.4) |
| Médio alto | 8 (22.9) |
| Médio | 5 (14.3) |
| <i>Missing</i> ** | 18 (51.4) |
| <hr/> | |

*Na Tabela 1, os valores relativos à opção *Não se aplica* dizem respeito aos participantes que, no momento da avaliação, não se encontram a estudar.

**Na Tabela 1, os valores relativos ao *Missing* referem-se à falta de informação sobre o nível socioeconómico dos participantes.

A Tabela 2 apresenta os resultados relativos à idade, idade *index*, peso, altura atual e o IMC atual. Os participantes têm idades entre os 15 e os 44 anos (Mulheres: $M=24.78$; $DP=9.21$; Homens: $M=23.08$; $DP=5.89$). Nesta amostra, os primeiros sintomas alimentares iniciaram entre os 6 e os 32 anos (Mulheres: $M=16.78$; $DP=5.72$; Homens: $M=17.58$; $DP=4.96$). Relativamente ao peso, varia entre os 31,90 kg e os 111,40 kg (Mulheres: $M=47.87$; $DP=18.67$; Homens: $M=57.55$; $DP=17.84$) e a altura entre 150 cm e 192 cm (Mulheres: $M=160.3$; $DP=6.12$; Homens: $M=175.5$; $DP=8.63$). Por último, o IMC varia entre 11,43 kg/m² e 39,13 kg/m² (Mulheres: $M=18.33$; $DP=7.04$; Homens: $M=18.96$; $DP=4.34$).

Tabela 2. Caracterização da Amostra (Idade, Idade *Index*, Peso, Altura Atual e IMC Atual)

| Participantes com diagnóstico de PCA | | | |
|--------------------------------------|----------------|---------------|---------------|
| (N = 35) | | | |
| | Amplitude | M (DP) | |
| | | Mulheres | Homens |
| Idade | 15 – 44 | 24.78 (9.21) | 23.08 (5.89) |
| Idade <i>Index</i> | 6 – 32 | 16.78 (5.72) | 17.58 (4.96) |
| Peso (kg) | 31,90 – 111,40 | 47.87 (18.67) | 57.55 (17.84) |
| Altura Atual (cm) | 150 – 192 | 160.3 (6.12) | 175.5 (8.63) |
| IMC Atual (kg/m²) | 11,43 – 39,13 | 18.33 (7.04) | 18.96 (4.34) |

4.2. Análise dos FR relativos às relações interpessoais associados ao desenvolvimento das PCA

De seguida, são apresentados os resultados deste estudo que pretende analisar a associação entre os FR relativos às RI e o sexo dos participantes. Foram considerados os FR que poderiam afetar o estabelecimento de RI, tais como as características pessoais, os FR associados à família, os FR associados aos pares e os FR associados às relações íntimas.

Foi realizada uma análise estatística através do programa *IMB®SPSS®Statistics* (versão 24.0), recorrendo ao Teste do Qui-Quadrado (χ^2).

Um dos pressupostos do Teste do Qui-Quadrado diz respeito à presença de variabilidade em todas as parcelas da tabela de contingência obtida na análise, sendo necessário o cumprimento deste pressuposto para que os resultados obtidos sejam de confiança (Martins, 2011). Desta forma, as variáveis que violavam este pressuposto por falta de variabilidade, foram excluídas (cf. Anexo I).

Posteriormente, foram analisadas as restantes variáveis considerando os resultados com significância estatística ($p < .05$) e marginalmente significativos ($p < .10$). No entanto, em situações em que se verificou uma percentagem superior a 20% de células da tabela de contingência com frequência esperada inferior a 5, foram considerados os valores obtido no Teste de *Fisher* (Martins, 2011).

Por último, nos Anexos (cf. Anexos II, III, IV e V) podem ser consultados os resultados relativos às associações não significativas verificadas.

4.2.1. Análise dos FR associados às Características Pessoais

Relativamente às características pessoais, verificou-se uma associação significativa entre o sexo e sentir-se enorme com preocupação, $\chi^2(1) = 6.134$, $p = .013$. Enquanto no sexo masculino a maioria (58.3%) dos indivíduos refere sentir-se enorme, no sexo feminino, a maioria (82.6%) das participantes refere não sentir-se enorme (Tabela 3).

Tabela 3. Análise dos Fatores de Risco associados às Características Pessoais

| | | Mulheres (n=23) | Homens (n=12) | χ^2 | <i>p</i> |
|--|-----|--------------------|------------------|----------|----------|
| FR associados às Características Pessoais | | n (%) | n (%) | | |
| Sentir-se enorme com preocupação | Sim | 4(17.4) | 7(58.3) | 6.134 | .013 |
| | Não | 19(82.6) | 5(41.7) | | |

4.2.2. Análise dos FR associados à Família

Em relação aos FR associados à família, verificou-se uma associação significativa entre o sexo e comentários dos familiares sobre o peso e forma corporal, $\chi^2(1)= 6.818, p=.009$. Enquanto no sexo masculino a maioria (66.7%) dos indivíduos refere comentários dos familiares sobre o peso e forma corporal, no sexo feminino, a maioria (78.3%) das participantes refere que estes comentários não estão presentes (Tabela 4).

Verificou-se também uma associação significativa entre o sexo e a importância da aparência familiar, $\chi^2(1)= 5.358, p=.021$. A maioria dos participantes de ambos os sexos (sexo masculino: 58.3%; sexo feminino: 91.3%) refere que a família não dá importância à aparência familiar (Tabela 4).

Além disso, verificou-se uma associação significativa entre o sexo e a importância da boa forma familiar, $\chi^2(1)= 5.358, p=.021$. A maioria dos participantes de ambos os sexos (sexo masculino: 58.3%; sexo feminino: 91.3%) refere que a família não dá importância à boa forma (Tabela 4).

Verificou-se ainda uma associação significativa entre o sexo e a aparência das irmãs, $\chi^2(1)= 5.115, p=.024$. Enquanto no sexo masculino a maioria (83.3%) dos indivíduos refere não haver comparação com as irmãs, no sexo feminino, a maioria (56.5%) das participantes refere a presença de comparação com as irmãs (Tabela 4).

Por último, a associação entre o sexo e o favoritismo entre irmãos - outro irmão é o favorito - é não significativa, uma vez que o Teste de *Fisher* tem o valor de $p=.151$ (Tabela 4).

Tabela 4. Análise dos Fatores de Risco associados à Família

| | | Mulheres (n=23) | Homens (n=12) | χ^2 | <i>p</i> |
|--|-----|--------------------|------------------|----------|----------|
| FR associados à Família | | n (%) | n (%) | | |
| Favoritismo entre irmãos- Outro irmão é o favorito | Sim | 2 (8.7) | 4(33.3) | 3.37 | .066 |
| | Não | 21(91.3) | 8(66.7) | | |
| Comentários dos familiares sobre o peso e forma corporal | Com | 5 (21.7) | 8 (66.7) | 6.818 | .009 |
| | Sem | 18(78.3) | 4(33.3) | | |
| Importância da aparência familiar | Sem | 21(91.3) | 7(58.3) | 5.358 | .021 |
| | Com | 2(8.7) | 5(41.7) | | |
| Importância da boa forma familiar | Sem | 21(91.3) | 7(58.3) | 5.358 | .021 |
| | Com | 2(8.7) | 5(41.7) | | |
| Aparência das irmãs | Com | 13(56.5) | 2(16.7) | 5.115 | .024 |
| | Sem | 10(43.5) | 10(83.3) | | |

4.2.3. Análise dos FR associados aos Pares

No que diz respeito aos FR associados aos pares, verificou-se uma associação significativa entre o sexo e o gozo dos amigos, $\chi^2(1)=10.282$ $p=.001$. Enquanto no sexo masculino a maioria (91.7%) dos indivíduos refere a presença do gozo por parte dos amigos, no sexo feminino, a maioria (65.2%) das participantes refere ausência do gozo por parte dos amigos (Tabela 5).

Foi possível verificar uma associação marginalmente significativa entre o sexo e o gozo dos amigos devido ao peso/forma/alimentação, $\chi^2(1)=4.687$ $p=.03$, Teste de *Fisher* $p=.059$. Enquanto no sexo masculino a maioria (58.3%) dos indivíduos refere a presença do gozo por parte dos amigos devido ao peso/forma/alimentação, no sexo feminino, a maioria (78.3%) das participantes refere que o gozo por estas razões não está presente (Tabela 5).

Além disso, verificou-se uma associação significativa entre o sexo e o gozo dos amigos por outras razões que não o peso/forma/alimentação, $\chi^2(1)=4.227$ $p=.04$. Enquanto no sexo masculino a maioria (66.7%) dos indivíduos refere haver razões para o gozo por parte dos amigos que não o peso/forma/alimentação, no sexo feminino, a maioria (69.6%) das participantes refere que não há razões que não o peso/forma/alimentação do gozo por parte dos amigos (Tabela 5).

Por último, a associação entre o sexo e a presença de PCA num conhecido é não significativa, uma vez que o Teste de *Fisher*, $p=.13$ (Tabela 5).

Tabela 5. Análise dos Fatores de Risco associados aos Pares

| | | Mulheres (n=23) | Homens (n=12) | χ^2 | <i>p</i> |
|--|-----|--------------------|------------------|----------|----------|
| FR associados aos Pares | | n (%) | n (%) | | |
| | Sim | 8(34.8) | 11(91.7) | | |
| Gozo dos amigos | Não | 15(65.2) | 1(8.3) | 10.282 | .001 |
| | Sem | 15(65.2) | 2(16.7) | | |
| Gozado dos amigos devido ao peso/forma/alimentação | Sim | 5(21.7) | 7(58.3) | 4.687 | .03 |
| | Não | 18(78.3) | 5(41.7) | | |
| Gozo dos amigos por outras razões que não peso/forma/alimentação | Sim | 7(30.4) | 8(66.7) | 4.227 | .04 |
| | Não | 16(69.6) | 4(33.3) | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|-----|----------|-------|-------|------|
| Presença de PCA num conhecido | Sim | 5(21.7) | 6(50) | 2.922 | .087 |
| | Não | 18(78.3) | 6(50) | | |

4.2.4. Análise dos FR associados às Relações Íntimas

Relativamente aos FR associados às relações íntimas, a associação entre o sexo e o rompimento de um relacionamento afetivo é não significativa, uma vez que o Teste de *Fisher* tem o valor de $p=.15$ (Tabela 5), considerando que a maioria dos participantes revelam que não terminaram um relacionamento afetivo (sexo masculino - 66.7%; sexo feminino - 91.3%) (Tabela 6).

Tabela 6. Análise dos Fatores de Risco associados às Relações Íntimas

| | | Mulheres (n=23) | Homens (n=12) | χ^2 | <i>p</i> |
|--|-----|--------------------|------------------|----------|----------|
| FR associados às Relações Íntimas | | n (%) | n (%) | | |
| Rompimento de um relacionamento afetivo | Sim | 2(8.7) | 4(33.3) | 3.370 | 0.066 |
| | Não | 21(91.3) | 8(66.7) | | |

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo explorar o papel das relações interpessoais na vulnerabilização para o desenvolvimento das PCA nos homens.

A amostra deste estudo incluiu 35 participantes, 23 mulheres e 12 homens, diagnosticados com uma PCA, sendo que o diagnóstico predominante em ambos os sexos foi AN-R. Com a caracterização da amostra foi possível constatar que a média da idade *index* das mulheres foi inferior à dos homens, o que vai de encontro com a literatura que afirma que, habitualmente, o desenvolvimento de uma PCA é mais precoce nas mulheres comparativamente aos homens (Carlat et al., 1997). Além disso, a média do peso das mulheres foi consideravelmente inferior ao dos homens, podendo ser explicado pela maior preocupação das mulheres face ao peso, contrariamente aos homens que consideram mais relevante a sua forma física e um corpo musculado (Murray et al., 2017).

Para a recolha de dados foram utilizadas duas entrevistas clínicas semiestruturadas, a EDE, com o objetivo de avaliar os itens de diagnóstico das PCA (Fairburn & Cooper, 2000) e a RFED (Fairburn & Welch, 1990) com o objetivo de avaliar os FR associados ao desenvolvimento das PCA.

Os resultados obtidos serão discutidos de acordo com os objetivos específicos definidos: identificar potenciais FR associados à presença de características de natureza pessoal; identificar potenciais FR associados à relação do indivíduo com a família; identificar potenciais FR associados à relação do indivíduo com os pares; e identificar potenciais FR associados às relações íntimas do indivíduo. Desta forma, pretendeu-se explorar a presença de FR identificados nos domínios pessoal, familiar, pares e intimidade que podem afetar o estabelecimento de RI e predispor o desenvolvimento de PCA nos homens.

Em primeiro lugar, foram analisados os FR associados às características pessoais, acreditando que estas variáveis podem influenciar as RI estabelecidas pelo indivíduo. Com a realização da análise destes FR foi possível verificar que a maioria dos homens referiu com preocupação a sensação de “estar enorme”. Segundo alguns estudos, para os homens, a aparência física é uma dimensão relevante na autoavaliação, sendo esta focada para um corpo musculado (Cafri & Thompson, 2004; Calogero, 2009; Dakanalis et al., 2012; Jones & Morgan, 2010; Murray et al., 2017). Quando os homens internalizam esta imagem corporal ideal, corpo musculado, tornam-se mais críticos face ao seu corpo tendo uma maior preocupação com a aparência e insatisfação corporal (Blond, 2008; Murray et al., 2017). A insatisfação corporal é

um FR para o desenvolvimento de PCA (Gonçalves et al., 2016; Machado et al., 2014). Neste estudo, a maioria dos homens ao referirem a sensação de “estar enorme” revelou uma insatisfação corporal. Desta forma, podemos considerar o “sentir-se enorme com preocupação” um FR mais específico para os homens quando comparados com mulheres com o mesmo diagnóstico clínico.

Outros FR comuns nas PCA como o perfeccionismo, a autoavaliação negativa, a timidez, as perturbações de humor e as perturbações de ansiedade (Gonçalves et al., 2016; Machado et al., 2014; Moinho et al., 2014; Rikani et al., 2013), não se revelaram significativos. Adicionalmente, o abuso de substâncias, FR associado às PCA (Gonçalves et al., 2016; Machado et al., 2014; Moinho et al., 2014), foi excluído no início da análise por falta de variabilidade. Os resultados dos FR associados às características pessoais obtidos neste estudo foram diferentes dos da literatura. Estudos supracitados (Gonçalves et al., 2016; Machado et al., 2014) contaram com uma amostra apenas feminina, contrariamente a este estudo que incluiu também homens. Um outro estudo, embora incluísse os homens na amostra (Moinho et al., 2014) não utilizou como instrumento uma entrevista. Assim, tanto a diversidade da amostra como o método utilizado podem contribuir para diferenças de resultados, como também o tamanho reduzido da amostra, que dificulta a generalização dos resultados para a população.

No que diz respeito aos FR associados à família, foram encontradas várias associações significativas. Verificou-se que a maioria dos homens relatou a presença de comentários dos familiares sobre o peso e forma corporal, contrariamente à maioria das mulheres que referiram a ausência destes comentários. De acordo com Machado e colaboradores (2014), os comentários críticos do peso e forma corporal podem ser relevantes nas PCA em mulheres. Contudo, de acordo com os resultados obtidos não é verificada a presença de comentários de familiares relativos ao peso e forma corporal em mulheres. Por outro lado, os resultados mostram que a maioria dos participantes homens refere a presença destes comentários de familiares. Desta forma, este poderá ser considerado um FR relevante para os homens.

Em relação à “importância da aparência familiar” e “importância da boa forma familiar” a maioria de ambos os sexos mencionou que estes aspetos não eram importantes. Contudo, a literatura acredita que a excessiva importância da família relativa à boa forma corporal pode ser um FR relevante nas mulheres (Machado et al., 2016). No estudo de Machado e colaboradores (2016) foram apenas avaliados indivíduos do sexo feminino, não tendo sido encontrados estudos sobre este aspeto nos homens. Desta forma, este FR poderá ser explorado em investigações futuras com amostras masculinas. Em relação à aparência familiar, neste estudo,

a maioria das mulheres referiu que comparavam a sua aparência com a das irmãs, contudo, o mesmo não aconteceu para os homens. Este resultado leva-nos a refletir sobre a pressão sociocultural para a forma corporal idealizada focada na magreza (Shomaker & Furman, 2009). Esta pressão social e crítica sobre a aparência prevê um aumento da sintomatologia de PCA, ao longo do tempo (Shomaker & Furman, 2009). O estudo de Shomaker & Furman (2009), refere que as adolescentes do sexo feminino referiram uma maior pressão para serem magras por parte das mães comparativamente aos adolescentes do sexo masculino (Shomaker & Furman, 2009). No caso deste estudo, as participantes podem identificar as irmãs como figuras modelos de comparação, constituindo-se como um reforço de pressão social para atingir a magreza, contribuindo para a insatisfação com o seu corpo. Assim, pode-se considerar a “aparência das irmãs” como um FR específico para as mulheres comparativamente com os homens.

Relativamente à análise dos FR associados aos pares, foi verificada uma associação significativa do sexo com o “Gozo pelos amigos” e “Gozo pelos amigos por outras razões que não o peso/forma/alimentação” e uma associação marginalmente significativa entre o sexo e o “Gozo pelos amigos devido ao peso/forma/alimentação”. A maioria dos homens revelou a presença deste gozo, contrariamente às mulheres. De acordo com Menzel e colaboradores (2010), o gozo é muitas vezes focado na aparência podendo contribuir para o aumento da insatisfação corporal e restrição alimentar. Frequentemente, o gozo é predominante na adolescência, fase mais propícia ao desenvolvimento de sintomas alimentares (Lie et al., 2019). Acredita-se que ser vítima de *bullying* está associado a problemas emocionais que podem contribuir para o desenvolvimento ou manutenção da PCA (Lie et al., 2019). Segundo Murray e colaboradores (2017), um FR individual identificado para ambos os sexos é a baixa autoestima, podendo reforçar a vulnerabilidade para ser alvo de gozo. Tanto o gozo relativo à aparência como com as comparações sociais estão associadas à insatisfação corporal, FR para o desenvolvimento de PCA (Lie et al., 2019). Assim, considera-se que o gozo é um FR para o desenvolvimento de uma PCA (Lie et al., 2019). Este estudo vai de encontro à literatura, que afirma que o gozo é um FR para o desenvolvimento de PCA.

Por último, foram analisados os FR associados às relações íntimas, tendo sido analisadas duas variáveis - “Início de um relacionamento afetivo” e “Rompimento de um relacionamento afetivo” - uma vez que na RFED (Fairburn & Welch, 1990) são estas as variáveis associadas às relações íntimas. Não foi verificada uma associação significativa entre o sexo e o “rompimento de um relacionamento afetivo”. Além disso, o “início de um relacionamento afetivo” também não obteve resultados significativos, tendo sido excluído no início da análise por falta de

variabilidade. Embora não tenham sido verificados resultados significativos, sabe-se que as interações negativas nas relações íntimas podem levar ao desenvolvimento de perturbações mentais (Batista et al., 2001; La Greca & Harrison, 2005), como por exemplo, o rompimento das relações íntimas ser um FR significativo para o desenvolvimento de uma perturbação depressiva major (Collins, 2003; Monroe et al., 1999). Shomaker & Furman (2009) verificaram uma influência das relações interpessoais para uma alimentação desregular, assim, estes autores consideram que seria interessante explorar a influência dos amigos íntimos nos comportamentos alimentares. A falta de estudos relativos às relações íntimas como um potencial FR para as PCA é visível, sendo interessante, no futuro, realizar estudos focados nestas relações.

Pela análise dos resultados obtidos e considerando os objetivos específicos delineados para o presente estudo, foi possível concluir que existem algumas diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito aos FR associados às RI. Verificou-se que a informação relativa aos FR nos homens é escassa, não tendo sido encontrados estudos sobre as RI como um FR nas PCA nos homens, assim como sobre o papel das RI como potencial FR para o desenvolvimento das PCA em ambos os sexos.

Este estudo inclui pontos fortes e limitação.

Em relação aos pontos fortes, acredita-se que os resultados obtidos contribuíram para a investigação pretendida, visto que foram encontradas associações significativas nos domínios pessoal, familiar e pares. Ambos os instrumentos utilizados são fiáveis possibilitando a exploração de múltiplas dimensões da vida do indivíduo, percorrendo acontecimentos passados e momentos presentes, julgando também que estes são os mais adequados para avaliar aprofundadamente as características e FR das PCA. O facto da entrevista ser de longa duração permite que o sujeito estabeleça uma relação terapêutica com o entrevistador essencial para a recolha de informação pertinente para a avaliação.

Quanto às limitações, considera-se que a principal limitação é o tamanho reduzido da amostra, podendo comprometer a generalização dos resultados. Além disso, o número reduzido de participantes levou a diversas associações não significativas e a variáveis excluídas por falta de variabilidade.

Outra limitação refere-se às diferenças entre o número de participantes do sexo feminino e o número de participantes do sexo masculino. Esta amostra incluiu 23 mulheres e 12 homens o que revela uma prevalência de participantes do sexo feminino, dificultando a exploração dos FR para o desenvolvimento de PCA nos homens.

Adicionalmente, os participantes incluídos neste estudo foram da região Norte do país, podendo ser interessante alargar a hospitais e instituições de todo o país, permitindo contactar com sujeitos de diversas regiões do país, alargando estudo a nível nacional.

Uma outra limitação identificada foi o tempo bastante longo utilizado para a realização da entrevista. No entanto, na maioria dos casos esta entrevista foi dividida em vários momentos para que não fosse cansativa nem aborrecida para os participantes.

Outra limitação encontrada refere-se à RFED. Embora a RFED seja um instrumento completo, permitindo avaliar aprofundadamente os FR nas PCA, adota uma metodologia de cariz retrospectivo que exige que o indivíduo recorde acontecimentos passados, podendo levar a enviesamentos. Além disso, em algumas questões é solicitado ao participante que se recorde dos 28 dias anteriores ao presente, o que ao dividir a entrevista em diferentes momentos, os 28 dias anteriores do primeiro momento de administração serão diferentes dos restantes momentos.

Uma última limitação encontrada para este estudo foi a falta de variáveis para avaliar os FR associados às relações íntimas. Desta forma, os resultados podem ter sido incompletos no âmbito das RI, tornando-se difícil concluir a possível existência de FR associados às relações íntimas para o desenvolvimento de PCA.

Neste sentido, são necessários estudos futuros sobre os FR das PCA nos homens, considerando amostras maiores e com um número maior de participantes do sexo masculino com o objetivo de aumentar o conhecimento destas perturbações nos homens assim como os seus FR associados. Acredita-se que a prevalência de indivíduos do sexo masculino com o diagnóstico de PCA tem aumentado ao longo do tempo o que reforça a necessidade de investigações nesta temática. O aumento destes estudos também leva a uma diminuição do estigma associado às PCA, contribuindo para a busca de tratamento por parte dos homens com estas perturbações.

Por fim, foram encontrados estudos sobre o gozo, fator relacionado com interações negativas, como um FR para as PCA nos homens (Lie et al., 2019). Contudo, confirmou-se a falta de informação sobre o papel das RI como potencial FR para o desenvolvimento das PCA,

sendo relevante aprofundar esta temática em investigações futuras. Poderia ser interessante incluir na entrevista questões relativas às RI, particularmente das relações íntimas possibilitando o estudo destas como potencial FR no desenvolvimento das PCA.

6. Referências Bibliográficas

- APA. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e Suporte Familiar como Fatores de Risco na Depressão de Adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.
- Barry, D. T., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2002). Gender Differences in Patients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 63-70.
- Benowitz-Fredericks, C. A., Garcia, K., Massey, M., Vasagar, B., Borzekowski, D. L. (2012). Body Image, Eating Disorders and the Relationship to Adolescent Media Use. *Pediatric Clinic*, 59, 693–704.
- Bentley, C., & Mond, J. M. (2015). Sex Differences in Psycho-social Impairment Associated with Eating Disordered Behavior in a Population-based Sample of Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 633–640.
- Bentley, C., Mond, J., & Rodgers, B. (2014). Sex Differences in Psychosocial Impairment Associated with Eating Disordered Behavior: What if There Aren't Any?. *Eating Behaviour*, 15(4).
- Blond, A. (2008). Impact of Exposure to Images of Ideal Bodies on Male Body Dissatisfaction: a Review. *Body Image* 5(3):244–250.
- Cafri, G., & Thompson, J. K. (2004). Measuring Male Body Image: a Review of the Current Methodology. *Psychol Men Masculin* 5(1):18–29.
- Calogero, R. (2009). Objectification Processes and Disordered Eating in British Women and Men. *Health Psychol* 14(3), 394–402
- Carlat, D. J., Camargo, C. A., & Herzog, D. B. (1997). Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1127-1132.
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma Abordagem Contextual*. Braga: Psiquilibrios.
- Collins, W. A. (2003). More than Myth: The Developmental Significance of Romantic Relationships During Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 13(1), 1-24.
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos alimentares: Classificação e Diagnóstico. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 31(4), 154-157.

- Counsell, A., Cribbie, R. A., & Harlow, L. (2016). Increasing Literacy in Quantitative Methods: The Key to the Future of Canadian Psychology. *Canadian Psychology, 57*(3), 193.
- Culbert, K. M., Breedlove, S. M., Sisk, C. L., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2013). The Emergence of Sex Differences in Risk for Disordered Eating Attitudes During Puberty: A Role for Prenatal Testosterone Exposure. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(2), 420-432.
- Dakanalis, A., Di Mattei, V. E., Bagliacca, E. P., Prunas, A., Sarno, L., Riva, G., & Zanetti, M. A. (2012). Disordered Eating Behaviours Among Italian Men: Objectifying Media and Sexual Orientation Differences. *Eat Disord 20*(5):356–367.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of Eating Disorders: Interview or Self-Report Questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 4*, 363-370.
- Fairburn, C., & Cooper, Z. (1993). *The Eating Disorder Examination (12th ed)*. Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment (pp. 317–360). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-control Comparisons. *Archives of General Psychiatry, 56*, 468-476.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., & Hawker. (2008). Clinical Perfectionism, Core Low Self-esteem and Interpersonal Problems. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 197-220). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, A., & O'Connor, M. E. (1999). Risk Factors for Binge Eating Disorder: A Community-based, Case Control Study. *Archives of General Psychiatry, 55*, 425-432.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk Factors for Bulimia Nervosa: A Community Based Case-control Study. *Archives of General Psychiatry, 54*, 509-517.
- Goldschmidt, A. B., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Le Grange, D., ... & Mitchell, J. E. (2012). Momentary Affect Surrounding Loss of Control and Overeating in Obese Adults With and Without Binge Eating Disorder. *Obesity, Silver Spring, 20*(6), 1206–1211.
- Gonçalves, S., Machado, B., Martins, C., Hoek, H., & Machado, P. (2016). Retrospective Correlates for Bulimia Nervosa: a Matched Case-control Study. *European Eating Disorders Review.*

- González, M. L., Mora, M., Penelo, E., Goddard, E., Treasure, J., & Raich, R. M. (2015). Gender Differences Found in a Qualitative Study of a Disordered Eating Prevention Programme: What Do Boys Have to Say?. *Journal of Health Psychology, 20*(6), 858-874.
- Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. M. (2015). Prevalence and Sociodemographic Correlates of DSM-5 Eating Disorders in the Australian Population. *Journal of Eating Disorders, 3*.
- Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., ... & Keller, M. B. (2000). Mortality in Eating Disorders: a Descriptive Study. *International Journal of Eating Disorders, 28*(1), 20-26.
- Hocaoglu, C. (2015). Bulimia Nervosa in Males: Case Report. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 28*(1), 77-83.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348-358.
- Jones, W., & Morgan, J. (2010). Eating Disorders in Men: a Review of the Literature. *JPMH 9*(2), 23-3.
- Krause, N., Liang, J., & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with Social Support and Depressive Symptoms: A Panel Analysis. *Psychology and Aging, 4* (1): 88 - 97.
- La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent Peer Relations, Friendships, and Romantic Relationships: Do They Predict Social Anxiety and Depression?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1), 49-61.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender Differences in Eating Disorder Symptoms in Young Adults. *International Journal of Eating Disorders, 32*.
- Lie, S. O., Ro, O., & Bang, L. (2019). Is Bullying and Teasing Associated with Eating Disorders? A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders, 1-18*.
- Luce, K. H., & Crowther, J. H. (1997). The Reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version. *International Journal of Eating Disorders, 25*(3), 349-351.
- Machado, B. C. (2010). *Fatores de Risco no Desenvolvimento da Anorexia Nervosa* (Tese de Doutoramento não Publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.

- Machado, B. C., & Gonçalves, S. (2019). Perturbações da Alimentação e da Ingestão. In L. M. Antunes, C., Fonte, S., Alves, A., Sani, R., Estrada, S., & Caridade (Eds). *Dicionário do Comportamento e Saúde Mental*. Lisboa: Pactor.
- Machado, P. P., Gonçalves, S., Machado, B. C., Santos, L., & Santos, R. (2001). Tratamento Cognitivo Comportamental em Grupo da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva: Um Estudo Exploratório. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(2), 307-316.
- Machado, B., Gonçalves, S., Martins, C., Brandão, I., Roma-Torres, A., Hoek, H., & Machado, P. (2016). Anorexia Nervosa Versus Bulimia Nervosa: Differences Based on Retrospective Correlates in a Case-control Study. *Eating and Weight Disorders*, 21, 185-197.
- Machado, B., Gonçalves, S., Martins, C., Hoek, H., & Machado, P. (2014). Risk Factors and Antecedent Life Events in the Development of Anorexia Nervosa: a Portuguese Case-control Study. *European Eating Disorders Review*, 22, 243-251.
- Machado, P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014). Eating Disorder Examination Questionnaire: Psychometric Properties and Norms for the Portuguese Population. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 448-453.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber Decidir, Fazer, Interpretar e Redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Menzel, J. E., Schaefer, L. M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M. T., & Thompson, J. K. (2010). Appearance-related Teasing, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating: A Meta-analysis. *Body Image*, 7(4), 261-270.
- Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., & Mond, J. (2014). The Changing Demographic Profile of Eating Disorder Behaviors in the Community. *BMC Public Health*, 14.
- Mitchison, D., & Mond, J. (2015). Epidemiology of Eating Disorders, Eating Disordered Behaviour, and Body Image Disturbance in Males: a Narrative Review. *Journal of Eating Disorders*, 3(20).
- Mitchison, D., Mond, J., Slewa-Younan, S., & Hay, P. (2013). Sex Differences in Health-Related Quality of Life Impairment Associated with Eating Disorder Features: A General Population Study. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4), 375-380.
- Moinho, R., Dias, I., Luz, A., & Moleiro, P. (2014). Perturbações do Comportamento Alimentar em Rapazes: que Diferenças. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 124-129.

- Mond, J. M., & Arrighi, A. (2011). Gender Differences in Perceptions of the Severity and Prevalence of Eating Disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(1), 41-49.
- Monroe, S. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (1999). Life Events and Depression in Adolescence: Relationship Loss as a Prospective Risk Factor for First Onset of Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 606.
- Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J., & Mond, J. M. (2017). The Enigma of Male Eating Disorders: A Critical Review and Synthesis. *Clinical Psychology Review*, 57.
- Oliveira, S., Trindade, I., & Ferreira, C. (2018). Explaining Male Body Attitudes: The Role of Early Peer Emotional Experiences and Shame. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 23(6), (807–815).
- Organização Mundial da Saúde. (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Artmed Editora.
- Peterson, C. B., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Joiner, T., Crow, S. J., Mitchell, J. E., ... & Le Grange, D. (2007). Psychometric Properties of the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Factor Structure and Internal Consistency. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 386-389.
- Räisänen, U., & Hunt, K. (2014). The Role of Gendered Constructions of Eating Disorders in Delayed Help-seeking in Men: A Qualitative Interview Study. *BMJ Open*, 4(4).
- Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Kendler, K. S., Røysamb, E., Maes, H., Tambs, K., & Harris, J. R. (2003). Gender Differences in Binge-Eating: a Population-based Twin Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 196-202.
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., ... & Mobassarah, N. J. (2013). A Critique of the Literature on Etiology of Eating Disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4), 157-161.
- Rosales, N. L. D. C. A. (1993). Família e Institucionalização: Duas Variáveis Influenciando a Auto-Estima. Campinas. Dissertação (Mestrado). *Instituto de Psicologia da PUCCAMP*.
- Shingleton, R. M., Thompson-Brenner, H., Thompson, D. R., Pratt, E. M., & Franko, D. L. (2015). Gender Differences in Clinical Trials of Binge Eating Disorder: An Analysis of Aggregated Data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 382.

- Shomaker, L. B., & Furman, W. (2009). Interpersonal Influences on Late Adolescent Girls' and Boys' Disordered Eating. *Eating Behaviors, 10*(2), 97-106.
- Striegel, R. H., Bedrosian, R., Wang, C., & Schwartz, S. (2012). Why Men Should be Included in Research on Binge Eating: Results from a Comparison of Psychosocial Impairment in Men and Women. *International Journal of Eating Disorders, 45*(2), 233-240.
- Vo, M., Lau, J., & Rubinstein, M. (2016). Eating Disorders in Adolescent and Young Adult Males: Presenting Characteristics. *Journal of Adolescent Health, 59*, 397-400.
- Wansink, B., Cheney, M. M., & Chan, N. (2003). Exploring Comfort Food Preferences Across Age and Gender. *Physiology & Behavior, 79*.
- Welch, S. L., & Fairburn, G. (1994). Sexual Abuse and Bulimia Nervosa: Three Integrated Case Control Comparisons. *American Journal of Psychiatry, 151* (3), 402-407.
- Welch, E., Ghaderi, A., & Swenne, I. (2015). A Comparison of Clinical Characteristics Between Adolescent Males and Females with Eating Disorders. *Bio Med Central Psychiatry, 15*(1), 45.
- Wilson, G. T. (1993). Assessment of Binge Eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (227-249). New York: Guilford Press.

ANEXOS

Anexo I - Variáveis Excluídas por Falta de Variabilidade

| Fatores de Risco associados às Características Pessoais | Fatores de Risco associados à Família | Fatores de Risco associados aos Pares |
|--|--|--|
| Hiperatividade na infância | Mudança da figura parental | Dieta com amigos |
| Enurese na infância | Desentendimento familiar | |
| Outra perturbação psiquiátrica | Envolvimento deficitário da mãe | |
| Consumo de drogas | Envolvimento excessivo da mãe | |
| | Envolvimento excessivo do pai | |
| | Envolvimento excessivo dos pais | |
| | Auto-avaliação comparativamente aos irmãos | |
| | Rivalidade entre irmãos | |
| | Afeto da mãe | |

Anexo II - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas face aos Fatores de Risco associados às Características Pessoais

| | χ^2 | <i>p</i> |
|--|----------|----------|
| Fatores de Risco associados às Características Pessoais | | |
| Perfeccionismo | 2.378 | .123 |
| Ansiedade | .397 | .529 |
| Envolver-se em problemas | 1.527 | .217 |
| Timidez | .699 | .403 |
| Vadiagem e evitamento da escola | 1.137 | .286 |
| Vadiagem e evitamento da escola por ansiedade e medo | .005 | .944 |
| Sentir-se enorme | .761 | .383 |
| Sentir-se gordo | .114 | .735 |
| Sentir-se gordo com preocupação | .676 | .411 |
| Saúde física | .005 | .944 |
| Humor depressivo antes da idade <i>index</i> | .005 | .944 |
| Autoavaliação negativa | .761 | .383 |
| Consciência da aparência | .350 | .554 |
| Altura média em criança/adolescente | 2.378 | .123 |
| Preocupação com a baixa ou alta altura em criança/adolescente | 1.527 | .217 |

Anexo III - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas face aos Fatores de Risco associados à Família

| | χ^2 | <i>p</i> |
|--|----------|----------|
| Fatores de Risco associados à Família | | |
| Separação dos pais | 2.185 | .139 |
| Contacto parental pobre | .001 | .971 |
| Ausência dos pais | .998 | .318 |
| Discussões dos pais | .397 | .529 |
| Discussões entre os pais e envolvimento do sujeito | .350 | .554 |
| Discussões familiares que não conjugais | 2.185 | .139 |
| Isolamento familiar | .676 | .411 |
| Envolvimento da mãe | .001 | .971 |
| Envolvimento do pai | 1.137 | .286 |
| Envolvimento deficitário do pai | .003 | .957 |
| Envolvimento dos pais | .127 | .722 |
| Envolvimento deficitário dos pais | .998 | .318 |
| Expectativas elevadas da mãe | .783 | .376 |
| Expectativas elevadas do pai | .007 | .932 |
| Expectativas elevadas dos pais | .114 | .735 |
| Disciplina parental | 1.268 | .260 |
| Disciplina parental deficitária | .397 | .529 |

| | | |
|--|-------|------|
| Disciplina parental excessiva | .048 | .827 |
| Favoritismo entre irmãos | .114 | .736 |
| Comentários dos pais sobre o peso e forma corporal | .085 | .771 |
| Afeto do pai | .007 | .932 |
| Afeto dos pais | .528 | .467 |
| Críticas da mãe | .003 | .957 |
| Críticas do pai | 1.137 | .286 |
| Críticas dos pais | .555 | .456 |
| Forma física das irmãs | .135 | .713 |

Anexo IV - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas face aos Fatores de Risco associados aos Pares

| | χ^2 | <i>p</i> |
|--|----------|----------|
| Fatores de Risco associados aos Pares | | |
| Presença de amigos | 1.553 | .213 |
| Gozado com intensidade ameaçadora pelos amigos | 0.031 | .861 |
| Agredido por pares | 2.029 | .154 |
| Presença de PCA num amigo/par | .888 | .346 |
| Dieta no grupo de pares | .048 | .827 |
| Comentários dos outros sobre o peso e forma | 2.433 | .119 |

Anexo V - Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas face aos Fatores de Risco associados às Relações Íntimas

| | χ^2 | <i>p</i> |
|--|----------|----------|
| Fatores de Risco associados às Relações Íntimas | | |
| Início de um relacionamento afetivo | .285 | .593 |