



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Fatores de Risco Associados ao Início Precoce das Perturbações do Comportamento Alimentar

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Márcia Daniela Oliveira da Cunha

sob orientação de

Professora Doutora Bárbara César Machado

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, Julho de 2014

“A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

É, desta forma, que agradeço a todas as pessoas que, durante este ano, passaram pela minha vida e deixaram um pouco de si. Porque apesar do processo de escrita de uma Dissertação de Mestrado poder parecer, *a priori*, um processo solitário, reúne contributos de muitos, que devem ser identificados.

Um especial agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Bárbara César Machado, pelos preciosos conhecimentos na área dos fatores de risco, os quais se constituíram indubitáveis linhas orientadoras a todo o trabalho. Agradeço a sua confiança, motivação constante e dedicação. Agradeço todas as palavras de incentivo que se constituíram um alento extra para a concretização deste projeto.

Agradeço, de igual forma, à equipa do Centro Hospitalar São João do Porto, em especial ao Dr. Roma-Torres, à Dra. Isabel Brandão, à Dra. Patrícia Nunes e à Dra. Sofia Duarte Silva por facilitarem o trabalho de recolha de dados. Obrigada pelos conhecimentos partilhados e pelas palavras de incentivo.

Um especial agradecimento às doentes do Centro Hospitalar São João pela sua disponibilidade em participar no presente estudo.

À minha especial amiga Filipa Soares por caminhar ao meu lado neste percurso. As suas palavras de reconhecimento constituíram-se como uma força motriz e de alento para a realização desta dissertação.

Aos meus pais, o mais profundo e sincero agradecimento. Um agradecimento pelo amor incondicional. Obrigada por acreditarem, sempre, nas minhas capacidades e me amparem em momentos de algum desalento.

Ao meu namorado, por ser o meu porto seguro. Obrigada pela compreensão, principalmente em relação aos projetos que adiámos. Acredito, todavia, que nos será possível colher frutos desta etapa.

À minha madrinha, um verdadeiro pilar.

Aos meus amigos, em geral, um agradecimento profundo por estarem sempre do meu lado mesmo quando, fisicamente, me foi difícil durante esta etapa estar do vosso.

RESUMO

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) têm sido consensualmente descritas como um problema grave que afeta, sobretudo, adolescentes e mulheres jovens (Stice, 2002). A sua etiologia é multifatorial (Cooper, 1995), não se conhecendo, todavia, até à atualidade, se existem Fatores de Risco (FR) que distinguem o início das PCA em Início Precoce das PCA em Início Típico. **OBJETIVO:** o presente estudo teve como objetivo perceber se existem FR que distinguem o início das PCA em Início Precoce das PCA em Início Típico. Para tal, tentou-se perceber se existem FR associados ao início das PCA em idade precoce e se existem FR associados ao início das PCA em idade típica. **MÉTODO:** Participaram neste estudo 42 mulheres com diagnóstico atual de PCA (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva), cuja confirmação diagnóstica foi realizada através do *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000). Após definição dos 15 anos como ponte de corte relativo à *Idade Index* (idade de início dos primeiros sintomas alimentares), constituíram-se dois grupos, um correspondente às PCA em Idade Precoce (<15 anos) e outro correspondente às PCA em Idade Típica (≥15 anos). A recolha de dados relativos aos FR foi efetuado recorrendo à *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990). **RESULTADOS:** Identificaram-se três FR associados ao início das PCA em Idade Típica (ser alto ou baixo com preocupação associada; ocorrência de situações de gozo, ameaçadoras e comparação com a forma física das irmãs). Em relação às PCA em Início Precoce foram identificados dez FR associados (crescer em meio rural; dieta no grupo de pares; "sentir-se enorme"; crescimento do peito em idade precoce; problemas familiares não resolvidos; ser alto ou baixo, comparativamente ao grupo de pares, com preocupação associada; realização de dietas por familiares; familiares com baixo peso; comentários negativos relativos à alimentação concretizados por familiares e comentários negativos relativos ao peso e forma corporais concretizados por outros, que não familiares).

Palavras-Chave: Fatores de Risco, Início Típico, Início Precoce, Perturbações do Comportamento Alimentar, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva.

ABSTRACT

Eating disorders (ED) have been consensually described as a serious problem, which affects, mostly teenagers and younger women (Stice, 2002). Their etiology is multifactorial (Cooper, 1995), and until now we can't distinguish between early onset risk factors from typical onset risk factors. **Aim:** the present study had as purpose to understand if there are ED Risk Factors (RF) which distinguishes early onset from typical onset. To do so, attempts were made to understand if there's RF's associated to the early onset of ED in premature ages and if it exists RF related to the beginning of ED in typical ages. **Method:** In this study, 42 women participate with an up-to-date ED diagnostic (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder), in which, diagnostic confirmation was realized through *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000). After definition of 15 years cut of Index age (initial age of first eating symptoms), two groups were established, one corresponding to ED in Early Onset (<15 years) and another which corresponds to ED in Typical Onset (≥15 years). Data collection concerning RF was performed using *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990). **Results:** Three RF related to the beginning of ED in Typical Onset were identified (being tall or short with preoccupation; being teased, threatening and comparison with physical form of the sisters). Concerning ED in Early Onset, ten related RF were identified (growing in rural areas; pair groups diet; "feeling huge"; breast growth at an early age; family problems not solved; being tall or short, compared to the pair group, with concerning associated; family diet realization; family with low weight; negative comments from family members concerning meals and negative comments performed by others than family concerning weight and body shape).

Keywords: Risk Factors, Typical Onset, Early Onset, Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vi
Índice de Quadros.....	viii
GLOSSÁRIO.....	x
INTRODUÇÃO.....	1

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Caracterização das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	
1.1. Classificação e diagnóstico das PCA.....	3
1.2. Caracterização clínica das PCA.....	7
1.3. Dados epidemiológicos das PCA: incidência, prevalência e mortalidade.....	11
2. Fatores de risco associados ao início das PCA.....	13
3. Perturbações do Comportamento Alimentar: Início Precoce vs. Início Típico	
3.1. Idade de início dos primeiros sintomas para o desenvolvimento de PCA e idade de início do diagnóstico clínico.....	20
3.2. Fatores de risco associados ao início precoce das PCA.....	22

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO: Fatores de risco associados ao início precoce das Perturbações do Comportamento Alimentar

1. Objetivos e Hipóteses de Investigação.....	24
2. Metodologia	
2.1. Sujeitos.....	24
2.2. Instrumentos	
2.2.1. <i>Eating Disorders Examination/EDE</i> , 14ª edição - Versão 14.3 (Fairburn & Cooper, 2000; traduzido e adaptado por Machado, 2001).....	26
2.2.2. <i>Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule/RFED</i> (Fairburn & Welch, 1990; traduzida e adaptada por Gonçalves e colaboradores, 2001).....	27
2.3. Procedimento de recolha de dados.....	29
2.4. Procedimento de tratamento de dados.....	30

3. Análise estatística	
3.1. Resultados descritivos da amostra.....	31
3.2. Resultados relativos aos FR associados ao início da sintomatologia do comportamento alimentar em Idade Precoce vs. Idade Típica.....	32
4. Discussão dos Resultados.....	41
5. Conclusões.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

ÍNDICE DE QUADROS

Tabela 1

*Critérios de Diagnóstico do **DSM-5** para a Anorexia Nervosa (APA, 2013)*.....4

Tabela 2

*Critérios de Diagnóstico do **DSM-5** para a Bulimia Nervosa (APA, 2013)*.....5

Tabela 3

*Critérios de Diagnóstico do **DSM-5** para a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (APA, 2013)*.....6

Quadro 1

Caraterização sociodemográfica da amostra.....25

Quadro 2

Diagnóstico clínico dos sujeitos.....26

Quadro 3

Caraterização da amostra (peso, altura e IMC).....31

Quadro 4

Definição da Idade Index de acordo com os resultados da análise de frequências.....32

Quadro 5

Caraterização da Idade Index no grupo de Início Precoce e no grupo de Início Típico.....32

Quadro 6

Teste de Qui-Quadrado relativo aos Fatores de Risco nos domínios: Caraterísticas da infância, Fatores de Risco adicionais e Acontecimentos disruptivos.....36

Quadro 7

Teste de Qui-Quadrado relativo aos Fatores de Risco nos domínios: Família e Comportamento Alimentar, Próprio e Comportamento Alimentar.....39

Quadro 8

Teste de Qui-Quadrado relativo aos Fatores de Risco nos domínios: Outros e Comportamento Alimentar e Outros (não familiares) e Comportamento Alimentar.....40

GLOSSÁRIO

AN	Anorexia Nervosa
APA	American Psychiatric Association
BN	Bulimia Nervosa
EDE	Eating Disorders Examination
FR	Fator de Risco/Fatores de Risco
IAC	Ingestão Alimentar Compulsiva
IP	Início Precoce
IT	Início Típico
PIAC	Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva
IMC	Índice de Massa Corporal
PCA	Perturbação do Comportamento Alimentar
PACAE	Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar Específicas
PACANE	Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar Não Específicas
RFED	Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

INTRODUÇÃO

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são uma das mais comuns perturbações psiquiátricas enfrentadas por mulheres jovens e adolescentes e que revelam elevadas taxas de cronicidade e recaída (Stice, 2002). Como tal, encontram-se entre as 10 principais causas de incapacidade nesse grupo etário (Striegel-Morre & Bulik, 2007).

Keski-Rahkonen e colaboradores (2007), confirmam o início da sintomatologia alimentar tipicamente circunscrito a meio da adolescência identificando, mais especificamente, o período entre os 15 e os 19 anos como sendo o mais propício para o início das PCA.

No entanto, apesar das PCA serem reconhecidas como entidades nosológicas há já duas décadas (Collier & Treasure, 2004), os Fatores de Risco (FR), a etiologia e o curso das mesmas permanecem ainda por esclarecer, sobretudo no que concerne à Anorexia Nervosa (AN) (Keski-Rahkonen et al., 2007). Com o intuito de facilitar e uniformizar a terminologia utilizada em estudos cujo objetivo é identificar e compreender os FR associados ao início das PCA, Kraemer e Kazdin (Kraemer et al., 1997) introduzem definições concretas deste conceito, as quais serão adotados no presente estudo.

Neste sentido, parece premente reconhecer a importância de estudar os FR associados ao início das PCA, uma vez que a sua identificação permite diminuir o estigma associado a estas perturbações (pois, assim sendo, as causas passam a ser vistas como sendo extrínsecas ao controlo dos sujeitos), bem como identificar grupos de alto risco ou delinear intervenções mais específicas (Striegel-Moore & Bulik, 2007). De salientar o facto de, até à data, serem os estudos retrospectivos que evidenciaram ter maior eficácia estatística (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras, 2004), o que fundamenta a escolha do nosso estudo.

No entanto, apesar do que acaba de ser apresentado, estudos que recorreram à RFI (*Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule/RFED*; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001) como instrumento de avaliação nas PCA (Fairburn, 1997, 1998, 1999; Pike, 2009), identificaram que os primeiros sintomas alimentares surgem alguns anos antes do cumprimento dos critérios para diagnóstico clínico. É, com base nesta fundamentação, que o objetivo do presente estudo se baseia (identificar os FR que se associam ao início precoce das PCA), uma vez que, identificando os FR que precedem o início dos primeiros sintomas alimentares, ficamos com um hiato temporal até ao diagnóstico das PCA que nos permite definir intervenções em fase mais precoce e, segundo Attia e Walsh (2007), diminuir o prejuízo no funcionamento global das jovens.

Neste sentido, o presente estudo pretende identificar os FR associados ao início precoce das PCA e, para tal, recorrer-se-á a uma amostra de 42 sujeitos do género feminino que são, atualmente, acompanhados por Psiquiatria na consulta de especialidade de PCA, do Centro Hospitalar São João do Porto. Assim sendo, todas as participantes cumprem, à data de avaliação, critérios para diagnóstico de PCA (AN, Bulimia Nervosa (BN) ou Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC)).

O presente estudo é constituído por três partes complementares: (1) Enquadramento Teórico, onde será realizada uma revisão atual da literatura que contemple os assuntos mais pertinentes para a compreensão e integração do presente estudo; (2) Estudo empírico, onde serão descritos os resultados estatística e marginalmente significativos e, por fim, (3) Discussão e conclusões que integrem concomitantemente os resultados obtidos no nosso estudo e os principais resultados presentes na literatura.

No que concerne especificamente ao Enquadramento Teórico, num primeiro momento, este irá contemplar uma revisão bibliográfica referente à classificação e diagnóstico das PCA, à sua caracterização clínica e dados epidemiológicos relativos à incidência, prevalência e mortalidade das mesmas. Num segundo momento serão abordados os FR associados ao início das PCA e, por fim, a distinção entre as PCA em Início Precoce (IP) e as PCA em Início Típico (IT), distinguindo a idade de início dos primeiros sintomas para o desenvolvimento de PCA e idade de início do diagnóstico clínico.

Relativamente ao Estudo Empírico ele é dedicado à discriminação da metodologia, resultados, discussão e conclusões. Neste sentido, em relação à metodologia, será apresentada uma breve caracterização da amostra clínica; instrumentos utilizados, EDE - *Eating Disorders Examination/EDE*, 14ª edição - Versão 14.3 (Fairburn & Cooper, 2000; traduzido e adaptado por Machado, 2001) e RFED - *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule/RFED* (Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001) e procedimentos efetuados na recolha e tratamento de dados (através do programa estatístico IBM® SPSS®, versão 22.0). Seguem-se os principais resultados obtidos: (1) resultados descritivos da amostra (ao nível dos aspetos sociodemográficos) e (2) Resultados relativos aos FR associados ao início da sintomatologia do comportamento alimentar em IP e ao início da sintomatologia do comportamento alimentar em IT.

Para finalizar, serão discutidos os resultados e identificadas algumas conclusões decorrentes do nosso estudo, realizadas à luz da literatura atual. Neste sentido, será ainda pertinente refletir sobre as principais dificuldades identificadas no decorrer do nosso estudo, bem como elaborar sugestões que permitam superá-las em estudos posteriores.

CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Caracterização das Perturbações do Comportamento Alimentar

1.1. Classificação e Diagnóstico das PCA

As PCA são, atualmente, vistas como uma questão de Saúde Pública de importância primordial (Chavez & Insel, 2007) que, apesar de descritas na literatura há alguns anos, se tornam reconhecidas como entidades diagnósticas apenas nas últimas duas décadas (Collier & Treasure, 2004; Machado, 2010).

Cinco categorias nosológicas, com início característico na adolescência e início da idade adulta, são identificadas no atual DSM-5 (APA, 2013): Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar Específicas (PACAE) e Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar Não Específicas (PACANE) (*idem*).¹

Os critérios de diagnóstico atualmente sustentados pela *American Psychiatric Association (ibidem)*, referentes à AN, incluem restrição na ingestão de energia relativamente às necessidades, conduzindo a um baixo peso corporal significativo no contexto da idade, sexo, trajetória desenvolvimental e saúde física do sujeito²; medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere com o ganho de peso, mesmo quando o sujeito se encontra com um significativo baixo peso; perturbação na apreciação do peso e forma corporais, indevida influência do peso e forma corporais na autoavaliação do sujeito, ou negação da gravidade do emagrecimento significativo atual.

No entanto, torna-se relevante a distinção entre os dois subtipos desta PCA, uma vez que esta pode assumir um carácter restritivo (AN-R) ou um carácter purgativo/ingestão alimentar compulsiva (AN-P). Os casos em que, durante os últimos três meses, o sujeito não recorre regularmente à ingestão alimentar compulsiva (IAC) ou a comportamentos purgativos (i.e. vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas) assumem um carácter restritivo, descrevendo situações em que a perda de peso é conseguida, primariamente, através de dieta, jejum e/ou exercício físico excessivo. Por outro lado, situações em que, durante os últimos três meses, os indivíduos se tenham envolvido em episódios recorrentes de IAC ou comportamentos purgativos (i.e. vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas) caracterizam o subtipo ingestão alimentar compulsiva/purgativo (*ibidem*).

No entanto, parece relevante referir que a migração entre os dois subtipos de AN não é incomum e, assim sendo, a descrição do subtipo deverá ser usada para descrever os

¹ De salientar o facto de que, apesar do atual DSM-5 (APA, 2013) ter agrupado as perturbações da alimentação da infância com as PCA, o nosso estudo referir-se-á apenas às PCA.

² O baixo peso significativo é definido como o peso que é inferior ao mínimo normal ou, no caso das crianças e adolescentes, inferior ao mínimo expectável.

sintomas atuais e não o curso longitudinal. Por exemplo, Eddy e colaboradores (2008), evidenciaram que apenas 12% das doentes com diagnóstico de AN-R nunca haviam apresentado episódios de IAC ou comportamentos purgativos sendo que, em 62% dos casos classificados como de subtipo restritivo, pela mudança de características clínicas ocorridas ao longo do tempo, foi possível um diagnóstico posterior de AN-P.

De salientar, ainda, a existência de 4 níveis de severidade que refletem a sintomatologia somática, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão: Leve ($IMC^3 \geq 17 \text{ kg/m}^2$); Moderado ($IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$); Severo ($IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$) e Extremo ($IMC < 15 \text{ kg/m}^2$).

Tabela 1. Critérios de Diagnóstico do **DSM-5** para a Anorexia Nervosa (APA, 2013)

-
- A. Restrição na ingestão de energia relativamente às necessidades, conduzindo a um baixo peso corporal significativo para o contexto da idade, sexo, trajetória desenvolvimental e saúde física. Baixo peso significativo é definido como o peso que é inferior ao mínimo normal ou, no caso das crianças e adolescentes, inferior ao mínimo expectável.
- B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere com o ganho de peso, mesmo quando o peso é insuficiente.
- C. Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na autoavaliação ou negação da gravidade do grande emagrecimento atual.
-

Em relação à BN, e para que possa ser feito diagnóstico desta PCA segundo o atual DSM-5 (APA, 2013), o sujeito tem de se envolver em episódios de IAC sendo que, um episódio deste tipo, se caracteriza por: comer, num período limitado de tempo (e.g. durante um período de 2 horas) uma quantidade de comida que é definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos comeria num período similar de tempo e sob circunstâncias similares; sentimento de falta de controlo sobre a alimentação durante o episódio (sentimento de que não consegue parar de comer ou controlar o quanto está a comer) (Fairburn, 2008), sendo que estes episódios são acompanhados, normalmente, por métodos compensatórios (i.e. vômito autoinduzido, uso excessivo de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos) cujo desiderato é prevenir o ganho de peso.

Em casos de diagnóstico de BN os sujeitos colocam uma ênfase excessiva na forma e peso corporais relativa à sua autoavaliação, e estes fatores são tipicamente de importância extrema na determinação da autoestima. Sujeitos com esta perturbação podem assemelhar-se a outros com diagnóstico de AN no medo de ganhar peso, no desejo de perder peso e no nível de insatisfação com o corpo. Para que o diagnóstico de BN possa ser realizado os episódios de IAC e os comportamentos compensatórios inapropriados devem ocorrer, em média, pelo menos uma vez por semana, durante 3 meses. No entanto, o

³ O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma forma de representar o peso em relação à altura. Corresponde à divisão do peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros): $\text{peso}/\text{altura}^2$

diagnóstico de BN não deve ser feito quando a perturbação ocorre apenas durante episódios de AN.

À semelhança do que ocorre em casos de diagnóstico de AN, a existência de 4 níveis de severidade reflete a sintomatologia somática, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão em casos de BN: Leve (uma média de 1-3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana); Moderado (uma média de 4-7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana); Severo (uma média de 8-13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana) e Extremo (uma média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana) (APA, 2013).

Tabela 2. Critérios de Diagnóstico do **DSM-5** para a *Bulimia Nervosa* (APA, 2013)

A. Episódios recorrentes de IAC. Um episódio de IAC é caracterizado por ambas as situações:

1. Comer, num período limitado de tempo (e.g. durante um período de 2 horas) uma quantidade de comida que é definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos comeria num período similar de tempo e sob circunstâncias similares.

2. Sentimento de falta de controlo sobre a alimentação durante o episódio (i.e. sentimento de que não consegue parar de comer ou controlar o quanto está a comer).

B. Comportamentos compensatórios inapropriados e recorrentes com o objetivo de prevenir o ganho de peso, tais como vômito autoinduzido, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos.

C. Ambos os episódios de IAC e comportamentos compensatórios ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana, durante 3 meses.

D. A autoavaliação é, indevidamente, influenciada pela forma e peso corporais.

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de AN.

A característica essencial da PIAC são os episódios recorrentes de IAC que devem ocorrer, em média, pelo menos uma vez por semana, durante 3 meses, salientando, no entanto, que o contexto em que o episódio ocorre poderá afetar a estimativa de quando é que a ingestão é considerada excessiva (e.g. épocas festivas). Concomitantemente, a ocorrência de um consumo excessivo de comida deverá ser acompanhada pelo sentimento de falta de controlo para que seja considerado um episódio de IAC (Fairburn, 2008). Um indicador de perda de controlo é a incapacidade de evitar comer ou de parar de comer uma vez tendo começado. O tipo de comida consumida durante os episódios varia entre os indivíduos. Os episódios de IAC caracterizam-se mais por uma anormalidade relativa à quantidade de comida ingerida do que pelo desejo de um nutriente específico.

Os episódios de IAC devem ser caracterizados por marcado *stress* associado e três das seguintes características: comer muito mais rápido do que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades de comida mesmo não sentido fisicamente fome, comer sozinho devido ao sentimento de vergonha pela quantidade ingerida, sentir-se desgostoso consigo mesmo, deprimido ou muito culpado, causando

sofrimento intenso (APA, 2013). Esta forma de ingestão parece o resultado de um padrão de dieta rígida e intensa, adotada por estes sujeitos, colocando-os assim numa contínua pressão psicológica, no que respeita ao ato de comer (Machado, Gonçalves, Machado, Santos & Santos, 2001).

De referir que o que distingue a categoria diagnóstica da BN da PIAC é a ausência de comportamentos compensatórios característicos da BN (APA, 20013).

O nível mínimo de severidade é baseado na frequência de episódios de IAC; no entanto, o nível de severidade poderá aumentar para refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional: Leve (1-2 episódios de IAC por semana); Moderado (4-7 episódios de IAC por semana); Severo (8-13 episódios de IAC por semana) e Extremo (14 ou mais episódios de IAC por semana) (*idem*).

Tabela 3. Critérios de Diagnóstico do DSM-5 para a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (APA, 2013)

A. Episódios recorrentes de IAC. Um episódio de IAC é caracterizado por dois dos seguintes:

1. Comer, num período determinado de tempo (e.g. no período de 2 horas), uma quantidade de comida que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas conseguiria comer num período similar de tempo, sob as mesmas circunstâncias.

2. Uma sensação de perda de controlo sobre a comida durante o episódio (e.g. sentir que não consegue parar de comer ou controlar o que ou quanto é ingerido).

B. Os episódios de IAC estão associados a 3 (ou mais) dos seguintes:

1. Comer muito mais rápido do que o normal;

2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio;

3. Comer grandes quantidades de comida mesmo não sentido fisicamente fome;

4. Comer sozinho devido ao sentimento de vergonha pela quantidade ingerida;

5. Sentir-se desgostoso consigo mesmo, deprimido ou muito culpado posteriormente.

C. Sofrimento associado em relação à presença dos episódios de IAC;

D. Os episódios de IAC ocorrem, em média, 1 vez por semana, no mínimo durante 3 meses;

E. Os episódios de IAC não estão associados ao recorrente uso de comportamentos compensatórios inapropriados como acontece na BN e não ocorre exclusivamente durante o curso de BN ou AN.

No entanto, para além das três entidades nosológicas anteriormente descritas, o DSM-5 (APA, 2013) identifica, ainda, outras duas categorias diagnósticas que correspondem às PACAE e às PACANE. As primeiras, incluem situações nas quais as características sintomáticas causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento, mas que não cumprem todos os critérios para as PCA já mencionadas anteriormente (*idem*). Nesta categoria inclui-se a AN atípica, a BN de baixa frequência ou de duração limitada, PIAC de baixa frequência ou de duração limitada e a Perturbação Purgativa. A segunda, aplica-se a situações em que as características dos problemas alimentares causam mal-estar significativo ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento do sujeito, mas que não cumprem critérios para serem incluídas em nenhuma das categorias anteriores.

Esta categorização é usada em situações em que a informação disponível é insuficiente para que seja realizado um diagnóstico mais específico (*ibidem*).

1.2. Caracterização Clínica das PCA

As PCA são uma das mais comuns perturbações psiquiátricas enfrentadas por mulheres jovens e adolescentes, caracterizando-se pela cronicidade e recaída (Stice, 2002) e, como tal, encontram-se entre as 10 principais causas de incapacidade nestes grupos etários (Striegel-Moore & Bulik, 2007). Chavez e Insel (2007), acrescentam que as PCA podem ter um impacto devastador, tanto nos próprios doentes, como nas famílias.

O facto destas perturbações terem muitas características em comum, associado ao movimento migratório que muitas vezes se verifica entre diagnósticos - "movimento transdiagnóstico" (Fairburn & Harrison, 2003), permite inferir sobre a existência de mecanismos comuns às diferentes PCA.

Assim sendo, as PCA podem ser caracterizadas, globalmente, pela existência de uma sobrevalorização do peso e forma corporais⁴, sendo que o doente avalia o seu valor pessoal (i.e. a forma como se julga e se sente), em resultado do seu peso e forma, com especial enfoque nas suas competências de controlo (Fairburn, 2008). O facto desta psicopatologia, central e partilhada, ser de natureza cognitiva permite caracterizar as PCA como sendo "perturbações cognitivas" (Fairburn, 2008; Fairburn & Harrison, 2003; Fleitlich, Larino, Cobelo & Cordás, 2000; Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Fairburn (2008), refere que a sobrevalorização do peso se reflete, frequentemente, em dois tipos de comportamentos antagónicos: as pesagens frequentes que levam a preocupações excessivas relativas a oscilações insignificantes de peso ou, de forma antípoda, as situações de evitamento do controlo do peso. Comportamentos similares são adotados em relação à forma corporal, com verificações repetidas do corpo ou de partes do corpo (este escrutínio constante contribui, em simultâneo, para a sobrevalorização da forma corporal), que podem ocorrer de forma oposta às situações de evitamento que resultam do facto destes indivíduos se considerarem "gordos" ou "sentirem-se gordos".

As restrições alimentares (concebidas para limitar a quantidade de comida ingerida) surgem como regras autoimpostas, de natureza restritiva e inflexível, que pretendem permitir que o sujeito exerça controlo sobre o peso e a forma corporais. Esta é considerada uma das características mais proeminentes das PCA que, caso seja bem sucedida, permite ao sujeito alcançar um peso significativamente abaixo do considerado normal. Por sua vez, este peso baixo (normalmente sucede numa fase mais inicial das PCA), desencadeia efeitos

⁴ Importa perceber a diferença entre a noção de sobrevalorização do peso e forma corporais e a insatisfação corporal sendo que, segundo Fairburn (2008), a segunda pode ser entendida como um descontentamento "normativo" sobre a aparência.

negativos, a nível físico e psicossocial. Os problemas biológicos assumem-se, na maioria dos casos, como respostas fisiológicas inerentes à "fome". De salientar a ocorrência de problemas clinicamente significativos nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, reprodutivo e eletrolítico. Todavia, na maior parte dos casos, não é evidente um tratamento específico, *per se*, uma vez que a remissão destes problemas se associa à restauração ponderal. A exceção, relaciona-se com problemas de redução de densidade óssea em casos de episódios prolongados de AN durante o início da idade adulta (fase do desenvolvimento em que é atingido o pico de densidade óssea), uma vez que nestes casos o diagnóstico de AN se pode constituir como um FR para o desenvolvimento de problemas ósseos a longo prazo (e.g. Attia & Walsh, 2008; Fairburn, 2008).

Parece ainda comum que muitos sujeitos associem aos padrões alimentares restritivos e rígidos a prática de exercício físico excessivo: (1) atividade física diária (i.e. mexer os membros enquanto vê TV, permanecer o máximo tempo possível em pé); (2) exercício físico formal, mas de forma excessiva (i.e. idas diárias ao ginásio, 3 vezes ao dia) e (3) prática de exercício anormal (i.e. elevado número de flexões ou abdominais diário) (Fairburn, 2008).

Em contraste à restrição alimentar supracitada podem surgir episódios de IAC, sendo estes que distinguem a AN da BN e da PIAC. No entanto, não é incomum observar a descrição de episódios de IAC, "subjetivos", em sujeitos com diagnóstico de AN (Fairburn, 2008). Nestes casos, importa salientar que a quantidade de comida ingerida não é verdadeiramente excessiva, de acordo com as circunstâncias em que ocorre (APA, 2013). Todavia, importa dar atenção clínica a estes episódios, uma vez que, de acordo com Machado (2010), estes são tão angustiantes e perturbadores como os episódios de IAC "objetivos"⁵.

Outro aspeto comum às PCA, em particular à AN e BN, é a recorrência a métodos purgativos, podendo estes ser de natureza compensatória, quando utilizados com o objetivo de minimizar os efeitos, no peso, dos episódios de IAC e de natureza não compensatória, quando estão presentes, de forma rotineira, com o objetivo de controlo de peso, à semelhança do que acontece, por exemplo, com o padrão alimentar marcadamente restrito (Fairburn, 2008).

Considerando com mais detalhe a AN, de acordo com Bulik, Reba, Siega-Riz e Reichbom-Kjennerud (2005), a AN caracteriza-se pela procura sistemática de perda de peso

⁵ Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva (EIAC) Objetivos referem-se à ingestão de uma grande quantidade de alimentos (objetivamente), de acordo com a circunstância em que se verifica, acompanhada pelo sentimento de falta de controlo. Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva Subjetivos referem-se à ingestão de comida que não é verdadeiramente excessiva, de acordo com as circunstâncias em questão, nos quais o sentimento de perda de controlo está, igualmente, presente. No caso de situações de AN os EIAC subjetivos são os mais frequentes não deixando, no entanto, de ser tão perturbadores como os EIAC objetivos (Fairburn, 2008).

que, sendo bem sucedida, permite alcançar um baixo peso. Este baixo peso resulta de uma restrição alimentar autoimposta, severa e caracterizada por grande seletividade (Fairburn & Harrison, 2003) que se assume, na maior parte dos casos, como o principal sintoma (Fisher, 2003). De salientar que a prática de exercício físico excessiva e a ocorrência de comportamentos purgativos (i.e. vômito autoinduzido) são características de elevada prevalência, enquanto o abuso de laxantes, diuréticos ou enemas são utilizados por menos sujeitos (Bulik et al., 2006). Como supracitado, a perda de controlo sobre a alimentação também pode ocorrer, embora as quantidades ingeridas nunca sejam muito grandes, constituindo episódios de IAC subjetivos (Fairburn, 2008).

Fairburn e Harrison (2003), salientam que, frequentemente, à AN se associa sintomatologia depressiva e ansiosa, irritabilidade, labilidade emocional, dificuldades de concentração, ausência de desejo sexual e comportamentos obsessivos, que variam em detrimento da perda ou recuperação de peso. Concomitantemente, a autocentralização e o baixo peso despoletam, na maioria dos casos, situações de isolamento social (*idem*).

O curso da AN é, no entanto, altamente variável, podendo ir desde a remissão total de sintomas (e conseqüente recuperação total), até situações de incapacidade psicossocial, grave e crónica, acompanhada por complicações físicas e, em casos extremos, a morte (Attia & Walsh, 2008; Kaye, Klump, Frank & Strober, 2000).

Um estudo desenvolvido por Eddy e colaboradores (2000), evidenciou que a maioria das mulheres experienciou uma "migração transdiagnóstica", sendo que um terço passou a cumprir critérios para diagnóstico de BN, embora voltassem a recidivar para a AN numa fase posterior. Fairburn e Harrison (2003) sublinham que esta é a migração mais comumente observada (sobretudo para os sujeitos cujo diagnóstico inicial era referente ao subtipo purgativo). No entanto, salienta-se o facto de que cerca de um quarto de sujeitos com diagnóstico atual de BN já tenham cumprido anteriormente critérios de diagnóstico para AN (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003). Tozzi e colaboradores (2005), identificam o baixo auto-direccionamento e o elevado criticismo como sendo variáveis associadas a esta evolução. Estes dados vão ao encontro de Fairburn (2008), quando afirma que "se as distinções entre as PCA parecem arbitrárias quando vistas transversalmente, parecem ainda mais numa perspetiva longitudinal" (p. 19).

No que respeita à BN em particular, esta tem um início um pouco mais tardio do que a AN, ocorrendo tipicamente no final da adolescência ou no início da idade adulta (Fairburn, 2008). Relativamente ao curso desta PCA, estudos remetem para uma duração de cerca de 5 anos, apesar de alguns demonstrarem que 5 a 10 anos após o diagnóstico, um terço dos doentes possui uma PCA de elevada severidade (Fairburn & Harrison, 2003).

Neste sentido, a característica primordial que permite distinguir a BN da AN, segundo Fairburn e Harrison (2003), é o facto da restrição alimentar ser pontuada pela ocorrência de

episódios de IAC - episódios caracterizados pela ingestão de grandes quantidades de comida, acompanhados pela sensação de falta de controlo, que permite caracterizá-los como episódios bulímicos objetivos (Fairburn, 2008). Estes episódios ocorrem, usualmente, em segredo e perpetuam-se, na maioria dos casos, mesmo depois dos sujeitos se sentirem desconfortavelmente cheios. Como desencadeantes de episódios de IAC a APA (2013), identifica situações de *stress* interpessoal, afeto negativo, sentimentos negativos relacionados com o peso, forma corporal e comida. Fairburn (2008), destaca a restrição alimentar como sendo um fator desencadeante *per se*, dando origem ao que designa por ciclo "restrição alimentar - episódios de IAC". Os episódios de IAC podem minimizar os fatores que precipitam o episódio, a curto termo, mas a autoavaliação negativa e a disforia são consequências posteriores (APA, 2013). Os sentimentos de vergonha que sucedem habitualmente estes episódios levam a que o sujeito possa dissimular os sintomas (*idem*) e, concomitantemente, possa experimentar métodos compensatórios como vômito autoinduzido, uso excessivo de laxantes, diuréticos, enemas ou envolvimento em exercício físico excessivo (Fairburn & Harrison, 2003). O recurso a estes métodos compensatórios surgem como forma de tentar controlar os efeitos no peso decorrentes dos episódios de IAC (Fairburn, 2008), deixando, no entanto, os sujeitos mais vulneráveis à ocorrência de novos episódios de IAC.

Este ciclo favorece a procura de novas tentativas de controlo do peso e da alimentação, aumentando a sobrevalorização dos mesmos, ao mesmo tempo que contribui para o aumento da rigidez das regras alimentares autoimpostas (Vaz, Conceição & Machado, 2009). Neste sentido, os episódios de IAC são interpretados pelos sujeitos como uma falha nas suas capacidades de controlo do padrão alimentar atual, contribuindo, deste modo, para uma autoavaliação centrada nas competências de controlo do peso e forma corporais e alimentação, em detrimento da desvalorização de outros domínios pessoais, como a família ou o trabalho, o que contribui para uma autoavaliação negativa (APA, 2013; Fairburn et al., 2003).

De salientar que, de acordo com a literatura (e.g. Thompson & Heinberg, 1993; Svirko & Hawton, 2007; Welch & Fairburn, 1996), as dificuldades de autocontrolo ao nível alimentar encontram-se, também, associadas a comportamentos desajustados. Neste sentido, um estudo desenvolvido por Gonçalves e colaboradores (2013), permitiu identificar a concomitância de situações de diagnóstico de BN com condutas autodestrutivas, tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa, consumo excessivo de tabaco, uso de drogas ilícitas e comportamentos compulsivos relacionados com gastos excessivos.

Em relação à PIAC, esta tem sido reconhecida como uma perturbação específica, com características psicológicas e clínicas próprias (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby & Engel, 2009). Os sujeitos com PIAC experimentam episódios repetidos de IAC (com

sensação de perda de controlo sobre a alimentação), mas não recorrem a medidas extremas de controlo de peso, como sucede em casos de diagnóstico de BN (Fairburn, 1995). Vários estudos têm demonstrado que o diagnóstico de PIAC se encontra associado a situações de obesidade, ganho de peso e piores resultados em tratamentos de perda de peso (e.g. Kessler et al., 2013). No entanto, os dados poderão não ser muito congruentes uma vez que, segundo Fairburn (1995), apenas em 50% dos casos de diagnóstico de PIAC se verifica comorbilidade com obesidade.

Le Grange, Swanson, Crow e Merikangas (2012), acrescentam que estes sujeitos apresentam padrões alimentares caóticos, tendem a comer em resposta a estados emocionais apresentando, também, níveis mais elevados de psicopatologia alimentar e maior comorbilidade psiquiátrica. Fairburn, Cooper e Shafran (2003), referem o facto de ser comum que os sujeitos com diagnóstico de BN migrem para o diagnóstico de PIAC, sugerindo que a PIAC partilha algumas características fundamentais com a BN (Ribeiro, Conceição, Vaz & Machado, 2014).

De salientar as PACAE que se referem a situações nas quais os critérios de severidade e frequência não se vêm cumpridos para a realização de um diagnóstico mais específico e as PACANE, essencialmente presentes quando a informação clínica é muito escassa, não permitindo definir nenhum dos diagnósticos supracitados (APA, 2013).

1.3. Epidemiologia das PCA: Incidência, prevalência e mortalidade

As PCA parecem ser frequentemente diagnosticadas durante a adolescência ou início da idade adulta, embora casos de diagnóstico em idades precoces ou tardias tenham sido reportados (APA, 2013; Fairburn & Beglin, 1994; Hoek, 1993). A prevalência das PCA é muito significativa no que concerne a sujeitos do género feminino, uma vez que 90% dos casos de AN e BN ocorrem, tipicamente, em mulheres jovens. Apenas um décimo dos casos corresponde à ocorrência destas perturbações no género masculino (APA, 2013).

De salientar, no entanto, o facto das taxas de incidência das PCA representarem a situação no momento do diagnóstico, não sendo especificamente esse o momento em que a PCA inicia (Hoek & Hoeken, 2003). No entanto, os estudos epidemiológicos são consensuais quando indicam uma incidência mais elevada em casos de BN, do que de AN. Estes resultados são corroborados pelo estudo supracitado, conduzido por Hoek e Hoeken (2003), que permitiu identificar uma incidência⁶ de 8 casos de AN por ano por 100.000 e de uma incidência de 12 casos por ano, igualmente em 100.000, em situações de diagnóstico de BN.

⁶ A taxa de incidência é o número de novos casos de uma perturbação numa população, durante um período específico de tempo. No casos das PCA a incidência é frequentemente expressa pelo número de casos por cada 100 000 sujeitos, por ano.

Relativamente à prevalência há referência a uma percentagem de 0,3% de sujeitos com diagnóstico de AN e de 0,1% de sujeitos com BN (tanto no género masculino como no género feminino). Em casos de PIAC, a APA (2013), refere uma prevalência de 1,6% nos casos ocorridos no género feminino e de 0,8% nos casos ocorridos no género masculino. Com base nestes dados, é possível concluir que a *décalage* entre géneros no que concerne a prevalência é inferior em casos de PIAC do que em casos de AN ou BN.

De salientar que a maioria dos estudos epidemiológicos referentes à prevalência e incidência referem dados relativos a países ocidentais, muitos referentes aos EUA ou países da Europa (Fleitlich, Larino, Cobelo & Cordás, 2000). Em relação a dados epidemiológicos nacionais, um estudo realizado por Machado, Machado, Gonçalves e Hoek (2007), com uma amostra representativa de população adolescente Portuguesa proveniente do Norte, Centro e Sul do País, permitiu identificar uma prevalência de 13% de casos relativos a diagnóstico de AN, 10% relativos a casos de BN e 77,4% de casos com diagnóstico de EDNOS, de acordo com o anterior DSM-IV-R (APA, 2006). Neste sentido, e uma vez que a PIAC se assume, a partir de 2013, no atual Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais, DSM-5 (APA, 2013), como uma entidade nosológica distinta, não é permitido identificar percentagens concretas relativas a esta PCA, a nível nacional. No entanto, importa salientar que deste estudo se pode concluir que os dados nacionais se encontram congruentes com outras realidades internacionais, nomeadamente das culturas ocidentais (Hoek & Hoeken, 2003).

Após análise dos estudos supracitados, não parece ser possível afirmar que as PCA apresentam taxas de prevalência muito elevadas, especialmente as referentes a casos de diagnóstico de AN. No entanto, Fairburn e Harrison (2003), salientam que as PCA são reconhecidas como perturbações que se associam a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, sendo que a maioria das mortes ocorre como consequência direta de complicações médicas ou de suicídio. Um estudo realizado por Arcelus, Mitchell, Wales e Nielsen (2011), apresentou como objetivo a realização de uma meta-análise de 36 estudos referidos na literatura que pretendiam determinar as taxas de mortalidade das PCA. De acordo com os resultados obtidos, o risco de morte é mais elevado em casos de AN (5 para 1000 pessoas por ano). Os dados permitem, ainda, concluir que a maioria das mortes ocorridas em casos de diagnóstico de PCA resulta de suicídio. Thornton e Pedersen (2013) acrescentam que a taxa das tentativas de suicídio na AN varia entre os 3%-29,7%, estando a maioria das tentativas relacionadas com a real intenção de morrer. Nos casos de BN, os autores referem que as tentativas de suicídio não são tão comuns. Neste sentido, a maioria dos investigadores conclui que a taxa de mortalidade das PCA é muito superior à taxa de mortalidade de outras perturbações psiquiátricas. No entanto, é premente salientar que algumas limitações nestes estudos poderão influenciar estes resultados. Uma delas

sustenta-se na "migração transdiagnóstica" já referida, sendo possível que, à data da morte, sujeitos com diagnóstico inicial de AN apresentassem diagnóstico de BN (*idem*).

2. Fatores de risco associados ao início das PCA

A identificação dos FR associados ao início das PCA permitem, segundo Striegel-Moore e Bulik (2007), diminuir o estigma associado a estas perturbações uma vez que, neste sentido, as causam passam a ser vistas como sendo extrínsecas ao controlo dos sujeitos. Os autores salientam, ainda, que o facto dos FR passarem a ser conhecidos poderá permitir a identificação de grupos de alto risco, bem como criar intervenções mais específicas.

O conceito de FR foi, inicialmente, introduzido por Kraemer e Kazdin (Kraemer et al., 1997), sendo visto como um acontecimento capaz de indicar um agente ou uma exposição, que, segundo Carr (2006), possa predispor a criança ou o adolescente para o desenvolvimento de uma determinada perturbação. De acordo com Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer e Agras (2004), o facto do conceito de FR ser amplamente usado na literatura nos últimos 15 anos fomentou a necessidade de ser criada uma terminologia específica de FR. Machado (2010), acrescenta ser crucial que a terminologia utilizada seja clara e consensual para que o enquadramento dos diferentes FR possa ser possível.

Assim, e de acordo com Striegel-Moore e Bulik (2007), um FR pode ser definido como um acontecimento ou uma experiência que precede o desenvolvimento de uma PCA. Neste sentido, quando esse fator se encontra presente, há um aumento da probabilidade (risco) de obter um determinado resultado quando comparativamente à população geral (não exposta). Jacobi, Hayward, Zwaan e Agras (2004) afirmam que a presença deste FR permite dividir a população em dois grupos: um grupo de alto risco (com probabilidade superior de obter determinado resultado) e um grupo de baixo risco (com menor probabilidade de obter determinado resultado). Ainda no quadro da terminologia dos FR importa diferenciar tipologias distintas: (1) FR "variável", referindo-se a FR que se podem alterar espontaneamente, como é o caso da idade ou do peso ou cuja alteração pode decorrer de uma intervenção (psicofarmacológica, psicoterapia); (2) "marcador fixo" quando não há possibilidade de se alterar o FR, nem ele se altera *per se* (etnia, género, data de nascimento); (3) FR "causal", quando o FR pode ser manipulado alterando-se, consequentemente, o risco em relação à obtenção de um resultado (início de uma determinada perturbação) (Jacobi et al., 2004).

De salientar, primariamente, o papel que os estudos epidemiológicos têm tido na identificação dos FR associados ao início das PCA, em geral. Esta primeira linha de estudos permitiu identificar os primeiros FR robustos para o desenvolvimento das PCA - ser adolescente ou adulto jovem e do género feminino (APA, 2013; Keel & Forney, 2013).

Striegel-Moore e Bulik (2007) afirmam que a adolescência marca o período de maior risco de início das PCA. Machado (2010), acrescenta que estes FR se associam ao facto de, na adolescência, ocorrer um aumento de peso e de gordura localizada, ocorrer mudança reprodutiva e o facto das modificações corporais aproximarem o corpo do adolescente ao do adulto, o que poderá aumentar as preocupações relativas à sexualidade. É, também, neste período, que as relações entre os jovens e os pais tendem a modificar-se, podendo desencadear situações de conflito (*idem*). Em relação ao período do início da idade adulta Smolak e Levine (1996), identificam o término do ensino secundário e o início de um novo ciclo de estudos (universitário), possível gravidez, início de uma atividade profissional ou casamento como podendo ser marcos importantes associados ao início de uma PCA.

Os dados relativos a estes FR (adolescência e género feminino) são consensuais na literatura, como evidencia um estudo de revisão realizado por Striegel-Moore e Bulik (2007), sendo que tanto a AN como a BN ocorrem, tipicamente, na adolescência enquanto a PIAC tenderá a desenvolver-se numa fase posterior, surgindo frequentemente durante a idade adulta.

Apesar da AN ter vindo a ser estudada e descrita já há algum tempo, pouco é sabido sobre a sua etiologia (Attia & Walsh, 2007; Arcelus et al., 2011; Bulik et al., 2007). Os estudos de meta-análise e de revisão desenvolvidos recentemente têm permitido identificar possíveis FR para o seu desenvolvimento, desde os FR genéticos até aos FR psicossociais. No entanto, os resultados têm também sublinhado que o conhecimento atual sobre os FR para a AN são, ainda, limitados. Collier e Treasure (2004) salientam, todavia, que a explicação atual dos FR para o desenvolvimento das PCA continua a ser, predominantemente, de nível sociocultural embora salientem a possível combinação com predisposições genéticas (Bulik et al., 2007; Collier & Treasure, 2004), com a ênfase assente numa etiologia multifatorial.

No entanto, a maior dificuldade associada a estes estudos foca-se na baixa prevalência da AN na população em geral (Hoek & Hoeken, 2003), como já foi referido anteriormente, o que é dificultado pela complexidade da relação entre os fatores biológicos e psicossociais. Neste sentido, são vários os desafios que se colocam ao nível das pesquisas nesta temática.

Com base nestas exigências os estudos retrospectivos têm-se revelado como sendo os de maior eficácia estatística (Jacobi et al., 2004), não permitindo, porém, estabelecer a potencial relação entre os FR e o desenvolvimento das PCA e, como tal, os estudos transversais poderão assumir, neste sentido, um papel preponderante (Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014). No entanto, Jacobi e colaboradores (2004), referem que as pesquisas anteriores têm permitido destacar algumas limitações fulcrais relativas aos estudos transversais dos FR: (1) o facto de muitas destas pesquisas se

focarem num reduzido número de potenciais FR, (2) o facto de muitas não terem em consideração a idade de início das PCA sendo que, cumulativamente, não controlam a sintomatologia inicial ou os possíveis FR precedentes e, por último, os autores supracitados destacam (3) o facto de muitos dos estudos usarem como controlo grupos com diagnóstico de outras perturbações mentais.

Striegel-Moore e Bulik (2007), salientam que as investigações deverão incidir em pesquisas longitudinais que permitam seguir amostras desde o nascimento ou início da infância para que possam emergir hipóteses sobre a contribuição de FR como as características de personalidade ou o ambiente familiar precoce que contribuem para o desenvolvimento das PCA. Neste sentido, uma nova geração de estudos que cruzem fatores genéticos com fatores ambientais deverá ser iniciada. Só com base em estudos empíricos longitudinais é que, de acordo com Schmidt (2002), se poderia suportar as ligações de causalidade entre um FR e uma determinada PCA. No entanto, para que tal seja possível, é necessário que (1) o fator que precede a PCA tenha sido previamente estudado; (2) que os mesmos FR estejam presentes em mais do que um estudo; (3) que um determinado FR se associe apenas a uma PCA e, por fim, (4) ser possível que, ao eliminar a presença de determinado FR se consiga, de igual modo, eliminar a PCA.

Um estudo desenvolvido por Stice (2002) teve como objetivo a realização de uma revisão de investigações anteriores relativas aos FR e aos fatores de manutenção associados às PCA (tendo sido incluídos apenas estudos prospetivos e experimentais). Os FR considerados pelo investigador focaram-se ao nível do (1) IMC (e na sua possível associação ao aumento da pressão social para a magreza ou insatisfação corporal); (2) Pressão social para "ser magro"; (3) Internalização do ideal de magreza; (3) Insatisfação corporal; (4) Prática de dieta; (5) Afeto negativo; (6) Perfeccionismo e (7) Impulsividade.

Os resultados obtidos sugerem que um IMC elevado é um FR para a pressão percebida para "ser magro", para a insatisfação corporal e realização de dietas, acrescentando que a modelação da imagem corporal e das PCA são considerados FR essencialmente para o desenvolvimento de BN. Corroborando estes resultados os autores indicam a insatisfação corporal como sendo um FR para o início de dietas, bem como para sentimentos de afeto negativo e desenvolvimento das PCA. Por sua vez, FR como o afeto negativo, perfeccionismo, impulsividade e uso de substâncias são FR para o desenvolvimento de PCA, no geral, uma vez que o afeto negativo, de acordo com os resultados obtidos, é um FR causal para a insatisfação corporal. Todavia, os resultados relativos às dietas não são consensuais e, assim sendo, as dietas, segundo os autores supracitados, não poderão ser consideradas como FR para o desenvolvimento das PCA. Sistematizando, os autores indicam a internalização do ideal de magreza, a insatisfação corporal e o afeto negativo como sendo FR para o desenvolvimento das PCA.

Com o objetivo de identificar FR psicossociais que pudessem assumir um papel premente para o desenvolvimento de oportunidades de intervenção nas PCA, Keel e Forney (2013), realizaram uma revisão qualitativa da literatura focada nos fatores sociais e psicológicos. Os resultados deste estudo identificaram a internalização do ideal de magreza e as conseqüentes preocupações com o peso e forma corporais como sendo FR psicossociais para o desenvolvimento das PCA. O afeto negativo e o perfeccionismo foram identificados como fatores de personalidade que contribuem para o desenvolvimento das mesmas, no entanto, de forma indireta, uma vez que aumentam a suscetibilidade para a internalização do ideal de magreza ou por poderem, também, influenciar a seleção do grupo de pares.

Estes resultados parecem ser congruentes com os de um estudo desenvolvido por Fairburn, Welch, Doll, Davies e O' Connor (1997), que havia identificado FR como a preocupação com a forma corporal, peso e alimentação como aumentando o risco do sujeito com diagnóstico de BN se envolver em dietas. Fairburn, Cooper, Doll e Welch (1999), acrescentaram, ainda, não haver diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos com diagnóstico de AN e sujeitos com diagnóstico de BN nos FR já apresentados.

Segundo Fairburn e colaboradores (1997), os sujeitos com diagnóstico de BN, quando comparados com o grupo de controlo psiquiátrico (outras perturbações psiquiátricas) apresentavam maior nível de exposição a fatores como problemas parentais, risco de obesidade, problemas psiquiátricos parentais, abuso físico ou sexual e diagnóstico de perturbações psiquiátricas pré-mórbido. A estes resultados associam-se os resultados obtidos por Fairburn e colaboradores (1999), uma vez que identificaram um maior nível de exposição de sujeitos com BN a FR como risco para dietas e risco para a obesidade do que em sujeitos com AN. Segundo Keel e Forney (2013), um dos objetivos de identificar FR psicossociais associados ao desenvolvimentos das PCA é descobrir novas oportunidades de prevenir as PCA antes delas se iniciarem. Neste sentido, as pesquisas realizadas sobre os FR psicossociais poderão assumir um papel primordial na elaboração de intervenções que desafiem o ideal de magreza em grupos de adolescentes jovens.

No entanto, as limitações associadas aos estudos transversais apontadas por Jacobi e colaboradores (2004) foram, de certo modo, ultrapassadas por alguns estudos que se propuseram a utilizar a *Oxford Risk Factors Interview* - **RFI** como instrumento de recolha de dados (Fairburn et al., 1997; Fairburn et al., 1999; Karwautz et al. 2001). Esta entrevista permitiu estabelecer o diagnóstico e, em simultâneo, assegurar a precedência dos FR estudados.

Os estudos sugeriram que, embora a história familiar e individual de preocupação relativa ao peso, forma corporal e alimentação sejam significativas na predição do desenvolvimento de AN e de BN quando consideradas de forma isolada, o seu contributo

parece menos significativo do que outros FR quando integrados num modelo mais abrangente. No entanto, estes resultados parecem contraditórios uma vez assumida a centralidade das preocupações com o peso e forma corporais como característica clínica da AN e da BN. De acordo com estas investigações, e corroborando os resultados já apresentados anteriormente, os FR pessoais estatisticamente significativos focam-se ao nível do perfeccionismo e do afeto negativo. Todavia, outros FR parecem poder associar-se ao desenvolvimento da AN e da BN, tais como: as elevadas expectativas parentais (Fairburn et al., 1997; Fairburn et al., 1999), a história familiar de depressão (Fairburn et al., 1999) e de outras perturbações psiquiátricas (Fairburn et al., 1997) e as situações de abuso sexual e físico na infância (Fairburn et al., 1997; Fairburn et al., 1999). No entanto, os resultados indiciam que estes FR surgem, também, associados ao desenvolvimento de outras perturbações psiquiátricas, como indica um estudo realizado por Wade, Bulik, Sullivan, Neale e Kendler (2000).

Outro estudo que utilizou a **RFI** foi desenvolvido por Pike e colaboradores (2008), o qual permitiu ultrapassar uma das dificuldades anteriormente descritas, ao ter comparado o grupo de estudo constituído por 50 sujeitos com diagnóstico de AN a um grupo de controlo não-psiquiátrico constituído, igualmente, por 50 sujeitos. Os resultados deste estudo são convergentes com os desenvolvidos por Fairburn e colaboradores (1997), Fairburn e colaboradores (1999) e por Karwautz e colaboradores (2001), e reforçam a necessidade de recorrer a estudos longitudinais na próxima geração de estudos sobre a etiologia das PCA. No entanto, os estudos retrospectivos assumem uma importância fulcral uma vez que, segundo Pike e colaboradores (2008), permitem identificar grupos de alto risco que possam orientar as futuras pesquisas de cariz longitudinal. Estes autores corroboram os resultados dos estudos anteriormente apresentados ao referirem que se evidencia premente que FR como o perfeccionismo, o afeto negativo, os problemas parentais, a discórdia familiar e as situações de abuso na infância sejam integrados aquando da delineação de grupos considerados de alto risco de desenvolvimento da AN. Importa, ainda, sublinhar o facto de Karwautz e colaboradores (2001) obterem resultados estatisticamente significativos em casos de experiência de eventos disruptivos, problemas interpessoais e a existência de um ambiente voltado para as dietas como sendo potenciais FR para o desenvolvimento da AN e da BN.

A nível nacional, e com o intuito de contribuir para o desenvolvimento dos conhecimentos sobre os FR associados ao início da AN, foi realizado um estudo recorrendo à **RFI** como método de recolha de dados (Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014). Este estudo apresentou como objetivos identificar os potenciais FR associados ao início da AN assim como tentar identificar se estes FR são específicos da AN ou se podem, também, preceder o desenvolvimento de outras perturbações psiquiátricas. Outro objetivo

do estudo prende-se com a identificação de eventos que tenham ocorrido nos 12 meses que precedem o início da sintomatologia das PCA.

A utilização da **RFI** tem sido identificada por alguns autores (e.g. Fairburn, 1999) como um possível constrangimento ou limitação aos estudos por recorrer à memória descritiva dos factos, podendo levar à ocorrência de alguns vieses decorrentes de possíveis interpretações atuais. Neste sentido, e com o intuito de tentar ultrapassar esta dificuldade, os investigadores que conduziram o presente estudo possuem formação e treino na administração da mesma.

Os resultados estatisticamente significativos indicam o perfeccionismo, a discórdia familiar, as situações de tensão familiar, os comentários parentais sobre a alimentação, as atitudes parentais negativas relativas ao peso e forma corporais, preocupação associada ao "sentir-se gordo", ocorrência de situações de gozo relativas ao peso, forma corporal, alimentação e aparência e existência de história familiar de AN e BN como sendo FR individuais associados ao desenvolvimento de AN quando comparados com o grupo de controlo não psiquiátrico (Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014). Quando comparado o grupo de sujeitos com diagnóstico de AN com o grupo de controlo psiquiátrico, o grupo de AN obtém resultados estatisticamente significativos de maior exposição a quatro FR: perfeccionismo, atitudes parentais negativas em relação ao peso e forma corporais, preocupação significativa decorrente do "sentir-se gordo" e história familiar de AN ou BN. Em relação aos eventos de vida antecedentes o grupo de AN reportou níveis de exposição estatisticamente significativos ao nível dos comentários negativos relacionados com o peso, a forma ou a alimentação quando comparado com o grupo de controlo psiquiátrico, enquanto que, ao comparar o grupo de AN com o grupo de controlo não psiquiátrico não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Com base nestes resultados, podem identificar-se alguns fatores que se associam ao aumento do risco de desenvolvimento de AN e de BN: perfeccionismo, "sentir-se gordo", atitudes negativas em relação ao peso dos pais e história familiar de AN ou BN (Machado, 2010; Machado et al., 2014). No entanto, existem alguns fatores que surgem como estando relacionados com o aumento de risco das perturbações psiquiátricas, no geral: discórdia familiar não resolvida, tensão (em especial relacionada com o peso, forma, alimentação ou aparência), comentários parentais sobre a alimentação dos sujeitos e autoconsciência sobre a aparência.

Se compararmos os resultados deste estudo com os apresentados previamente podemos verificar uma grande concordância de dados, uma vez que é significativa a relação entre as circunstâncias do contexto familiar e o papel parental e de outros significativos com o aumento da vulnerabilidade para a realização de dietas. Da mesma forma se pode considerar que os dados deste estudo nacional corroboram os já apresentados previamente

na literatura quando confirmam que fatores associados com a experiência de situações disruptivas se evidenciam como sendo FR para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, não havendo suporte estatístico que os identifique como sendo FR para o desenvolvimento de AN ou de BN. De salientar, porém, que de acordo com os resultados deste estudo a história familiar de AN ou BN surge como um FR específico o que, segundo Striegel-Moore e Bulik (2007), poderá sugerir o papel da vulnerabilidade genética. É, neste sentido, que se parece fundamentar a literatura quando reforça a necessidade de que uma nova geração de estudos que cruzem fatores genéticos com fatores ambientais deve ser iniciada (Collier & Treasure, 2004; Striegel-Moore & Bulik, 2007)

Destaca-se, ainda, o facto de o perfeccionismo obter resultados congruentes na literatura (Fairburn et al. 1999; Jacobi et al., 2004), o que permite identificar esta característica de personalidade como sendo um FR a ser tido em conta de forma indubitável nos modelos desenvolvimentais das PCA, em particular quando na presença de preocupações acerca do peso e forma corporais (Machado et al., 2014). No entanto, parece fulcral salientar FR específicos como a obesidade parental juntamente com diagnóstico de perturbações psiquiátricas parentais que permitiram distinguir sujeitos com diagnóstico de BN de sujeitos com diagnóstico de AN.

Se enquadrarmos os resultados obtidos no conceito de "migração transdiagnóstica" não parece ser surpreendente que a maioria dos FR sejam partilhados, tanto em casos de diagnóstico de AN, como em casos de diagnóstico de BN. O mesmo parece fazer sentido se considerarmos sujeitos com diagnóstico de BN com sujeitos com diagnóstico de PIAC. Neste sentido, Wade e colaboradores (2000), referem que uma abordagem para reforçar a compreensão da BN é olhar para a perturbação em duas etapas, uma focada no desenvolvimento dos episódios de IAC e uma segunda focada na recorrência aos métodos compensatórios. Segundo os autores, esta abordagem fundamenta-se na literatura e em pesquisas anteriores que incidiram na história natural de desenvolvimento da BN: primeiramente, os episódios de IAC são um precursor obrigatório para o desenvolvimento de BN e, em segundo lugar, o facto da maioria dos sujeitos com diagnóstico de BN começar pelos episódios de IAC, em média, 2 anos antes de recorrerem aos comportamentos compensatórios (Stice, Killen, Hayward & Taylor, 1998). Os estudos têm mostrado que os FR identificados para a PIAC são coincidentes com os FR associados à BN (Wade et al., 2000), salientando fatores como controlo parental limitado, contacto parental limitado e elevadas expectativas parentais como sendo FR transversais a ambas as PCA.

3. Perturbações do Comportamento Alimentar: início típico vs. início precoce

3.1. Idade de início dos primeiros sintomas para o desenvolvimento de PCA e Idade de início do diagnóstico clínico

Uma vez que o presente estudo empírico vai incidir sobre o estudo dos FR que predispõem os sujeitos para o desenvolvimento de PCA, torna-se premente distinguir a idade de início dos primeiros sintomas alimentares, da idade de início do diagnóstico clínico.

Foram já vários os estudos que incidiram a sua pesquisa no período que precede o início da primeira sintomatologia alimentar (Fairburn et al., 1997,1998,1999; Machado, 2010; Machado et al., 2014; Pike et al., 2009) e, com tal, o método de definição da idade dos primeiros sintomas alimentares é consensual.

Segundo os autores supracitados, a utilização da RFI como instrumento de avaliação e de recolha de dados foca o período que antecede o início das PCA. Assim, o início é definido como a idade em que surge o primeiro comportamento alimentar persistente, característico de uma PCA: (1) dieta estruturada: definida como um período de pelo menos 3 meses de tentativa contínua de restrição alimentar ou de ingestão alimentar para controlar o peso e a forma; (2) episódios regulares de IAC: definidos aquando da utilização dos itens de diagnóstico da EDE e é requerido que tenham ocorrido, no mínimo, 12 episódios bulímicos objetivos num período mínimo de 3 meses; (3) vômito autoinduzido e (4) uso de laxantes. Esta idade é definida como sendo a *Idade Index*.

Esta definição de início (*Idade Index*) foi escolhida para assegurar que a exposição aos FR precedeu a PCA e que, posteriormente, poderá ter contribuído para o seu desenvolvimento.

Apresentam-se, assim, de forma mais detalhada, os estudos que se referem à *Idade Index*, permitindo identificar a média de idades do início dos primeiros sintomas alimentares. O estudo desenvolvido por Fairburn e colaboradores (1999), cujo objetivo foi identificar os FR associados ao início da AN identificou os 22,4 anos como sendo a idade média das participantes com diagnóstico de AN. No entanto, os 14,6 anos foram identificados como a *Idade Index* média destas participantes. O mesmo estudo, em relação às participantes com diagnóstico de BN, identifica uma idade média aquando da avaliação de 23,7 anos e reporta a *Idade Index* média como sendo os 15,5 anos de idade.

Um estudo prévio desenvolvido por Fairburn e colaboradores (1997), cujo objetivo foi identificar os FR associados ao início da BN, identificou a *Idade Index* média das participantes com BN como sendo os 15,5 anos, definindo a média dos 19 anos de idade como o período em que ocorreu cumprimento dos critérios para diagnóstico de BN, ou seja, numa janela temporal de quase 3 anos depois. Fairburn e colaboradores (1998), replicaram ainda este estudo, mas relativamente aos FR associados ao início da PIAC e obtiveram uma

Idade Index média de 16,8 anos de idade, ou seja, mais tardia do que aconteceu em relação aos casos de AN e de BN.

A nível nacional foram dois os estudos que recorreram à RFI e, como tal, permitiram identificar a idade média de início dos primeiros sintomas alimentares. Um estudo desenvolvido por Machado (2010), identificou como *Idade Index* média, em casos de AN, os 15,72 anos, enquanto em relação à BN a *Idade Index* média foi de 14,84 anos. Mais recentemente, um estudo desenvolvido por Machado e colaboradores (2014), definiu os 15,16 anos como sendo a *Idade Index* média em casos de AN.

Em relação à idade de diagnóstico das PCA, a definição do período da adolescência como sendo o período de início típico das PCA parece ser congruente com os dados apresentados na literatura. Segundo Pinto-Gouveia (2000), o facto da adolescência se caracterizar por grandes transformações bio-psico-sociais poderá relacionar-se com o facto deste período desenvolvimental corresponder à fase de maior risco para o desenvolvimento das PCA. É, neste período, que ocorrem as grandes modificações a nível biológico que originam as transformações ao nível físico. Por exemplo, nas raparigas ocorre o aparecimento da menarca, a aquisição da função reprodutiva, um aumento do tecido adiposo e de certas partes do corpo, como por exemplo, da anca e peito. Concomitantemente, surge um processo psicológico de integração destas alterações, tanto na imagem corporal como nas preocupações com a aparência física, com o peso e forma corporais. É, neste sentido, que as transformações físicas poderão incrementar a discrepância entre o corpo real e o corpo ideal.

Norris, Bondy e Pinhas (2011) salientam, assim, a existência de alguns fatores que têm condicionado a realização de estudos epidemiológicos que incidam nas PCA de início precoce. Um destes fatores relaciona-se com o facto das PCA serem extremamente incomuns nas crianças. A corroborar estes dados surge um estudo desenvolvido por Turnbull, Ward, Treasure, Jick e Derby (1996) que reportou uma incidência de 0,3 por 100 000 em crianças entre os 0 e os 9 anos de idade. No entanto, um estudo prospetivo mais recente desenvolvido na Austrália permitiu documentar uma incidência de 1,4 por 100 000, em crianças entre os 5 e os 13 anos de idade (Madden, Morris, Zurynski, Kohn & Elliot, 2009).

Assim sendo, Norris e colaboradores (2011) salientam a necessidade de realizar mais estudos prospetivos nesta área, bem como a definição de serviços que consigam conhecer e intervir nas necessidades destas crianças.

Em relação especificamente a casos de AN, Hoek e Hoeken (2003), salientam o facto dos sujeitos entre os 15 e os 19 anos de idade parecerem corresponder ao grupo de maior risco. Todavia, se realizarmos uma revisão da literatura existente é possível verificar a existência de estudos que se focam em intervalos de idade bastante discrepantes. Os dados

relativos à taxa de incidência em casos de diagnóstico de AN em sujeitos entre os 15 e os 19 anos de idade não são totalmente congruentes, podendo variar entre os 9,92 por cada 100 000, em situações referentes, apenas, a admissões hospitalares; os 69,4 por cada 100 000 em estudos que se referem ao registo total de casos, ou até a 270 por cada 100 000 em estudos de gémeos, como refere Keski-Rahkonen e colaboradores (2007).

Um estudo realizado por Lucas e colaboradores (1991), identificou todos os casos de diagnóstico de AN registados numa instituição regional de cuidados de saúde entre 1935 e 1984, reportando uma taxa de incidência de 25,7 por cada 100 000 adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade, embora nenhum caso de diagnóstico de AN em crianças com menos de 10 anos de idade tenha sido identificado neste estudo. Em relação a casos de sujeitos com diagnóstico de PIAC registados antes dos 12 anos de idade, estes parecem ser extremamente incomuns, de acordo com Norris e colaboradores (2011). Neste sentido, nenhum estudo que permitisse obter dados relativos à incidência de PIAC em idade precoce foi encontrado.

O estudo desenvolvido por Keski-Rahkonen e colaboradores (2007), já anteriormente referido, identificou uma taxa de incidência referente a casos de BN em jovens Finlandesas entre os 16-20 anos de idade de 300 por cada 100 000, e uma taxa de 150 por cada 100 000 em sujeitos entre os 10 e os 24 anos de idade, o que parece ser congruente com os dados previamente apresentados. Em Espanha, a taxa de sujeitos entre os 12 e os 22 anos de idade, com diagnóstico de BN é de 200 por cada 100 000 pessoas por ano (Lahortiga-Ramos et al., 2005).

No entanto, Norris e colaboradores (2011), referem que o pico da idade referente à incidência da BN continua pouco claro. No entanto, a maioria dos estudos refere-se ao pico como sendo o intervalo de idades entre os 16 e os 20 anos. Um estudo desenvolvido por Stice e colaboradores (2009), permite a identificação mais rigorosa do pico de incidência de casos de BN entre os 17 e os 18 anos de idade.

Relativamente a dados nacionais, um estudo realizado por Machado (2010) com uma amostra de 98 sujeitos com diagnóstico de AN e 79 sujeitos com diagnóstico de BN, com idades compreendidas entre os 13 e os 38 anos de idade, permitiu identificar a idade média típica da AN como sendo os 20 anos, enquanto a idade média típica em casos de BN corresponde aos 22,37 anos.

3.2. Fatores de risco associados ao início precoce das PCA

Tem sido sugerido que sujeitos com BN de início precoce tenham sido expostos a uma maior combinação de FR genéticos e ambientais, quando comparados com sujeitos que desenvolveram BN em idade típica (Schmidt, Hodes & Treasure, 1992). Até 2011, segundo Day e colaboradores (2011), apenas dois estudos compararam FR associados à

BN em idade típica com FR associados ao início da BN em idade precoce, recorrendo a estudos retrospectivos (Schmidt, Hodes & Treasure, 1992; Schmidt & Treasure, 1993).

De acordo com os resultados obtidos por Schmidt e colaboradores (1992), comparativamente ao grupo de sujeitos que desenvolveram BN em idade típica, os sujeitos de início precoce parecem revelar maiores níveis de contacto parental pobre bem como menores níveis de afeto parental, ambos na infância. Concomitantemente, diagnóstico de perturbações psiquiátricas, mais especificamente, de história de depressão familiar, parecem mais comuns em sujeitos em idade precoce, indicando, possivelmente, maior vulnerabilidade para desenvolver perturbação psiquiátrica ou evidenciando a presença de um ambiente familiar mais disfuncional (*idem*). Schmidt e Treasure (1993), salientam, porém, que dado o aumento da prevalência de situações de obesidade na infância, bem como a elevada prevalência de dietas na adolescência, os casos de diagnóstico de BN na adolescência podem evidenciar-se como mais prevalentes.

No entanto, uma limitação preponderante foi identificada em ambos os estudos apresentados, uma vez que existia uma *décalage* significativa entre o início da BN e a avaliação realizada nos serviços clínicos. Neste sentido, alguns problemas resultantes da recordação podem ter emergido, tendo dificultado a distinção entre FR associados ao início da BN e FR associados à relutância em procurar tratamento para a PCA.

Neste sentido, o estudo desenvolvido por Day e colaboradores (2011) teve como objetivo comparar os FR associados ao início da BN de um grupo de sujeitos que desenvolveu a PCA em idade precoce, de um grupo que a desenvolveu em idade típica. Para minimizar algumas dificuldades já apresentadas relativamente aos estudos retrospectivos foi utilizada a RFI como instrumento de recolha de dados.

Uma diferença estatisticamente significativa relacionou-se com a idade da menarca, com sujeitos que desenvolveram BN em idade precoce tendencialmente a terem a primeira menstruação aos 12 anos, ou antes. Os autores salientam, neste sentido, que a menarca precoce e a sua implicação nas modificações corporais quando associadas a situações de gozo concretizadas pelo grupo de pares, podem constituir-se como FR para o desenvolvimento de PCA.

Um estudo de caso realizado por Simone, Pia, Raffaella, Gennaro e Antonella (2011) a uma criança com 10 anos de idade e com diagnóstico de AN, permitiu identificar como possíveis FR associados ao início precoce de AN o diagnóstico de Perturbações Psiquiátricas, em particular de PCA, em familiares próximos. O perfeccionismo também parece ser um FR que precede o desenvolvimento da AN, neste caso, bem como uma baixa autoestima e características de marcada impulsividade. Um estudo desenvolvido por Fosson, Knibbs, Bryant-Waugh e Lask (1987), a um grupo de 35 sujeitos do género feminino e 13 sujeitos do género masculino, com uma idade média de 11,7 anos de idade e com

diagnóstico de AN permitiu, ainda, identificar FR como controlo parental excessivo e existência de conflitos familiares não resolvidos.

CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO

1. Objetivos e Hipóteses de Investigação

Apesar dos vários estudos realizados com o objetivo de identificar os FR associados ao início das PCA, pouco é sabido sobre os possíveis FR que precedem o início das PCA em Idade Precoce. De acordo com a literatura existente, há apenas um estudo realizado por Day e colaboradores (2011), que se foca nos FR que precedem o início dos primeiros sintomas alimentares, distinguindo os que se associam ao início das PCA em Idade Precoce, dos que se associam ao início das PCA em Idade Típica, utilizando, para tal, a RFI como instrumento de recolha de dados. No entanto, o estudo supracitado considera apenas participantes com o diagnóstico de BN e de EDNOS (APA, 2006).

Neste sentido, o nosso estudo apresenta como principal objetivo perceber se existem FR que distinguem o início das PCA de Início Precoce das PCA de Início Típico.

Para operacionalizar este objetivo considerou-se impreterível formular algumas hipóteses de investigação, uma vez que raramente é suficiente uma única hipótese de investigação para abarcar toda a complexidade do objeto de estudo (Quivy & Campenhoudt, 1998).

H1: Existem FR associados ao início das PCA em idade precoce;

H2: Existem FR associados ao início das PCA em idade típica;

H3: Os FR relativos à puberdade estão associados ao início das PCA em idade precoce;

2. Metodologia

2.1. Sujeitos

Participaram neste estudo 42 sujeitos do género feminino com idades compreendidas entre os 14 e os 45 anos de idade (M=22,38 e DP=7,19).

No que respeita ao estado civil das participantes a maioria é solteira (81,0%), 11,9% é casada ou encontra-se a viver junto com o companheiro e 4,8% está separada ou divorciada.

Já em relação às habilitações literárias a maioria das participantes tem o ensino secundário completo (12º ano de escolaridade) (47,6%), 33,3% completou o 3º ciclo, 9,5% concluiu (pelo menos) uma Licenciatura, 4,8% refere ter concluído o 2º ciclo, 2,4% concluiu apenas o 1º ciclo de estudos e 2,4% possui formação superior ao grau de Licenciado (pós-graduação).

A nível profissional a maioria das participantes, encontrava-se, à data de avaliação, a estudar (73,6%). 9,6% da amostra refere encontrar-se desempregada, 4,8% é doméstica, 4,8% é Operária Fabril, 4,8% é Técnica Auxiliar de Ação Educativa, 2,4% é Professora de Educação Física e, por fim, 2,4% é Médica. De salientar que, referente às participantes que se encontram atualmente a estudar, 42,9% encontra-se a frequentar o ensino superior, 28,6% a frequentar o ensino básico e 2,4% a frequentar o ensino complementar.

Os dados relativos à idade e características sociodemográficas das participantes podem ser consultados no quadro 1.

Quadro 1. *Caraterização Sociodemográfica da amostra*

Sujeitos com diagnóstico de PCA		
(N=42)		
Idade	Amplitude	M (DP)
	14 – 45	22,38 (7,19)
N (%)		
Estado Civil		
Solteira	34 (81,0)	
Casada ou a viver junto	5 (11,9)	
Separada/divorciada	2 (4,8)	
Sem informação	1 (2,4)	
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	1 (2,4)	
2º Ciclo	2 (4,8)	
3ª Ciclo	14 (33,3)	
Ensino secundário (12º ano de escolaridade)	20 (47,6)	
Licenciatura	4 (9,5)	
Pós-graduação	1 (2,4)	
Situação Profissional		
Desempregada	4 (9,6)	
Doméstica	2 (4,8)	
Operária Fabril	2 (4,8)	
Técnica Auxiliar de Ação Educativa	1 (2,4)	
Estudante	31 (73,6)	
Professora de Educação Física	1 (2,4)	
Médica	1 (2,4)	
Tipo de Estudante		
Não se aplica	11 (26,2)	
A frequentar ensino básico	12 (28,6)	
A frequentar ensino complementar	1 (2,4)	
A frequentar ensino superior	18 (42,9)	

Nota 1: Existência de um caso em que não foi possível identificar informação relativa ao estado civil da participante.

Nota 2: No quadro 1 os valores relativos à opção Não se aplica referem-se às participantes que não se encontram a estudar aquando do momento de avaliação (desempregadas, domésticas ou a trabalhar), correspondendo a 26,2% da amostra.

Em relação ao diagnóstico clínico no momento da avaliação 54,8% das participantes cumpre critérios para o diagnóstico de AN Tipo Restritivo, 28,6% para o diagnóstico de AN Tipo Purgativo, 14,3% para o diagnóstico de BN e apenas 2,4% das participantes para o diagnóstico de PIAC.

Quadro 2. *Diagnóstico Clínico dos sujeitos*

Sujeitos com diagnóstico de PCA (N=42)	
	N (%)
Diagnóstico Clínico	
Anorexia Tipo Restritivo	23 (54,8)
Anorexia Tipo Purgativo	12 (28,6)
Bulimia Nervosa	6 (14,3)
Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva	1 (2,4)

2.2. Instrumentos

Considerando o objeto de estudo, a problemática da investigação e integrando as principais referências da literatura, os instrumentos utilizados reportam-se aos itens de diagnóstico do **Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar** (*Eating Disorders Examination/EDE*, 14ª edição - Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001) e a **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).

2.2.1. *Eating Disorders Examination/EDE*, 14ª edição - Versão 14.3 (Fairburn & Cooper, 2000; traduzido e adaptado por Machado, 2001)

O EDE é uma entrevista semiestruturada que foi concebida com o desiderato de avaliar a psicopatologia específica das PCA (Fairburn & Cooper, 1994). Cooper e Fairburn (1987), acrescentam que a mesma permite aceder aos sintomas das PCA, tanto da AN, como da BN e suas variantes, à severidade sintomática e ao nível das preocupações extremas dos sujeitos relativo à forma e peso corporais.

Esta entrevista permite avaliar o estado atual dos participantes reportando-se aos comportamentos e atitudes dos mesmos nas últimas 4 semanas (28 dias) (*idem*). As características comportamentais são cotadas em termos da sua frequência e número de dias em que ocorrem, enquanto os restantes itens (restrições ao nível da ingestão de alimentos, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso) são cotados numa escala de severidade que varia entre 0 e 6, com os *scores* mais altos a indicarem maior nível de psicopatologia (Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fairburn, 1990).

A avaliação das características comportamentais chave supracitadas refere-se à ocorrência de episódios de ingestão alimentar excessiva e à utilização de métodos compensatórios. Machado (2010), salienta o facto do EDE (Machado, 2001) explorar 3 formas de ingestão excessiva: os episódios bulímicos objetivos, os episódios bulímicos subjetivos e os episódios de ingestão alimentar excessiva (em situações onde não ocorre

sensação de falta de controlo aquando dos episódios, de acordo com Fairburn (2008)). Em relação aos métodos compensatórios o EDE (Machado, 2001), permite avaliar situações referentes à prática de vômito autoinduzido, utilização de laxantes ou diuréticos e à prática de exercício físico excessivo. O facto desta entrevista permitir, ainda, recolher informação relativa aos critérios de diagnóstico das PCA, permite a operacionalização da mesma, uma vez que avalia os sintomas de maior prevalência para o diagnóstico no período de 3 meses que precede a avaliação.

As qualidades psicométricas do EDE (Machado, 2001), têm sido evidenciadas por alguns estudos, que caracterizam a entrevista como possuindo uma grande fiabilidade e validade discriminativa (Fairburn & Beglin, 1994; Freitas, Gorenstein & Appolinario, 2002). É com base nestas características que Carter, Stewart e Fairburn (2000), salientam que o EDE é considerado por muitos investigadores como sendo o melhor método disponível para avaliar a sintomatologia específica das PCA, intitulando-o como uma "medida de ouro".

Importa, no entanto, ressaltar algumas desvantagens inerentes a esta entrevista semiestruturada, como o facto de ser necessária formação e treino preliminares pelo investigador e pelo facto da sua administração poder demorar entre 30 a 60 minutos (Beglin & Fairburn, 1994). O facto de serem avaliadas questões relativas à ocorrência de episódios de IAC e aos comportamentos compensatórios também poderá ser identificado como uma desvantagem devido ao sentimento de vergonha que, muitas vezes, se associa a estes comportamentos. Esta dificuldade poderá, no entanto, ser minimizada através da questão da formação e do treino já supracitada (*idem*).

2.2.2. Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule/RFED (Fairburn & Welch, 1990; traduzida e adaptada por Gonçalves e colaboradores, 2001)

A RFED (Gonçalves et al., 2001) é, também, uma entrevista semiestruturada que foi construída para recolher informação sobre os FR associados ao desenvolvimento da AN e da BN. Neste sentido, ela permite avaliar um significativo conjunto de possíveis FR apontados na literatura como sendo passíveis de colocar os jovens em risco de desenvolverem uma PCA. Esta multiplicidade de FR pode ser categorizada em 3 domínios, sendo que dentro de cada domínio podem ser distinguidos subdomínios que, segundo Machado (2010), refletem tipos de exposição possivelmente vivenciados pelos sujeitos.

Segundo Machado (2010), o Domínio I - Vulnerabilidade Pessoal contempla fatores individuais ou familiares que possam aumentar o risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, em geral, e engloba os seguintes subdomínios: (1.1) características da infância, (1.2) perturbações psiquiátricas pré-mórbidas, (1.3) problemas comportamentais e (1.4) diagnóstico de perturbações psiquiátricas ao nível parental (exploradas tanto no período que antecede o desenvolvimento da PCA, como no período que decorre depois do diagnóstico

da mesma). O Domínio II - Ambiental explora a possível ocorrência de circunstâncias adversas e engloba os seguintes subdomínios: (2.1) problemas parentais; (2.2) acontecimentos disruptivos, (2.3) perturbações psiquiátricas parentais (exploradas tanto no período que antecede o desenvolvimento da PCA, como no período que decorre depois do diagnóstico da mesma), (2.4) possível vivência de situações de agressão e gozo concretizadas pelos pares e (2.5.) abuso sexual e físico. Apesar de haver registo da idade em que a história de abuso sexual ocorreu, esta deve ser avaliada independentemente da idade devido à sensibilidade do tópico e, como tal, não faria sentido limitar a avaliação ao período que antecede a *Idade Index*⁷. O Domínio III - Vulnerabilidade para Dietas explora os fatores que possam exacerbar a preocupação acerca da forma e peso corporais e alimentação, aumentando o risco de realização de dietas pelos sujeitos e engloba os seguintes subdomínios: (3.1) risco de dietas, (2.2) risco de obesidade e (2.3) diagnóstico de PCA ao nível parental. Para além destes 3 domínios são ainda considerados na entrevista FR adicionais como: idade da menarca, história de aborto e gravidez e número de filhos.

De salientar, no entanto, que o principal foco da RFED (Gonçalves et al., 2001) é o período que precede o início da PCA e, como tal, este período deve ser entendido como a idade em que começou o primeiro comportamento característico da PCA, de forma persistente: dieta prolongada, episódios regulares de ingestão alimentar exagerada (cumprindo os critérios utilizados do EDE, que se referem à presença de, pelo menos, 12 episódios bulímicos ou de ingestão exagerada (objetivos), durante um período de, pelo menos, 3 meses) e comportamentos purgativos como vômito autoinduzido ou abuso de laxantes. Esta idade de início dos comportamentos persistentes foi denominada pelos autores da RFED (Gonçalves et al., 2001) como *Idade Index* (contudo, na presença de mais do que um comportamento, opta-se pelo que ocorreu na idade inferior). Apenas desta forma, segundo Machado (2010), é possível assegurar que a exposição aos fatores avaliados pela entrevista possam ter contribuído para o desenvolvimento da PCA, permitindo, também, eliminar os fatores que se possam constituir como sendo próprios da sintomatologia alimentar ou que tendam a atuar como fatores de manutenção da problemática.

Todavia, cinco FR que possam ter uma influência hereditária são avaliados em dois momentos distintos, quando presentes em qualquer período de vida e quando presentes antes da *Idade Index*: (1) história familiar de depressão, abuso de álcool, abuso de drogas, presença de situações de obesidade e de PCA (Fairburn et al., 1997).

⁷ A *Idade Index* é a correspondente à idade de início do comportamento alimentar perturbado, em sujeitos com atual diagnóstico de PCA (Machado, 2001).

Exemplos específicos que possam ilustrar as experiências dos sujeitos devem ser continuamente solicitados uma vez que é premente que o sujeito recorde as experiências tal como decorreram na altura e não com base em interpretações atuais das mesmas.

Assim, em forma de súmula, segundo Machado (2010), pode considerar-se que a RFED se divide em 3 momentos: o primeiro correspondente aos itens diagnósticos da EDE; o segundo momento que explora a história da PCA atual e, o terceiro e último momento, a avaliação dos fatores que possam estar envolvidos na etiologia da PCA atual.

2.3. Procedimentos de recolha de dados

A recolha da amostra ocorreu na Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família, da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar São João. Por facilidade de acesso às doentes, a maioria das recolhas ocorreu às segundas-feiras, aquando das consultas do Dr. Sertório Timóteo e da Dra. Patrícia Nunes e às terças-feiras, aquando das consultas da Dra. Isabel Brandão. Em situações de avaliação de casos em regime de Internamento não se verificou este constrangimento.

Todos os sujeitos da amostra deveriam preencher, no momento da avaliação, os critérios de diagnóstico para uma PCA (critério de inclusão). Esta confirmação diagnóstica, numa primeira fase, era realizada pelo Psiquiatra Assistente, responsável por cada uma das participantes em processo terapêutico. Após confirmação diagnóstica pelo clínico procedeu-se ao contacto pessoal com cada uma das participantes (antes ou após a consulta de Psiquiatria). As condições éticas já haviam sido previamente asseguradas (foram aplicados os consentimentos informados e a Comissão de Ética do Centro Hospitalar São João havia já aprovado o estudo, uma vez que esta investigação se insere num estudo mais vasto realizado no âmbito das PCA). Todavia, o Consentimento Informado verbal de cada uma das participantes foi, em simultâneo, obtido pelos clínicos responsáveis pelo acompanhamento terapêutico de cada um dos casos. Em situações em que as participantes eram menores de idade os objetivos do estudo foram apresentados aos pais, os quais deveriam, também, consentir que as menores fizessem parte da amostra. Neste momento considerou-se pertinente apresentar, de forma geral, os objetivos do estudo, reforçando que as participantes poderiam, a qualquer momento, interromper a sua disponibilidade para participar no estudo.

Após cumprimento de todos os parâmetros supracitados estabeleceu-se, com as participantes, o dia da administração dos instrumentos. Na maior parte dos casos, as entrevistas foram realizadas no próprio dia da apresentação do estudo e obtenção do Consentimento Informado verbal (realizado pelo Psiquiatra Assistente). Noutras situações, ficou agendado com as participantes o momento para a realização das entrevistas (na maior parte dos casos no dia da consulta subsequente de Psiquiatria, antes da mesma).

A recolha de dados foi realizada em Gabinetes de Consulta da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar São João (com vista a permitir assegurar todas as condições de confidencialidade das participantes) cedidos para o efeito, podendo considerar-se que a mesma decorreu em dois momentos: o primeiro aquando da administração dos itens de diagnóstico da EDE (já que o objetivo primordial era a confirmação do diagnóstico previamente realizado por clínicos experientes na área das PCA) e, num segundo momento, após confirmação diagnóstica (critério de inclusão), procedeu-se à administração da RFED.

As entrevistas foram realizadas individualmente, apenas após formação, e demoraram, em média, entre 60 a 90 minutos cada. A cotação das mesmas foi realizada aquando da recolha de informação, uma vez que as diretrizes são fornecidas ao longo da entrevista.

2.4. Procedimentos de tratamento de dados

O presente estudo empírico tem um carácter quantitativo, de forma a verificar associações entre variáveis através de uma descrição de tipo estatístico. Segundo Almeida e Freire (2003), os estudos de carácter quantitativo são amplamente utilizados na testagem de teorias e na verificação de relações entre variáveis e/ou na predição de fenómenos. Para tal, recorreu-se ao programa estatístico IBM® SPSS® (versão 22.0), em particular ao Teste de Qui-Quadrado, para se averiguar a associação entre duas variáveis nominais ou uma variável nominal e uma ordinal, testando a independência entre as linhas e colunas de uma tabela de contingência (Martins, 2011). Deste modo, após a criação da base de dados, procedeu-se às análises estatísticas descritivas e de frequência para descrição e caracterização da amostra. Numa segunda fase dicotomizaram-se (recodificaram-se) as variáveis em análise, seguindo-se a associação entre elas, tendo em conta as hipóteses do presente estudo, através da aplicação do referido teste estatístico. Seguiu-se a interpretação dos vários *outputs*, salientando-se os resultados estatística ou marginalmente significativos.

3. Análise Estatística - Resultados

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

- (1) Resultados descritivos da amostra (ao nível dos aspetos sociodemográficos);
- (2) Resultados relativos aos FR associados ao início da sintomatologia do comportamento alimentar em Início Precoce (IP) e ao início da sintomatologia do comportamento alimentar em Início Típico (IT).

3.1. Resultados Descritivos da Amostra

O quadro 3 apresenta os resultados atuais relativos ao peso, altura e IMC da amostra. Como é possível constatar através do referido quadro, o peso das participantes (apresentado em kg) varia entre os 27,90kg e os 64,00kg (M=41,47 e DP=7,99). Em relação à altura esta é apresentada em centímetros e varia entre os 142 cm e os 172 cm (M=161,64 e DP=5,81) e, por fim, o IMC das participantes varia entre os 11,60 kg/m² e os 22,94 kg/m² (M=15,89 e DP=2,83).

Quadro 3. Caracterização da amostra (peso, altura e IMC)

Sujeitos com diagnóstico de PCA		
(n=42)		
	Amplitude	M (DP)
Peso atual (Kg)	27,90 – 64,00	41,47 (7,99)
Altura atual (cm)	142 – 172	161,64 (5,81)
IMC atual (kg/m²)	11,60 – 22,94	15,89 (2,83)

Uma vez que este estudo vai incidir sobre os FR que predispõem os sujeitos para o desenvolvimento de problemas do comportamento alimentar, e à semelhança do que foi já explicado no enquadramento teórico, evidencia-se premente distinguir a idade de início dos primeiros sintomas alimentares (*Idade Index*). Neste sentido, e à semelhança do que foi já proposto por outros investigadores, a *Idade Index* (i.e. Fairburn, 1997, 1999; Pike et al. 2009) corresponde à idade em que o primeiro comportamento alimentar persistente característico de uma PCA ocorreu (dieta estruturada, episódios regulares de IAC, vômito autoinduzido ou uso de laxantes).

Para que se pudesse definir o ponto de corte relativo à *Idade Index* que distinguísse a pertença das participantes a cada um dos grupos, recorreu-se aos estudos realizados por Day e colaboradores (2011), que definiu os 16 anos em casos de BN e EDNOS (APA, 2002) e o estudo de Machado (2010), que definiu os 16 anos no caso de AN e os 15 anos em casos de BN.

Em relação ao presente estudo, e uma vez que a *Idade Index* havia sido previamente calculada recorrendo a análises de frequência, a média prevista seria de 16,05 anos, como é possível observar no quadro 4. No entanto, apesar dos resultados obtidos através da análise de frequências da amostra e uma vez que a amostra do presente estudo engloba tanto participantes com diagnóstico de AN, como de BN e de PIAC, e com o intuito de nos aproximarmos à realidade nacional, os **15** anos foram considerados como o ponto de corte,

correspondendo à idade média de início dos primeiros sintomas alimentares. Este ponto de corte foi fulcral para que a amostra pudesse ser dividida em dois grupos distintos, um correspondente ao grupo de **IP (<15 anos)** e outro correspondente ao **IT (≥15 anos)**.

Quadro 4. Definição da *Idade Index* de acordo com os resultados da análise de frequências

Sujeitos com diagnóstico de PCA		
(n=42)		
	Amplitude	M (DP)
Idade Index	10-35	16,05 (4,953)

Após dividir a amostra em dois grupos, IP e IT é possível observar no quadro 5 as características de cada grupo em relação à *Idade Index* definida. De acordo com os resultados obtidos, o grupo de IP engloba participantes cuja *Idade Index* varia entre os 10 e os 14 anos de idade (M=12,76 e DP=1,30). Em relação ao grupo de IT a *Idade Index* varia entre os 15 e os 35 anos de idade (M=19,33 e DP=5,09).

Quadro 5. Caracterização da *Idade Index* no grupo de Início Precoce e no grupo de Início Típico

	Início Precoce (n=21)		Início Típico (n=21)	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
Idade Index	10-14	12,76 (1,30)	15-35	19,33 (5,09)

3.2. Resultados relativos aos Fatores de Risco associados ao início da sintomatologia do Comportamento Alimentar em Idade Precoce Vs. Idade Típica

Neste momento, importa apresentar os resultados obtidos ao nível dos FR que precedem a idade de início dos primeiros sintomas do comportamento alimentar. De salientar que todos os resultados se reportam a associações estatística ou marginalmente significativas, uma vez que todas as variáveis caracterizadas pela ausência de correlação estatística foram excluídas (pelo facto deste estudo se integrar, posteriormente, num estudo mais abrangente que recorrerá, numa segunda etapa, a análises de regressão logística, as quais exigem o cumprimento do pressuposto da existência de correlação significativa ou marginalmente significativa entre as variáveis).

De sublinhar que todos os resultados cumpriram os pressupostos do Teste de Qui-Quadrado. Numa primeira fase foram excluídos todos os fatores que não apresentaram variabilidade (em pelo menos um grupo de comparação). De salientar, ainda, que em nenhuma das variáveis os resultados apresentaram ser superiores a 20% de células da

tabela de contingência com frequência esperada inferior a 5) e, como tal, a globalidade dos valores de p apresentados correspondem ao valor de *Pearson* do Qui-Quadrado (e nenhum ao valor do Teste de *Fisher*).

O quadro 6 apresenta as frequências para cada variável considerada e os valores do p para FR associados aos domínios **Caraterísticas da Infância, Fatores de Risco Adicionais e Acontecimentos Disruptivos**.

Como podemos constatar no referido quadro, em relação ao domínio **Caraterísticas da Infância**, dois FR apresentam resultados estatisticamente significativos ($p < .05$) (*Meio em que cresceu até à Idade Index* e *Sentir-se enorme antes da Idade Index 2 (segunda dicotomização)*), enquanto que os outros três FR apresentaram resultados marginalmente significativos ($p < .10$) (*Altura em criança/adolescente*, *Sentir-se enorme antes da Idade Index 1 (primeira dicotomização)* e *Desentendimento familiar*).

Relativamente à associação entre a variável *Meio em que cresceu até à Idade Index* e o grupo de IP e o grupo de IT esta é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,725$; $p = .030$). Em particular no grupo de IP 90,5% das participantes refere ter vivido em meio urbano (cidade), enquanto apenas 9,5% das participantes refere ter vivido em contexto rural (aldeia ou vila). Por sua vez, em relação ao grupo de IT, 61,9% das participantes refere ter crescido, até à *Idade Index*, em meio urbano enquanto 38,1% refere ter crescido em meio rural.

Em relação à associação entre a variável *Altura em criança/adolescente* e o grupo de IP e o grupo de IT esta é marginalmente significativa ($\chi^2 = 3,111$; $p = .078$). É possível verificar que, em relação ao grupo de IP, 95,2% das participantes referiram a resposta *Outro*, podendo esta ser relativa a situações de altura média ou de altura alta ou baixa, mas sem referência a preocupação associada, enquanto apenas 4,8% referiu sentir-se preocupada em relação ao facto de ser mais alta ou mais baixa comparativamente ao grupo de pares. No grupo de IT é possível verificar que 76,2% das participantes refere situações que não revelam preocupação relativa à altura (alta, baixa ou na média comparativamente ao grupo de pares) e 23,8% das participantes refere ser mais alto ou mais baixo relativamente ao grupo de pares, com preocupação associada.

Relativamente à associação entre a variável *Sentir-se enorme antes da Idade Index (primeira dicotomização)* e o grupo de IP e o grupo de IT esta é marginalmente significativa ($\chi^2 = 2,785$; $p = .095$). Neste sentido, em relação ao grupo de IP, 57,1% das participantes refere não se ter sentido enorme até à *Idade Index*, enquanto 42,9% referiu a opção *Outro*, referente a situações em que as participantes referiram terem-se sentido enormes até à *Idade Index*. Em relação ao grupo de IT a maioria das participantes, 81%, refere não se ter sentido enorme antes da *Idade Index* e 19% refere a opção *Outro*.

Em relação à segunda dicotomização, *Sentir-se enorme antes da Idade Index 2*, esta revela uma associação estatisticamente significativa com o grupo de IP e o grupo de IT ($\chi^2 =$

4,200; $p=.040$). Em relação ao grupo de IP, 42,9% das participantes referem ter-se sentido enormes com preocupação antes da *Idade Index*, enquanto 57,1% das participantes refere a opção *Outro*, podendo esta incluir situações em que as participantes não se sentiram enormes ou sentiram-se enormes, não revelando, todavia, preocupação associada. No grupo de IT a maioria das participantes, 85,7%, referiu a opção *Outro* e apenas 14,3% referiu ter-se sentido enorme, com preocupação, até à *Idade Index*.

A associação entre o FR *Desentendimento familiar* e o grupo de IP e o grupo de IT é marginalmente significativa ($\chi^2 = 3,635$; $p=.057$). Em relação ao grupo de IP a maioria das participantes, 52,4%, referiu a existência de problemas familiares não resolvidos, enquanto 47,6% refere que os problemas familiares se encontram resolvidos. No grupo de IT a maioria das participantes, 76,2%, refere que os problemas familiares se encontram resolvidos e apenas 23,8% refere a existência de problemas não resolvidos na família.

Como podemos constatar ainda no referido quadro, em relação ao domínio **Fatores de Risco Adicionais**, um FR apresenta resultados estatisticamente significativos ($p<.05$) (*Timing de crescimento do peito 1 (primeira dicotomização)*), enquanto que o outro FR apresenta resultados marginalmente significativos ($p<.10$) (*Timing de crescimento do peito 2 (segunda dicotomização)*).

Relativamente à associação entre a variável *Timing de crescimento do peito 1* e o grupo de IP e o grupo de IT esta é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 5,081$; $p=.024$). No grupo de participantes de IP 52,4% das participantes referiram a opção *Outro* podendo esta englobar situações em que as participantes relataram um desenvolvimento do peito tardio ou precoce, enquanto 47,6% referiu que o crescimento do peito ocorreu em período normal. De salientar que o desenvolvimento precoce se refere a situações em que o desenvolvimento do peito ocorreu num período que antecede os 12 meses do período considerado normal e o desenvolvimento tardio se refere a situações em que o desenvolvimento do peito ocorreu num período de, pelo menos, 12 meses após o período considerado normal. Em relação ao grupo de IT, a maioria, 81%, refere um *timing de desenvolvimento do peito 1* em período normal e apenas 19% das participantes refere a opção *Outro* (*timing* de desenvolvimento do peito tardio ou precoce).

Ainda relativo a questões do *timing de desenvolvimento do peito*, segunda dicotomização, a associação entre esta variável e o grupo de IP e o grupo de IT é marginalmente significativa ($\chi^2 = 3,111$; $p=.078$). No grupo de IP 76,2% das participantes referem a opção *Outro* (podendo esta referir-se a situações de desenvolvimento do peito em período tardio ou normal) e 23,8% das participantes referem um *timing* de desenvolvimento do peito em idade precoce. No grupo de IT 95,2% das participantes refere a opção *Outro* (podendo esta referir-se a situações de desenvolvimento do peito em período tardio ou

normal) e apenas 4,8% refere um *timing* de desenvolvimento do peito em período precoce (no mínimo 12 meses antes do considerado normal).

Ainda no quadro 6, em relação ao domínio **Acontecimentos disruptivos**, apenas um FR apresenta resultados **significativos** ($p < .05$) (*Intensidade de situações de gozo concretizadas pelos amigos*).

A associação entre esta variável, *Intensidade de situações de gozo concretizadas pelos amigos* e o grupo IP e o grupo de IT é significativa ($\chi^2 = 3,857$; $p = .050$). No grupo de IP 81% das participantes refere a opção *Outros* (reportando-se à ausência de situações de gozo ou situações não ameaçadoras) enquanto 19% das participantes identificam a existência de *Situações de gozo concretizadas pelos amigos*, com carácter ameaçador. Relativamente ao grupo IT 52,4% das participantes refere a opção *Outros* (reportando-se à ausência de situações de gozo ou situações não ameaçadoras) e 47,6% das participantes referiram ter experienciado *Situações de Gozo* de carácter ameaçador, concretizadas pelos amigos.

Quadro 6. Teste de Qui-quadrado relativo aos Fatores de Risco nos domínios: características da infância, fatores de risco adicionais e acontecimentos disruptivos.

	Início Precoce (n=21)	Início Típico (n=21)	χ^2	<i>p</i>
CARATERÍSTICAS DA INFÂNCIA				
Meio em que cresceu até Idade Index				
Meio Rural	2 (9,5)	8 (38,1)	4,725	,030
Meio Urbano (grande cidade)	19 (90,5)	13 (61,9)		
Altura em criança/adolescente				
Alta ou baixo com preocupação	1 (4,8)	5 (23,8)	3,111	.078
Outro	20 (95,2)	16 (76,2)		
Sentir-se enorme antes Idade Index				
Não se sentiu enorme	12 (57,1)	17 (81,0)	2,785	.095
Outro	9 (42,9)	4 (19,0)		
Sentir-se enorme antes Idade Index 2				
Sentir-se enorme com preocupação	9 (42,9)	3 (14,3)	4,200	.040
Outro	12 (57,1)	18 (85,7)		
Desentendimento Familiar				
Problemas familiares resolvidos	10 (47,6)	16 (76,2)	3,635	.057
Problemas familiares não-resolvidos	11 (52,4)	5 (23,8)		
	Início Precoce (n=21)	Início Típico (n=21)	χ^2	<i>p</i>
FATORES DE RISCO ADICIONAIS				
Timing de crescimento do peito				
Crescimento do peito em período normal	10 (47,6)	17 (81,0)	5,081	.024
Outro	11 (52,4)	4 (19,0)		
Timing de crescimento do peito 2				
Precoce	5 (23,8)	1 (4,8)	3,111	.078
Outro	16 (76,2)	20 (95,2)		
	Início Precoce (n=21)	Início Típico (n=21)	χ^2	<i>p</i>
ACONTECIMENTOS DISRUPTIVOS				
Intensidade de situações de gozo concretizadas pelos amigos				
Ameaçadores	4 (19,0)	10 (47,6)	3,857	.050
Outros	17 (81,0)	11 (52,4)		

O quadro 7 apresenta as frequências para cada variável considerada e os valores do *p* para Fatores de Risco associados aos domínios **Família e Comportamento Alimentar e Próprio e Comportamento Alimentar**. Como podemos constatar no referido quadro, em relação ao domínio **Família e Comportamento Alimentar**, três FR apresentam resultados

estatisticamente significativos ($p < .05$) (*Familiar com baixo peso, Dieta familiar - motivos de peso antes da Idade Index e Comentários relativos à alimentação - Familiares*), enquanto que os outros dois FR apresentaram resultados marginalmente significativos ($p < .10$) (*Forma física das irmãs e Peso máximo do pai antes da Idade Index*).

Em relação à associação entre a variável *Forma física das irmãs* e o grupo de IP e o grupo de IT esta é marginalmente significativa ($\chi^2 = 3,500$; $p = .061$). Em relação ao grupo de IP 71,4% das participantes referem não haver comparação ou, em caso de comparação, esta não causa preocupação, enquanto 28,6% das participantes indicam a opção *Outro* (situações de comparação com preocupação). Já no grupo de IT a maioria das participantes, 57,1%, refere a opção *Outro* (situações de comparação com preocupação) e apenas 42,9% refere situações onde não há comparação em relação à *Forma física das irmãs* ou, em caso de comparação, esta não causa preocupação nas participantes. Relativamente à associação entre a variável *Peso máximo do pai antes da Idade Index* e o grupo de IP e o grupo de IT esta é marginalmente significativa ($\chi^2 = 3,535$; $p = .060$). No grupo de IP a maioria das participantes (66,7%) refere um peso médio do pai antes da *Idade Index* e apenas 33,3% refere situações de excesso de peso do pai antes da *Idade Index*. À semelhança do que foi dito no grupo de IP, no grupo de IT, a maioria das participantes, 90,5%, refere que o *Peso máximo do pai antes da Idade Index* correspondia a um peso médio, enquanto 9,5% das participantes referencia situações de excesso de peso do pai antes da *Idade Index*.

A associação entre a variável *Familiar com baixo peso* e o grupo de IP e o grupo de IT é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 5,459$; $p = .019$). No grupo de IP 52,4% das participantes referem não ter nenhum familiar com baixo peso e apenas 47,6% das participantes refere a opção *Outro* (referente à existência de familiares com baixo peso). No grupo de IT a maioria das participantes, 85,7%, refere, à semelhança do grupo anterior, não ter nenhum familiar com baixo peso enquanto 14,3% das participantes refere a opção *Outro* (referente à existência de familiares com baixo peso).

Em relação à associação entre a variável *Dieta familiar - motivos de peso antes da Idade Index* e o grupo de IP e o grupo de IT esta é significativa ($\chi^2 = 3,857$; $p = .050$). No grupo de IP 52,4% das participantes referem não ter nenhum familiar que tenha recorrido a dieta por motivos de peso antes da *Idade Index* do sujeito, enquanto 47,6% das participantes refere a opção *Outro* (referente à existência de dietas familiares por motivos de peso antes da *Idade Index*). Por sua vez, no grupo de IT, a maioria das participantes, 81%, refere não ter familiares que tenham recorrido a dieta por motivos de peso antes da *Idade Index* do sujeito, enquanto 19% das participantes referem a opção *Outro* (referente à existência de dietas familiares por motivos de peso antes da *Idade Index*).

Por sua vez, a associação entre a variável *Comentários relativos à alimentação - familiares* e o grupo de IP e o grupo de IT é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,200$;

$p=.040$). No grupo de IP a maioria das participantes (57,1%) refere não ter sido alvo de comentários relativos à sua alimentação antes da *Idade Index* e apenas 42,9% das participantes refere a existência de comentários relativos à alimentação realizados por familiares, antes da *Idade Index*. No grupo de IT, a maioria das participantes, 85,7% refere não ter sido alvo de comentário relativos à sua alimentação antes da *Idade Index* e apenas 14,3% refere a existência de comentários relativos à alimentação realizados por familiares, antes da *Idade Index*.

Como podemos constatar no referido quadro, em relação ao domínio **Próprio e Comportamento Alimentar**, os quatro FR apresentam resultados estatisticamente significativos ($p<.05$) (*Peso no ensino secundário 1*, *Peso no ensino secundário 2*, *Baixo peso no ensino secundário* e *Consequências do baixo peso no ensino secundário*). Em relação à associação entre a variável *Peso no ensino secundário 1* e o grupo de IP e o grupo de IT esta é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 6,222$; $p=.013$). No grupo de IP a maioria das participantes, 81,9% refere a opção *Outro* (referente a situações de excesso de peso ou situações de baixo peso aquando do ensino secundário) e apenas 38,1% refere ter tido um peso normal. Já em relação ao grupo de IT, 76,2% das participantes refere ter tido um peso normal aquando do ensino secundário e 23,8% a opção *Outro* (referente a situações de excesso de peso ou situações de baixo peso aquando do ensino secundário).

A associação entre a variável *Peso no ensino secundário 2* e o grupo de IP e o grupo de IT é, por sua vez, estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,725$; $p=.030$). No grupo de IP a maioria das participantes, 61,9%, refere a opção *Outro* (que não peso baixo), enquanto 38,1% refere ter tido um peso Baixo aquando do ensino secundário. Por sua vez, no grupo de IT, 90,5% das participantes refere ter tido *Outro* peso (que não peso baixo) e apenas 9,5% das participantes indica ter tido um peso Baixo. Em relação à associação entre a variável *Baixo peso no ensino secundário* e o grupo de IP e o grupo de IT esta é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 8,400$; $p=.004$). Enquanto que no grupo de IT 57,1% das participantes refere não ter tido um baixo peso aquando do ensino secundário (com possibilidade de ter tido um peso médio ou excesso de peso) e 42,9% refere a opção *Outro* (ter tido um baixo peso aquando do ensino secundário), no grupo de IT a maioria das participantes, 95,2%, refere não ter tido um baixo peso aquando do ensino secundário (com possibilidade de ter tido um peso médio ou excesso de peso) e apenas 4,8% indica a opção *Outro* (ter tido um baixo peso aquando do ensino secundário). Por sua vez, a associação entre a variável *Consequências do baixo peso no ensino secundário* e o grupo de IP e o grupo de IT é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,286$; $p=.038$). No grupo de Início Precoce 71,4% das participantes refere a opção *Outro* (referente a situações de ausência de baixo peso, ou de baixo peso sem consequências) e 28,6% refere situações de baixo peso com consequências decorrentes. Em relação ao grupo de IT a maioria das participantes, 95,2%

refere a opção *Outro* (referente a situações de ausência de baixo peso, ou de baixo peso sem consequências) enquanto apenas 4,8% das participantes refere situações de baixo peso com consequências associadas.

Quadro 7. Teste de Qui-quadrado relativo aos Fatores de Risco nos domínios: Família e Comportamento Alimentar e Próprio e Comportamento Alimentar

	Início Precoce (n=21)	Início Típico (n=21)	χ^2	<i>p</i>
FAMÍLIA E COMPORTAMENTO ALIMENTAR				
Forma física das irmãs				
Sem comparação/sem preocupação	15 (71,4)	9 (42,9)	3,500	,061
Outro	6 (28,6)	13 (57,1)		
Peso máximo pai antes Idade Index				
Peso médio	14 (66,7)	19 (90,5)	3,535	.060
Excesso de peso	7 (33,3)	2 (9,5)		
Familiar com baixo peso				
Não tem	11 (52,4)	18 (85,7)	5,459	.019
Outro	10 (47,6)	3 (14,3)		
Dieta familiar - motivos de peso antes da Idade Index				
Não tem	11 (52,4)	17 (81,0)	3,857	.050
Outro	10 (47,6)	4 (19)		
Comentários relativos à alimentação - Familiares				
Sem comentários	12 (57,1)	18 (85,7)	4,200	.04
Com comentários	9 (42,9)	3 (14,3)		
PRÓPRIO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR				
Peso no ensino secundário 1				
Normal	8 (38,1)	16 (76,2)	6,222	.013
Outro	13 (61,9)	5 (23,8)		
Peso no ensino secundário 2				
Baixo	8 (38,1)	2 (9,5)	4,725	.030
Outro	13 (61,9)	19 (90,5)		
Baixo peso no ensino secundário				
Sem baixo peso no ensino secundário	12 (57,1)	20 (95,2)	8,400	.004
Outro	9 (42,9)	1 (4,8)		
Consequências baixo peso no ensino secundário				
Peso baixo com consequências negativas	6 (28,6)	1 (4,8)	4,286	.038
Outro	15 (71,4)	20 (95,2)		

No quadro 8 é possível verificar que no domínio **Outros e Comportamento Alimentar**, o FR apresentado revela resultados marginalmente significativos ($p < .10$) (*Dieta no grupo de pares*).

A associação entre a variável supracitada (*Dieta no grupo de pares*) e o grupo de IP e o grupo de IT é marginalmente significativa ($\chi^2 = 2,785$; $p = .095$). No grupo de IP 57,1% das participantes refere que as dietas não eram frequentes no grupo de pares aquando do ensino secundário e 42,8% das participantes refere, pelo contrário, que as dietas eram frequentes. Em relação ao grupo de IT a maioria das participantes, 81,0% refere que as dietas aquando do ensino secundário não eram frequentes, enquanto 19% das participantes refere a realização de dietas no grupo de pares como sendo frequente.

Em relação ao domínio **Outros que não familiares e Comportamento Alimentar** apresentado no quadro 8, o único FR que o integra, *Comentários relativos ao peso e forma corporais outros (não familiares)* revela resultados estatisticamente significativos ($p < .05$).

A associação entre a variável supracitada e o grupo de IP e o grupo de IT é, como já foi referido, estatisticamente significativa ($\chi^2 = 8,400$; $p = .004$). Em relação ao grupo de IP, 57,1% das participantes refere não ter sido alvo de comentários relativos ao peso e forma corporais concretizados por Outros que não familiares (i.e. amigos da família, professores, médicos) e 42,9% das participantes refere a ocorrência de comentários relativos ao peso e forma corporais. Já em relação ao grupo de IT, a maioria das participantes, 95,2%, indica não ter sido alvo de comentários sobre o peso e a forma corporais concretizados por Outros que não familiares (i.e. amigos da família, professores, médicos), enquanto apenas 4,8% refere ter sido alvo de comentários relativos ao peso e forma corporais.

Quadro 8. *Teste de Qui-quadrado relativo aos Fatores de Risco nos domínios: Outros e Comportamento Alimentar, Outros (não familiares) e Comportamento Alimentar.*

	Início Precoce (n=21)	Início Típico (n=21)	χ^2	p
OUTROS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR				
Dieta no grupo de pares				
Dietas não eram frequentes	12 (57,1)	17 (81,0)	2,785	.095
Dietas eram frequentes	9 (42,9)	4 (19,0)		
OUTROS QUE NÃO FAMILIARES E COMPORTAMENTO ALIMENTAR				
Comentários relativos ao peso e forma corporais Outros (não familiares)				
Sem comentários	12 (57,1)	20 (95,2)	8,400	.004
Com comentários	9 (42,9)	1 (4,8)		

4. Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados será realizada com enfoque nas hipóteses de investigação definidas para o presente estudo e à luz dos pressupostos teóricos abordados no enquadramento teórico. Terá, assim, como principal objetivo refletir sobre os resultados obtidos em relação aos FR que precedem o início das Perturbações do Comportamento Alimentar, distinguindo a associação entre os FR e o grupo de IP e o grupo de IT.

Considera-se, todavia, pertinente discutir a definição do ponto de corte que permitiu distinguir o grupo de IP do grupo de IT. A maioria dos estudos realizados até à atualidade que se focam no estudo dos FR que precedem o desenvolvimento de PCA tem-se reportado, como já foi anteriormente fundamentando, à *Idade Index*. Maioritariamente, os 14 anos de idade são apontados na literatura como sendo a idade média estimada para o início dos primeiros sintomas alimentares, em casos de AN, enquanto para situações de diagnóstico de BN a *Idade Index* consensual reporta-se aos 15 anos, ou seja, um ano mais tarde do que em casos de AN.

No entanto, um estudo nacional desenvolvido por Machado (2010), que consistiu no estudo dos FR associados ao início da AN, permitiu identificar *Idades Index* diferentes do que até então era apontado na literatura, identificando os 16 anos como a idade média de início dos primeiros sintomas alimentares no caso da AN e os 15 anos no caso de BN. Todavia, de salientar um estudo mais recente desenvolvido por Day e colaboradores (2011), que refere os 16 anos como sendo a *Idade Index* média em casos de BN. Foi com base nestes dois últimos estudos, e permitindo que o nosso estudo se aproximasse à realidade nacional, que se definiu os 15 anos como o ponto de corte que distinguia a pertença aos dois grupos.

Numa primeira análise dos resultados é possível concluir que os FR envolvidos no início precoce das PCA estão representados tanto no domínio da vulnerabilidade pessoal, como nos domínios ambiental e vulnerabilidade relativamente a dietas.

Apesar da associação estatisticamente significativa entre a variável *Meio em que cresceu* e os grupos de IP e IT, este FR de vulnerabilidade ambiental não havia sido integrado de forma específica no Enquadramento Teórico deste estudo, o que decorre do facto da maioria dos estudos sobre os FR associados ao início das PCA que recorreram ao RFI como instrumento de recolha de dados, não o terem identificado como podendo predispor os sujeitos para o desenvolvimento de uma PCA. Todavia, com base nos resultados obtidos neste estudo, parece que o facto das participantes terem crescido até à *Idade Index* em contexto urbano poderá estar associado à pertença ao grupo de IP. Este resultado permite refletir sobre a possível associação entre o meio urbano e fatores como a maior exposição à influência dos *mass media* e a decorrente integração do ideal de magreza veiculado (e conseqüente insatisfação com a imagem corporal) (Jacobi et al., 2004).

Partindo do pressuposto de que sujeitos em idade escolar que residiam em meios pequenos/rurais estariam mais satisfeitos com o corpo do que sujeitos residentes em meio urbano, Triches e Giugliani (2007) desenvolveram um estudo cujo objetivo incidiu sobre a prevalência da insatisfação corporal e fatores associados em sujeitos (em idade escolar), residentes tanto em meio rural como em meio urbano. Este objetivo decorreu do facto de se pensar que os sujeitos que cresceram em meio rural estariam menos pressionados a adotarem estereótipos veiculados pelos *mass media*. Os resultados do estudo evidenciaram uma maior prevalência da insatisfação corporal associada aos sujeitos do meio urbano (65,6%) quando comparados com os do meio rural (52,6%). No entanto, apesar de serem vários os estudos realizados que obtiveram resultados estatisticamente significativos entre a influência dos meios de comunicação social e a insatisfação com a imagem corporal e a pressão para a magreza (e.g. Levine & Smolak, 1996), parece não haver fundamentação empírica suficiente que permita associar os resultados apresentados com a localização geográfica, como aponta um estudo desenvolvido por Welch, Gross, Bronner, Dewberry-Moore e Paige (2004) no qual não foi observada associação estatisticamente significativa entre o peso, a percepção da imagem corporal e a localização geográfica.

No entanto, os resultados do nosso estudo indicam a possibilidade dos sujeitos que desenvolveram os primeiros sintomas alimentares em IP terem crescido, maioritariamente, em meio urbano, o que levanta questões relativas à necessidade de prevenção que poderá ser facilitada pelas mudanças nas mensagens veiculadas pelos *mass media* e na tentativa e necessidade de promover um pensamento crítico sobre essas mensagens (Levine & Smolak, 1996). Lokken, Worthy e Trautmann (2004), salientam a pertinência de serem realizados mais estudos que permitam estudar a influência dos meios de comunicação social em mulheres jovens, bem como o seu papel na comunicação de padrões de beleza.

Quanto ao papel da pressão social os resultados obtidos num estudo longitudinal desenvolvido pela equipa McKnight (2003) evidenciaram que a pressão social concomitante à preocupação com a imagem corporal (modelagem exercida pelos *mass media*, alimentação social, dieta e gozo acerca do peso) mostrou predizer o início das PCA. Neste sentido, parece pertinente questionar a possível associação entre a pressão do meio social para a realização de dietas, a qual não foi testada no nosso estudo. Não obstante, os resultados do nosso estudo evidenciaram que o facto das dietas serem frequentes no grupo de pares poderá estar associado ao grupo de IP, o que parece congruente com o que foi já apresentado anteriormente.

Algumas questões relacionadas com o domínio desenvolvimental revelam-se prementes. Parece que o facto das participantes se "sentirem enormes" antes da *Idade Index* poderá ser um FR que vulnerabilize os sujeitos em IP a desenvolverem uma PCA. Todavia, estes resultados parecem não ser congruentes com os obtidos em relação à

variável "Altura em criança/adolescente", cujas situações que revelam preocupação associada ao facto de ser alto ou baixo comparativamente ao grupo de pares parecem estar associadas ao grupo de IT. De salientar, no entanto, que o "sentir-se enorme" se reporta não só a questões relacionadas com a altura, mas também com o peso, o que poderá explicar a incongruência dos resultados nestas duas variáveis.

O mesmo se sucede relativamente à variável *timing* de crescimento do peito, que evidencia a possibilidade das participantes que tiveram um desenvolvimento precoce do peito (12 meses antes da média do grupo de pares) estarem mais vulneráveis a desenvolverem uma PCA em IP. Estes resultados parecem congruentes com a literatura existente. Neste sentido, Smolak e Levine (1996), salientam os principais desafios associados à adolescência como sendo o aumento do peso e de gordura localizada, a maturidade reprodutiva e o desenvolvimento do corpo que aproxima o corpo da adolescente ao corpo dos adultos, modificações essas que podem aumentar as preocupações relativas à sexualidade. Todavia, apesar da literatura associar o aumento da insatisfação com a imagem corporal ao início precoce da menarca (e.g. Stice, 2002), o nosso estudo não evidenciou associação estatisticamente significativa entre a idade da menarca e o desenvolvimento da primeira sintomatologia alimentar, nem em IP, nem em IT.

Neste sentido, parece pertinente especular sobre a influência das dietas do grupo de pares na autoavaliação dos sujeitos que tenham tido um desenvolvimento precoce, à luz do que foi anteriormente referido. Sujeitos cuja puberdade ocorreu em período mais precoce (e.g. *timing* de crescimento do peito) poderão ter exacerbado o sentimento de "sentir-se enorme", em comparação com o grupo de pares. Assim sendo, quando integrados num ambiente propício à realização de dietas, poderão ter ficado numa posição de maior vulnerabilidade, que associa FR pessoais a FR socioculturais.

Ainda em relação ao domínio **Caraterísticas da Infância**, os resultados do nosso estudo permitem prever que o facto de existirem problemas familiares não resolvidos poderá vulnerabilizar os sujeitos a desenvolverem uma PCA em IP. Um estudo desenvolvido por Machado (2010) clarifica esta variável, referindo que ela se refere à forma como os elementos do agregado familiar (pais e irmãos) geriam as situações de desacordo entre si no sentido de ser possível falar de assuntos que poderiam gerar controvérsia e diferentes pontos de vista ou, contrariamente, se estes assuntos eram evitados na família. A associação marginalmente significativa entre a variável desentendimento familiar e os grupos de IP e IT parece suportada na literatura. É o exemplo do estudo desenvolvido por le Grange (2010). No entanto, no seu estudo, le Grande (2010) levantou a questão de não ser claro se era a dinâmica familiar que contribuía para o desenvolvimento das PCA ou se era o diagnóstico de PCA que contribuía para uma dinâmica familiar caracterizada por alguns desentendimentos. No entanto, no nosso estudo, devido à utilização da RFED, parece ser

claro que a dinâmica familiar caracterizada pelos desentendimentos precede o desenvolvimento das PCA, permitindo ainda acrescentar que a incapacidade para resolver desentendimentos ou discórdias (evitando-os) caracterizou as famílias das participantes nas quais os primeiros sintomas de PCA surgiram em IP.

Relativamente ao domínio dos **acontecimentos disruptivos** parece que o facto de existirem situações de gozo ameaçadoras concretizadas pelo grupo de pares poderá estar associado ao grupo de IT. De salientar, todavia, o facto de a literatura não ser consensual em relação a este FR, como refere um estudo desenvolvido por Machado (2010), que salienta o facto deste fator poder assumir um papel fulcral na vulnerabilização para o desenvolvimento de PCA, mas também de outras perturbações clínicas, em geral. Neste mesmo estudo, a autora reflete sobre a possibilidade dos resultados obtidos permitirem especular sobre se esse fator não poderá ter apenas ressonância nas jovens que têm mais consciência sobre a sua aparência e se "sentem mais gordas", tornando-se assim mais vulneráveis à troça perpetrada pelo grupo de pares. Todavia, de acordo com o que acaba de ser apresentado, faria sentido que os nossos resultados evidenciassem uma associação estatisticamente significativa entre variáveis como "sentir-se gorda" ou "mais consciência sobre a aparência", o que não se verificou.

Em relação ao domínio **Família e Comportamento Alimentar** é consensual na literatura que a obesidade parental detém um papel de peso na predisposição para o desenvolvimento de sintomatologia alimentar (Machado, 2010). Corroborando a literatura, os resultados do nosso estudo revelam uma associação marginalmente significativa entre o peso máximo do pai antes da *Idade Index* e o desenvolvimento de sintomatologia alimentar. De salientar, no entanto, o facto de parecer que a existência de situações de excesso de peso (pai) antes da *Idade Index* poderá vulnerabilizar os sujeitos a desenvolverem PCA em IP, o que permite levantar questões relativas à importância da modelagem parental e o papel que a família exerce em fases precoces do desenvolvimento. Ainda em relação ao papel da família e do seu potencial poder de modelagem, os resultados do nosso estudo revelaram uma associação significativa entre a realização de dietas (motivo de peso) por familiares das participantes, evidenciando que a exposição a este FR poderá vulnerabilizar os sujeitos para desenvolver uma PCA em IP. Esta associação significativa havia já sido explorada por alguns estudos anteriores, que salientam o facto de que, apesar do carácter inespecífico destes fatores, os mesmos devem ser alvo de atenção, principalmente se considerarmos que os FR têm sido consensualmente considerados como fatores que poderão predispor especificamente as jovens para a realização de dietas (e.g. Fairburn et al., 1997, 1998, 1999). Tendo em conta que a primeira sintomatologia alimentar das nossas participantes parece corresponder à primeira dieta restritiva estruturada, à semelhança dos

resultados obtidos por Machado (2010), os resultados do nosso estudo parecem ser congruentes com a literatura.

Ainda em relação ao domínio da **Família e Comportamento Alimentar** e considerando, novamente, a possibilidade da modelagem parental e familiar exercer um papel preponderante no desenvolvimento da sintomatologia alimentar, surgem os resultados obtidos pelo nosso estudo ao nível da variável *Existência de familiares com baixo peso*. Parece que o facto das participantes terem um familiar com baixo peso poderá aumentar a possibilidade de desenvolverem uma PCA em IP. Segundo Machado (2010), parece que a agregação familiar de pais e parentes com PCA entre sujeitos com estas perturbações é coerente, havendo alguma evidência de que os familiares das participantes com diagnóstico de PCA apresentam maiores taxas quanto à história destas perturbações. No entanto, apesar desta relação, os resultados do nosso estudo não evidenciaram uma associação significativa entre diagnóstico de PCA nos pais ou parentes das participantes e os grupos de IP ou IT, o que não nos permite inferir que os familiares com baixo peso cumpriam diagnóstico para uma PCA e, como tal, este suporte da literatura não se revela suficiente para explicar os resultados do nosso estudo.

De salientar o facto de haver congruência entre os resultados obtidos em relação à variável *Comentários relativos à alimentação perpetrados por familiares* e os resultados obtidos em relação à variável *Comentários relativos ao peso e forma corporais concretizados por outros (não familiares)*. Parece que o facto de existirem comentários relativos ao peso e forma corporais e alimentação concretizados por familiares ou pessoas próximas, que não familiares, poderá vulnerabilizar os sujeitos a desenvolverem PCA em IP.

Em relação ao primeiro FR, os comentários relativos à alimentação perpetrados por familiares (nomeadamente sobre as quantidades de comida ou o tipo de alimentos ingeridos) estes não parecem ser muito consensuais na literatura. Se por um lado este tipo de comentários, segundo Machado (2010), quando concretizados pelos pais poderão levantar questões relativas à possibilidade destes marcarem a trajetória desenvolvimental das jovens, o mesmo não parece aplicar-se aos outros membros familiares. Poderá, no entanto, ser levantada a hipótese de que é exatamente a existência de comentários relacionados com a alimentação por parte de outros familiares, que não pais, que levam a uma maior associação ao grupo IP. No entanto, esta hipótese é meramente especulativa uma vez que não existe suporte teórico que a fundamente.

Em relação à variável comentários repetidos relativos ao peso e forma corporais estes parecem não ser congruentes com os resultados obtidos no estudo de Machado (2010), que apenas identificou associação significativa entre o desenvolvimento das PCA e a existência de comentários relativos à alimentação. No entanto, os dados obtidos no nosso estudo corroboram os resultados obtidos por Fairburn e colaboradores (1997, 1998, 1999)

que identificam os comentários de outros que não familiares relativos ao peso e forma corporais como sendo um FR para o desenvolvimento das PCA. De acordo com estes resultados e de acordo com a literatura que aponta a obesidade infantil como sendo um FR que poderá desencadear a adoção de determinados padrões alimentares na tentativa de permitirem aos pais combater o excesso de peso das filhas, parece não haver muita congruência nos nossos resultados. À luz da literatura, e de acordo com o que acaba de ser apresentado, seria expectável que, à semelhança da existência de associação estatística entre os comentários relativos ao peso e forma corporais, houvesse associação com variáveis como o excesso de peso na infância, o que não se verifica. Neste sentido, parece pertinente sublinhar a importância de se desenvolver um estudo posterior, com uma amostra maior.

Ainda no que concerne ao domínio **Próprio e Comportamento Alimentar** destacam-se os resultados obtidos ao nível do FR *Forma física das irmãs*. Parece que o facto das participantes compararem a sua forma física com a forma física das irmãs (com preocupação associada) poderá vulnerabilizá-las a desenvolverem uma PCA em IT. No entanto, não se encontra suporte teórico que permita refletir sobre esta associação.

Por último, em relação ao domínio **Próprio e Comportamento Alimentar**, parece haver congruência entre os resultados obtidos nas variáveis que o constituem. Em relação à primeira variável *Peso no ensino secundário 1*, parece que o facto de existir um peso normal aquando deste período poderá estar associado ao grupo de IT, o que corrobora os resultados obtidos na segunda variável *Peso no ensino secundário 2* que referem a existência de um peso alto ou normal como podendo estar associado ao mesmo grupo, de IT. Neste sentido, em relação à terceira variável deste domínio, *Baixo peso no ensino secundário*, os resultados permitem prever que o facto de existir um peso baixo aquando do ensino secundário poderá vulnerabilizar as participantes a desenvolverem uma PCA em IP. Se considerarmos o facto das participantes que pertencem ao grupo de IP terem uma média de idades de 12,76 anos, concluiremos que as mesmas ainda estariam a frequentar o ensino básico aquando do início dos primeiros sintomas alimentares e, como tal, parece congruente e expectável que haja indicação de um peso baixo aquando do ensino secundário, uma vez que a sintomatologia alimentar já se encontrava presente. Neste sentido, parece não ser possível identificar o baixo peso aquando do ensino secundário como um possível FR para o desenvolvimento da PCA, uma vez que o baixo peso indicado nos resultados aparece, possivelmente, como característica clínica das PCA, e não como fatores que precedem o início da mesma.

Se considerarmos de forma particular os resultados obtidos na variável *Peso no ensino secundário 2* é visível que a opção *Outro* assume uma predominância de respostas, podendo essa opção integrar tanto situações em que as participantes tiveram um peso

normal ou um peso elevado aquando do ensino secundário. Todavia, apesar dos resultados obtidos no nosso estudo, parece que os dados da literatura relativos à possível associação entre um IMC pré-mórbido elevado e o início da sintomatologia alimentar não são consensuais. Por exemplo, um estudo realizado em Espanha por Beato-Fernández e colaboradores (2004) evidenciou que o IMC (aos 13 anos) mostrou ter um poder preditivo no desenvolvimento da insatisfação corporal. Todavia, resultados contraditórios foram obtidos por Bulik e colaboradores (2006), ao evidenciarem que o IMC não mostrou predizer o desenvolvimento da AN, em concreto. Parece, neste sentido, indubitável a premência de realização de novos estudos no sentido de clarificar o possível papel do IMC pré-mórbido elevado na etiologia das PCA.

5. Conclusões

Neste ponto, propomo-nos sistematizar os resultados mais relevantes do nosso estudo, integrando-os na literatura existente. Numa fase final, será elaborada uma breve reflexão que contemple as principais dificuldades associadas à realização do estudo, bem como elaboradas algumas propostas para futuras investigações nesta temática.

Este estudo permitiu avaliar 42 participantes com diagnóstico atual de PCA (AN, BN e PIAC). Uma vez que o objetivo do estudo se foca na identificação de FR associados ao início precoce das PCA, considerou-se pertinente recorrer à RFI como instrumento fulcral de recolha de dados. Neste sentido, e de acordo com a literatura existente sobre os FR associados ao início das PCA, revelou-se premente definir a *Idade Index* das participantes, correspondendo esta à idade de início dos primeiros sintomas alimentares. Assim sendo, para que fosse possível identificar quais os FR que se associam ao início das PCA em IP e os FR que se associam ao início das PCA em IT, e de acordo com a literatura, considerou-se os 15 anos como sendo o ponto de corte que distinguia a pertença das participantes a cada um dos grupos. Neste sentido, 21 participantes integraram o grupo de IP e 21 participantes o grupo de IT. Após análise estatística, a *Idade Index* média do grupo de IP foi de 12,76 anos, enquanto a *Idade Index* média do grupo de IT foi de 19,33 anos. Conclui-se, portanto, que a *Idade Index* média do grupo de IP do nosso estudo é inferior à definida por Day e colaboradores (2011), no seu estudo cujo objetivo foi identificar as diferenças de um grupo de IP e um grupo de IT, no âmbito da exposição aos FR de sujeitos com diagnóstico de BN e EDNOS (APA, 2002), e que identificou os 14,1 anos como sendo a *Idade Index* média do grupo de IP.

No que concerne aos resultados mais significativos do nosso estudo empírico verificamos existir uma associação significativa entre vários FR e o grupo de IP, podendo estar o grupo de IP mais predisposto ao desenvolvimento de uma PCA quando exposto a tais FR. Todavia, conclui-se pela incongruência dos resultados obtidos no nosso estudo e no

estudo supracitado, uma vez que os autores identificaram apenas um FR que se associa ao grupo de IP, a idade precoce da menarca. No entanto, os resultados no nosso estudo não mostraram uma associação estatística ou marginalmente significativa entre este FR e o início das PCA, não nos sendo possível afirmar que a exposição à menarca precoce pudesse distinguir o grupo de IP do grupo de IT.

No entanto, para além do FR menarca foram estudados vários FR associados ao domínio desenvolvimental, como é o caso dos FR "sentir-se enorme" e *timing* de crescimento do peito, identificados como putativos FR que podem vulnerabilizar os sujeitos para o desenvolvimento de PCA em IP, de acordo com os nossos resultados. No entanto, apesar destes resultados não corroborarem os do estudo de Day e colaboradores (2011), que não identificaram associação significativa entre estes FR e o desenvolvimento das PCA, estes parecem ser congruentes com outros estudos, que apontam o período da adolescência e os seus desafios desenvolvimentais como predispondo os sujeitos para o início das PCA (e.g. Smolak & Levine, 1996). Assim sendo, apesar da menarca não ter evidenciado uma associação significativa nos nossos resultados, podemos confirmar a hipótese 3 do nosso estudo, uma vez que as questões desenvolvimentais vão para além do início da menarca.

Os resultados do nosso estudo permitem, ainda, concluir que o grupo de IP apresenta associação significativa a um maior número de FR, comparativamente ao grupo de IT, o que se revela premente para a possível concretização do objetivo último deste estudo, contribuir para a delineação de programas de prevenção das PCA, em idade mais precoce.

Apesar da maioria dos estudos apontados pela literatura cujo enfoque são os FR associados ao início das PCA não apresentarem resultados congruentes na associação entre o meio em que os sujeitos cresceram e o desenvolvimento de PCA, os resultados do nosso estudo permitem-nos identificar uma associação estatisticamente significativa entre o nível de exposição a este FR e o desenvolvimento de PCA. Pode-se, assim, concluir que de acordo com os resultados obtidos, sujeitos que cresceram em meio urbano poderão estar mais predispostos a desenvolver PCA em IP. Outro FR que, de acordo com os nossos resultados, pode vulnerabilizar os sujeitos a desenvolverem PCA em IP é a realização de dietas por elementos do grupo de pares.

Corroborando os resultados do estudo de le Grange (2010), de acordo com os resultados do nosso estudo, verificamos existir uma associação significativa entre os desentendimentos familiares e o grupo de IP, podendo estar o grupo de IP mais predisposto ao desenvolvimento de uma PCA quando exposto a este FR.

No nosso estudo verificamos, no entanto, existir uma associação significativa entre as situações de gozo concretizadas pelo grupo de pares e o grupo de IT podendo estar o grupo de IT mais predisposto ao desenvolvimento de uma PCA quando exposto a este FR.

Parece, ainda, consensual na literatura que as situações de excesso de peso e obesidade parental se constituem como FR para o início das PCA (e.g. Machado, 2010, Fairburn, 1997, 1998, 1999), o que nos foi possível concluir, também, de acordo com os nossos resultados, no entanto, apenas em relação à figura paterna. De acrescentar, todavia, que a presença de excesso de peso da figura paterna antes da *Idade Index* parece associar-se ao início das PCA em IP. O mesmo se verifica em relação à realização de dietas por familiares, por motivos de peso. No nosso estudo verificamos existir uma associação significativa entre este FR e o grupo de IP podendo estar o grupo de IP mais predisposto ao desenvolvimento de uma PCA quando exposto à realização de dietas por familiares (motivos de peso).

Ainda no que se refere ao possível papel da modelagem parental e familiar, os resultados do nosso estudo permitem-nos concluir que a existência de familiares com baixo peso se associa ao início das PCA em IP. Não nos foi, no entanto, possível compreender se estes sujeitos cumpriam critérios para diagnóstico de uma PCA, uma vez que não obtivemos uma associação significativa entre os grupos da amostra e a variável PCA em familiares e, como tal, ela não se encontra referida nos nossos resultados.

Ainda no domínio da Família e Comportamento Alimentar identificam-se FR como comentários relativos à alimentação perpetrados por familiares e comentários relativos ao peso e forma corporais concretizados por outros (não familiares) como podendo vulnerabilizar os sujeitos para o desenvolvimento de PCA em IP. A associação entre estes dois FR e a possível vulnerabilização para o desenvolvimento das PCA parece consensual na literatura, como já havia sido referido na discussão dos resultados, se considerarmos os estudos que utilizaram a RFI como entrevista de recolha de dados (Fairburn et al. 1997, 1998, 1999).

Verificamos, ainda, existir uma associação significativa entre a comparação com a forma física das irmãs e o grupo de IT, podendo estar o grupo de IT mais predisposto ao desenvolvimento de uma PCA quando exposto a este FR. Neste sentido, e se considerarmos o FR já referido, situações de gozo perpetradas pelo grupo de pares, podemos confirmar a hipótese 2 do nosso estudo, uma vez que foram identificados dois FR associados às PCA em IT.

De forma sintética, foram identificados os seguintes FR associados ao IP das PCA: meio em que cresceu, "sentir-se enorme", *timing* de crescimento do peito, desentendimentos familiares, excesso de peso parental antes da *Idade Index* (pai), familiares com baixo peso, comentários relativos à alimentação concretizados por familiares e comentários relativos ao

peso e forma corporais concretizados por outros que não familiares. Neste sentido, é-nos possível confirmar a hipótese 1 do nosso estudo.

Neste segundo momento importa referir algumas limitações inerentes ao nosso estudo. A primeira, refere-se ao facto de não parecer pertinente que uma das participantes que integrou o presente estudo integre o estudo numa fase posterior. De acordo com a avaliação realizada à participante através do EDE (Fairburn & Cooper, 2000) tanto o início dos primeiros sintomas alimentares, como o cumprimento dos critérios para diagnóstico de AN ocorreram aos 35 anos, o que parece não corresponder ao período típico de início das PCA, de acordo com a literatura (e.g. Keski-Rahkonen et al., 2007). Não se pode considerar, assim, que a participante se enquadra no perfil definido para o grupo de Início Típico. A idade da participante, poderá, concomitantemente, ter repercutido implicações ao nível da *Idade Index* média do grupo de IT, a qual foi mais elevada do que seria expectável *a priori*. Uma segunda limitação decorre do facto do presente estudo ser de cariz retrospectivo. São vários os investigadores que identificam a possibilidade de surgirem vieses decorrentes da recordação. No entanto, e apesar do esforço constante ao longo da recolha de dados (especialmente na administração da RFI) para que os sujeitos recordassem as experiências de forma exata, tal como aconteceram na altura (pedindo, inclusive, a descrição pormenorizada de algumas situações exemplo), não é permitido afirmar que situações de vieses não estejam presentes.

Uma vez que o nosso estudo se apresenta, de acordo com a literatura, como o segundo com o objetivo de perceber se existem FR que distinguem o início das PCA em IP das PCA em IT, considera-se impreterível que este estudo seja replicado recorrendo a uma amostra mais significativa. Numa fase posterior, caso se identifiquem FR que distingam o início das PCA em IP das em IT, poderia ser interessante compreender se esses FR são comuns às PCA, em geral, ou se se encontram diferenças significativas entre os diferentes diagnósticos. Considerando a pertinência de explorar a possível associação entre os FR e o desenvolvimento de PCA em Início Tardio, sugere-se que futuras investigações possam incluir este terceiro grupo.

BILIOGRAFIA

- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68 (7), 724-731.
- Attia, E. & Walsh, B. T. (2007). Anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 164 (12), 1805-1810.
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A. M. & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (Suppl.), S2-S9.
- Carr, A. (2002). *The Handbook of Child and Adolescence Clinical Psychology. A Contextual Approach*. London: Brunner-Routledge.
- Carr, A. (2006). Anorexia and bulimia nervosa. In Carr, A. & McNulty, M. (Ed.) *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. London: Routledge: 795-842.
- Carter, J., Stewart, D. & Fairburn, C. (2001). Eating Disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 625-632.
- Chavez, M. & Insel, T. (2007). Eating disorders: National institute of mental health's perspective. *American Psychologist*, 62, 159-166. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.159.
- Collier, D. & Treasure, J. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 185, 363-365. doi: 10.1192/bjp.185.5.363.
- Cooper, Z. (1995). The development and maintenance of eating disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.) *Eating disorders and Obesity: A Comprehensive handbook* (199-206). New York: The Guildford Press.
- Day, J., Schmidt, U., Collier, D., Perkins, S., Eynde, F., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., Robinson, P., Murphy, R., Keville, S., Johnson-Sabine, E., Jenkins, M., Frost, S., Dodge, L., Berelowitz, M. & Eisler, I. (2011). Risk Factors, Correlates, and Markers in

- Early-Onset Bulimia Nervosa and EDNOS. *International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 287-294.
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H. & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 165, 245-250.
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral therapy. In C. G. Fairburn (Ed.). *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 7-22). New York: The Guildford Press.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 4, 363-370.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (5), 509-528.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361 (1), 407-416.
- Fairburn, C., Welch, S., Doll, H., Davies, B. & O'Connor, M. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Fisher, M. (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolescent Medicine*, 14, 149-158.
- Fleitlich, B. W., Larino, M. A., Cobelo, A. & Cordás, T. A. (2000). Anorexia Nervosa na Adolescência. *Jornal de Pediatria*, 76 (3), 323-329.
- Fosson, A., Knibbs, J., Bryant-Waugh, R. e Lask, B. (1987). Early onset Anorexia Nervosa. *Archives of Disease in Childhood*, 62, 114-118.
- Freitas, S., Gorenstein, C. & Appolinario, J. (2002). Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 24.

- Gonçalves, S., Machado, B., Martins, C., Brandão, I., Torres, R. & Machado, P. (2013). Dysregulated behaviours in bulimia nervosa – a case-control study. *Clinical Psychologist*, 1-7.
- Hoek, H.W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 346-348.
- Hoek, H.W. & Hoeken, D.V. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130 (1), 19-65.
- Karwautz, A., Rabe-Heskeht, S., Hu, X., Zaho, J., Sham, P., Collier, D. A. et al. (2001). Individual specific risk factors for anorexia nervosa: A pilot study using discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*, 31(2), 317-329.
- Kaye, W., Klump, K., Frank, G. & Strober, M. (2000). Anorexia and Bulimia Nervosa. *Annual Review of Medicine*, 51, 299-313.
- Keel, P. K. & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 433–439.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H., Susser, E., Linna, M., Sihvola, E., Raevuori, A., et al. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259-1265.
- Kraemer, H., Kazdin, A., Offord, D., Kessler, R., Jensen, P. & Kupfer, O. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 337-343.
- Lahortiga-Ramos, F., De Irala-Estevez, J., Cano-Prous, A. Gual-Garcia, P., Martinez-Gonzalez, M. & Cervera-Enguix, s. (2005). Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *European Psychiatry* 20(2), 179-185.
- Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J., & Merikangas, K. R. (2012). Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 711–718.
- Lokken, K., Whorthy, S & Trautmann, J. (2004). Examining the links among magazine preference, levels of awareness and internalization of sociocultural appearance standards,

- and presence of eating-disordered symptoms in college women, *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 32(4), 361-381.
- Lucas, A., Beard, C., O'Fallon, W. & Kurland, L. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148(7), 917-922.
- Madden, S., Morris, A., Zurynsky, Y., Kohn, M. & Elliot, E. (2009). Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Medical Journal of Australia*, 190(8), 410-414.
- Machado, B. C. (2010). *Fatores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Machado, P. P; Gonçalves, S.; Machado, B. C; Santos, L.; Santos, R.. 2001. "Tratamento Cognitivo-Comportamental em grupo da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva. ", *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2, 1: 307 - 316.
- Machado, B., Gonçalves, S., Martins, C., Hoek, H. & Machado, P. (2014). Risk factors and antecedent life events in the development of Anorexia Nervosa: a Portuguese case control study. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 243-251.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S. & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217.
- McKnight Investigators (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 248-254.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IMB SPSS*. Braga: Psiquilíbrios.
- Norris, M., Bondy, S. & Pinhas, L. (2011). Epidemiology of eating disorders in children and adolescents. In D. Grange & J. Lock (Eds.), *Eating Disorders in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Pike, K., Hilbert, A., Wilfley, D., Fairburn, C. Dohm, F., Walsh, B. & Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological Medicine*, 38(10), 1443-1453.

- Pinto-Gouveia (2000). Fatores etiológicos e desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. *In Isabel Soares (Coord.) Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (in) adaptadas ao Longo da Vida*. Quarteto Editora: Coimbra.
- 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, 185-190.
- Schmidt, U. (2002). Risk factors for eating disorders. In C. Fairburn & K. Brownell (eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (2nd ed.) (247-250). New York: The Guildford Press.
- Simone, P., Bernardo, P. Raffaella, L., Gennaro, C. & Antonella, G. (2011). Early onset Anorexia Nervosa: case report. *Capsula Eburnea*, 6 (10), 47-49.
- Smolak, L. & Levine, M. (1996). Adolescent transitions and the development of eating problems. In L. Smolak & R. Striegel-Moore (Eds.), *The development psychopathology of eating disorders: implications for research, preventions and treatment* (pp. 207-234). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E., Marti, C., Shaw, H. & Jaconis, M. (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 587-597.
- Striegel-Moore, R. H. & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62 (3), 181-198.
- Svirko, E & Hawton, K. (2007). Self-injurious and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behavior*, 37(4), 409-421.
- Thomson, J. & Heinberg, L. (1993), Preliminary test of two hypotheses of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 59-63.
- Tozzi, F., Thornton, L., Klump, K., Fichter, M., Halmi, K., Kaplan, A., Strober, M., Woodside, D., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M. & Cassano, G. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *American Journal of Psychiatry*, 162, 732-740.

- Triches, R.M., & Giugliani, E.R.J. (2007). Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Revista de Nutrição*, 20(2),119-128.
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H. & Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care: an epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*, 169(6), 705-712.
- Vaz, A., Conceição, E. & Machado, p. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar. *Análise Psicológica*, 2(27), 189-197.
- Wade, T., Bulik, C., Sullivan, P., Neale, M. & Kendler, K. (2000). The relation between risk factors for binge eating and bulimia nervosa: a population-based female twin study. *Heath Psychology*, 19(2), 115-123.
- Welch, C., Gross, S.M., Bronner, Y., Dewberry-Moore, N., & Paige, D.M. (2004). Discrepancies in body image perception among fourth-grade public school children from urban, suburban, and rural Maryland. *Journal American Dietetic Association*, 104(7),1080-1085.
- Wilfley, D., Schwartz, M., Spurrell, E. & Fairburn, C. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259-269.
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009) Validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687-705.