



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

«MENS SANA IN CORPORE SANO».
ETIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO
E DA INGESTÃO NOS HOMENS – AMOSTRA CLÍNICA
VS GRUPO DE CONTROLO PSIQUIÁTRICO

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Mariana Vitória de Carvalho Isidoro Esteves Domingues

Porto, julho de 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

«MENS SANA IN CORPORE SANO».
ETIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO
E DA INGESTÃO NOS HOMENS – AMOSTRA CLÍNICA
VS GRUPO DE CONTROLO PSIQUIÁTRICO

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Mariana Vitória de Carvalho Isidoro Esteves Domingues

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Bárbara César Machado

Porto, julho de 2020

O que realmente mata o homem é a rotina; o que o salva é a criatividade, quer dizer, a capacidade de vislumbrar e resgatar a novidade (Pablo D'Ors, Biografia do Silêncio)

Agradecimentos

Para realizar um trabalho desta natureza foi preciso o contributo de um conjunto de pessoas. Em primeiro lugar agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Bárbara César Machado, que desde o início do meu percurso académico tem sido tão fiel à problemática que tanto gosta de estudar e de perceber, que me suscitou, desde logo, o interesse e o desejo de, também eu, me aventurar nesse caminho do estudo das Perturbações da Alimentação e da Ingestão. Agradeço-lhe ter confiado nas minhas possibilidades e me ter encorajado em diferentes alturas do trabalho, por toda a dedicação, apoio, ajuda, preocupação, empenho, rigor e por todos ensinamentos que me transmitiu, particularmente, ao longo deste último ano.

A toda a Equipa do Centro Hospitalar de São João, Departamento de Psiquiatria, em especial à Dra. Isabel Brandão, pela colaboração e ajuda no início desta recolha dos dados, pelo seu acolhimento, profissionalismo, disponibilidade e por tantos outros ensinamentos que me transmitiu.

A todos os participantes deste estudo, pela disponibilidade e curiosidade que demonstraram em colaborar e que contribuíram para esta concretização.

À Professora Doutora Rosa Marina Afonso, grande amiga da família e por quem tenho um carinho muito especial, por todos os momentos de partilha e de incentivo a aprofundar os meus conhecimentos.

À Dra. Tatiana Louro, uma palavra de agradecimento por me ter acompanhado ao longo do meu percurso académico.

Às minhas “companheiras de viagem”, Marta Ribas, Cláudia Alves, Beatriz Duarte e Catarina Maia, que tanto me ajudaram nos momentos bons, onde partilhamos alegrias, mas sobretudo nos momentos menos bons, onde partilhamos desilusões, angustias e soluções. Por tudo o que passamos ao longo destes 5 anos e que, de certeza, será para a vida.

Aos meus Amigos do Porto, por tudo o que partilhamos, desde os bons momentos, até aos que tivemos de nos apoiar mutuamente ao longo desta caminhada.

A todos os meus Amigos de Aveiro, por terem feito parte deste percurso, em especial à Mafalda, à Beatriz, à Sofia e à outra Sofia por tudo que partilhamos, desde conquistas a

receios, por me ouvirem falar das minhas aventuras e desventuras desta caminhada e que sempre me incentivaram.

E, por último, um agradecimento muito especial à minha Família. Aos meus pais e avós que estiveram sempre presentes durante toda a minha vida, com quem pude, posso e poderei contar SEMPRE! Pelo incentivo à concretização deste estudo, pelo suporte emocional, estímulo intelectual e apoio incondicional. Nesta caminhada, destaco a memória do meu avô Zé, que, estou certa, estaria orgulhosíssimo de me ver acabar o curso, perseguindo os meus sonhos para fazer o que mais gosto, seguindo-lhe as pisadas na área da saúde.

Resumo

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão [PAI] são descritas como quadros clínicos que podem levar à persistência na alimentação e ingestão, alterando o consumo e absorção dos alimentos, provocando um déficit significativo na saúde física e no funcionamento psicossocial dos indivíduos, desenvolvem-se, normalmente, na adolescência ou início da idade adulta (APA, 2014). A etiologia destas perturbações é de cariz multifatorial (Fairburn, et al., 1999; Murray, et al., 2017). Diversas investigações sobre estas perturbações incidiram no estudo das mulheres, tornando-se necessário agora direcionar o mesmo tipo de estudos para os homens, de modo a perceberem-se quais os fatores de risco [FR] que potenciam o desenvolvimento de PAI nesta população.

Objetivo: Contribuir para a identificação dos FR associados ao desenvolvimento de PAI nos homens

Método: Este estudo contou com 10 participantes, sete homens e três mulheres. Cinco dos participantes apresentam diagnóstico de PAI, dois participantes com diagnóstico de Perturbação Obsessiva-Compulsiva [POC] e três participantes com diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada [PAG]. Foram assim constituídos dois grupos, o grupo clínico [GC] constituído pelos cinco participantes com PAI e o grupo de controlo psiquiátrico [GCP] constituído pelos restantes participantes (dois POC e três PAG).

Resultados: Os FR identificados no desenvolvimento das PAI, nos homens, foram os associados à puberdade (provocação e/ ou gozo), excesso ou baixo peso na infância, história familiar de psicopatologia, acontecimentos de vida *stressantes* (morte de um ente querido) e os acontecimentos precipitantes (no ano antecedente ao início dos primeiros sintomas).

Palavras-chave: Perturbações da Alimentação e da Ingestão; Homens; Fatores de Risco; Puberdade.

Abstract

Eating Disorders [ED] are described as clinical conditions that can lead to persistent eating and ingestion, altering food consumption and absorption, causing a significant deficit in the physical health and psychosocial functioning of individuals, develop usually in adolescence or early adulthood (APA, 2014). The etiology of these disorders is multifactorial (Fairburn, et al., 1999; Murray, et al., 2017). Several investigations on these disorders have focused on the study of women, making it necessary now to direct the same type of studies to men, in order to understand which risk factors [RF] enhance the development of ED in this population.

Objective: Contribute to the identification of RF associated with the development of ED in men

Method: This study involved 10 participants, seven men and three women. Five of the participants diagnosed with ED, two participants diagnosed with Obsessive-Compulsive Disorder [OCD] and three participants diagnosed with Generalized Anxiety Disorder [GAD]. Thus, two groups were formed, the clinical group [CG] made up of the five participants with AIP and the psychiatric control group [PCG] made up of the remaining participants (two POC and three PAG).

Results: The RF identified in the development of ED in men were associated with puberty (provocation and/ or teasing), excess or low weight in childhood, family history of psychopathology, stressful life events (death of a loved one) and precipitating events (in the year before the onset of the first symptoms).

Key words: Eating Disorders; Men; Risk Factors; Puberty

Glossário

AN	Anorexia Nervosa
AN-P	Anorexia Nervosa Purgativa
AN-R	Anorexia Nervosa Restritiva
APA	American Psychiatric Association
BN	Bulimia Nervosa
CHUSJ	Centro Hospitalar Universitário de São João
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EDE	Eating Disorders Examination
EDE-Q	Eating Disorders Examination – Questionnaire
FR	Fatores de Risco
FRE	Fatores de Risco Específicos
FRG	Fatores de Risco Gerais
GC	Grupo Clínico
GCP	Grupo de Controlo Psiquiátrico
IAC	Ingestão Alimentar Compulsiva
IMC	Índice de Massa Corporal
PA	Perturbações de Ansiedade
PAG	Perturbação de Ansiedade Generalizada
PAI	Perturbações da Alimentação e da Ingestão
PBP	Perturbações <i>Borderline</i> da Personalidade
PCA	Perturbações do Comportamento Alimentar
PIAC	Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva
POC	Perturbação Obsessiva-Compulsiva

PP	Perturbação de Personalidade
RFED	Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule
SCIEPD	Semi-Structured Clinical Interview for the Evaluation of Puberty Development
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Índice Geral

Agradecimentos.....	4
Resumo.....	6
Abstract.....	7
Glossário.....	8
Índice Geral.....	10
Índice de Tabelas.....	12
Introdução.....	13
I. Enquadramento Teórico.....	15
1.1. Caraterização Clínica das PAI.....	15
1.2. Comorbilidades das PAI.....	19
1.3. Epidemiologia e Prevalência.....	20
1.4. Fatores de Risco.....	22
II. Método.....	27
2.1. Objetivo Geral e Objetivos Específicos.....	27
2.2. Amostra.....	27
2.3. Instrumentos.....	31
2.3.1. “Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar” (<i>Eating Disorders Examination / EDE</i> , 14. ^a edição – Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado 2001).....	31
2.3.2. “Entrevista de Fatores 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 et al., 2001).....	31

2.3.3. “Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Avaliação do Desenvolvimento da Puberdade” (<i>Semi-Structured Clinical Interview for the Evaluation of Puberty Development</i> / SCIEPD; Machado & Gonçalves, 2017)	33
2.4. Procedimento da Recolha de Dados	33
3.5. Procedimento de Tratamento dos Dados	34
III. Resultados	35
3.1. Caracterização Clínica	35
3.2. Análise dos FR associados ao desenvolvimento de PAI	36
3.2.1. Puberdade	36
3.2.2. Vulnerabilidade Pessoal e Ambiental	36
3.2.3. Problemas relacionados com comportamento alimentar, peso e forma corporal	37
3.2.4. Ambiente familiar e psicopatologia	37
3.2.5. Acontecimentos disruptivos	38
3.2.6. Acontecimentos precipitantes	38
IV. Discussão e Conclusões	41
Referências Bibliográficas	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caraterização das PAI.	15
Tabela 2 – Evolução dos estudos epidemiológicos de PAI realizados em Portugal. .	21
Tabela 3 – Emparelhamento dos participantes do GC com os participantes do GCP.	28
Tabela 4 – Caraterísticas Clínicas e Sociodemográficas.	29
Tabela 5 – Domínios e Subdomínios da RFED (adaptado de Machado, 2010).	31
Tabela 6 – Puberdade, FR e acontecimentos de vida.	39

Introdução

O presente estudo tem como principal objetivo contribuir para a identificação dos FR associados ao desenvolvimento de Perturbações da Alimentação e da Ingestão [PAI] nos homens. Como objetivos específicos definimos: 1) identificar as principais características clínicas das PAI nos homens; 2) estudar o início sintomático de PAI nos homens; 3) identificar potenciais FR e acontecimentos de vida que possam preceder o desenvolvimento de uma PAI nos homens e 4) comparar a exposição aos FR estudados entre homens com o diagnóstico de uma PAI e homens com o diagnóstico de outra perturbação mental (grupo de controlo psiquiátrico).

Segundo a literatura, as PAI podem ser caracterizadas como um padrão anormal de alimentação e regulação do peso (Crow et al., 2002), dada a preocupação mórbida com a imagem corporal como principal fonte de autoestima (Bouça & Sampaio, 2002). Também podem ser definidas como condições psiquiátricas severas caracterizadas pela excessiva preocupação com o peso, sobrevalorização do mesmo e com a forma corporal (Keel & Forney, 2013; Machado, et al., 2016). Neste contexto, as PAI são um tema fulcral a ser estudado, revestindo-lhe a peculiaridade de lhe inserir o homem como género que, tradicionalmente, não era objeto de estudo.

Comparativamente com as mulheres, os homens desenvolvem as PAI mais tardiamente, facto que é justificado com o desenvolvimento tardio da puberdade (Carlat & Camargo, 1991; Carlat, et al., 1997; Crisp, et al., 2006; Gueguen, et al., 2012; Mitchison & Mond, 2015).

De acordo com os estudos já efetuados, são vários os que têm como objetivo a exploração dos fatores de risco [FR] nas mulheres, no entanto, houve uma necessidade científica de direcionar o mesmo tipo de estudos para os homens (Carlat, Camargo, & Herzog, 1997; Machado, et al., 2020). Deste modo, este estudo pretende explorar os FR que levam ao desenvolvimento de PAI tendo em consideração aspetos relacionados com a puberdade, vulnerabilidade pessoal e ambiental, problemas relacionados com comportamento alimentar, peso e forma corporal, ambiente familiar e psicopatologia, acontecimentos disruptivos e acontecimentos precipitantes (Machado, et al., 2020).

O estudo gizado segue a ordem tradicional, introdução, o enquadramento teórico abordando a caracterização clínica das PAI seguida das comorbilidades, epidemiologia e prevalência e, por fim, os FR. Numa segunda parte surge o método onde serão abordados os objetivos (geral e específicos) do estudo, amostra, instrumentos, procedimento da recolha e tratamento dos dados. Na terceira parte encontram-se os resultados alcançados, partindo da caracterização clínica, apresenta-se a análise dos FR associados ao desenvolvimento de PAI, nomeadamente, a puberdade, vulnerabilidade pessoal e ambiental, problemas relacionados com comportamento alimentar, peso e forma corporal, ambiente familiar e psicopatologia, acontecimento disruptivos e acontecimentos precipitantes. Por último, 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 possibilidades para investigações futuras.

I. Enquadramento Teórico

1.1. Caracterização Clínica das PAI

Ao longo do tempo devem ter existido inúmeros casos de pessoas que atualmente seriam enquadrados na problemática das Perturbações da Alimentação e da Ingestão [PAI], porém, o desconhecimento das suas características poderá ter contribuído para a sua incompreensão. A exemplo do descrito anteriormente observe-se os casos de pessoas que na forma de jejuns religiosos, atualmente, preencheriam o diagnóstico para PAI, apesar de não serem referidas como motivações as distorções na imagem corporal ou orientação para a magreza (DeWitt & Attia, 2017). Deste modo, poderá considerar-se uma problemática recente, embora a literatura da especialidade seja pródiga em publicações.

As PAI podem ser caracterizadas como um padrão anormal de alimentação e regulação do peso (Crow et al., 2002), dada a preocupação mórbida com a imagem corporal como principal fonte de autoestima (Bouça & Sampaio, 2002). Também podem ser definidas como condições psiquiátricas severas caracterizadas pela excessiva preocupação com o peso, sobrevalorização do mesmo, e com a forma corporal (Keel & Forney, 2013; Machado, et al., 2016). Estes quadros podem levar à persistência na alimentação e ingestão alterando o consumo e absorção dos alimentos, que provoque um défice significativo na saúde física e no funcionamento psicossocial (APA, 2014). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2014), as PAI abrangem as seguintes categorias de diagnóstico: Pica, Perturbação de Ruminação (Mericismo); Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva; Anorexia Nervosa [AN]; Bulimia Nervosa [BN]; Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva [PIAC]; Perturbação Alimentar e da Ingestão com Outra Especificação; Perturbação Alimentar e da Ingestão Não Especificada. No presente estudo dar-se-á enfoque às PAI que se desenvolvem a partir da adolescência, nomeadamente, Anorexia Nervosa [AN], Bulimia Nervosa [BN] e Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva [PIAC] e que, por sua vez, são o foco do presente estudo. A tabela 1 sistematiza as principais características clínicas e critérios para o diagnóstico de PAI de acordo com o DSM-5 (APA, 2014).

Tabela 1 – Caracterização das PAI.

	Literatura da Especialidade	Crêterios de Diagnóstico, segundo o DSM-5 (2014).
AN	<p>Carateriza-se pela restri�o severa de comida, manuten�o de um peso, excessivamente, baixo, um medo intenso de ganhar peso e distúrbios na imagem corporal (Vancampfort, et al., 2014; Travis & Golden, 2017).</p> <p>Procura intensiva para alcanar o ideal de magreza, apesar do baixo peso que, por norma, se possui (Heaner & Walsh, 2013).</p>	<p>Principais sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A restri�o do consumo de energia relativamente às necessidades, o que leva a um peso consideravelmente abaixo do que é suposto dada a idade, sexo, trajetória desenvolvimento e saúde física do indivíduo; - Medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo quando o indivíduo está abaixo do peso normativo esperado; - Ausência de reconhecimento da seriedade do baixo peso que possui.
BN	<p>Carateriza-se por episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva e comportamentos compensatórios inapropriados, nomeadamente, v�mito autoinduzido na tentativa de eliminar o possível ganho de peso resultante da ingestão de calorias dos alimentos (Gonçalves, et al., 2016; Heaner & Walsh, 2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presena de episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, caraterizados por: <ul style="list-style-type: none"> • comer uma quantidade de alimentos excessivos num curto período de tempo (até 2 horas); • sensa�o de perda de controlo sobre o ato de comer; - Presena de comportamentos compensatórios inadequados como fonte de evitamento de ganhar peso; - Existência de ingestão compulsiva de alimentos e comportamentos inadequados com a durao de, pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses; - A autoavaliao � percecionada negativamente pelo peso e forma corporais; - A perturbao não ocorre necessariamente durante os episódios de AN.

PIAC	<p>Semelhante à BN. Caracteriza-se por episódios recorrentes de ingestão compulsiva pelo menos 2 vezes por semanas durante, pelo menos, 6 meses. Estas duas perturbações diferem visto que na PIAC não existem comportamentos compensatórios como acontece na BN (Heaner & Walsh, 2013).</p>	<p>- Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, associados a 3 ou mais dos seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ingestão muito rápida; • comer até de sentir desagradavelmente cheio; • ingestão de grandes quantidades de comida apesar da ausência de fome; • comer sozinho por se sentir envergonhado da sua voracidade; • sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva.
-------------	--	--

O decurso do séc. XX trouxe o ideal de magreza que, progressivamente, se tem acentuado através da massiva vontade de perder peso através de dietas, procurando desesperadamente um ideal (Carmo, 1997). Muitos têm sido os estudos efetuados que sustentam as mulheres como alvo de estudo das PAI, apesar da existência destas perturbações não coexistir apenas nas mulheres, mas também nos homens (Coelho et al., 2015; Murray, Griffiths, & Nagata, 2018).

Aliás, o termo específico de “anorexia nervosa”, foi conotado, em parte, para refletir a presença de pacientes do género masculino com esta perturbação, uma vez que antigamente se utilizava o termo “anorexia histerica” e os homens não podiam ser considerados histericos (Murray, et al., 2017). Antes dos trabalhos propostos por Beaumont, Beardwood e Russell (1972) era amplamente aceite que as PAI não se verificavam nos homens, conforme demonstrado pela falta de um equivalente endócrino direto ao critério da amenorreia. Embora a perda de peso já fosse identificada em alguns casos, ocasionalmente, nos homens, acreditava-se que era devido a uma perturbação psiquiátrica mais geral. Apenas no final dos anos 1970 e início da década seguinte é que os dados clínicos começaram a ilustrar um número limitado de casos de PAI, nos homens, em clínicas especializadas neste tipo de perturbações. Durante a década de 1990, foram efetuados estudos mais sistemáticos que procuravam examinar a prevalência e os correlatos de casos masculinos nas clínicas especializadas em PAI e concluíram que os homens representavam 5-10% dos casos. Até 2016 e segundo Murray, Griffiths e Mond (2016), os casos de homens com PAI eram negligenciados apresentando apenas 1% dos estudos científicos realizados.

Dos poucos estudos realizados sobre os homens com PAI, Darcy e colaboradores (2012), concluíram que as manifestações clínicas destas perturbações são amplamente semelhantes em homens e mulheres. No entanto, questiona-se a distorção da imagem corporal pois acredita-se que os homens estão menos preocupados com o peso e o tamanho da roupa que vestem, embora a preocupação com a forma também seja relevante, e mais preocupados em alcançar uma forma masculina idealizada (Darcy, et al., 2012). Da mesma forma, os jovens do sexo masculino diagnosticados com AN têm maior probabilidade da AN estar relacionada com o desejo de um “*six pack*” (Darcy, et al., 2012), uma vez que, nos homens, a AN está mais relacionada com o desejo de um corpo musculado (Murray, et al., 2017), ou seja, uma preocupação maior com a muscularidade e adotando comportamentos projetados para melhorar a massa muscular e a visibilidade da muscularidade (Murray, et al., 2016), bem como o desejo de um corpo sem gordura (Lavender, Brown, & Murray, 2017).

Além disso, o exercício compulsivo, que é uma característica comum em qualquer PAI, pode ser considerada uma característica central na apresentação de AN nos homens. É comum, nos homens, ver o exercício físico excessivo como o último sintoma a entrar em remissão e o primeiro da recaída (Murray, Griffiths, Rieger, & Touyz, 2014; Touyz, Kopec-Schrader, & Beumont, 1993). Os homens com AN têm tendência a aumentar a quantidade de exercício físico em prol de diminuir o afeto negativo e, por consequência, aumentar o afeto positivo, bem como os hábitos compulsivos do exercício físico são rígidos e direcionados por regras (Murray, Griffiths, Rieger, & Touyz, 2014).

Os pacientes do género masculino, juntamente com os seus familiares, amigos e profissionais de saúde, podem ter menos probabilidades de reconhecer o comportamento de uma PAI como sendo sintomático de um problema de saúde mental, uma vez que se tem a perceção que uma PAI é uma doença do sexo feminino, o que leva os indivíduos do sexo masculino a evitar a procura de ajuda ou tratamento devido ao estigma existente (Darcy, 2011).

Estudos epidemiológicos têm mostrado que quer a AN quer a BN são mais comuns em mulheres do que em homens. No entanto, há uma disparidade de sexo no que concerne ao *binge eating* (0,6% mulheres e 1,9% homens) e prevalência de “qualquer *binge eating*” é comparável entre ambos os sexos (4,9% mulheres e 4,0% homens) (Striegel-Moore, et al., 2009).

Relativamente à BN, pode-se observar diferenças entre ambos os sexos sendo que a IAC, nos homens, está mais associada ao consumo de alimentos com alto teor de proteína e de

gordura, ao contrário das mulheres que têm mais tendência para os doces (Wansink, Cheney, & Chan, 2003). Os homens estão mais propensos a relatar comer quantidades excessivamente grandes de alimentos, mas estão menos propensos a relatar falta de controlo alimentar ou angústia durante essas compulsões (Striegel-Moore, et al., 2009). Os indivíduos do sexo masculino também podem ser menos propensos a relatar preocupações sobre o seu comportamento alimentar, embora o comprometimento psicossocial associado à IAC pareça ser semelhante em ambos os sexos (Bentley, Gratwick-Sarll, Harrison, & Mond, 2015). Relativamente aos comportamentos compensatórios, os homens com BN têm menos propensão para comportamentos compensatórios purgativos típicos, como o vômito ou uso de laxantes, e parecem com maior propensão para desenvolverem comportamentos compensatórios não purgativos, como restrição alimentar extrema e excesso de exercício físico (Striegel-Moore, et al., 2009).

Finalmente, os dados disponíveis, sobre os homens, sugerem que o peso corporal pode não ser um indicador fiável das complicações médicas, como acontece com as mulheres. Aproximadamente 40% dos homens com PAI relatam história prévia de excesso de peso ou obesidade (Vo, Lau, & Rubinstein, 2016).

1.2. Comorbilidades das PAI

Segundo a literatura da especialidade, as PAI têm, frequentemente, como comorbilidades psiquiátricas as perturbações de ansiedade [PA] (Norris, et al., 2012), as perturbações de humor/afetivas (APA, 2014; Braun, Sunday, & Halmi, 1994), as perturbações de uso de álcool/substâncias, a perturbação de personalidade *borderline* (PBP) (APA, 2014), a perturbação depressiva e fobia social (Braun, Sunday, & Halmi, 1994; Norris, et al., 2012). Relativamente às PA, Perturbações Afetivas/Humor e Fobia Social, os autores Braun, Sunday e Halmi (1994) concluíram que estas perturbações antecediam o desenvolvimento de uma PAI, ao contrário do que acontecia com a perturbação do uso de substâncias.

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), as perturbações comórbidas com a AN são as PA, a perturbação depressiva major, a esquizofrenia, as perturbações de uso de substâncias, a BN, a perturbação de ingestão alimentar Evitante/Restritiva. A literatura da especialidade acrescenta as perturbações afetivas/humor, as fobias e a perturbação obsessivo-compulsiva (POC) (Harrison, Cowen, Burns, & Fazel, 2018), tornando improvável que a comorbilidade

psiquiátrica existente seja simplesmente secundária ao passar fome (“*starvation*”) da AN (Braun, Sunday, & Halmi, 1994). De acordo com Harrison, Cowen, Burns e Fazel (2018), a AN também pode ter como perturbação comórbida as perturbações somatoformes, nomeadamente, somatização, hipocondria e conversão. De acordo com Muise, Stein e Arbess (2003), os homens assemelham-se às mulheres, no possível desenvolvimento de comorbilidades psiquiátricas sendo as mais incidentes, perturbação depressiva, abuso de substâncias e PP.

No que diz respeito às perturbações comórbidas com a BN destacam-se AN tipo compulsão alimentar purgativa, a PIAC, a Perturbação Depressiva Major, a PBP (APA, 2014) e também foi descrito o Abuso de Substâncias (Carr, 2014; Braun, Sunday, & Halmi, 1994). Segundo Braun, Sunday e Halmi (1994), os indivíduos com BN apresentam maior probabilidade de desenvolverem Perturbações Afetivas e PA. De acordo com os mesmos autores (Braun, Sunday, & Halmi, 1994), a Perturbação Depressiva Major pode preceder, coincidir ou desenvolver-se após a BN. De acordo com Muise, Stein e Arbess (2003), os homens assemelham-se às mulheres, no possível desenvolvimento de comorbilidades psiquiátricas sendo as mais prevalentes, perturbação depressiva major, abuso de substâncias, PA e PP. Relativamente às comorbilidades com a PIAC, destacam-se a BN, a Obesidade, as perturbações bipolares e depressivas e a PBP (APA, 2014). É possível constatar que as PA coocorrem com as PAI, uma vez que 83% dos indivíduos com PAI também apresentam critérios para PA (Godart, Flament, Lecrubier, & Jeammet, 2000; Pallister & Waller, 2008).

1.3. Epidemiologia e Prevalência

No que respeita à epidemiologia das PAI, à medida que aumenta o conhecimento científico, tem-se procedido a alterações periódicas ao conceito original, fruto da uniformização dos critérios de diagnóstico e da melhoria de instrumentos de avaliação. Segundo a literatura da especialidade, tanto a AN como a BN são mais frequentes em indivíduos do sexo feminino. Os dados referem de 1,0% até 22,7% nas mulheres e 0,3% a 0,6% nos homens, o que corresponde a um rácio de mulher-homem de cerca de 10:1 (APA, 2014; Carr, 2014; Dahlgren & Wisting, 2016).

O estudo levado a cabo por Muise, Stein e Arbess (2003) corrobora o rácio de 10:1, mas acrescenta que se se tiver em conta aqueles indivíduos com critérios para AN, mas que não cumprem os critérios todos, o rácio mulher-homem é de 2:1. Os mesmos autores encontraram

que o rácio mulher-homem da prevalência de AN entre adolescentes pré-púberes é de 14:6, enquanto que em adolescentes pós-púberes é de 19:1. Relativamente à BN, os autores supramencionados, referem que 10% a 15% dos casos diagnosticados com BN são de rapazes, sendo 0,2% referentes a adolescentes com o critério completo de BN (Muise, Stein, & Arbess, 2003).

Relativamente às perturbações relacionadas com a IAC, é possível constatar que no que diz respeito à PIAC sub-clínica é mais prevalente nos homens (1,9%) do que nas mulheres (0,6%), enquanto que qualquer compulsão alimentar a diferença entre os sexos não é muito significativa (mulheres 4,9% e homens 4,0%) (Striegel-Moore, et al., 2009).

O DSM-5 (APA, 2014) apresenta uma prevalência da PIAC nos EUA de 1,6% no sexo feminino e de 0,8% no masculino. Outros estudos referem um aumento significativo da prevalência das PAI nos indivíduos do sexo masculino, apresentando entre 25% e 40% (Andersen, 2014; Hundson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Dos indivíduos que procuram tratamento para uma PAI 10% são do sexo masculino (Hundson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). De acordo com o estudo de Muise, Stein e Arbess (2003), a prevalência de mulheres com PIAC varia entre 1,8% a 4,6%, sendo que surgem 2 casos de homens com PIAC a cada 3 casos de mulheres.

De acordo com Muise, Stein e Arbess (2003), é necessário reter que 10% dos casos de AN são em homens, o mesmo se verifica para os casos de BN, sendo 20% homens. No entanto, os casos de PIAC, nos homens, sobe substancialmente (40%). As mesmas percentagens relativamente à AN e BN nos homens não se verifica consoante um estudo levado a cabo por Dominé e colaboradores (2009), sendo as percentagens de AN e BN, 5% e 15%, respetivamente. Relativamente à PIAC os dados são corroborados.

A tabela 2 sistematiza a evolução dos estudos epidemiológicos de PAI realizados em Portugal (Dixe, 2007; Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007; Ribeiro, Conceição, Vaz, & Machado, 2014; Saraiva, Guerra, & Mansilha, 2014).

Tabela 2 – Evolução dos estudos epidemiológicos de PAI realizados em Portugal.

Autor(es)	Ano	Localidade(s)	Participantes	Estudo – Conclusões
Azevedo Ferreira	1992	Açores	580 indivíduos do sexo masculino e 654 do sexo feminino, com idades	Prevalência de 0,64% de PAI na população estudada.

			compreendidas entre os 12 e os 20 anos	
Carmo <i>et. al.</i>	1996	Lisboa	2422 indivíduos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 10,3 e os 21 anos	Prevalências de 0,4 % para AN e de 12,6% para BN.
Carmo <i>et. al.</i>	1999	Lisboa e Setúbal	2398 alunas do ensino secundário	Prevalência de 0,37 para AN e de 12,6 para BN.
Pocinho	1999	Coimbra	594 estudantes com idades entre os 12 e os 22 anos	Prevalência de 0,6% para AN e de 1,2% para BN.
Pedro Monteiro <i>et. al.</i>	2006	Porto	700 alunos de escolas secundárias	Prevalência de PAI semelhantes às descritas na literatura
Paulo Machado <i>et. al.</i>	2006	Várias cidades	2018 raparigas entre os 12 e os 23 anos	Prevalência de 0,39% para AN, de 0,30% para BN e de 2,37% para PCASOE – Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação.
Dixe	2007	Lisboa	estudantes do ensino secundário e superior, entre os 14 e os 17 anos	Prevalência de situações parciais de AN de 3,4% e 6,3% de BN nas raparigas, enquanto que nos rapazes a prevalência de AN é de 1,1% e 3,5% para BN.
Machado, Machado, Gonçalves e Hoek	2007		alunas dos 9.º ao 12.º anos	Prevalência para as perturbações alimentares de 0,36%, a AN de 0,39%, BN de 0,30% e Perturbação da Alimentação sem outra especificação (EDNOS) de 2,37%.
Ribeiro, Conceição, Vaz e Machado	2014	Norte de Portugal	Num estudo sobre a perturbação alimentar compulsiva com uma amostra do ensino superior	Prevalência em 0,5%

1.4. Fatores de Risco

O estudo dos fatores de risco [FR] associados às PAI contribui para um melhor conhecimento da problemática e ajuda à desconstrução do estigma que poderá associar-se ao desenvolvimento de uma PAI. Assim, Striegel-Moore e Bulik (2007) sustentam que os estudos que se dediquem à investigação sobre os FR associados ao desenvolvimento de uma PAI

contribuem para que o diagnóstico se baseie nos sinais e sintomas observados proporcionando um melhor tratamento, dado o conhecimento das causas dessas perturbações e, por fim, porque permite selecionar grupos de alto risco como alvos de intervenções específicas, o que proporcionará o desenvolvimento de programas de intervenção.

Por sua vez, os FR associados ao desenvolvimento das PAI podem ser divididos em três grandes domínios, o pessoal, o ambiental e o da dieta (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999; Gonçalves, Machado, Martins, Hoek, & Machado, 2016; Machado, et al., 2014; Machado, et al., 2016). O domínio pessoal abrange questões relacionadas com características da infância, autoavaliação negativa, perfeccionismo, ansiedade (Bulik, Sullivan, Fear, & Joyce, 1997), falta de suporte social, perturbação depressiva major, problemas infância/adolescência, enurese, história de perturbações psiquiátricas familiares, entre outras. O domínio ambiental envolve problemas no contexto familiar, mudanças na figura parental, discussões parentais e envolvimento da criança/adolescente nas mesmas, controlo parental excessivo, expectativas elevadas dos pais, criticismo parental, doença crónica parental, depressão, entre outros. Finalmente, o domínio da dieta, revela-se na obesidade na infância/adolescência, obesidade parental, preocupação excessiva da família com a forma e peso, entre outras (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999; Gonçalves, Machado, Martins, Hoek, & Machado, 2016; Machado, Gonçalves, Martins, Hoek, & Machado, 2014).

São vários os estudos já efetuados que têm como objetivo a exploração dos FR nas mulheres, no entanto, houve uma necessidade científica de direcionar o mesmo tipo de estudos para os homens (Carlat, Camargo, & Herzog, 1997; Machado, et al., 2020). A literatura tem demonstrado que há alguns FR que são específicos de cada um dos sexos, mas que há FR que são comuns, nomeadamente, baixa autoestima (Murray, et al., 2017), insatisfação corporal (Eisenberg, et al., 2006; Gonçalves, et al., 2016; Kostanski, Fisher, & Gullone, 2004; Machado, et al., 2014), negligência abuso, trauma, traços de personalidade impulsivos (uso de substâncias, tabagismo, risco sexual e agressividade) (Ackard, et al., 2008; Miotto, et al., 2003). Estes últimos FR mencionados estão mais relacionados com o posterior desenvolvimento de BN. Segundo Ackard e colaboradores (2001), o abuso físico e sexual tanto em raparigas como em rapazes pode levar a posteriores comportamentos IAC-purgativos.

Outros FR identificados como sendo comuns em ambos os sexos são o perfeccionismo, afeto negativo, perturbações de humor e de ansiedade, perturbações de ansiedade na infância, abuso de substâncias, dieta e alimentação restritiva, período da adolescência, obesidade pré-

mórbida e elevado IMC, problemas alimentares ou com a alimentação durante a infância, o gozo e críticas acerca do peso e forma corporal e puberdade precoce (Gonçalves, et al., 2016; Machado, et al., 2014).

Segundo Machado e colaboradores (2016), são diversos os FR associados ao desenvolvimento de PAI, nas mulheres, sendo que podem diferir de patologia (AN e BN). Por um lado, o perfeccionismo, autoconsciência relativamente à aparência, assuntos familiares que ficaram por resolver, provocações, atitudes negativas em relação à forma e peso dos pais, sentir-se gorda e história familiar de PAI são fatores associados ao desenvolvimento de AN. Outros FR associados ao desenvolvimento da AN, nas mulheres, autoavaliação negativa, PAI nos pais, dieta familiar, comentários adversos por parte de elementos da família sobre a comida, peso ou aparência (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999).

Por outro lado, as mulheres com BN, estas estão mais propensas a elevadas expectativas parentais, importância excessiva dada pela família para estar/ manter a forma, excesso de peso na adolescência e as consequências que daí advêm (Machado, et al., 2016). Outros FR associados ao desenvolvimento da BN, nas mulheres, que se destacam são obesidade parental, obesidade notória na infância e abuso de substâncias por parte dos pais (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999).

Conforme a literatura da especialidade, outro FR que se verificou ser apenas referente às mulheres é ter amigos que se preocupam (Croll, et al., 2002).

Um estudo levado a cabo por Micali e colaboradores (2017) identifica outros FR para o desenvolvimento de PAI, nas mulheres, nomeadamente, níveis mais elevados de sensibilidade interpessoal, estando associados ao desenvolvimento de qualquer PAI. Esta sensibilidade interpessoal pode ser definida como a sensibilidade ao *feedback* dos outros e o medo de ser rejeitada socialmente (Harb, et al., 2002). Outros FR identificados foram morte de um cuidador (comportamentos purgativos), separação ou divórcio dos pais na infância (BN, PIAC e AN atípica), abuso sexual infantil (associado ao desenvolvimento de qualquer PAI do tipo purgativo, nomeadamente, AN-P, BN, PIAC, BN sub-clínica e PIAC sub-clínica), abuso sexual perpetuado por alguém conhecido (AN-P, BN e PIAC), infelicidade infantil (AN-R, BN, PIAC e comportamentos purgativos), baixo apoio materno (BN, PIAC, PIAC sub-clínica e comportamentos purgativos), alto apoio materno (BN), relação opressiva com os pais (AN-P, PIAC, BN sub-clínica, AN atípica e comportamentos purgativos), *locus* de controlo externo (PIAC) (Micali, et al., 2017).

A literatura da especialidade também tem enumerado FR associados ao desenvolvimento de PAI, nos homens, nomeadamente, homossexualidade (Kanayama, et al., 2006). De acordo com Carlat, Camargo e Herzog (1997), a prevalência da orientação sexual em indivíduos com PAI é mais frequente nos indivíduos com BN, nomeadamente, 27% dos homens participantes neste estudo relatou ser homossexual ou bissexual. Conforme a literatura da especialidade um outro FR específico para os homens é a realização de determinados desportos que requerem muscularidade, baixa gordura corporal ou desportos que exigem grande perda de peso (Murray, et al., 2014), a exemplo de alguns dos desportos que requerem uma das características anteriormente ditas temos a musculação e luta livre (Lock, 2009).

Outros FR identificados como sendo específicos dos homens são os comportamentos projetados para melhorar a muscularidade (Kanayama, et al., 2006; Murray, et al., 2016), uso de esteroides-anabolizantes (Kanayama, et al., 2006); idade posterior de início, tipicamente na adolescência tardia (Mitchison & Mond, 2015); história de obesidade prévia ou excesso de peso e experiência de serem submetidos a provocações relacionadas com o peso (Carlat, Camargo, & Herzog, 1997); preocupações com a aparência, fumar mais e beber álcool mais frequentemente (Croll, et al., 2002). Também foram referidos baixa autoestima, perfeccionismo, desregulação afetiva e *stressores* interpessoais (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

De acordo com os estudos levados a cabo por Carlat, Carmago e Herzog (1997) e por Murray e colaboradores (2017), outro FR possível associado às PAI pode ser o facto destas perturbações serem vistas como perturbações do sexo feminino, o que retarda a procura de ajuda por parte dos homens, podendo estar associado a atitudes negativas na procura de ajuda, aumento da sintomatologia depressiva e baixa autoestima (Darcy, 2011; Murray, et al., 2017).

Num estudo mais recente sobre o desenvolvimento de PAI nos homens e os FR que antecedem o seu desenvolvimento, Machado e colaboradores (2020) avaliaram um grupo de dez indivíduos do sexo masculino quanto ao desenvolvimento da puberdade através de uma entrevista clínica desenhada para esse propósito. Os dados obtidos demonstram que a etapa desenvolvimental da puberdade ainda precisa de ser mais estudada, uma vez que ainda não se sabe o impacto do próprio desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários nos homens e do grupo de pares nesta fase. Esta etapa mostrou-se como possível FR, uma vez que os participantes desse estudo foram alvo de gozo e/ ou provocação por parte dos pares quanto ao desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, bem como experienciaram vergonha no “despir-se diante do grupo de pares” (Machado, et al., 2020).

De acordo com os mesmos autores supramencionados, outros FR encontrados como podendo ser específicos dos homens foram a existência de maiores flutuações de peso e, conseqüentemente, valores de IMC mais elevados (acima dos 25); excesso ou baixo peso na infância e autoconsciência sobre a aparência, o que pode explicar o foco no corpo (Machado, et al., 2020). Relativamente ao peso e às preocupações com a família, estes autores encontraram como FR os comentários da família, foco da família na aparência e na forma física, excesso ou baixo peso dos pais, envolvimento dos pais na dieta ou pressão dos mesmos para fazer dieta com membros da família (Machado, et al., 2020). Associados à psicopatologia na família, os FR mencionados foram as discussões dos pais, pouco ou super envolvimento, favoritismo/comparação e /ou competição entre irmãos, problemas de saúde física ou depressão *major* nos pais e presença de perturbações mentais noutros membros da família (Machado, et al., 2020). Os acontecimentos de vida *stressantes* ou eventos antecedentes (no ano imediatamente anterior ao início dos primeiros sintomas de PAI) foram também identificados como FR, nomeadamente, morte de entes queridos e a exposição a um ou mais eventos importantes (Machado, et al., 2020).

Embora a literatura seja pródiga a identificar FR partilhados e FR específicos para cada um dos sexos, os critérios diagnósticos atuais, segundo o DSM-5 (APA, 2014), direcionam-se para o diagnóstico destas perturbações nas mulheres e não nos homens, uma vez que os critérios dão enfoque às preocupações com o peso e com a forma. Essas preocupações são características das mulheres (magreza e dieta) e não dos homens, já que estes se focam mais em atingir um corpo com baixa gordura corporal, muscularidade, força e exercício.

No estudo que levamos a cabo iremos focar mais a nossa atenção nos FR referenciados por Machado e colaboradores (2020), nomeadamente, os aspetos relacionados com a puberdade, vulnerabilidade pessoal e ambiental, problemas relacionados com comportamento alimentar, peso e forma corporal, ambiente familiar e psicopatologia, acontecimentos disruptivos e, por fim, acontecimentos precipitantes.

II. Método

2.1. Objetivo Geral e Objetivos Específicos

O presente estudo tem como objetivo principal contribuir para a identificação dos FR associados ao desenvolvimento de PAI nos homens. Para alcançar o objetivo acima mencionado, foram operacionalizados quatro objetivos decorrentes do primeiro: 1) identificar as principais características clínicas das PAI nos homens; 2) estudar o início sintomático de PAI nos homens; 3) identificar potenciais FR e acontecimentos de vida que possam preceder o desenvolvimento de uma PAI nos homens e 4) comparar a exposição aos FR estudados entre homens com o diagnóstico de uma PAI e homens com o diagnóstico de outra perturbação mental (grupo de controlo psiquiátrico).

Estes objetivos têm como finalidade testar a hipótese que haverá FR associados ao desenvolvimento de uma PAI que também possam ser considerados para o desenvolvimento de uma qualquer outra perturbação psiquiátrica, isto é, FR gerais [FRG]. Por outro lado, também se pretende com este estudo identificar FR que possam vulnerabilizar especificamente para o desenvolvimento de PAI nos homens, FR específicos [FRE].

2.2. Amostra

Participaram neste estudo 10 sujeitos com idades compreendidas entre os 19 anos e os 22 anos ($M = 20,70$ e $DP = 0,95$). Relativamente à ocupação dos participantes do grupo clínico [GC], um participante era desempregado e quatro participantes eram estudantes (um frequenta o mestrado e três frequentam a licenciatura). Relativamente à ocupação dos participantes do grupo de controlo psiquiátrico [GCP], todos os participantes eram estudantes (um frequenta o mestrado e quatro frequentam a licenciatura). Todos os participantes, de ambos os grupos, eram solteiros. Relativamente ao nível socioeconómico [NSE], um participante pertencia ao NSE médio-baixo, cinco pertenciam ao NSE médio e quatro pertenciam ao NSE médio-alto.

Cada participante do GC foi associado individualmente com um participante do GCP (tabela 3) com as mesmas características sociodemográficas, nomeadamente, idade (dentro de

um intervalo de 1 ano) e NSE (dentro de um intervalo de 1 grau) (tabela 4). Aos participantes do GCP foi atribuída a idade índex do participante do GC com o qual foi associado.

Dos participantes em estudo sete eram do sexo masculino e três do sexo feminino e dividiram-se do seguinte modo: cinco homens pertenciam ao GC com PAI (quatro AN-R e um BN) e cinco pessoas pertenciam ao GCP com outra qualquer perturbação mental (três PAG e dois POC). Os diagnósticos foram estabelecidos de acordo com o DSM-5 (APA, 2014). Do total dos dez participantes, oito fazem medicação por prescrição médica (psiquiatria). Estes dados podem ser observados na tabela 4.

Toda a amostra do GC foi recolhida, na sua totalidade, na consulta de PAI do serviço de psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de São João [CHUSJ], Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família [UPJF]. Relativamente à amostra do GCP foi recolhida, na sua totalidade, na comunidade, tendo como critérios de inclusão o diagnóstico de uma perturbação mental e terem sido ou estarem a ser acompanhados para essa mesma perturbação. Foi também considerado como critério de inclusão do GCP a idade e NSE do participante do GC com quem ia ser emparelhado. Como critérios de exclusão para o GCP foi estabelecido a presença de diagnóstico de PAI. Relativamente ao GC, os critérios de inclusão são a presença de diagnóstico de uma PAI, terem sido ou estarem a ser acompanhados e serem do sexo masculino. Como critérios de exclusão a presença de outra perturbação mental, que não a PAI. Para ambos os grupos foram, ainda, definidos como critérios de exclusão a presença de diabetes ou de PP.

Tabela 3 – Emparelhamento dos participantes do GC com os participantes do GCP.

Par	Participante do GC	Participante do GCP
A	1	1.1
B	2	2.1
C	3	3.1
D	4	4.1
E	5	5.1

Tabela 4 – Características Clínicas e Sociodemográficas.

Caso	1	1.1	2	2.1 ♀	3	3.1 ♀	4	4.1	5	5.1 ♀
Idade atual	20	21	22	22	19	20	21	21	20	21
Educação	12.º ano	Univ.	Univ.	Lic.	12.º ano	Univ.	12.º ano	Univ.	Univ.	Univ.
NSE	Baixo-Médio	Médio	Médio	Médio-Alto	Médio	Médio	Médio	Médio-Alto	Médio-Alto	Médio-Alto
IMC atual	23,84	22,59	15,53	21,19	17,65	20,49	16,21	20,06	13,15	22,85
IMC mais baixo	19,59	20,76	15,39	20,45	16,61	18,36	16,04	18,52	12,46	20,31
IMC mais alto	35,92	22,89	30,78	22,68	24,22	21,30	31,41	20,37	16,26	23,83
Diagnóstico atual	BN	POC	AN-R	POC	AN-R	PAG	AN-R	PAG	AN-R	PAG
Internamento residencial	–	n/a	x	n/a	x	n/a	x	n/a	√ (Tratamento Hospitalar)	n/a

Medicação atual	√ (antidepressivo)	√ (antidepressivo)	√ (antidepressivo)	√ (antidepressivo)	x	√ (ansiolítico)	x	√ (ansiolítico)	√ (antidepressivo)	√ (ansiolítico)
Diagnósticos prévios PAI	x	n/a	x	n/a	x	n/a	x	n/a	x	n/a
Comorbilidades atuais	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Primeiro comportamento alimentar desadequado significativo	Dieta e preocupação peso e forma corporal	n/a	Dieta	n/a	Dieta, peso e preocupações com forma e exercício físico excessivo	n/a	Preocupações com peso e forma	n/a	Preocupações com dieta, peso e forma	n/a
Idade índex	18	n/a	20	n/a	15	n/a	17	n/a	13	n/a
Idade de início	19	n/a	22	n/a	16	n/a	21	n/a	16	n/a

Legenda: NSE = Nível Socioeconómico; IMC = Índice de Massa Corporal; BN = Bulimia Nervosa; POC = Perturbação Obsessiva-Compulsiva; AN-R = Anorexia Nervosa tipo Restritivo; PAG = Perturbação de Ansiedade Generalizada; Univ. = Universidade; Lic. = Licenciatura; – = sem informação; n/a = não se aplica; √ = característica presente; x = característica ausente

2.3. Instrumentos

2.3.1. “Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar” (*Eating Disorders Examination / EDE*, 14.^a edição – Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado 2001)

Elencamos como instrumentos, para levar a cabo o estudo, o Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar (*Eating Disorders Examination / EDE*, 14.^a edição – Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001), que é uma entrevista de cariz semiestruturada baseada no investigador e tem como objetivo avaliar a psicopatologia específica das PAI, dando enfoque à frequência e severidade dos comportamentos e atitudes referentes aos últimos 28 dias. Através dos *scores* obtidos nas suas quatro subescalas (restrição alimentar, preocupação com alimentação, preocupação com o peso e preocupação com a forma corporal) é possível traçar um perfil dos participantes. Esta entrevista permite a confirmação do diagnóstico, avaliando os sintomas mais relevantes para o mesmo durante um período de até 3 meses antes da avaliação (Machado, 2010). Para este estudo, foram apenas utilizados os itens de diagnóstico da EDE para a confirmação do diagnóstico dos participantes do GC e para avaliar a ausência de PAI nos participantes do GCP.

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

Também foi usada a Entrevista para Fatores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar (*Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule / RFED*; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001). Esta entrevista é de cariz semiestruturada e baseada no investigador e foi desenvolvida especificamente para o estudo dos FR associados ao desenvolvimento das PAI. A RFED abrange diversos domínios e subdomínios, como se pode verificar na tabela que se segue.

Tabela 5 – Domínios e Subdomínios da RFED (adaptado de Machado, 2010).

Domínios	Subdomínios
Domínio I Vulnerabilidade Pessoal	Característica da infância Perturbações Psiquiátricas Pré-Mórbidas Problemas Comportamentais Perturbações Psiquiátricas Parentais (antes e depois do início da PAI)
Domínio II Ambiental	Problemas Parentais Acontecimentos Disruptivos Perturbações Psiquiátricas Parentais (antes e depois do início da PAI) Agressão e Gozo pelos Pares Abuso Físico e Sexual
Domínio III Vulnerabilidade para as dietas	Risco de Dietas Risco de Obesidade PAI Parentais

O foco principal desta entrevista é o período que antecede o início do desenvolvimento da PAI, sendo percecionado como a idade na qual o primeiro sintoma desta perturbação surgiu, de referir, a dieta prolongada, os episódios frequentes de ingestão alimentar excessiva, o vómito autoinduzido ou o abuso de laxantes. Dá-se maior importância ao período que antecede a perturbação do que aquele em que o indivíduo já tem o diagnóstico, de forma a assegurar a exposição ao conjunto de FR avaliados pela RFED. É avaliada, ainda, a presença de cinco FR que podem ter influência genética, nomeadamente, história familiar de depressão, abuso de álcool, drogas, obesidade e PAI, foi avaliada antes e depois da idade de início da PAI. No que concerne ao abuso sexual, quando referido, este foi avaliado independentemente da idade do participante (Machado, 2010).

Neste estudo que levamos a cabo, é realizado o emparelhamento dos participantes com diagnóstico de outras perturbações mentais (GCP) com os participantes com diagnóstico de PAI (GC). Assim, é considerada a idade de início (idade índice) dos primeiros sintomas do participante do GC no respetivo par do GCP. Na administração deste instrumento são as mesmas questões em ambos os grupos considerando a exposição aos FR avaliados até à idade índice estabelecida para cada um dos participantes com PAI.

2.3.3. “Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Avaliação do Desenvolvimento da Puberdade” (*Semi-Structured Clinical Interview for the Evaluation of Puberty Development* / SCIEPD; Machado & Gonçalves, 2017)

Outro instrumento aplicado foi a Entrevista Clínica Semi-Estruturada para Avaliação do Desenvolvimento da Puberdade (*Semi-Structured Clinical Interview for the Evaluation of Puberty Development* / SCIEPD; Machado & Gonçalves, 2017). Esta entrevista foi desenvolvida com o intuito de avaliar o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, nos homens, e o seu impacto. Para isso foram colocadas questões aos participantes, masculinos, sobre o crescimento, desenvolvimento da massa muscular, desenvolvimento dos ombros, crescimentos dos pelos do corpo e alterações na voz. Cada uma destas variáveis foi avaliada se ocorreu antes, ao mesmo tempo ou mais tarde do que os seus pares. Foi igualmente avaliado, através desta entrevista, a presença de vergonha e/ ou provocação dos colegas e a existência de constrangimentos e/ ou provocação dos colegas relativamente a “despir-se diante dos colegas”, durante a puberdade (Machado & Gonçalves, 2017).

Este instrumento foi aplicado a todos os participantes do GC e a apenas dois participantes do GCP, uma vez que é uma entrevista baseada no desenvolvimento da puberdade para indivíduos do sexo masculino.

2.4. Procedimento da Recolha de Dados

Todos os participantes, quer do GC, quer do GCP, foram sujeitos à RFED e a administração desta entrevista foi efetuada após formação na mesma. Devido à pandemia instalada no país/ mundo associada ao Covid-19 (SARS-COV-2) e dado que a entrevista para a recolha de dados é baseada no entrevistador, impedindo que os dados sejam recolhidos em autorrelato, só foi possível realizar cinco entrevistas para a amostra de controlo psiquiátrico. Os dados da restante amostra, participantes do GC, já tinham sido recolhidos em anos anteriores. Devido à pandemia do COvid-19 e dado que foi difícil encontrar na comunidade indivíduos com diagnóstico de outra perturbação mental, teve de se abdicar do critério de seleção

“homens” para o GCP, sendo este grupo constituído por dois homens e três mulheres. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e esclarecidas todas as dúvidas. Todas as questões de confidencialidade e anonimato, quer da entrevista, quer dos dados retirados das mesmas, foram assegurados. Do ponto de vista metodológico, adotou-se a tipologia de estudo de casos em série (*case series study*, confrontar Machado, et al., 2020).

O método adotado para este estudo, relativamente ao GCP, é um método de amostragem não probabilística por conveniência. Este método de amostragem foi escolhido devido à necessidade, para este estudo, de emparelhar os participantes do GCP com os participantes do GC. Os critérios para este emparelhamento foram baseados na idade e no NSE dos participantes do GC, abdicando do género pelas circunstâncias atuais (Covid-19) e dificuldade na recolha de dados.

3.5. Procedimento de Tratamento dos Dados

Os dados recolhidos resultantes desta investigação, são de natureza quantitativa. O tratamento de dados foi realizado através do programa IBM SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 26.0). Numa primeira fase, os dados da caracterização clínica da amostra foram introduzidos na base de dados e, ulteriormente, recorreu-se à análise descritiva, com o objetivo de descrever um conjunto de dados recolhidos.

III. Resultados

3.1. Caracterização Clínica

Todos os dados que seguidamente se apresentam podem ser consultados na tabela 4.

Relativamente ao diagnóstico, é possível verificar que, atualmente, todos os participantes do GC têm diagnóstico de PAI (quatro AN-R e um BN), sendo que nenhum participante do GC teve diagnóstico prévio outra PAI. Nenhum participante do GC apresenta comorbilidades atuais. Nenhum dos participantes do GC esteve em tratamento residencial. Apenas um dos participantes do GC frequentou tratamento hospitalar e não há informação sobre esta variável para um participante do GC. Atualmente, três participantes do GC mencionam tomarem medicação (antidepressivos).

Relativamente à apresentação dos primeiros comportamentos significativos de PAI, quatro dos cinco participantes do GC começaram com dieta, sendo que três desses participantes apresentaram, igualmente, preocupações com a forma, peso e/ ou exercício físico excessivo. Apenas um participante do GC mencionou ter começado com preocupações com a forma e peso.

A idade de início dos primeiros sintomas (idade índice) relacionados à PAI foi entre os 13 e os 20 anos ($M = 16,60$ e $DP = 2,702$) e a idade em que todos os critérios estavam cumpridos para o diagnóstico de PAI foi entre os 16 e os 22 anos ($M = 18,80$ e $DP = 2,775$). O peso mais baixo alcançado pelos participantes do GC, já tendo a altura atual, resultou no índice de massa corporal (IMC) que variou entre 12,46 e 19,59 ($M = 16,018$ e $DP = 2,558$) e o IMC mais elevado foi entre 16,26 e 35,92 ($M = 27,918$ e $DP = 7,777$). O IMC atual destes participantes (do GC) varia entre 13,15 e 23,84 ($M = 17,276$ e $DP = 4,014$).

Relativamente ao diagnóstico dos participantes do GCP, é possível verificar que, atualmente, três têm diagnóstico de PAG e dois têm diagnóstico de POC, sendo que nenhum participante teve diagnóstico passado ou atual de PAI. Atualmente, todos os participantes do GCP mencionam tomarem medicação (antidepressivos, para os indivíduos POC, e ansiolíticos, para os indivíduos PAG).

Com base na informação obtida através dos participantes do GCP em relação às perguntas da RFED que questionam a medicação e a infância, foi possível chegar à idade de

início, provável, do desenvolvimento de outra perturbação mental, que variou entre os 11 e os 17 anos ($M = 14,20$ e $DP = 2,387$). O peso mais baixo alcançado pelos participantes do GCP, tendo em conta o IMC e já com a altura atual variou entre 18,36 e 20,76 ($M = 19,680$ e $DP = 1,145$) e o IMC mais elevado foi entre 20,37 e 23,83 ($M = 22,214$ e $DP = 1,371$). O IMC atual dos participantes do GCP varia entre 20,06 e 22,85 ($M = 21,436$ e $DP = 1,243$).

3.2. Análise dos FR associados ao desenvolvimento de PAI

Todos os dados relativos aos FR podem ser analisados através da tabela 6.

3.2.1. Puberdade

Relativamente aos indicadores de puberdade avaliados, no GC, todos foram vivenciados por, pelo menos, um participante associado a experiências de constrangimento e/ ou provocação – crescimento, desenvolvimento da massa muscular, desenvolvimento de pelos no corpo e alterações na voz. Nenhum participante referiu o critério “massa muscular com sofrimento associado”, “desenvolvimento da massa muscular com sofrimento associado” e “desenvolvimento de pelo corporal com sofrimento associado”. Dois participantes mencionaram experiência de vergonha relacionada com “despir-se diante dos colegas” e apenas um participante menciona experiência de provocação relativamente a “despir-se diante dos colegas”. Relativamente aos mesmos indicadores, no GCP, nenhum participante referiu ter sido alvo de constrangimentos e/ ou provocações relacionadas com o desenvolvimento ao longo da puberdade.

3.2.2. Vulnerabilidade Pessoal e Ambiental

Relativamente aos participantes do GC, todos relataram exposição a agressão e/ ou provocação por parte dos seus pares. Três participantes relataram história de abuso de álcool ou drogas. A timidez e/ ou ausência de pares é mencionada por dois participantes. Cada uma das seguintes variáveis, “perfeccionismo”, “autoavaliação negativa”, “humor deprimido” e

“problemas de conduta” foi mencionado apenas uma vez por diferentes participantes. Nenhuma das seguintes variáveis foi mencionada por nenhum participante “outros problemas mentais”, “ansiedade escolar” e “ideação suicida ou tentativas de suicídio”.

Relativamente aos participantes do GCP, apenas um menciona ter sido exposto a agressão e/ ou provocação por parte dos seus pares. Três mencionam timidez e/ ou ausência de pares e autoavaliação negativa. A maioria (quatro dos cinco) menciona perfeccionismo e ansiedade escolar. Apenas foi mencionado por um participante a presença de humor deprimido. Todos os participantes mencionaram outros problemas mentais (POC e PAG), que corresponde ao diagnóstico atual destes participantes. Nenhuma das seguintes variáveis foi mencionada por nenhum participante “histórico de abuso de álcool ou drogas”, “problemas de conduta” e “ideação suicida ou tentativas de suicídio”.

3.2.3. Problemas relacionados com comportamento alimentar, peso e forma corporal

Relativamente ao GC, apenas dois participantes relataram estar acima do peso durante a infância, sendo que quatro dos cinco participantes deste grupo referiu estar abaixo do peso durante a infância. No que diz respeito à “autoconsciência sobre a aparência” e ao “exercício significativo” apenas dois participantes mencionaram cada uma destas variáveis. Nenhum participante menciona ter tido problemas alimentares até aos 12 anos.

Relativamente ao GCP, nenhum participante refere ter excesso ou baixo peso durante a infância. Apenas um participante menciona “autoconsciência sobre a aparência” como tendo ocorrido antes da idade índex. Acerca da variável que questiona sobre a existência de problemas alimentares até aos 12 anos, somente é referido por dois participantes. Comparativamente, a maioria dos participantes deste grupo (quatro dos cinco) menciona exercício significativo.

3.2.4. Ambiente familiar e psicopatologia

Relativamente aos participantes do GC, apenas um menciona que um dos pais foi diagnosticado com depressão major, apenas um mencionou que depois da idade índex um dos

pais desenvolveu outra perturbação mental e dois mencionam que têm outros familiares com perturbações mentais.

Relativamente ao GCP, nenhum dos participantes menciona a existência de diagnóstico de depressão major ou de outra perturbação mental nos pais, embora apenas um participante mencione outro membro da família com perturbação mental (demência), mas depois da idade índex. Neste caso foi contabilizado uma vez que o diagnóstico deste familiar foi elaborado depois da idade índex, mas a patologia podia já estar presente quando o indivíduo manifestou os primeiros sintomas.

3.2.5. Acontecimentos disruptivos

Nenhum participante de qualquer um dos grupos menciona ter vivenciado abuso sexual e/ ou físico. Quatro dos cinco participantes do GC menciona ter experimentado a perda de uma pessoa significativa, enquanto que no GCP apenas três participantes mencionam a perda de entes queridos.

3.2.6. Acontecimentos precipitantes

Todos os participantes do GC foram expostos a um evento importante da vida no ano que antecedeu o início dos problemas alimentares e apenas três mencionaram dois ou mais eventos importantes da vida que ocorreram nesse ano antes do início dos problemas alimentares. Já os participantes do GCP apenas dois mencionam acontecimentos de vida antecedentes à idade índex do seu par com PAI e nenhum participante menciona dois ou mais eventos antecedentes.

Tabela 6 – Puberdade, FR e acontecimentos de vida.

Caso	1	1.1	2	2.1 ♀	3	3.1 ♀	4	4.1	5	5.1 ♀
Puberdade (SCIEPD; Machado e Gonçalves, 2017)										
Crescimento com sofrimento associado	x	x	√	n/a	x	n/a	x	x	x	n/a
Crescimento com provocação associada	x	x	√	n/a	x	n/a	x	x	√	n/a
Massa muscular com sofrimento associado	x	x	x	n/a	x	n/a	x	x	x	n/a
Massa muscular com provocação associada	√	x	x	n/a	x	n/a	x	x	√	n/a
Pelo corporal com sofrimento associado	x	x	x	n/a	x	n/a	x	x	x	n/a
Pelo corporal com provocação associada	√	x	x	n/a	x	n/a	x	x	√	n/a
Mudança na voz com sofrimento associado	x	x	x	n/a	x	n/a	x	x	x	n/a
Mudança na voz com provocação associada	√	x	x	n/a	x	n/a	x	x	√	n/a
Vergonha relatada em relação à muda de roupa na frente dos pares	√	x	x	n/a	x	n/a	x	x	√	n/a
Provocação relatada em relação à muda de roupa na frente dos pares	x	x	x	n/a	x	n/a	x	x	√	n/a
Domínios de risco (RFI; Fairburn et al., 1997)										
Vulnerabilidade pessoal e ambiental										
Problemas de conduta	x	x	x	x	x	x	√	x	x	x
Autoavaliação negativa	√	x	x	x	x	√	x	√	x	√
Timidez e/ ou ausência de pares	√	x	√	√	x	√	x	x	x	√
Perfeccionismo	x	x	x	√	√	√	x	√	x	√
Ansiedade escolar	x	x	x	√	x	√	x	√	x	√
Humor deprimido	√	x	x	√	x	x	x	x	x	x
Ideação suicida ou tentativas de suicídio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Histórico de abuso de álcool ou drogas	√	x	√	x	x	x	√	x	x	x
Agressão ou provocação por parte dos pares	√	x	√	x	√	x	√	x	√	√

Outros problemas mentais	x	√	x	√	x	√	x	√	x	√
Problemas relacionados com comportamento alimentar, peso e forma corporal										
Problemas do comportamento alimentar até aos 12 anos	x	x	x	√	x	x	x	x	x	√
Excesso de peso durante a infância	√	x	√	x	x	x	x	x	x	x
Baixo peso durante a infância	√	x	√	x	x	x	√	x	√	x
Autoconsciência sobre a aparência	√	x	x	√	x	x	√	x	x	x
Exercício significativo	x	√	x	√	x	√	√	x	√	√
Psicopatologia familiar										
Pai ou mãe com depressão major	x	x	x	x	√	x	x	x	x	x
Pai ou mãe com outras perturbações mentais	x	x	x	x	x	x	x	x	√	x
Outros membros da família com perturbações mentais	√	x	x	x	x	x	x	x	√	√
Acontecimentos disruptivos										
Abuso sexual e/ ou físico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Morte de um ente querido	√	√	√	√	√	x	x	x	√	√
Acontecimentos precipitantes										
Um evento	√	x	√	√	√	x	√	x	√	√
Dois ou mais eventos	√	x	√	x	√	x	x	x	x	x

Legenda: √ = característica presente; x = característica ausente; n/a = não se aplica;

IV. Discussão e Conclusões

O objetivo deste estudo foi determinar quais os fatores de risco associados ao desenvolvimento de PAI numa amostra com participantes do sexo masculino. Enquanto objetivos específicos foram definidos, 1) identificar as principais características clínicas das PAI nos homens; 2) estudar o início sintomático de PAI nos homens; 3) identificar potenciais fatores de risco e acontecimentos de vida que possam preceder o desenvolvimento de uma PAI nos homens e 4) comparar a exposição aos FR estudados entre homens com o diagnóstico de uma PAI e homens com o diagnóstico de outra perturbação mental (GCP). Foram avaliadas as características clínicas, sintomatologia atual, início dos sintomas de PAI e de outras perturbações mentais (POC e PAG), experiências relacionadas a marcadores púberes específicos e exposição a FR numa amostra de participantes com PAI e com outra perturbação mental (POC e PAG).

Foram avaliados 10 participantes (sete homens e três mulheres), estando distribuídos da seguinte forma, cinco participantes homens com diagnóstico de PAI, um homem e uma mulher com diagnóstico de POC e um homem e duas mulheres com diagnóstico de PAG. Os diagnósticos foram e estão estabelecidos de acordo com o DSM-5 (APA, 2014). O diagnóstico mais prevalente na amostra clínica foi a AN-R. Através da caracterização clínica dos participantes foi possível observar a média da idade índex, idade de início dos primeiros sintomas, dos participantes com PAI (16,60) é ligeiramente superior à média de idades do início dos primeiros sintomas de outra perturbação mental (14,20).

Como foi possível analisar através dos resultados alcançados com este estudo, quase todos os participantes PAI (quatro dos cinco) relatam os primeiros sintomas através de preocupações com a dieta. Com base na literatura da especialidade, sabe-se que na população masculina, muitas vezes as dietas estão orientadas para a muscularidade (por exemplo, Kanavama, et al., 2006; Lavender, et al., 2017; Murray, et al., 2016). Neste estudo, não se pode afirmar que a preocupação com a dieta esteja orientada para a muscularidade, sendo, por isso, necessário, em estudos futuros aprofundar esta hipótese.

Também foi possível constatar que, através da realização deste estudo, se percebeu que o diagnóstico de PAI, nos homens, ocorreu em idade mais avançada do que acontece com as mulheres, o que também pode ser corroborado pela literatura através de inúmeros estudos (por exemplo, Carlat & Camargo, 1991; Carlat, et al., 1997; Crisp, et al., 2006; Gueguen, et al., 2012; Mitchison & Mond, 2015). De acordo com a literatura da especialidade, os dados

relativos ao início de PAI não são consensuais. No entanto, segundo Carlat e Camargo (1991), o início de BN, nos homens, acontece entre os 18 e os 26 anos, enquanto que, nas mulheres, acontece por volta dos 15 e os 18 anos. O mesmo é verificado para a AN. Carlat e colaboradores (1997), também corroboram que relativamente ao início de PAI, nos homens, acontece mais tarde, por volta dos 19 anos. De acordo com Crisp e colaboradores (2006) e Gueguen e colaboradores (2012), os homens parecem ter um início de desenvolvimento de PAI mais tardio o que pode ser explicado pelo início mais tardio da puberdade. De acordo com Mitchison e Mond (2015), o desenvolvimento de uma PAI, nos homens, é mais frequente em adultos do que em adolescentes e ocorre mais tardiamente do que nas mulheres, que tendem a atingir o pico antes dos 25 anos.

Comparando os dados obtidos através deste estudo com a literatura da especialidade, foi possível verificar que os homens alcançam pesos e, conseqüentemente, IMC superiores aos alcançados pelas mulheres. Este aspeto pode ser entendido dado que, segundo a literatura, as mulheres têm uma maior preocupação com o peso, enquanto que os homens têm uma maior preocupação com a sua forma física e muscularidade (Murray, et al., 2017). Outro estudo que demonstra esta questão foi desenvolvido por Machado e colaboradores (2020) e constata que os homens com PAI podem sofrer maiores flutuações de peso e alcançar IMC acima dos 25, mesmo para indivíduos com diagnóstico atual de AN-R.

Relativamente ao desenvolvimento da puberdade, dois dos cinco participantes do GC, mencionaram o desenvolvimento da massa muscular, mudança na voz, pelo corporal e experiência de vergonha relacionada com “despir-se diante dos colegas” relacionados com provocação por parte dos colegas. Relativamente ao desenvolvimento da puberdade, para os indivíduos do GCP, nenhum referiu ter sido alvo de constrangimentos e/ ou provocações relacionadas com o desenvolvimento ao longo da puberdade. Estudos futuros devem aprofundar mais as questões do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, nos homens, e o período da puberdade, uma vez que há uma escassez de estudos que tenham esta fase desenvolvimental como referência. Sendo também importante aliar esta fase desenvolvimental com possíveis FR encontrados na infância e adolescência, nomeadamente, timidez e/ ou ausência de pares e abuso de álcool ou drogas (Machado, et al., 2020).

O único FR, encontrado neste estudo, transversal a todos os participantes com PAI foi o terem sido alvo de agressão e/ ou provocação por parte dos seus pares. Outro FR que foi possível observar e que pode ter a sua importância para o desenvolvimento de PAI foi a

existência de história prévia de excesso ou baixo peso durante a infância. Estes aspetos podem ser validados pela literatura da especialidade. Segundo um estudo levado a cabo por Lie e Bang (2019), a probabilidade de indivíduos com PAI terem sido provocados e intimidados pela sua aparência antes do início da PAI é duas a três vezes superior quando comparados com indivíduos sem PAI.

Relativamente à autoconsciência sobre a aparência, apenas esteve presente em dois dos cinco participantes do GC, podendo também ser necessários estudos para perceber se os indivíduos homens com PAI são mais autoconscientes com a aparência. Relativamente ao GCP, esta característica não se mostrou relevante uma vez que apenas um participante (POC) mencionou ser autoconsciente sobre a sua aparência.

Segundo a literatura da especialidade, as PAI, nos homens, podem ser frequentes entre indivíduos do sexo masculino que tenham algum dos pais com uma perturbação mental (Crisp, et al., 2006). De acordo com os dados obtidos no estudo levado a cabo, apenas dois participantes do GC mencionam a presença de psicopatologia parental, sendo que dois outros participantes do GC mencionam outros membros da família com perturbações mentais. No que diz respeito ao GCP, apenas um participante (PAG), menciona a existência de psicopatologia na família. Este dado pode ser verificado, igualmente, pela literatura da especialidade, dado a possível predisposição genética às perturbações mentais (Crujo & Marques, 2009; Mataix-Cols, et al., 2013; Machado, et al., 2014; Taylor, 2013).

Apesar do estudo dos acontecimentos de vida *stressantes* já terem sido amplamente estudados para a psicopatologia em geral (por exemplo, Gothelf, et al., 2004; Real, et al., 2011), apenas alguns estudos foram elaborados no sentido de perceber a importância destes acontecimentos no desenvolvimento de PAI (Jacobi, et al., 2004). De acordo com um estudo elaborado pelos mesmos autores, anteriormente citados, há evidências de que os indivíduos com AN e BN experienciam mais acontecimentos de vida *stressantes* no ano antecedente da manifestação dos primeiros sintomas de PAI (Jacobi, et al., 2004). Exemplos de acontecimentos de vida *stressantes* para o desenvolvimento de PAI que surgem na literatura contemplam a perda e separações de familiares ou outros significativos, fim de relacionamentos, doenças/problemas de saúde e aumento da pressão académica ou no trabalho (Jacobi, et al., 2004). Na literatura da especialidade, ainda há a especificação de acontecimentos de vida *stressantes* específicos para a AN e para a BN (cf., Gonçalves e colaboradores, 2016; Machado e

colaboradores, 2014). De notar que estes estudos têm-se centrado apenas em mulheres, dada a ausência de estudos conduzidos com participantes homens.

Por um lado, os acontecimentos de vida *stressantes* largamente mencionados na literatura da especialidade para o desenvolvimento de AN são conflitos e perturbações familiares significativas e mudança de escola ou casa (Jacobi, et al., 2004). Por outro lado, os acontecimentos de vida *stressantes* para o desenvolvimento de BN são problemas interpessoais com familiares e amigos e ameaça à segurança física (Jacobi, et al., 2004). Relativamente aos acontecimentos de vida *stressantes* para o desenvolvimento de PIAC são experiência de abuso e comentários críticos sobre peso e forma (Jacobi, et al., 2004). Segundo a literatura, os indivíduos com PIAC são expostos a três ou mais eventos de vida *stressantes* no ano antecedente ao desenvolvimento dos primeiros sintomas (Jacobi, et al., 2004).

A morte de um ente querido pode constituir-se como um acontecimento de vida *stressante* e pode ser considerado como FR para o desenvolvimento de perturbações mentais. Assim, é possível observar que a maior parte dos participantes do GC (quatro dos cinco) mencionam ter experimentado a perda de uma pessoa significativa. Comparativamente, no GCP, apenas três dos cinco participantes mencionam a morte de entes queridos.

É importante mencionar que todos os participantes do GC foram expostos a acontecimentos importantes no ano que antecedeu ao início dos problemas alimentares que, por sua vez, poderão assumir-se como fatores precipitantes no desenvolvimento da PAI, nomeadamente, três dos participantes do GC mencionam dois ou mais eventos. Em contrapartida, apenas dois dos participantes do GCP menciona um acontecido de vida antecedente. Estes dados encontrados em ambos os grupos podem ser corroborados através da literatura que corrobora que quer os indivíduos com PAI, quer os indivíduos com outras perturbações mentais são expostos a acontecimentos importantes ou precipitantes no ano antecedente ao desenvolvimento da respetiva perturbação (Brander, et al., 2016; Gothelf, et al., 2004; Machado, et al., 2014; Machado, et al., 2020; Real, et al., 2011; Rosso, et al., 2012).

Sistematizando, as principais conclusões que se podem tirar deste estudo, relativamente aos indivíduos PAI, são: 1) a puberdade pode ter um papel fundamental no desenvolvimento dos primeiros sintomas de PAI, nos homens, quando os indivíduos são expostos a constrangimentos e/ ou agressão e/ ou provocações por parte dos seus pares. Através da literatura é possível verificar que os dados alcançados com o estudo são corroborados por Machado e colaboradores (2020); 2) Uma segunda conclusão é que parece haver uma tendência

de abuso de álcool ou drogas por parte dos indivíduos do sexo masculino com PAI como forma de evitar a alimentação. Esta variável já tem sido considerada como FRE para os homens que desenvolvem PAI (Croll, et al., 2002); 3) Como terceira conclusão, a timidez e/ ou ausência de pares pode também ter um papel importante no desenvolvimento de PAI, apesar de ainda não haver estudos que sustentem esta afirmação; e) Por último, o excesso ou baixo peso durante a infância parece também ser um FR importante a ter em consideração no estudo das PAI, nos homens e este dado é corroborado por Machado e colaboradores (2020).

Relativamente aos indivíduos com outras perturbações mentais, as principais conclusões são: 1) o perfeccionismo, a ansiedade escolar, a timidez e/ ou ausência de pares e a autoavaliação negativa poderão ser importantes FR a ter em conta. De acordo com a literatura da especialidade, em estudos conduzidos com participantes do sexo feminino, o perfeccionismo tem sido identificado como FR para o desenvolvimento de PAI (Machado, et al., 2014), ao contrário do que se verifica neste estudo. Os outros aspetos (ansiedade escolar, timidez e/ ou ausência de pares e autoavaliação negativa) não têm sido estudados pela literatura como possíveis FR para o desenvolvimento de outras perturbações mentais. Como segunda principal conclusão, a existência de problemas alimentares até aos 12 anos pode ter tido um papel importante no desenvolvimento de outra perturbação mental, que não uma PAI. Este dado não tem sido estudado pela literatura da especialidade, como sendo FR para outras perturbações mentais. Outro dado que não tem sido estudado pela literatura como sendo FR para outras perturbações mentais é a prática de exercício físico significativo, a terceira conclusão obtida. Com este estudo, foi possível verificar que a maioria dos participantes do GCP (quatro dos cinco) pratica exercício físico significativo. Este resultado é contrário ao que é apresentado pela literatura que tem demonstrado que indivíduos do sexo masculino com PAI, principalmente com AN, têm maior tendência a realizar exercício físico significativo (Murray, Griffiths, Rieger, & Touyz, 2014) como forma de melhorar a muscularidade (Kanayama, et al., 2006; Murray, et al., 2016)

Há conclusões que são possíveis ser identificadas em ambos os grupos (GC e GCP): 1) existência de história familiar de psicopatologia (quer em membros do primeiro grau – pai e mãe –, como noutros membros) (Crujo & Marques, 2009; Mataix-Cols, et al., 2013; Machado, et al., 2014; Taylor, 2013), 2) os acontecimentos de vida *stressantes* (por exemplo, morte de um ente querido) parecem ter um papel significativo no desenvolvimento de PAI e de qualquer perturbação mental (POC e PAG) (Gothelf, et al., 2004; Gonçalves e colaboradores, 2016; Machado e colaboradores, 2014; Real, et al., 2011) e 3) os acontecimentos precipitantes (ano

anterior ao desenvolvimento dos primeiros sintomas da perturbação, neste caso, PAI, POC e PAG) parece ser, igualmente, relevante (Gothelf, et al., 2004; Machado, et al., 2014; Rosso, et al., 2012).

Esta investigação abre caminho a estudos futuros que são necessários para explorar, de forma mais aprofundada, a relevância do estudo dos FR das PAI nos homens, no geral, e para a comparação entre as PAI e outras perturbações mentais, em específico. Contudo, dado o pequeno tamanho da amostra, apenas foram identificados dois FR comuns entre as PAI e outras perturbações mentais (POC e PAG) que foram experiência de acontecimentos de vida *stressantes* e história psiquiátrica ou psicopatologia na família (principalmente em familiares de primeiro grau). Também se tornam necessários estudos futuros para verificarem, ou não, a existência de outros FR comuns entre as PAI e outras perturbações mentais, dado que a literatura da especialidade identifica outros FR comuns, nomeadamente, negligência/ maus-tratos/ abuso sexual na infância (Ackard, et al., 2008; Brander, et al., 2016; Hettema, et al., 2005; Micali, et al., 2017; Miotto, et al., 2003; Real, et al., 2011; Rosso, et al., 2012), baixa autoestima (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Murray, et al., 2017), perda ou separação dos pais na infância (Alonso, et al., 2004; Gothelf, et al., 2004; Hettema, et al., 2005; Micali, et al., 2017), atitudes de hostilidade e rejeição (Alonso, et al., 2004; Micali, et al., 2017), intrusividade ou sobreenvolvimento (Alonso, et al., 2004; Brander, et al., 2016; Machado, et al., 2020; Micali, et al., 2017), falhas no suporte afetivo e conflitos familiares permanentes (Alonso, et al., 2004; Beekman, et al., 2000; Brander, et al., 2016; Jacobi, et al., 2004; Lennertz, et al., 2010).

É importante mencionar, a este passo, que o presente estudo inclui algumas limitações. Em primeiro lugar, o facto do estudo apresentado não ter sido o planeado, uma vez que devido à pandemia derivada do Covid-19, o acesso ao hospital onde se iria proceder à recolha de dados foi interdito para limitar o fluxo de pessoas. Em segundo lugar, devido ao tamanho da amostra ser de pequena dimensão, decorrente, igualmente, da situação supramencionada. Dada essa limitação, a terceira limitação, é a amostra do GCP não ser vasta nas diferentes perturbações mentais e apenas se centrar em duas das mais predominantes (POC e PAG). Em quarto lugar, e na sequência do já mencionado, o Covid-19 foi truncado o facto da amostra do GCP não ser constituída apenas por homens, tendo havido a necessidade de abdicar deste critério para a constituição do GCP. Em quinto lugar, o facto dos dados recolhidos das entrevistas serem baseadas no entrevistador, podendo haver vieses de investigador para investigador. Em sexto lugar, o facto de a informação recolhida na anamnese sobre a história familiar e presença de psicopatologia na família ser baseada apenas na informação que o participante refere e não se

conseguir contrabalançar a informação com múltiplos informadores. Em sétimo e último lugar, a impossibilidade de generalizar os dados obtidos, quer dos FR relacionados ao desenvolvimento de PAI, quer dos FR que são partilhados por diversas patologias.

Não obstante, o estudo ferido de limitações também apresenta pontos fortes e nevrálgicos no sentido de uma replicação, que não só justificam o caminho percorrido, mas ajuda à construção de conhecimento sobre uma realidade tão contemporânea, abrindo novos caminhos de inovação bem como novos campos de trabalho, nomeadamente, 1) a possibilidade de estudar mais especificamente os FR no desenvolvimento de PAI, nos homens; 2) o facto das outras perturbações mentais alvo de estudo terem sido duas das mais prevalentes; 3) o facto de ser o primeiro estudo sobre os FR de PAI nos homens com comparação com um grupo de controlo psiquiátrico que compara os FR; 4) este estudo abriu perspectivas para estudos futuros no campo dos FR das PAI, nos homens, bem como a utilização de grupos de controlo psiquiátricos para a comparação de FR; 5) o facto de para a recolha de dados utilizou-se uma entrevista semi-estruturada baseada no investigador construída para esse efeito (RFED e SCIEPD); e 6) o facto de quem administra estas entrevistas semiestruturadas e instrumentos utilizados no estudo são profissionais com formação específica.

Os resultados encontrados demonstram ser importantes para estudos futuros com recurso a amostras masculinas, amostras psiquiátricas e, posteriormente, comparação dos dados entre ambos os sexos para o estudo mais aprofundado da etiologia das PAI e dos FR que precedem o seu desenvolvimento, bem como a possibilidade de perceber se os FR que precedem o desenvolvimento das PAI são os mesmos para o desenvolvimento de qualquer outra perturbação mental.

Por fim, do ponto de vista das implicações para a prática clínica, é necessário ressaltar a importância imprescindível da continuação do estudo dos FR para o desenvolvimento de PAI em homens, para melhor compreender o que despoleta o desenvolvimento destas perturbações, bem como adequar medidas de prevenção, intervenção e tratamento. Outra implicação para a prática clínica muito importante será a continuação da natureza do estudo sobre os FR, por forma a desmitificar, com base científica, tudo que gravita em torno das PAI e levar, progressivamente, os homens a procurarem ajuda o mais precocemente possível, não se sentido alvo do estigma de que as PAI são perturbações do sexo feminino, quebrando desse modo os muros e ajudando a construir uma sociedade mais tolerante, predisposta e preocupada em ajudar a criar o bem-estar de todos.

Referências Bibliográficas

- Ackard, D., Fedio, G., Neumark-Sztainer, D., & Britt, H. (2008). Factors Associated with Disordered Eating Among Sexually Active Adolescent Males: Gender and Number of Sexual Partners. *Psychosomatic Medicine*, 70(2), 232-238. DOI: 10.1097/PSY.0b013e318164230c
- Ackard, D., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., French, S., & Story, M. (2001). Binge and Purge Behavior Among Adolescents: Associations with Sexual and Physical Abuse in a Nationally Representative Sample: the Commonwealth Fund Survey. *Child Abuse & Neglect*, 6, 771-785. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00238-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00238-1)
- Alonso, P., Menchón, J., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J., . . . Vallejo, J. (2004). Perceived Parental Rearing Style in Obsessive-Compulsive Disorder: Relation to Symptom Dimensions. *Psychiatry Research*, 127, 267-278. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2001.12.002>
- Andersen, A. (2014). A Brief History of Eating Disorders in Males. Em L. Cohn, & R. Lember, *Current Findings on Males with Eating Disorders* (pp. 4-10). New York: Routledge.
- Beaumont, P., Beardwood, C., & Russell, G. (1972). The Occurrence of the Syndrome of Anorexia Nervosa in Male Subjects. *Psychological Medicine*, 2, 216-231. <https://doi.org/10.1017/S0033291700042513>
- Beekman, A., Beurs, E., van Balkom, A., Deeg, D., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communality of Risk Factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.89>
- Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., Harrison, C., & Mond, J. (2015). Sex Differences in Psychosocial Impairment Associated with Eating Disorder Features in Adolescents: A School-Based Study. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.22396>

- Bouça, D., & Sampaio, D. (2002). Avaliação Clínica nas Doenças do Comportamento Alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4. <https://www.redalyc.org/pdf/287/28740209.pdf>
- Brander, G., Pérez-Vigil, A., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2016). Systematic Review of Environmental Risk Factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A Proposed Roadmap from Association to Causation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 65, 36-62. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.011>
- Braun, D., Sunday, S., & Halmi, K. (1994). Psychiatric Comorbidity in Patients with Eating Disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867. <https://doi.org/10.1017/S0033291700028956>
- Brown, C., & Mehler, P. (2013). Medical Complications of Self-Induced Vomiting. *Eating Disorders*, 21, 287-294. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.797317>
- Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J., & Joyce, P. (1997). Eating Disorders and Antecedent Anxiety Disorders: A Controlled Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(2), 101-107. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09913.x>
- Carlat, D., & Camargo, C. (1991). Review of Bulimia Nervosa in Males. *American Journal of Psychiatry*, 148(7), 831-843. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.7.831>
- Carlat, D., Camargo, C., & Herzog, D. (1997). Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1127-1132.
- Carmo, I. (1997). *Magros, Gordinhos e Assim-Assim. Perturbações Alimentares nos Jovens*. Porto: Edinter.
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma Abordagem Contextual*. Braga: Psiquilíbrios.
- Coelho, J., Kumar, A., Kilvert, M., Kunkel, L., & Lam, P. (2015). Male Youth With Eating Disorders: Clinical and Medical Characteristics of a Sample of Inpatients. *Eating Disorders*, 23(5), 455-461. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1027119>
- Crisp, A., Gowers, S., Joughin, N., McClelland, L., Rooney, B., Nielsen, S., . . . Hartman, D. (2006). Anorexia Nervosa in Males: Similarities and Differences to Anorexia Nervosa in Females. *European Eating Disorders Review*, 14, 163-167. <https://doi.org/10.1002/erv.703>

- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and Risk and Protective Factors Related to Disordered Eating Behaviors Among Adolescents: Relationship to Gender and Ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 31*, 166-175. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00368-3](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00368-3)
- Crow, S., Agras, W., Halmi, K., Mitchell, J., & Kraemer, H. (2002). *Full Syndromal Versus Subthreshold Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: A Multicenter Study*. New York: Wiley Inter-Science.
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais-ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 25(5)*, pp. 576-582. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10675>
- Dahlgren, C., & Wisting, L. (2016). Transitioning from DSM-IV to DSM-5: A Systematic Review of Eating Disorder Prevalence Assessment. *International Journal of Eating Disorders, 49(11)*, 975-997. <https://doi.org/10.1002/eat.22596>
- Darcy, A. (2011). Eating Disorders in Adolescent Males: An Critical Examination of Five Common Assumptions. *Adolescent Psychiatry, 1*, 307-312.
- Darcy, A., Doyle, A., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P., & Le Grange, D. (2012). The Eating Disorders Examination in Adolescent Males with Anorexia Nervosa: How Does It Compare to Adolescent Females? *International Journal of Eating Disorders, 45(1)*, 110-114. <https://doi.org/10.1002/eat.20896>
- DeWitt, J., & Attia, E. (2017). Anorexia Nervosa. Em T. Wade, *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 13-16). Australia: Springer.
- Dixe, M. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica, 25(4)*, 559-569.
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P., & Suris, J. (2009). Disordered Eating Behaviors: What About Boys? *Journal of Adolescent Health, 44*, 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.07.019>
- Eisenberg, M., Neumark-Sztainer, D., & Paxton, S. (2006). Five-Year Change in Body Satisfaction Among Adolescents. *Journal of Psychosomatic Research, 61(4)*, 521-527. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.05.007>

- Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive Behavioural Therapy for Eating Disorders: A "Transdiagnostic" Theory and Treatment. *Behavior Research and Therapy*, *41*, 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- 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
- Godart, N., Flament, M., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Comorbidity and Chronology of Appearance. *European Psychiatry*, *15*, 38-45. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00212-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00212-1)
- 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*, *24*(3), 197-205. <https://doi.org/10.1002/erv.2434>
- Goodman, R., & Scott, S. (2012). Anxiety Disorders. Em R. Goodman, & S. Scott, *Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. Third Edition). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T., & Apter, A. (2004). Life Events and Personality Factors in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder and Other Anxiety Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *45*(3), 192-198. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.02.010>
- Gueguen, J., Godart, N., Chambry, J., Brun-Eberentz, A., Foulon, C., Divac, S., . . . Huas, C. (2012). Severe Anorexia Nervosa in Men: Comparison with Severe AN in Women and Analysis of Mortality. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(4), 537-545. <https://doi.org/10.1002/eat.20987>
- Harb, G., Heimberg, R., Fresco, D., Schneier, F., & Liebowitz, M. (2002). The Psychometric Properties of the Interpersonal Sensitivity Measure in Social Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(8), 961-979. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00125-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00125-5)
- Harrison, P., Cowen, P., Burns, T., & Fazel, M. (2018). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry* (Vol. Seventh Edition). United Kingdom: Oxford.
- Heaner, M., & Walsh, B. (2013). A History of the Identification of the Characteristic Eating Disturbances of Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and Anorexia Nervosa. *Appetite*, *71*, 445-448. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.001>

- Hettema, J., Prescott, C., Myers, J., Neale, M., & Kendler, K. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, *62*(2), pp. 182-189. DOI:10.1001/archpsyc.62.2.182
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H., & Kessler, R. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *61*(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H., & Agras, W. (2004). Coming to Terms with Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, *130*(1). <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J., & Pope, H. (2006). Body Image and Attitudes Toward Male Roles in Anabolic-Androgenic Steroid Users. *American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 697-703.
- Keel, P., & Forney, K. (2013). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(5), 433-439. <https://doi.org/10.1002/eat.22094>
- Kendler, K., Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J., & Prescott, C. (2000). Childhood Sexual Abuse and Adult Psychiatric and Substance Use Disorders in Women: An Epidemiological and Cotwin Control Analysis. *Archives of General Psychiatry*, *57*(10), 953-959. DOI:10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kostanski, M., Fisher, A., & Gullone, E. (2004). Current Conceptualisation of Body Image Dissatisfaction: Have we got it wrong? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(7), 1317-1325. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00315.x>
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H., Smit, J., Spinhoven, P., van Balkom, A., . . . Penninx, B. (2011). Comorbidity Patterns of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Cohort Study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry*, *72*(3), 341-348.
- Lavender, J., Brown, T., & Murray, S. (2017). Men, Muscles, and Eating Disorders: an Overview of Traditional and Muscularity-Oriented Disordered Eating. *Current Psychiatry Reports*.
- Lennertz, L., Grabe, H., Ruhrmann, S., Rampacher, F., Vogele, A., Schulze-Rauschenbach, S., . . . Wagner, M. (2010). Perceived Parental Rearing in Subjects with Obsessive-

- Compulsive Disorder and Their Siblings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(4), 280-288. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01469.x>
- Lie, S., & Bang, L. (2019). Is Bullying and Teasing Associated with Eating Disorders? A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 497-514. <https://doi.org/10.1002/eat.23035>
- Lock, J. (2009). Trying to Fit Square Pegs in Round Holes: Eating Disorders in Males. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.11.001>
- 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. (2017). *Semi-Structured Clinical Interview for the Evaluation of Puberty Development*. Unpublished Manuscript.
- 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-Studies on Anorexia, Nervosa and Obesity*, 21(2), 185-197. DOI 10.1007/s40519-015-0236-6
- Machado, B., Gonçalves, S., Martins, C., Hoek, H., & Machado, P. (2014). Risk Factors and Antecedent Life Events in the Development of Anorexia Nervosa: A Portuguese Case-Control Study. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 243-251. <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., Machado, B., Gonçalves, S., & Hoek, H. (2007). The Prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-217. <https://doi.org/10.1002/eat.20358>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Mataix-Cols, D., Boman, M., Monzani, B., Rück, C., Serlachius, E., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2013). Population-Based, Multigenerational Family Clustering Study

- of Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA Psychiatry*, 70(7), 709-717. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2013.3
- Micali, N., Martini, M., Thomas, J., Eddy, K., Kothari, R., Russell, E., . . . Treasure, J. (2017). Lifetime and 12-Month Prevalence of Eating Disorders Amongst Women in Mid-Life: A Population-Based Study of Diagnoses and Risk Factors. *BMC Medicine*, 15(12).
- Miotto, P., Coppi, M., Frezza, M., Petretto, D., Masala, C., & Preti, A. (2003). Eating Disorders and Aggressiveness Among Adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 183-189. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00121.x>
- 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).
- Muise, A., Stein, D., & Arbess, G. (2003). Eating Disorders in Adolescent Boys: A Review of the Adolescent and Young Adult Literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 427-435. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(03\)00060-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00060-0)
- Murray, S., Griffiths, S., & Mond, J. (2016). Evolving Eating Disorder Psychopathology: Conceptualising Muscularity-Oriented Disordered Eating. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 414-415. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168427>
- Murray, S., Griffiths, S., & Nagata, J. (2018). Community-Based Eating Disorder Research in Males: A Call to Action. *Journal of Adolescent Health*, 62, 649-650.
- Murray, S., Griffiths, S., Mitchison, D., & Mond, J. (2016). The Transition from Thinness-Oriented to Muscularity-Oriented Disordered Eating in Adolescent Males: A Clinical Observation. *Journal of Adolescent Health*, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.014>
- Murray, S., 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>

- Norris, M., Apsimon, M., Harrison, M., Obeid, N., Buchholz, A., Henderson, K., & Spettigue, W. (2012). An Examination of Medical and Psychological Morbidity in Adolescent Males With Eating Disorders. *Eating Disorders, 20*, 405-415. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715520>
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the Eating Disorders. Understanding the Overlap. *Clinical Psychology Review, 28*, 366-386. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.001>
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., & Hoek, H. (2014). A Review of Eating Disorders in Males. *Current Opinion in Psychiatry, 27(6)*, 426-430. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000113
- Real, E., Labad, J., Alonso, P., Segalàs, C., Jiménez-Murcia, S., Bueno, B., . . . Menchón, J. (2011). Stressful Life Events at Onset of Obsessive-Compulsive Disorder are Associated with a Distinct Clinical Pattern. *Depression and Anxiety, 28(5)*, 367-376. <https://doi.org/10.1002/da.20792>
- Ribeiro, M., Conceição, E., Vaz, A., & Machado, P. (2014). The Prevalence of Binge Eating Disorder in a Sample of College Students in the North of Portugal. *European Eating Disorders Review, 22(3)*, 185-190. <https://doi.org/10.1002/erv.2283>
- Ricciardelli, L., & McCabe, M. (2004). A Biopsychosocial Model of Disordered Eating and the Pursuit of Muscularity in Adolescent Boys. *Psychological Bulletin, 130(2)*, 179-205. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.179>
- Rosso, G., Albert, U., Asinari, G., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Stressful Life Events and Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical Features and Symptom Dimensions. *Psychiatry Research, 197(3)*, 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.005>
- Saraiva, J., Guerra, J., & Mansilha, H. (2014). Perturbações do Comportamento Alimentar II. Em P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 241-261). Lisboa: Lidel.
- Striegel-Moore, R., & Bulik, C. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist, 62(3)*.
- Striegel-Moore, R., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G., May, A., & Kraemer, H. (2009). Gender Difference in the Prevalence of Eating Disorder Symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 42(5)*, 471-474. <https://doi.org/10.1002/eat.20625>

- Taylor, S. (2013). Molecular Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder: A Comprehensive Meta-Analysis of Genetic Association Studies. *Molecular Psychiatry*, 18, 799-805.
- Touyz, S., Kopec-Schrader, E., & Beumont, P. (1993). Anorexia Nervosa in Males: A Report of 12 Cases. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatric*, 27(3), 512-517. <https://doi.org/10.3109/00048679309075811>
- Travis, K., & Golden, N. (2017). Adolescent Anorexia Nervosa, Abnormal White Matter Properties in. Em T. Wade, *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 8-12). Australia: Springer.
- Turk, J., Graham, P., & Verhulst, F. (2007). Emotional Development and Disorders of Mood. Em J. Turk, P. Graham, & F. Verhulst, *Child and Adolescent Psychiatry: A Developmental Approach* (Vol. Fourth Edition, pp. 221-247). New York: Oxford University Press.
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven, L., . . . Probst, M. (2014). A Systematic Review of Psychosocial Therapy Interventions for Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Disability and Rehabilitation*, 36(8), 628-634. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.808271>
- 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)
- Wilcox, H., Grados, M., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu III, O., Pinto, A., . . . Nestadt, G. (2008). The Association Between Parental Bonding and Obsessive Compulsive Disorder in Offspring at High Familial Risk. *Journal of Affective Disorders*, 111(1), 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.025>