



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Características clínicas associadas ao desenvolvimento
das perturbações do comportamento alimentar em
homens: Uma revisão sistemática da literatura

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Sofia Alexandra Silva Ferreira

Porto, 2021



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Características clínicas associadas ao desenvolvimento
das perturbações do comportamento alimentar em
homens: Uma revisão sistemática da literatura

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Sofia Alexandra Silva Ferreira

Trabalho efetuado sob a orientação de Professora Doutora Bárbara César
Machado

Porto, 2021

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Bárbara César Machado, pela disponibilidade, dedicação, o reforço positivo constante, o empenho e rigor, que caracterizam este percurso. Agradeço as palavras de incentivo e força nos momentos de maior desânimo.

Agradeço aos meus amigos, pelo apoio, força e carinho que me deram neste percurso.

À Inês Silva, a minha melhor amiga, obrigado por todo o incentivo, pela motivação e pelas tuas palavras de apoio nos bons e nos maus momentos.

À Inês Capela, por todo apoio, preocupação constante, entajuda e partilha de conhecimentos ao longo deste processo.

À Isabel Cruz, pela amizade, otimismo constante durante este processo.

Ao meu namorado Rui, pelo apoio incondicional, pela tranquilidade e pela motivação transmitida. Mas acima de tudo por sempre ter acreditado em mim.

Por fim, um profundo e sincero agradecimento, à minha família, que me acompanhou durante todo este processo, pela confiança que depositaram em mim. Sem vocês nada disto teria sido possível, obrigado pelo apoio incondicional.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

GLOSSÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. Caracterização clínica das perturbações da alimentação e da ingestão (PAI).....	5
2.1.1. Anorexia Nervosa	5
2.1.2. Bulimia Nervosa	6
2.1.3. Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva	7
2.2. Dados Epidemiológicos e Comorbilidades das PAI.....	7
2.3. Etiopatologia das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	9
3. MÉTODO:	11
3.1. Estratégias de Pesquisa	11
3.2. Critérios de Elegibilidade e Extração de Dados:	11
4. RESULTADOS	14
4.1. Seleção dos Artigos e Características do Estudo	14
4.2. Características Sociodemográficas	15
4.3. Sintomas das PAI.....	17
4.4. Idade de início PAI, Curso e Evolução	19
4.5. Comorbilidades.....	20
5. DISCUSSÃO	26
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	34

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. *Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study design* (PICOS)

Tabela 2. Caracterização dos artigos incluídos na revisão

Tabela 3. Sistematização das principais características clínicas

Figura 1. Fluxograma dos passos metodológicos de uma revisão sistemática da literatura, de acordo com as diretrizes *PRISMA*

GLOSSÁRIO

AN	Anorexia Nervosa
AN-P	Anorexia Nervosa do Tipo Purgativo
AN-R	Anorexia Nervosa do Tipo Restritivo
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BN	Bulimia Nervosa
BUT	<i>Body Uneasiness Test</i>
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DSM-IV-TR	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EDE	<i>Eating Disorder Examination</i>
EDI- 2	<i>Eating Disorder Inventory - 2</i>
GCI	Clinical Global Improvement
IAC	Ingestão Alimentar Compulsiva
IMC	Índice de Massa Corporal
K-SADS	Kiddie Schedule for Schizophrenia and Affective Disorders
PCA	Perturbação do Comportamento Alimentar
PCASOE	Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação
PIAC	Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva
PAI	Perturbação da Alimentação e Ingestão
SCID-II	<i>Structured Clinical Interview For Dsm-IV Axis II</i>
SCL-90-R	<i>Symptom Checklist - Revised</i>
STAI	<i>State-Trait Inventory</i>
TCI-R	<i>Temperament and Character Inventory - Revised</i>

RESUMO

Objetivo: Identificar as características clínicas associadas ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar em homens.

Método: Foi conduzida uma revisão sistemática da literatura de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA; Moher et al., 2009; cf., <http://www.prisma-statement.org/>). Para tal, foi operacionalizada uma questão de investigação, de acordo com a metodologia *Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study design* (PICOS; Donato & Donato, 2019; Moher et al., 2009), quais as características clínicas associadas ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar em homens? O processo de pesquisa bibliográfica considerou artigos de revistas com revisão por pares. Foram consideradas as seguintes bases de dados: PubMed, PsycINFO e SCOPUS.

Resultados: Foram apenas considerados quatro estudos, no total, 1270 participantes, variando o tamanho da amostra entre 99 e 630. Os principais resultados desta revisão apontam que homens e mulheres com diagnóstico de PAI apresentam diversas similaridades entre si. Porém, todos os estudos apontaram a existência de especificidades relativas ao género.

Palavras-Chave: Eating disorders in males; bulimia nervosa; anorexia nervosa; binge eating; clinical features; clinical symptoms.

ABSTRACT

Aim: Identify the clinical characteristics associated with the development of eating disorders in males

Method: A systematic literature review was conducted in accordance with the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA; Moher et al., 2009; cf., <http://www.prisma-statement.org/>). To this end, a research question was operationalized, according to the methodology Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study design (PICOS; Donato & Donato, 2019; Moher et al., 2009), what are the clinical characteristics associated with the development of eating disorders in males? The bibliographic research process considered articles from peer-reviewed journals. The following databases were considered: PubMed, PsycINFO and SCOPUS.

Results: Only four studies were considered, totaling 1270 participants, with the sample size varying between 99 and 630. The main results of this review show that men and women diagnosed with an eating disorder have several similarities to each other. However, all studies pointed to the existence of specificities related to gender.

Key-words: Eating disorders in males; bulimia nervosa; anorexia nervosa; binge eating; clinical features; clinical symptoms;

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo principal contribuir para a identificação das características clínicas associadas ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar em homens.

Segundo a literatura, as PAI são consideradas perturbações mentais graves que colocam em risco a saúde e o bem-estar dos indivíduos. As mesmas caracterizam-se por uma perturbação persistente na alimentação ou na ingestão, nas quais existe uma alteração no consumo ou na absorção dos alimentos ingeridos desencadeando um défice significativo ao nível da saúde física e ou no funcionamento psicossocial (APA, 2014).

Na literatura, as PAI tem sido consensualmente apresentadas como perturbações psiquiátricas que afetam maioritariamente mulheres adolescentes e jovens (Machado, 2010). Pelo exposto, os homens com PAI encontram-se ainda sub-diagnosticados, e incompreendidos pelos clínicos, sofrendo estigma e sendo significativamente negligenciados no diagnóstico e no tratamento (Strother et al., 2012).

No que concerne à etiologia das PAI esta é multifatorial, quer isto dizer, que não existe um único fator que explique isoladamente o desenvolvimento de uma determinada PAI, nem a variabilidade entre sujeitos (Moinho et al., 2014).

Segundo Murray e colaboradores (2017) existem um conjunto de especificidades clínicas associadas ao género. Sistematizando, homens com PAI revelam uma alimentação orientada para a muscularidade; revelam uma maior gama de comorbilidades psiquiátricas; uma idade de início mais tardia; história passada de obesidade ou excesso de peso, e por fim, experiências de gozo relativamente ao peso e forma corporal (Murray et al., 2017).

Com o objetivo de contribuir para o conhecimento das PAI nos homens foi conduzida uma revisão sistemática da literatura tendo esta sido organizada de acordo com as diretrizes do PRISMA (Moher et al., 2009). Em conformidade, a primeira parte desta Dissertação apresenta uma breve introdução sobre as PAI, enquadramento teórico abordando a caracterização clínica das PAI seguida de dados epidemiológicos, comorbilidades, e por fim, etiopatologia. Numa segunda parte surge o método onde serão abordados o objetivo geral do estudo, as estratégias de pesquisa, os critérios de elegibilidade e extração de dados. Na terceira parte encontram-se os resultados alcançados, partindo da seleção dos artigos e características do estudo seguindo-se as características sociodemográficas, sintomas das PAI, de seguida a idade de início PAI,

curso e evolução e por último, as comorbilidades. Por fim, apresentamos a discussão dos resultados obtidos, justificando, com recurso à literatura da especialidade, as afirmações face aos resultados, e finaliza-se apresentando as conclusões da investigação, as suas limitações e pontos fortes, bem como as implicações para a prática clínica e sugestões para investigações futuras.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Caracterização clínica das perturbações da alimentação e da ingestão (PAI)

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI), outrora designadas por Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) (APA, 2000), sofreram recentemente modificações no âmbito dos quadros clínicos associados aos diferentes diagnósticos (Machado & Gonçalves, 2019). Segundo os autores, existiam dois grupos de perturbações da alimentação até à 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV; APA, 1996), as que se desenvolviam durante a infância designadas por 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 designadas por Perturbações do Comportamento Alimentar.

Atualmente, e segundo a última edição do DSM-5, as PAI englobam ambas as entidades clínicas sendo classificadas como perturbações mentais graves que põem em risco a saúde e o bem-estar do sujeito, com impacto a todos os níveis do funcionamento (APA, 2014). Estas caracterizam-se por uma perturbação persistente na alimentação/ingestão, em virtude de mudanças no padrão de consumo ou de absorção dos alimentos, dando origem a défices na saúde física e na funcionalidade psicossocial incluem a pica, o mericismo, a perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva (tipicamente associados à infância), a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a perturbação de ingestão alimentar compulsiva, como perturbações mais diagnosticadas no jovem e no jovem adulto (APA, 2014).

Este estudo incidirá apenas nas PAI tipicamente diagnosticadas na adolescência começando por se realizar uma breve caracterização clínica das mesmas: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e perturbação da ingestão alimentar compulsiva (PIAC) (APA, 2014; Carr, 2014).

2.1.1. Anorexia Nervosa

A AN é uma perturbação psicopatológica caracterizada por um padrão de restrição alimentar que conduz a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória desenvolvimental e saúde física (APA, 2014).

Relativamente aos critérios de diagnóstico, propostos pelo DSM-5, a AN caracteriza-se por um medo extremo de engordar ou de aumentar o peso, acompanhado por diversos comportamentos persistentes que procuram impedir o aumento de peso, mesmo quando o peso apresentado pelo indivíduo se revela significativamente baixo. Para além disso, existe uma

apreciação desajustada face ao peso e forma corporal, na qual os indivíduos revelam uma incapacidade para reconhecer a gravidade associada ao baixo peso atual (APA, 2014).

Pode-se diferenciar a AN em 2 subtipos: o tipo restritivo (AN-R) e o tipo ingestão alimentar compulsiva/purgativo (AN-P). No que concerne à AN-R os indivíduos recorrem a dietas, jejum e/ou praticam exercício físico excessivo para alcançar a perda de peso. Por outro lado, AN-P, os indivíduos descrevem episódios de ingestão alimentar compulsiva (IAC), descritos mais detalhadamente no tópico seguinte, e/ou comportamentos purgativos como o abuso de laxantes, diuréticos ou enemas e vômito autoinduzido (APA, 2014). Importa ainda referir que a AN apresenta quatro níveis de gravidade de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC)¹, nomeadamente: Ligeira ($IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$), Moderada ($IMC = 16 - 16.99 \text{ kg/m}^2$), Grave ($IMC = 15 - 15.99 \text{ kg/m}^2$) e Extrema ($IMC < 15 \text{ kg/m}^2$) (APA, 2014).

2.1.2. Bulimia Nervosa

Tal como a AN, a BN é uma perturbação psicopatológica, que se caracteriza por episódios recorrentes de IAC. Estes são caracterizados por uma ingestão, num curto período de tempo, de uma grande quantidade de alimentos, superior ao que a maioria dos indivíduos comeria num período semelhante, mas mesmas circunstâncias. É ainda necessário ter em conta o contexto para determinar se a ingestão foi excessiva. Estes episódios são ainda caracterizados pela perda de controlo por parte do sujeito, ou seja, uma incapacidade de controlar ou parar de comer depois de ter começado (APA, 2014; Machado et al., 2001). Importa mencionar que os sujeitos que apresentam estes sintomas sentem vergonha, e como tal, tendem a ocultar os seus sintomas (e.g., comer em segredo) (APA, 2014). Estes episódios de IAC são seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados, ou seja, comportamentos compensatórios desadequados que visam impedir o ganho de peso (e.g., vômito, abuso de laxantes, diuréticos, enemas ou outra medicação, jejum ou exercício físico excessivo) (APA, 2014). Para o diagnóstico de BN poder ser realizado, é necessário que a IAC e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorram pelo menos uma vez por semana, durante três meses (APA, 2014). E ainda de mencionar que a autoavaliação dos indivíduos é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais e a perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de AN.

¹ Índice de Massa Corporal (IMC): É um indicador utilizado para avaliar se a pessoa se encontra no peso ideal para o seu peso e altura este pode ser calculado através da seguinte fórmula: $\text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$.

A BN apresenta quatro níveis de gravidade de acordo com a frequência dos episódios de comportamentos compensatórios inapropriados. Os níveis de gravidade são: Ligeira (1 a 3 episódios por semana), Moderada (4 a 7 episódios por semana), Grave (8 a 13 episódios por semana) e Extrema (14 ou mais episódios por semana) (APA, 2014).

2.1.3. Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva

A PIAC, caracteriza-se por episódios recorrentes de IAC sendo estes episódios definidos de forma igual ao descrito para BN. Porém, na PIAC os episódios de IAC devem estar presentes, em média, pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses na ausência de comportamentos compensatórios inapropriados. (APA, 2014) Este tipo de ingestão alimentar está associado 3 ou mais dos seguintes sintomas: Ingestão muito mais rápida que o habitual; Comer até se sentir desagradavelmente cheio; Ingestão de grandes quantidades de comida mesmo sem sentir fome; Comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade; Sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da IAC (APA, 2014).

Para o diagnóstico de PIAC poder ser realizado é necessário que a IAC não se associe ao uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados como na BN, e ainda que não ocorra exclusivamente durante a evolução de BN ou AN. A PIAC apresenta quatro níveis de gravidade de acordo com a frequência dos episódios IAC. Os níveis de gravidade são os seguintes Ligeira (1 a 3 episódios de IAC por semana), Moderada (4 a 7 episódios de IAC por semana), Grave (8 a 13 episódios de IAC por semana) e Extrema (14 ou mais episódios de IAC por semana) (APA, 2014).

2.2. Dados Epidemiológicos e Comorbilidades das PAI

No que concerne à prevalência das PAI sabe-se que estas são mais prevalentes no sexo feminino do que no sexo masculino (APA, 2014; Fichter & Krenn, 2003). Outrora, como mencionado anteriormente, as PAI eram tidas como perturbações que afetavam particularmente o género feminino. Porém, as alterações realizadas no DSM- 5 (APA, 2014) tornaram os critérios para as PAI transversais a ambos os géneros, desencadeando um aumento observável nas taxas de prevalência no género masculino (Smink et al., 2013).

As PAI constituem uma das perturbações psiquiátricas mais graves, visto que apresentam elevadas taxas mortalidade, comorbilidades médicas e podem ainda evoluir para uma doença crónica e recorrente (Murray et al., 2017). As PAI podem desencadear problemas

de saúde significativos em todos os órgãos do corpo, em particular a saúde cardíaca, neurológica e óssea. Contudo, o número de estudos relativos às complicações médicas nos homens com PAI são reduzidos (Murray et al., 2017). Na literatura é consensual que as PAI revelam taxas de mortalidade significativas sendo que a AN constitui a perturbação com mais elevada taxa de mortalidade de todas as PAI (Bulik et al., 2007; Smink et al., 2012). Segundo Murray (2017) estima-se que 5 a 11% das PAI são em indivíduos do sexo masculino e a restante percentagem diz respeito ao sexo feminino. Segundo Vo e colaboradores (2016) apenas 25% a 30% dos casos de PAI são diagnosticados em sujeitos do sexo masculino. A prevalência nos homens encontra-se distribuída da seguinte forma 0.2% a 0.3% AN, 0.1% a 0.5% BN e 1.1% a 3.1% PIAC (Raevuori et al., 2009; Darcy & Arnou, 2015).

Segundo Eisenberg e colaboradores (2012) quer homens quer mulheres revelam reduzidas taxa de prevalência de procura por tratamento. Para além disso, o género masculino apresenta ainda taxas mais reduzidas quando comparado com mulheres associado ao estigma que existe em torno das PAI nos homens (Keel, 2010).

Na literatura não existe consenso relativamente às comorbilidades psiquiátricas nos homens com PAI. Assim, de acordo com First (2005) a comorbilidade nem sempre acarreta, necessariamente, a presença de uma outra patologia, mas sim uma complexidade em conciliar todos os sintomas num apenas diagnóstico. De acordo com Neves (2005), os homens que apresentam PAI têm um risco mais elevado para apresentar outras doenças. Homens com diagnóstico de AN apresentam uma maior comorbilidade com esquizofrenia quando comparados com homens que apresentam diagnóstico de BN. Por outro lado, indivíduos do sexo masculino com diagnóstico de BN revelam uma maior taxa de perturbações do humor e uma maior dependência de substâncias. Outros autores referem que nos casos de AN as comorbilidades mais frequentes são as perturbações do humor e perturbação obsessivo-compulsiva, já nos casos de BN são mais frequentes o abuso de substâncias e a perturbação da personalidade *borderline* (Carlat et al., 1997; Carr, 2014).

Apesar de as PAI apresentarem convergência em termos de manifestações clínicas entre indivíduos do sexo masculino e feminino, a literatura revela a existência de diferenças clinicamente significativas entre homens e mulheres com PAI (Carlat et al., 1997; Swanson et al., 2011). Os homens revelam uma idade início mais tardia do que as mulheres. Estima-se que nos homens a idade de início acontece por volta dos 19 anos, enquanto nas mulheres entre os 15 e ou 17 anos (Carlat et al., 1997). Na literatura um dos fatores de risco mais consensuais é o histórico de obesidade pré-mórbida e excesso de peso durante a infância e adolescência (Fairburn et al., 1997; Machado et al., 2014). Barry e colaboradores (2002) apontam que os

homens apresentam com maior frequência histórico de obesidade ou excesso de peso comparativamente com as mulheres. Vo e colaboradoras (2016) referem que 40% dos indivíduos do sexo masculino com PAI revelam história de excesso de peso ou obesidade.

Vários estudos têm sido desenvolvidos no âmbito da imagem corporal. Embora a maior parte seja focada nas mulheres, uma conclusão comum a todos eles é que a insatisfação com a imagem corporal serve como importante fator de risco no desenvolvimento de perturbações alimentares e dependência do exercício físico (Parent, 2013). Embora a insatisfação com a imagem corporal esteja mais associada às mulheres, a insatisfação com a imagem corporal entre os homens é cada vez mais comum (Murray et al., 2014) estando, nos homens, mais associada à procura de um corpo musculado e bem definido (Stapleton et al., 2016). No que concerne à origem da restrição alimentar, os objetivos dos homens com AN diferem do das mulheres com AN. Assim o comportamento mais comum em homens com PAI é o exercício físico excessivo com o intuito de aumentar a massa muscular, o volume corporal e a definição dos músculos. Ainda que nas mulheres este comportamento esteja igualmente presente, estas tem como objetivo principal atingir a magreza (Mitchison & Mond 2015). Ao nível da IAC como sintoma da BN, é possível clarificar algumas diferenças significativas entre homens e mulheres. Durante os episódios de IAC homens revelam um maior interesse por alimentos com elevado teor proteico e de gorduras enquanto as mulheres revelam maior interesse por alimentos doces (Chao et al., 2016; Wansink et al., 2003).

Finalmente, e relativamente aos comportamentos compensatórios inapropriados diversos estudos têm apontado que sujeitos do sexo masculino apresenta uma maior tendência para adotar comportamentos compensatórios não purgativos (e.g., restrição alimentar extrema, jejum e exercício físico excessivo), enquanto as mulheres adotam mais frequentemente comportamentos compensatórios purgativos (e.g., vômito autoinduzido, abuso de laxantes) (Eneva et al., 2017; Lewinsohn et al., 2002; Weltzin et al., 2005).

2.3. Etiopatologia das Perturbações da Alimentação e da Ingestão

As PAI revelam uma etiologia multifatorial, quer isto dizer que não existe apenas um fator isolado que justifique o aparecimento de uma determinada PAI (Fairburn et al., 1999).

Existe uma diversidade de fatores (risco; manutenção; precipitantes e protetores) que interagem entre si de modo complexo, para produzir e diversas vezes, perpetuar a doença (Machado et al., 2014). Os estudos científicos relativos às PAI que tem vindo a ser produzidos ao longo dos anos, apresentam como foco a população feminina, resultando num conhecimento

muito escasso no que diz respeito aos homens diagnosticados com estas perturbações (Dakanalis et al., 2014).

Na literatura têm sido referido alguns fatores que podem vulnerabilizar os indivíduos do sexo masculino para o desenvolvimento das PAI: a) histórico de obesidade ou excesso de peso na infância; b) histórico de dietas; c) prática de desportos que envolvam o controlo do peso e forma corporal; d) profissões nas quais a imagem corporal seja particularmente valorizada; e) cultura que valoriza um estilo de vida saudável, com estilos alimentares saudáveis e praticas de exercício para uma manutenção do peso e forma corporal (Barry et al., 2002; Rodgers et al., 2020).

Assim, o presente estudo visa sistematizar as características clínicas associadas ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar em homens contribuindo assim para o aumento do conhecimento no campo da etiologia das PAI nos homens.

3. MÉTODO:

3.1. Estratégias de Pesquisa

Com o objetivo de identificar as características clínicas associadas ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar em homens foi conduzida uma revisão sistemática da literatura de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA; Moher et al., 2009; cf., <http://www.prisma-statement.org/>).

Foi operacionalizada uma questão de investigação, de acordo com a metodologia *Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study design* (PICOS; Donato & Donato, 2019; Moher et al., 2009), sendo a seguinte: quais as características clínicas associadas ao desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar em homens?

O processo de pesquisa bibliográfica foi exaustivo e considerou artigos de revistas com revisão por pares. Foram consideradas as seguintes bases de dados: PubMed, PsycINFO e SCOPUS. A pesquisa nas bases de dados referidas foi realizada durante todo o mês de abril.

Para orientar e guiar a seguinte pesquisa foram selecionadas um conjunto palavras-chave que se referem às variáveis que decorrem da questão de investigação: ("Eating disorders in males" OR "bulimia nervosa" OR "anorexia nervosa" OR "binge eating"; title/abstract) AND ("clinical features" OR "clinical symptoms" OR "clinical characteristic"; title/abstract). Foram apenas considerados artigos publicados em inglês, de todos os países, publicados entre 2000 e abril de 2021, inclusive.

3.2. Critérios de Elegibilidade e Extração de Dados:

Os critérios de inclusão, exclusão e a extração foram desenvolvidos baseando-se no procedimento PICOS (Donato & Donato, 2019; Moher et al., 2009). Em conformidade, eram elegíveis artigos publicados em inglês sendo selecionados para inclusão aqueles em que a amostra fosse composta por sujeitos diagnosticados com Perturbação do Comportamento Alimentar, de acordo com os critérios do DMS-IV, DSM-IV-TR ou DSM-5 (APA, 1996, 2000, 2014), de qualquer design ou *setting* clínico; a amostra em estudo deveria ser mista ou masculina. Durante a análise dos artigos foram excluídos artigos pelas seguintes razões: a amostra era composta por sujeitos com outras patologias que não se relacionam com PCA; o período de publicação, não era compreendido entre 2000 - 2021; ausência de acesso ao texto integral; estudos de caso; cartas ao editor; livros; dissertações; meta-análises, relatórios de progresso; artigos de opinião. Após o período de pesquisa eletrônica todas as referências

encontradas foram descarregadas no ENDNOTE. Posteriormente, foram eliminados os artigos que se encontravam repetidos nas bases de dados.

A seleção dos estudos considerados elegíveis foi feita em 2 etapas: triagem e avaliação da qualidade dos estudos. Primeiramente, foram revistos os títulos e os *abstract* de toda a literatura identificada. Numa segunda fase, procedeu-se a uma análise do texto integral dos restantes artigos, usando os mesmos critérios, a fim de determinar a elegibilidade dos artigos para inclusão na revisão.

Por fim, procedeu-se à extração dos dados dos artigos selecionados. Estes foram sistematizados em tabela, onde se incluíram os elementos mais relevantes de cada estudo, nomeadamente: autor(es), país de publicação, ano de publicação, composição da amostra, o diagnóstico clínico e características clínicas.

Tabela 1. *Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study design* (PICOS; Donato & Donato, 2019; Moher et al., 2009)

PICOS	CrITÉrios de inclusão	CrITÉrios de exclusão	Extração de dados
Population	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de uma PCA: (AN restritivo; purgativo); BN; PIAC; PCASOE Masculino ou amostra mista; 	<ul style="list-style-type: none"> Amostras compostas por participantes com outras patologias não relacionadas com as perturbações do comportamento alimentar; 	População em estudo: <ul style="list-style-type: none"> Número de participantes; Composição da amostra (n homens; n de mulheres); Média de idades; Diagnóstico de AN, BN, PIAC; PCASOE Características clínicas
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Terapéutica, diagnóstica, preventiva, prognstica. 		<ul style="list-style-type: none"> Informaes sobre o tratamento quando disponíveis
Comparison	<ul style="list-style-type: none"> Estudos com ou sem grupo de controlo; 	<ul style="list-style-type: none"> Estudos com análise conjunta da amostra 	<ul style="list-style-type: none"> Associar a grupos quando aplicvel
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> Características clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> Perturbações não relacionados com sintomatologia das PAI 	<ul style="list-style-type: none"> Diferenas na comparação entre homens e mulheres; e ou grupo de controlo nas

			dimensões apresentadas nos critérios de inclusão
Study design	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos retrospectivos ou longitudinais • Estudos conduzidos em qualquer <i>setting</i> (Clínico; comunidade) • Língua inglesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos de caso; • Artigos de opinião • Livros; • Cartas ao editor; • Relatórios de progresso; • Manuscrito do autor; • Comentário/Editorial • Dissertações; 	<ul style="list-style-type: none"> • Study design • Study <i>setting</i>

4. RESULTADOS

4.1. Seleção dos Artigos e Características do Estudo

Combinando Eating disorders in males; bulimia nervosa; anorexia nervosa; e binge eating com outras palavras chave como clinical features; clinical symptoms; e clinical characteristic, através das três bases de dados identificadas foram obtidos 803 resultados. Mais detalhadamente, 215 resultados na PubMed, 170 resultados na PsycInfo e 215 resultados na SCOPUS. Posteriormente, foram removidos os artigos duplicados nas bases de dados ($n = 68$). De seguida, foram analisados o título e o abstract sendo excluídos 720. Para os artigos remanescentes ($n = 15$), procedeu-se a uma análise integral do texto a fim de averiguar o cumprimento dos critérios de elegibilidade e a adequação do tema. Destes, foram considerados na revisão quatro artigos (cf. Figura 1).

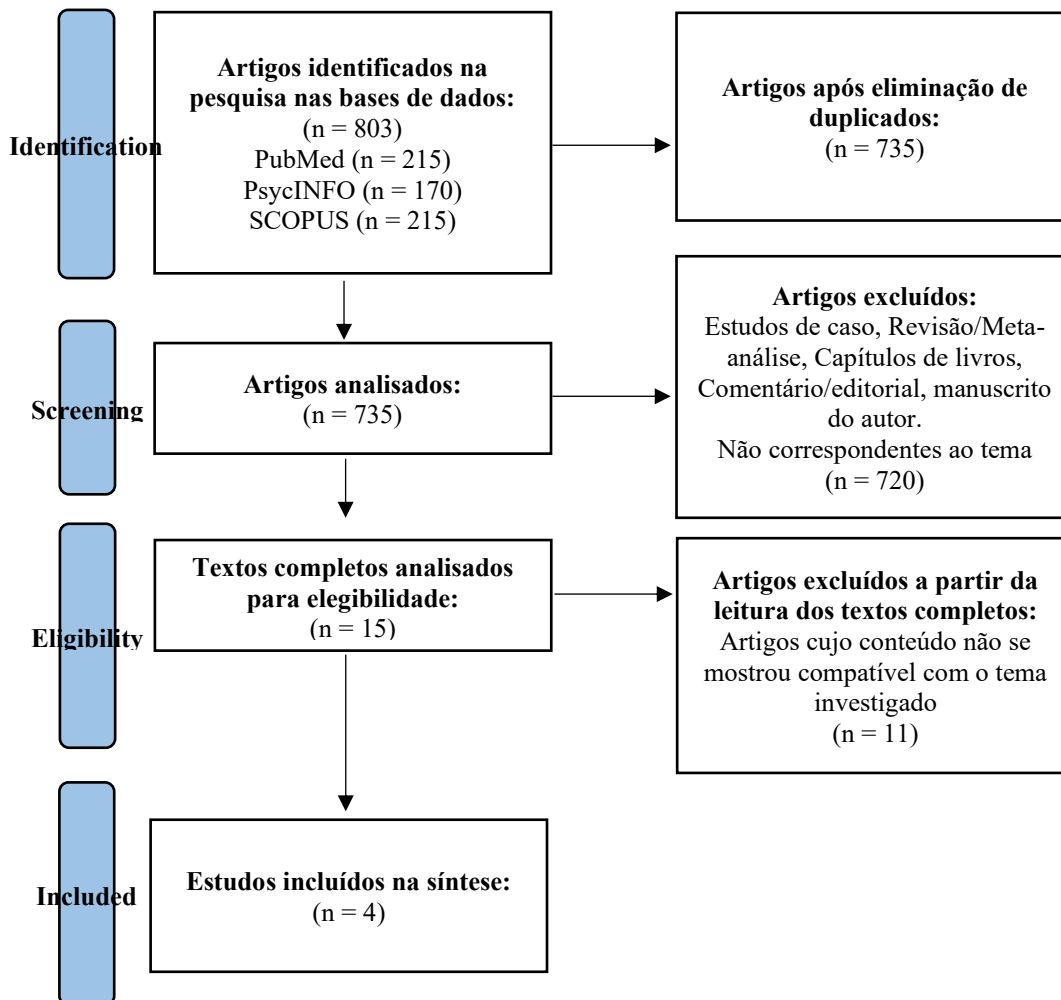


Figura 1. Fluxograma dos passos metodológicos de uma revisão sistemática da literatura, de acordo com as diretrizes *PRISMA* (Moher et al., 2009).

Dos quatro estudos considerados, foram incluídos, no total, 1270 participantes, variando o tamanho da amostra entre 99 e 630. A média de idades foi calculada entre 14.90 e 37.30 e a percentagem de participantes do sexo masculino entre 9.21 e 16.5. Os anos de publicação dos estudos foram 2006, 2011, 2015, 2017. Dos estudos analisados, 75% ($n = 3$) foram realizados no continente europeu e 25% ($n = 1$) no continente americano (cf. Tabela 2).

4.2. Características Sociodemográficas

Todos os estudos selecionados procuraram explorar a existência de diferenças nas manifestações clínicas entre homens e mulheres com diagnóstico de PAI. Adicionalmente, Núñez-Navarro e colaboradores (2011) analisaram não só a existência de diferenças nas manifestações clínicas entre homens e mulheres com diagnóstico de PAI, como também compararam estes com população saudável (cf. Tabela 2).

No estudo de Strober e colaboradores (2006), estes analisaram uma amostra de 99 sujeitos, 85 mulheres e 14 homens, com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos ($M = 15.1$ anos; $DP = 1.7$), diagnosticados com AN segundo o DSM-IV (APA, 1996). A amostra era composta por indivíduos admitidos no serviço de PAI de Resnick UCLA Neuropsychiatric Hospital. No seu estudo propuseram-se comparar as diferenças entre sintomas centrais das PAI, fenótipos de personalidade pré-mórbida e resultados a curto prazo entre homens e mulheres com anorexia nervosa. Para tal, recorreram a uma bateria de provas. Para a análise sintomatologia central recorreram ao *Eating Disorders Examination* (EDE); para o estudo das comorbilidades psiquiátricas recorreram ao *Kiddie Schedule for Schizophrenia and Affective Disorders* (K-SADS); para a análise dos fenótipos de personalidade pré-mórbida os autores desenvolveram uma entrevista semiestruturada que avaliava quatro dimensões: tendência para se preocupar ou ficar a pensar em coisas tristes, ou que despertem medo ou zanga (Preocupação Ansiosa); insistência na rotina e o evitamento da mudança e novidade (Aversão à mudança); perfeccionismo (Perfeccionismo); e por fim evitamento do desrespeito das regras, obediência e necessidade de aprovação dos outros (Obediência). Para além destes instrumentos, foi ainda utilizado *Clinical Global Improvement* (CGI) para avaliar os resultados a curto prazo.

É de salientar que neste estudo, quer o grupo de homens, quer o grupo das mulheres, não apresentavam diferenças estatística estatisticamente significativas ao nível das variáveis sociodemográfica ou história clínica. (Strober et al, 2006).

Núñez-Navarro e colaboradores (2011), estudaram uma amostra de 240 participantes, organizados em 2 grupos: o grupo das perturbações do comportamento alimentar (60 homens; 60 mulheres), e o grupo controlo saudável (60 homens; 60 mulheres). Tinham como objetivos

principais: a) determinar se homens e mulheres com perturbações do comportamento alimentar apresentavam diferenças nas características clínicas da psicopatologia e personalidade quando comparados com um grupo saudável; b) avaliar se há diferenças específicas entre géneros relativamente aos subtipos de perturbações alimentares comparando com o grupo de controlo. Para tal, adotaram uma bateria de avaliação que possibilitasse quantificar os sintomas da perturbação do comportamento alimentar, psicopatologia e personalidade em geral. Assim, recorreram ao *Eating Disorder Inventory – 2* (EDI-2) um questionário de autorrelato que permite acederem a diferentes características cognitivas e comportamentais típicas das perturbações do comportamento alimentar; o *Symptom Checklist - Revised* (SCL-90-R) para avaliar uma ampla gama de problemas e sintomas psicopatológicos, foram ainda incluídos neste três índices globais (*Global Severity Index* (GSI), para medir em geral o sofrimento psicológico; o *Positive Symptoms Distress Index*, com o intuito de medir a intensidade dos sintomas; e *Positive Symptom Total* que acede a sintomas relatados); o *Temperament and Character Inventory – Revised* (TCI-R) que avalia sete dimensões da personalidade: quatro dimensões do temperamento e três dimensões do carácter; e por fim, uma entrevista estruturada para avaliar variáveis sociodemográficas e clínicas: como a idade, o estado civil, escolaridade, ocupação, agregado familiar, motivações para receber o tratamento, ocupação dos pais e dados clínicos relevantes.

No que concerne ao grupo masculino das perturbações do comportamento alimentar estes foram diagnosticados de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000) apresentando a seguinte distribuição de diagnóstico: 10 AN, 25 BN, 25 PAI NE (EDNOS²). A média das idades para a amostra total era 24 anos ($DP = 5.6$) [Grupo PCA $M = 21.0$ ($DP = 5.2$); Grupo controlo saudável $M = 24.0$ ($DP = 5.9$)].

No grupo de controlo foram relatadas diferenças entre géneros relativamente à idade uma vez que os homens apresentavam uma idade superior às mulheres. Contrariamente, no grupo das perturbações do comportamento alimentar não foram encontradas diferenças de género relativas às idades. A maioria dos participantes eram solteiros 87.3%, com o ensino secundário completo 68.7%, e empregados 52.4%. No total da amostra não foram encontradas diferenças significativas relativamente ao estado civil e grau de escolaridade (Núñez-Navarro et al, 2011).

No estudo de Welch e colaboradores (2015), os autores analisaram uma amostra de 664 sujeitos, 58 homens e 606 mulheres. Diagnosticados de acordo com o DSM-IV (APA, 1996)

² ENDOS, de acordo com o atual DSM-V (APA, 2014) refere-se: Perturbação da Alimentação e da Ingestão não Especificada (PAI NE).

apresentando a população masculina a seguinte distribuição: 10 AN, 48 PAI NE. Operacionalizaram como objetivos: a) observar a idade de apresentação em tratamento e comparar homens e mulheres; b) observar o peso apresentado por homens e mulheres e comparar; c) analisar se existem diferenças significativas sobre antecedentes de peso pré-mórbido quando comparado com as mulheres; d) observar psicopatologia em ambos os géneros em particular a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e comorbilidades somáticas, sob a forma de diabetes ou doença celíaca e a possibilidade de diferenças entre géneros. A amostra apresentava uma idade média de 14.9 anos ($DP = 1.6$) para os homens e 15.2 anos ($DP = 1.7$) para as mulheres.

Já no estudo de Valente e colaboradores (2017), foi considerada uma amostra de 267 sujeitos (44 homens e 223 mulheres). A amostra apresentava idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos de idades com uma idade média de 37.3 anos ($DP \pm 12.59$), diagnosticados de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000). Apresentaram como objetivo destacar as características das perturbações do comportamento alimentar no sexo masculino, com particular atenção às características clínicas relacionadas ao sexo e às comorbilidades psiquiátricas. Para tal, todos os participantes foram avaliados por meio de uma entrevista semiestruturada que avaliava características sociodemográficas, hábitos de vida e “conflitos familiares”. Para além disso, os participantes preencheram a *Structured Clinical Interview - Axis II* (SCID-II), para o diagnóstico de perturbações da personalidade; ao *Beck Depression Inventory* (BDI), com o propósito de avaliar a severidade da depressão; o *Body Uneasiness Test* (BUT) para avaliação clínica de atitudes anormais face à imagem corporal e perturbação do comportamento alimentar; o *State-trait Inventory* (STAI) para avaliar a ansiedade.

No que concerne à análise das características sociodemográfica (idade, estado civil, escolaridade, ocupação) e presença de conflitos familiares não foram encontradas diferenças significativas entre géneros (Valente et al, 2017).

4.3. Sintomas das PAI

Strober e colaboradores (2006), apresentaram que quer homens quer mulheres revelaram sintomas semelhantes aquando da admissão em tratamento. Mencionam que o grupo das mulheres e dos homens não apresentam nenhuma diferença significativa ao nível dos aspetos clínicos, demográficos, variáveis da história de vida, idade, IMC e duração da doença.

Relativamente aos comportamentos compensatórios purgativos como o vómito, foi descrito como sendo pouco comum, apenas 7.1% dos homens referiu episódios de vómito já

nas mulheres a prevalência destes é 9.4% sendo referido como um comportamento mais comum entre as mulheres. É ainda apresentado que relativamente IAC nenhum dos sujeitos apresentava episódios objetivos aquando da admissão em tratamento.

Núñez-Navarro e colaboradores (2011), analisaram a frequência dos comportamentos compensatórios desadequados constatando que os participantes mencionam uma média semanal $M = 4.0$ ($DP = 9.8$) episódios de ingestão alimentar compulsiva; $M = 4.6$ ($DP = 7.8$) episódios de vômito; $M = 2.9$ ($DP = 9.8$) episódios de uso de laxantes; e $M = 0.7$ ($DP = 4.4$) episódios de uso de diuréticos. As únicas variáveis onde foram encontradas diferenças entre género, foram a frequência semanal de vômitos e uso de laxantes. Homens com perturbação do comportamento alimentar revelaram uma frequência semanal mais elevada de vômitos do que as mulheres e uma frequência semanal mais reduzida do que as mulheres no uso de laxantes.

Os autores também concluíram que os participantes homens com BN são os que reportam uma frequência mais elevada de episódios de vômito e um uso menos frequente de laxantes comparativamente com as mulheres.

Welch e colaboradores (2015), mencionaram que não foram encontradas diferenças de género significativas ao nível peso, IMC e na apresentação em tratamento. Porém, um em cada cinco homens revelou antecedentes de IMC pré-mórbido superior a dois $DPscore$ na puberdade e no peso máximo.

Valente e colaboradores (2017), apresentaram como diagnóstico mais frequente nos homens PIAC, seguidamente PAI NE; contrariamente, as mulheres apresentavam mais frequentemente diagnóstico de AN, seguidamente BN. Estes procederam ainda a uma análise entre géneros ao nível dos subtipos e verificaram que, na AN o subtipo mais frequente em mulheres é o AN-R 60.6%, enquanto nos homens é o AN-P 75%.

No que concerne aos comportamentos compensatórios, constataram que o exercício físico excessivo e o jejum são as estratégias compensatórias mais frequentemente utilizadas pelos homens, enquanto nas mulheres o vômito autoinduzido, e o abuso de laxantes e diuréticos são os mais comuns.

No estudo de Valente e colaboradores (2017) estes apresentam que IMC médio da amostra era 27.8 kg/m^2 ($DP = \pm 11.6$), descrevendo que os homens apresentam valores mais elevados de IMC do que as mulheres ($33.9; 26.6 \text{ kg/m}^2$). Revelaram ainda que a obesidade é mais frequente nos homens do que nas mulheres ($56.8 \text{ vs. } 31.4\%$ $p=0.001$), salientando que a perturbação do comportamento alimentar é mais frequentemente diagnosticada em sujeitos com obesidade é a PIAC seguindo-se a PAI NE e a BN.

Relativamente aos resultados do instrumento BUT, a preocupação/inquietação corporal foi menos frequente nos homens em comparação com as mulheres (61.8%; 84.7% $p=0.001$). Adicionalmente, analisaram ainda que os maiores níveis de preocupação/inquietação corporal ocorriam nos homens com diagnóstico de PAI NE (Valente et al, 2017).

O estudo conduzido por Valente e colaboradores (2017), não apresentou resultados relativos aos episódios de IAC já o estudo de Welch e colaboradores (2015) não apresenta resultados relativos comportamentos compensatórios e episódios de IAC (cf. Tabela 3).

4.4. Idade de início PAI, Curso e Evolução

Strober e colaboradores (2006), verificaram que na escala Eating Disorder Examination (EDE) as pontuações na admissão em tratamento indicam morbidade relativamente aos hábitos e atitudes associados às perturbações alimentares, independentemente do peso e forma corporal, as pontuações foram elevadas para ambos os géneros.

No que diz respeito ao curso da doença, a persistência da doença sem mudança clinicamente mensuráveis até ao momento da alta, foi incomum. Todos os pacientes receberam um regime terapêutico equivalente o qual envolveu múltiplas sessões semanais de terapia individual, grupo, familiar, terapia ocupacional e recreativa, biblioterapia, treino de técnicas de relaxamento, yoga, e prevenção de recaídas. O tratamento apresentou uma duração média de cerca de 3.9 meses ($DP = 0.9$), no qual homens e mulheres não apresentaram diferenças significativas relativamente às características clínicas, IMC ($M = 12.1 DP = 1.1$) e duração da doença ($M = 12.5$ meses $DP = 6.5$). Ainda no decurso do tratamento 60.6% os sujeitos receberam farmacoterapia adjuvante. Importa salientar que 70.7% dos sujeitos da amostra apresentavam historial de atendimento em ambulatorial ou admissões hospitalares prévias. O tratamento finda quando o paciente consegue recuperar 90% do peso atendendo à média para a sua idade e altura.

Relativamente aos efeitos do género para a morbidade dos sintomas foram detetados no curso da doença durante a avaliação progressiva. Foram encontradas diferenças significativas na média das pontuações da escala EDE um ano após a avaliação inicial, com pontuações mais baixas nos homens do que nas mulheres nas dimensões peso; forma; e preocupações alimentares.

Já Núñez-Navarro e colaboradores (2011), verificaram que, as médias de idade de início das perturbações do comportamento alimentar é 18.6 anos ($DP = 4.1$) e a duração média da perturbação era 4.8 anos ($DP = 3.7$). O número médio de internamentos prévios $M = 0.8$ ($DP = 1.0$), classificações de 0 a 5. No que diz respeito ao IMC na admissão os participantes

apresentavam em média 22.8kg/m^2 ($DP = 6.9$). Relativamente à avaliação dos diferentes diagnósticos de perturbações do comportamento alimentar concluíram que os homens com PAI NE apresentaram um número mais reduzido de tratamento prévios, e uma idade de início da PAI mais elevada do que as participantes mulheres com PAI NE.

No que diz respeito ao estudo conduzido por Welch e colaboradores (2015), relativamente à duração da doença é de referir que não foram encontradas diferenças significativas entre géneros. Concluíram que relativamente ao peso, uma percentagem significativa de homens apresentou um IMC superior ao das mulheres no período pubertário e no peso máximo. Ainda assim, no momento da apresentação em tratamento, apesar de os homens revelarem ser mais altos e mais pesados do que as raparigas não foram encontradas diferenças significativas entre géneros no IMC *DPscore*.

O estudo de Strober e colaboradores (2006) não apresentou resultados relativos à idade de início da PCA, já no estudo de Valente e colaboradores (2017), não foram apresentados resultados relativos à idade de início e duração da PCA.

4.5. Comorbilidades

Strober e colaboradores (2006), constataram que as comorbilidades psiquiátricas na maioria dos casos precede o início da Anorexia nervosa. Verificaram que não existem diferenças significativas entre géneros no que concerne às comorbilidades psiquiátricas do eixo I, no entanto a ansiedade revelou ser a mais proeminente. Relativamente aos traços fenotípicos implicados na anorexia nervosa, estes foram também proeminentes na amostra, não se observando diferenças entre géneros.

No estudo conduzido por Núñez-Navarro e colaboradores (2011), no que concerne às comorbilidades psicopatológicas e da personalidade entre participantes com perturbação do comportamento alimentar e o grupo controlo saudável, nenhuma interação foi encontrada.

Por outro lado, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo clínico, no que diz respeito psicopatologia. No SCL-90-R os homens revelam significativamente pontuações mais baixas em diversas dimensões comparativamente com as mulheres. São exemplo as dimensões de somatização; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; GSI; e o total de sintomas positivos. Contrariamente, na TCI-R os homens com perturbação alimentar exibem em geral menor psicopatologia revelando pontuações mais baixas.

Welch e colaboradores (2015), analisaram as comorbilidades psiquiátricas em particular a PHDA e constataram que os homens apresentam uma maior prevalência de diagnóstico de PHDA comparativamente com mulheres (6.9%; 1.0% respetivamente). Por outro lado, as comorbilidades somáticas, como diabetes e doença celíaca, não foram diagnosticadas em nenhum homem.

Valente e colaboradores (2017), identificaram que na sua amostra existia um conjunto comorbilidades (cf. Tabela 3), porém, na sua análise apenas consideram o abuso no consumo de álcool e substâncias aditivas e comorbilidades psiquiátricas do eixo I e II. Relativamente ao abuso no consumo do álcool e de substâncias aditivas, e verificaram que os homens revelam uma maior prevalência no uso destas quando comparados com as mulheres; 76.9% dos pacientes homens que revelam consumos regulares de álcool apresentam diagnóstico de PIAC.

Relativamente às comorbilidades psiquiátricas do eixo I existem algumas diferenças entre géneros. Nas mulheres as perturbações psiquiátricas mais frequentes são as do humor e somatoforme. Enquanto nos homens as perturbações psiquiátricas mais comuns são a da ansiedade e psicose. Por outro lado, nas perturbações do eixo II (perturbações da personalidade) as diferenças relativas ao género prevalecem. Nos homens as perturbações da personalidade do grupo A e B são mais prevalentes, enquanto nas mulheres são as do grupo C e NOS (perturbação da personalidade não especificada). Dentro das perturbações do grupo B, a perturbação borderline e histriónica são mais prevalentes nas mulheres enquanto a perturbação narcísista e antissocial são mais prevalentes nos homens (cf. Tabela 3).

Tabela 2. Caracterização dos artigos incluídos na revisão

Autores e ano de publicação	País	Amostra (n)	% Sexo Masculino	Diagnóstico	Média de idades (DP)	Instrumentos utilizados	Objetivos do estudo	Principais resultados
Strober et al., 2006	EUA	99	14.14%	14 AN	15.10 (1.7)	EDE K-SADS CGI	Comparar as diferenças entre sintomas centrais, fenótipos de personalidade pré-mórbida e resultados a curto prazo entre homens e mulheres com AN	Constatou que o género apresenta pouco impacto nas características clínicas da anorexia nervosa. Homens e mulheres não apresentam diferenças significativas relativamente a comorbilidades psiquiátricas.
Núñez-Navarro et al., 2011	Espanha	240	25%	10 AN 25 BN 25 PAI NE	24.00 (5.6)	EDI – 2 SCL-90-R TCI – R Entrevista clínica estruturada para avaliar variáveis sociodemográficas e clínicas	a) determinar se homens e mulheres com PAI diferiam nas características clínicas da psicopatologia e personalidade quando comparados com um grupo saudável; b) avaliar se há diferenças específicas entre géneros relativamente aos subtipos de perturbações alimentares comparando com o grupo de controlo.	Homens e Mulheres apresentam diversas similaridades nas características clínicas (idade de início; duração dos sintomas; número de tratamento prévios e IMC de admissão). Relativamente aos comportamentos compensatórios os homens manifestaram uma maior frequência do uso do vômito e uma menor frequência no uso de laxantes quando comparados com as mulheres.
Welch et al., 2015	Suíça	630	9.21%	10 AN 48 PAI NE	14.90 (1.6) Homens 15.20 (1.7) Mulheres		a) observar a idade de apresentação em tratamento e comparar homens e mulheres; b) observar o peso apresentado por homens e mulheres e comparar; c) analisar se existem diferenças significativas da existência de antecedentes de peso pré-mórbido quando comparado com as mulheres; d) observar psicopatologia em ambos os géneros em particular a PHDA e comorbilidades somáticas, sob a forma de diabetes ou doença celíaca e a possibilidade de diferenças entre géneros.	Homens e mulheres não apresentam diferenças significativas relativas à idade de início da perturbação e duração da mesma. Relativamente a comorbilidades psicopatológicas os homens revelam maior prevalência de PHDA do que as mulheres.
Valente et al., 2017	Itália	267	16.5%	8 AN 8 BN 19 PIAC 9 PAI NE	37.30 (12.5)	SCID-II BDI BUT STAI	Destacar as características das PAI no sexo masculino, com particular atenção às características clínicas relacionadas ao sexo e às comorbilidades psiquiátricas.	Não foram encontradas diferenças significativas entre sexos relativamente as características sociodemográficas e conflitos familiares. As perturbações mais frequentes nos homens são a

PIAC e PCASOE. Relativamente às diferenças entre sexos na AN, os homens apresentam mais frequentemente o subtipo purgativo enquanto as mulheres o subtipo restritivo.

Tabela 3. Sistematização das principais características clínicas

Autores e ano de publicação	Idade início PCA	Duração da PCA	Complicações médicas	Comorbilidades	Comportamentos compensatórios		Episódios IAC	IMC kg/m ²	Antecedentes de obesidade pré-mórbida
					Purgativos	Não purgativos			
Strober et al., (2006)	-	<i>M</i> = 12.5 meses (<i>DP</i> = 6.5)	-	50% dos homens apresentam uma das 4 síndromes da ansiedade: - 35.7% POC; - 35.7% Ansiedade generalizada - 28.6% Fobia social; - 28.6% Ansiedade de separação; 7.1% Desafiante de oposição;	Vômito 7.1%	-	Sem episódios objetivos aquando da admissão em tratamento	Admissão <i>M</i> = 12.1 (<i>DP</i> = 1.1) Alta <i>M</i> = 18.6 (<i>DP</i> = 0.42)	-
Núñez-Navarro et al., 2011	<i>M</i> = 18.6 (<i>DP</i> = 4.1)	<i>M</i> = 4.8 anos (<i>DP</i> = 3.7)	-	Homens revelam scores mais baixos nas seguintes dimensões do SCL-90-R (Somatização; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; GSI; Total de sintomas positivos) Homens revelam scores mais baixos nas seguintes dimensões do TCI-R (Prevenção de danos; Dependência de recompensa; cooperativismo)	Episódios por semana: Vômito <i>M</i> = 4.6 (<i>DP</i> = 7.8) Laxantes <i>M</i> = 2.9 (<i>DP</i> = 9.8) Diuréticos <i>M</i> = 0.7 (<i>DP</i> = 4.4)	-	Episódios por semana: IAC <i>M</i> = 4.0 (<i>DP</i> = 6.8)	<i>M</i> = 22.8 (<i>DP</i> = 5.9)	-
Welch et al., 2015	Não existe diferenças significativas entre homens e mulheres	347 ± 257 Días Homens 345 ± 279 Días Mulheres	Diabetes tipo 1 e doença celíaca não foram diagnosticados na amostra masculina; Hipocondroplasia; Hipotireoidismo; Colite ulcerosa; Pseudohipoparatiroidism; Síndrome de Klinefelter;	6.9% PHDA 10.3% (POC; PEA; Síndrome Tourette)	-	-	-	Puberdade 17.6 ± 3.2 Peso + elevado 21.4 ± 5.1 Na apresentação 17.7 ± 2.1	IMC <i>DP</i> score acima 2.00 Puberdade 20.1% Peso + elevado 19.6%

Histiocitose de células de
Langerhans;
Implantes dentários;
Defeito do septo
ventricular (DSV) –
15.5%

Valente et al., 2017	-	-	-	30.2% Perturbações de humor	Vômito 16.3%	Exercício	-	$M = 27.8$	Obesidade
				74.4% Perturbações da ansiedade	Laxantes 0%	físico		$(DP \pm 11.6)$	56.8 %
				2.3% Perturbação somatoforme	Diuréticos 2.3%	excessivo			Tipo I (34.1%)
				11.6% Perturbação psicótica		37.2%			Tipo II (4.5%)
				38.6% Perturbação paranoide		Jejum 14%			Tipo III
				32.6% Perturbação esquizoide		Restrição			(18.2%)
				7% Perturbação esquizotípica		25.6%			
				27.9% Perturbação antissocial					
				9.3% Perturbação borderline					
				51.2% Perturbação histriónica					
				2.3% Perturbação narcísica					
				14% Perturbação evitante					
				4.7% Perturbação dependente					
				22.7% POC					
				29.5% Abuso de álcool					
				11.4% Consumo de drogas					

5. DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática da literatura teve como propósito sistematizar as características clínicas associadas ao desenvolvimento das PAI em homens. Para tal, foi realizada uma pesquisa em três bases de dados distintas (PubMed; PsycINFO e SCOPUS), nas quais foram identificados 803 artigos. Posteriormente, e de acordo com as diretrizes PRISMA (Moher et al., 2009), após um processo de análise e seleção apenas quatro artigos foram incluídos cumprindo os critérios estabelecidos.

Os principais resultados desta revisão apontam para a existência de uma convergência de manifestações clínicas entre o género masculino e feminino com PAI, porém, todos os estudos salientam a presença de especificidades relativas ao género.

Strober e colaboradores (2006) concluíram que ambos os géneros apresentavam uma severidade equivalente ao nível dos sintomas centrais das PAI no momento da admissão hospitalar (Strober et al., 2006).

Do mesmo modo, o estudo de Welch e colaboradores (2015) sustenta que as características clínicas dos homens não revelavam ser significativamente diferentes das mulheres em alguns aspetos como a idade de início da perturbação e a duração da mesma. Porém, a literatura tem apontado noutra direção defendendo que os homens tendem a apresentar uma idade início mais tardia quando comparados com as mulheres (Carlat et al., 1997), fundamentando este facto através de fatores biológicos dado a puberdade ter início sensivelmente dois anos mais tarde nos homens do que nas mulheres (Stoving et al., 2011).

Strober e colaboradores (2006) vão mais além e referem que a única diferença estatisticamente significativa encontrada na admissão relativamente aos géneros reside nas pontuações obtidas no EDE, especificamente na dimensão preocupação com o peso, na qual homens revelaram níveis mais baixos comparativamente com as mulheres.

Este resultado pode ser explicado pelo facto de a insatisfação com a imagem corporal entre os homens poder estar mais associada à procura de um corpo musculado e bem definido (Murray et al., 2014; Stapleton et al., 2016). Para os homens, a aparência física é uma dimensão relevante na autoavaliação, sendo que esta é focada na procura por um corpo musculado (Jones & Morgan, 2010; Murray et al., 2017). Num estudo recente sobre os fatores de risco associados ao desenvolvimento das PAI nos homens os autores

concluíram que a insatisfação com a imagem corporal poderá constituir-se enquanto um fator de risco para o desenvolvimento de uma PCA (Machado et al., 2020).

De acordo com Mitchison & Mond (2015) o comportamento mais comum em homens com PAI é o exercício físico excessivo com o intuito de aumentar a massa muscular, o volume corporal e a definição dos músculos.

Machado e colaboradores (2020) apontam no seu estudo sobre os fatores de risco que todos os participantes com PAI iniciaram com dietas, e que todos com exceção de um participante, apresentaram antecedentes de exercício físico excessivo prévio ao diagnóstico de PAI, tais achados corroboram com a ideia de homens apresentarem um dieta orientada para a muscularidade o que de algum modo poderá ajudar a explicar as diferenças encontradas no estudo de Strober e colaboradores (2006) no qual, os homens revelam uma menor preocupação com o peso comparativamente com as mulheres. O estudo de Núñez-Navarro e colaboradores (2011) vem reforçar esta ideia referindo que quando comparados homens e mulheres com PAI, em termos gerais, os homens apresentam menos preocupação com magreza.

Por outro lado, o estudo de Valente e colaboradores (2017) refere que foram encontradas diferenças no IMC entre géneros, os homens diagnosticados com AN e PAI NE revelam um IMC mais elevado.

Já no estudo de Welch e colaboradores (2015) no que concerne ao peso de apresentação em tratamento e antecedentes obesidade, não foram encontradas diferenças no que diz respeito ao peso e IMC. Contudo, um em cada cinco homens apresenta história de obesidade superior a 2 *DPscore* na puberdade e no peso mais elevado.

Tais achados vão de encontro ao que tem sido reportado na literatura onde os homens apresentam com maior frequência histórico de obesidade ou excesso de peso comparativamente com as mulheres (Barry et al., 2002). Por exemplo, estudo de Machado e colaboradores (2020) constatou que a maioria dos participantes homens apresentaram antecedentes de IMC acima de 25 ainda que, com diagnóstico atual de AN-R e apenas um com história passada de AN. Nas mulheres com AN não é comum encontrar valores de IMC tão elevados.

Para além disso, este facto pode ainda sem explicado devido à dieta nos homens ser orientada para a muscularidade, de tal modo o peso não constitui o foco principal da

dieta pelo que, os achados de Valente e colaboradores (2017) e Welch e colaboradores (2015) podem assim fazer sentido e suportar a conclusão pela, procura de um corpo musculado.

Strober e colaboradores (2006) mencionam que em contraste, com a ausência de diferenças de género ao nível das características clínicas na admissão e equivalente cotações na melhoria global em tratamento, as mulheres revelaram uma maior morbilidade após alta clínica, apresentando uma maior preocupação com o peso, forma e com a comida quando reavaliadas um ano após alta. Ainda que estas diferenças não sejam estatisticamente significativas, as mulheres apresentam uma maior taxa de recaídas e um peso mais baixo do que o recomendado.

Este facto pode também ser explicado através do estudo de Murray e colaboradores (2017) sobre a muscularidade em homens com PAI, em que a preocupação com a forma corporal foca-se maioritariamente na forma masculina idealizada (e.g., ombros largos, cintura e ancas finas), do que na magreza como nas mulheres. Tal facto pode ser explicativo do porquê de as mulheres apresentarem maior morbilidade após alta clínica, uma maior taxa de recaídas e um peso mais baixo que o recomendado visto que a sua dieta é orientada nesta busca pela magreza.

Relativamente aos comportamentos compensatórios, no estudo de Núñez-Navarro e colaboradores (2011) estes identificam diversas similaridades entre homens e mulheres com perturbação do comportamento alimentar. Contudo, existem algumas diferenças de género relativas aos comportamentos compensatórios uma vez que os homens revelam maior frequência episódios de vómitos e com menor frequência episódios de uso de laxantes comparativamente com as mulheres.

Já no estudo de Valente e colaboradores (2017) estes identificaram que a PIAC e a PAI NE são mais frequentemente diagnosticadas nos homens enquanto nas mulheres é a AN. Foram ainda capazes de destrinçar nos pacientes com AN que o subtipo mais frequentemente diagnosticado nos homens é o subtipo purgativo enquanto nas mulheres é o subtipo restritivo.

Estes resultados não estão inteiramente em conformidade com aqueles obtidos por outros estudos que descrevem que os Homens apresentam uma maior tendência para comportamentos compensatórios não purgativos (e.g., restrição alimentar extrema, jejum

e exercício físico excessivo), enquanto as mulheres adotam mais frequentemente comportamentos compensatórios purgativos (e.g., vômito autoinduzido, abuso de laxantes) (Eneva et al., 2017; Lewinsohn et al., 2002; Weltzin et al., 2005)

Por outro lado, os resultados encontrados por Valente e colaboradores (2017) vêm corroborar aquilo que tem sido apontado pela literatura. Valente e colaboradores (2017) mencionam que homens apresentam na grande maioria comportamentos de compulsão alimentar, ainda que entre homens e mulheres foram encontradas diferenças ao nível das estratégias compensatórias. Ainda neste estudo, os pacientes homens com BN revelam uma menor prevalência de vômito autoinduzido e abuso de diuréticos quando comparados com mulheres. O abuso de laxantes é apontado como um comportamento típico das mulheres enquanto o exercício físico excessivo e o jejum são comportamento típicos dos homens. Por outro lado, relativamente aos comportamentos restritivos não foram encontradas diferenças entre géneros.

A diversidade de resultados encontrados denota a necessidade de um estudo mais aprofundado dos mecanismos compensatórios a fim, de poder inferir conclusões que possam ser generalizadas à população em estudo e assim existir um maior entendimento do funcionamento das PAI nomeadamente, ao nível dos comportamentos compensatórios nos homens.

Ao nível das comorbilidades psiquiátricas em particular a PHDA, Welch e colaboradores (2015) verificaram que existe uma proporção significativamente superior de homens com diagnóstico prévio de PHDA, comparativamente com as mulheres. No que concerne às comorbilidades somáticas, no mesmo estudo, nenhum homem apresentou diagnóstico de doenças celíaca ou diabetes.

O estudo de Valente e colaboradores (2017) concluí que os homens apresentam maior prevalência no abuso no consumo de álcool e de substâncias aditivas. Tal resultado pode ser explicado pelo facto de a comorbilidade com a Perturbação do uso de substâncias ser frequentemente apresentado por indivíduos com PAI. Segundo o estudo de Keski-Rahkonen & Mustelin (2016) cerca de 10% dos sujeitos apresentava consumos de substâncias de abuso (e.g., álcool e cocaína).

No estudo de Núñez-Navarro e colaboradores (2011) refere que quando comparados homens e mulheres com perturbações do comportamento alimentar, em

termos gerais, exibem ainda valores gerais mais baixos de psicopatologia; e ainda pontuações mais baixas, nas seguintes subescalas do TCI-R: prevenção de danos; e cooperatividade.

Strober e colaboradores (2006) referem que ambos os géneros apresentam elevadas taxas de prevalência de comorbilidade com a perturbação da ansiedade.

É de notar que outros estudos na literatura apontam que nos casos de AN as comorbilidades mais frequentes são as perturbações do humor e perturbação obsessivo-compulsiva (Carlat et al., 1997; Carr, 2014).

Ainda no estudo de Strober e colaboradores (2006) estes revelam que os sujeitos apresentam um fenótipo da personalidade pré-mórbido caracterizado por uma inibição comportamental, perfeccionismo e rigidez. Por sua vez, estes achados são semelhantes aos reportados na literatura ao nível das comorbilidades e fenótipos pré-mórbidos da personalidade (Fairburn et al., 1993; Kaye et al., 2004).

Os homens com diagnóstico de PAI apresentam comorbilidade com perturbações psiquiátricas mais severas. As perturbações do humor e a somatoforme são mais comuns em mulheres enquanto nos homens as perturbações da ansiedade e psicóticas são as mais frequentes. A literatura não é consensual relativamente às comorbilidades psiquiátricas nos homens com PAI, ainda assim alguns autores apontam os homens que apresentam PAI têm um risco mais elevado para apresentar outras doenças (Neves et al., 2005).

Em suma, como é possível verificar os resultados apresentados apontam que homens e mulheres apresentam diversas similaridades ao nível das características clínicas no que diz respeito, à idade de início da perturbação e duração da doença. Para além disso, todos os estudos salientaram diferenças entre géneros ao nível da evolução em tratamento e seguimento, comorbilidades, antecedentes de excesso de peso e obesidade e comportamentos compensatórios. É de notar que todos os estudos incluídos na presente revisão da literatura mencionam aspetos nos quais homens e mulheres apresentam diferenças: relativamente à evolução e seguimento em tratamento, na qual homens revelam menor taxa de recaídas após alta clínica; comorbilidades na qual os homens revelam perturbações psiquiátricas mais graves comparativamente com as mulheres; nos antecedentes de excesso de peso e obesidade no qual os homens revelam IMC mais elevados e maior prevalência de antecedentes de excesso de peso e obesidade; e

comportamentos compensatórios no qual os homens revelaram adotar diferentes estratégias compensatórias privilegiando os comportamentos não purgativos ainda que um dos estudos analisado contradiga este facto. Como tal, urge a necessidade de explorar mais detalhadamente tanto as semelhanças encontradas, como as diferenças, com o intuito de auxiliar no diagnóstico e informar o tratamento das PAI nos homens.

A escassez da literatura sobre esta temática nos homens é explicada pelo facto de as PAI durante vários anos serem vistas como perturbações femininas. Porém, nas últimas décadas a taxa de prevalência nos homens tem aumentado a sua expressão e despertando um novo olhar sobre as mesmas (Smink et al., 2014). Contudo, ainda existe um longo caminho a percorrer para preencher as lacunas ao nível do conhecimento sobre as PAI nos homens. Em particular, ao nível das características clínicas, a investigação e o aprofundamento das PAI nos homens possibilitará o desenvolvimento de medidas preventivas e interventivas mais eficazes e adequadas aos homens. Um conhecimento mais profundo das PAI nos homens permitirá aos profissionais um maior conhecimento destes quadros clínicos e uma maior apropriação das suas especificidades. O estudo das PAI poderá ainda contribuir para a redução do estigma associada às mesmas, possibilitando que os homens que desenvolvem uma PAI procurem ajuda e tratamento mais precocemente.

A principal limitação deste estudo é a escassez da literatura encontrada para integrar a presente revisão onde apenas foi possível identificar um número muito reduzido de estudos. Destes, apenas quatro apresentavam adequação à temática em estudo e obedeceram aos critérios de elegibilidade estabelecidos de acordo com as mais recentes orientações para a realização de estudos de revisão sistemática da literatura. Uma outra limitação deste estudo está relacionada com os estudos seleccionados apresentarem amostras desproporcionais e reduzidas. A representatividade da amostra é fulcral numa investigação, nomeadamente quando se pretende generalizar os resultados obtidos à população.

Com efeito, para que a generalização seja realizada é necessário assegurar que a população se encontra refletida na amostra considerada (Almeida & Freire, 2003). Para garantir a representatividade da amostra é necessário cumprir alguns princípios tais como: o conhecimento prévio de características relevantes da população para o estudo; o conhecimento da distribuição da população por determinadas características identificadas

e ainda a utilização de um procedimento correto de amostragem (Almeida & Freire, 2003).

É de notar que não é fácil definir quantos sujeitos devem constituir a amostra para que essa seja significativa. Todavia, a amostra deve ser grande o suficiente para garantir a representatividade da mesma. Simultaneamente, a dimensão da amostra varia consoante o número de condições e ou variáveis em estudo pelo que, é sugerido um número mínimo de dez sujeitos por cada variável. Numa perturbação em que a prevalência identificada é reduzida é trazida uma maior complexidade para o processo de amostragem, tal como se verificou em cada um dos estudos revistos.

Relativamente aos pontos fortes deste estudo acredita-se que os resultados obtidos poderão contribuir para a investigação pretendida, dado que foram encontradas diversas similaridades entre homens e mulheres com PAI, bem como alguns aspetos distintivos, qualquer um deles digno de apreciação. Todos os estudos apontaram a existência de especificidades relativas ao género.

Revela-se pertinente dar continuidade ao estudo das PAI nos homens, na medida em que quer ao nível da avaliação quer ao nível da intervenção psicológica, existe ainda a necessidade de adaptar os instrumentos de avaliação e os planos de intervenção às necessidades específicas dos homens, que manifestam características clínicas distintas das mulheres, tal como mencionado na literatura existente (Bunnell, 2014; Darcy & Arnow, 2015).

Do ponto de vista das implicações para a prática clínica, seria importante a uniformização dos procedimentos de avaliação das características clínicas com o intuito possibilitar generalização dos resultados sem que exista comprometimento. Aliás, como foi discutido, um dos pontos fracos deste estudo é precisamente não ser possível fazer uma leitura dos resultados encontrados de uma forma transversal, uma vez que cada autor adotou os instrumentos e unidades de medida que construiu circunscrevendo assim muitas vezes os resultados obtidos apenas ao seu estudo por não existir outro que tenha adotado as mesmas medidas de avaliação. Assim, o desenvolvimento de uma bateria de avaliação impulsional para o conhecimento sobre as características clínicas nos Homens com PAI. Torna-se ainda imprescindível referir que, do ponto de vista das implicações para a prática clínica é fundamental dar continuidade ao estudo sobre as características clínicas das PAI em homens uma vez que um conhecimento mais vasto sobre as mesmas possibilitará o

desenvolvimento de programas de prevenção mais específicos e intervenções precoces mais eficazes numa linha da promoção da saúde mental.

Espera-se que no futuro sejam desenvolvidos estudos prospetivos sobre as características clínicas das PAI nos homens, dado que os homens ainda se encontram sub-diagnosticados e consideravelmente negligenciados no diagnóstico e tratamento (Strother et al., 2012).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (3ªed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2012). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Barry, D. T., Grilo, C. M. & Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 63-70. <https://doi.org/10.1002/eat.1112>
- Bulik, C., Landt, M., Furth, E. & Sullivan, P. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annual Review of Nutrition*, 27, 263–275. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.27.061406.093713>
- Bunnell, D. & Maine, M. (2014). Understanding and treating males with eating disorders. In Cohn, L. & Lemberg, R., *Current findings in males with eating disorders*. Philadelphia, PA: Routledge
- 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. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.154.8.1127>
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma Abordagem Contextual*. Braga: Psiquilíbrios.
- Chao, A. M., Grilo, C. M., & Sinha, R. (2016). Food cravings, binge eating, and eating disorder psychopathology: Exploring the moderating roles of gender and race. *Eating behaviors*, 21, 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.007>

- Dakanalis, A., Timko, C. A., Favagrossa, L., Riva, G., Zanetti, M. A. & Clerici, M. (2014). Why Do Only a Minority of Men Report Severe Levels of Eating Disorder Symptomatology, When so Many Report Substantial Body Dissatisfaction? Examination of Exacerbating Factors. *Eating Disorders*, 22(4), 292-305. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.898980>
- Darcy, A. & Arnow, K. (2015). Eating disorders in males. In T., Wade (Ed.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, (pp. 1-4). Singapore: Springer Singapore.
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3). <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Eisenberg, M. E., Wall, M., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Muscle-enhancing behaviors among adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 130(6), 1019–1026. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0095>
- Eneva, K. T., Murray, S., O'Garro-Moore, J., Yiu, A., Alloy, L. B., Avena, N. M., & Chen, E. Y. (2017). Reward and punishment sensitivity and disordered eating behaviors in men and women. *Journal of eating disorders*, 5(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0138-2>
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, A. & O'Connor, M. E. (1997). Risk Factors for Bulimia Nervosa: A Community-Based Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830180015003>
- Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Schleimer, K. (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., & Welch, S. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa. Three Integrated Case-Control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468- 476. doi: 10.1001/archpsyc.56.5.468
- Fichter, M. & Krenn, H. (2003). Eating disorders in males. In J., Treasure, U., Schmidt & E., Furth (Eds.), *The Handbook of Eating Disorders* (2nd ed., pp. 369-383). England: John Wiley & Sons.

- Fichter, M., & Krenn, H. (2003). Eating disorders in males. *Handbook of eating disorders*, 369.
- First, M. B. (2005). Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology*, 38(4), 206-210. <https://doi.org/10.1159/000086093>
- Jones, W., & Morgan, J. (2010). Eating disorders in men: A review of the literature. *Journal of public mental health*. <https://doi.org/10.5042/jpmh.2010.0326>
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K., & Price Foundation Collaborative Group. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215-2221. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>
- Keel, P. K. & Brown, T. A. (2010). Update on Course and Outcome in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (3), 195-204. <https://doi.org/10.1002/eat.20810>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000278>
- 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(4), 426-440. <https://doi.org/10.1002/eat.10103>
- Machado, B. (2010). Factores de Risco no Desenvolvimento da Anorexia Nervosa. Braga: Tese de Doutoramento não publicada, apresentada à Escola de Psicologia da Universidade do Minho para obtenção do grau de Doutor.
- 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 CaseControl Study. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 243-251. <https://doi.org/10.1002/erv.2286>

- Machado, B., Vieira, A., Brandão, I., Buinhas, I., Granja, N., Cunha, M., . . . Gonçalves, S. (2020). Eating Disorders in Males: A Case Series Study to Evaluate Putative Risk Factors. *Journal of Men's Studies*, 1-14. <https://doi.org/10.1177/1060826520905093>
- 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.
- 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(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0058-y>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.17509/ijost.v4i1.15804>
- Moinho, R., Dias, I., Luz, A., & Moleiro, P. (2014). Perturbações do Comportamento Alimentar em Rapazes: que Diferenças. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 124-129.
- Murray, S. B., Griffiths, S., Rieger, E., & Touyz, S. (2014). A comparison of compulsive exercise in male and female presentations of anorexia nervosa: what is the difference?. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 2(1), 65- 70. <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.839189>
- Murray, S., Nagata, J., Griffiths, S., Calzo, J., Brown, T., Mitchison, D., . . . Mond, J. (2017). The Enigma of Male Eating Disorders: A Critical Review and Synthesis. *Clinical Psychology Review*, 57, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.001>
- Neves, A. (2005). As perturbações do comportamento alimentar nos homens. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCD*. Vol 2, nº6, pp 25-29.
- Núñez-Navarro, A., Agüera, Z., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., Araguz, N., ... & Fernández-Aranda, F. (2012). Do men with eating disorders differ from women in clinics, psychopathology and personality?. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 23-31. <https://doi.org/10.1002/erv.1146>

- Raevuori, A., Hoek, H., Susser, E., Kaprio, J., Rissanen, A. & Keski-Rahkonen, A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS ONE*, 4(2), 1-4. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004402>
- Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., ... & Guillaume, S. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1166-1170. <https://doi.org/10.1002/eat.23318>
- Smink, F. R. E., Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14 (4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smink, F. R., Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619. <https://doi.org/10.1002/eat.22316>
- Stapleton, P., McIntyre, T., & Bannatyne, A. (2016). Body image avoidance, body dissatisfaction, and eating pathology: Is there a difference between male gym users and non-gym users?. *American journal of men's health*, 10(2), 100-109. <https://doi.org/10.1177/2F1557988314556673>
- Støving, R. K., Andries, A., Brixen, K., Bilenberg, N., & Hørdér, K. (2011). Gender differences in outcome of eating disorders: a retrospective cohort study. *Psychiatry research*, 186(2-3), 362-366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.005>
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Teplinsky, C., & DeAntonio, M. (2006). Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 570-575. <https://doi.org/10.1002/eat.20293>
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C. & Tunberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346- 355. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512>

- Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., Swendsen, J. & Merikangas, K. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents. *General Psychiatry*, 68 (7), 714-723. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.024>
- Valente, S., Di Girolamo, G., Forlani, M., Biondini, A., Scudellari, P., De Ronchi, D., & Atti, A. R. (2017). Sex-specific issues in eating disorders: a clinical and psychopathological investigation. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 707-715. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0432-7>
- Vo, M., Lau, J., & Rubinstein, M. (2016). Eating Disorders in Adolescent and Young Adult Males: Presenting Characteristics. *Journal of Adolescent Health*, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.005>
- Wansink, B., Cheney, M., & Chan, N. (2003). Exploring Comfort Food Preferences Across Age and Gender. *Physiology & Behavior*, 79, 739-747. [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00203-8](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00203-8)
- Welch, E., Ghaderi, A., & Swenne, I. (2015). A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0419-8>
- Weltzin, T. E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C. & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: Update. *Journal of Men's Health & Gender*, 2(2), 186–193. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jmhg.2005.04.008>