



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

PERTURBAÇÕES DA  
ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO  
EM HOMENS:  
PRESENÇA DE ACONTECIMENTOS  
DE VIDA ADVERSOS NA INFÂNCIA  
E ADOLESCÊNCIA

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Joana Isabel Costa Tiago de Sá*

Porto, julho de 2017



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

PERTURBAÇÕES DA  
ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO  
EM HOMENS:  
PRESENÇA DE ACONTECIMENTOS  
DE VIDA ADVERSOS NA INFÂNCIA  
E ADOLESCÊNCIA

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Joana Isabel Costa Tiago de Sá*

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Bárbara César Machado

Porto, julho de 2017

## **Agradecimentos**

Ao finalizar esta etapa tão importante da minha vida queria manifestar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram neste percurso.

À minha orientadora, Professora Doutora Bárbara César Machado, um agradecimento muito especial, pela partilha de conhecimentos que foram tão preciosos. Por todo o estímulo e apoio, por toda a energia, motivação e tranquilidade transmitida. Agradeço-lhe, ainda, por ter despertado em mim o interesse pela investigação e pelas Perturbações da Alimentação e da Ingestão. Jamais esquecerei a forma cuidada, dedicada e rigorosa como trabalha, fazendo jus e praticando com mestria o papel de orientadora.

À Doutora Isabel Brandão e à Doutora Patrícia Nunes por tornarem possível a recolha de dados, no âmbito deste estudo, nas consultas das Perturbações do Comportamento Alimentar. Agradeço toda a disponibilidade, bem como as aprendizagens e a partilha de conhecimentos.

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

Ao João Machado, por caminhar ao meu lado neste percurso, pelo companheirismo, pela amizade e pelas partilhas. Só nós sabemos pelas dificuldades e dúvidas por que passamos. Mas conseguimos!

À minha irmã, pelo amor e apoio incondicional, pela tranquilidade e pela motivação transmitida. Mas sobretudo por ter sido a pessoa que sempre acreditou em mim. Tenho muito orgulho em ti!

Aos meus Pais, o mais profundo e sincero agradecimento. Obrigada pelo amor incondicional, pela paciência e por acreditarem em mim. Agradeço principalmente, pela oportunidade que me deram! Sem dúvida contribuiu para que este caminho fosse possível. Obrigada por estarem sempre ao meu lado!

Ao meu namorado Filipe, que desde sempre esteve ao meu lado e definitivamente a pessoa que mais me aguentou nesta fase, pelo amor, carinho e paciência, mas principalmente pela compreensão de todo o tempo que tinha que dispensar a favor deste trabalho. Obrigada por estares sempre ao meu lado!

# Índice

Agradecimentos .....	i
Glossário.....	iv
Índice de Tabelas .....	v
Resumo.....	1
Abstract: .....	2
1. INTRODUÇÃO .....	3
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
2.1. Caracterização das Perturbações da Alimentação e da Ingestão .....	4
2.2. Prevalência e Incidência das Perturbações da Alimentação e da Ingestão .....	6
2.3. Etiopatologia das Perturbações da Alimentação e da Ingestão nos homens.....	8
2.4. Acontecimentos de Vida Adversos e Perturbações da Alimentação e da Ingestão .....	10
2.4.1. Abuso sexual, físico e psicológico .....	10
2.4.2. <i>Bullying</i> .....	13
3. MÉTODO .....	15
3.1. Objetivos e Hipóteses da Investigação .....	15
3.2. Participantes .....	16
3.3. Instrumentos.....	18
3.3.1. Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar ( <i>Eating Disorders Examination / EDE</i> , 14ª edição – Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001) .....	18
3.3.2. Entrevista para Fatores de Risco das Perturbações do Comportamento Alimentar ( <i>Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule/RFED</i> ; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves <i>et al.</i> , 2001). .....	19
3.4. Procedimentos .....	20
3.4.1. Recolha de dados .....	20
3.4.2. Tratamento e análise de dados .....	21
4. RESULTADOS .....	21
4.1. Resultados Descritivos da Amostra.....	21
4.2. Resultados relativos aos Acontecimentos de Vida Adversos, como Fatores de Risco associados ao início da sintomatologia das Perturbações da Alimentação e da Ingestão em Homens comparativamente com as Mulheres.....	23

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	31
6. BIBLIOGRAFIA .....	35

## **Glossário**

**AN** – Anorexia Nervosa

**AN-R** – Anorexia Nervosa do Tipo Restritivo

**AN-P** – Anorexia Nervosa do Tipo Purgativo/ ingestão compulsiva

**APA** – *American Psychiatric Association*

**AVA** – Acontecimentos de Vida Adversos

**BN** – Bulimia Nervosa

**DSM** - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

**EDE** – *Eating Disorders Examination*

**EDNOS** – Perturbação de Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

**FR** – Fatores de Risco

**IAC** – Ingestão Alimentar Compulsiva

**PAI** – Perturbações da Alimentação e da Ingestão

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

**PAI NE** - Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada

**PIAC** – Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva

**RFED** – *Risk Factors for Eating Disorders*

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	17
<b>Tabela 2.</b> Diagnóstico Clínico dos Sujeitos.....	18
<b>Tabela 3.</b> Domínios e respetivos subdomínios da Entrevista para Fatores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar / Risk Factors for Eating Disorders; Interview Schedule/RFED; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001).....	20
<b>Tabela 4.</b> Caracterização da amostra (peso, estatura e IMC) .....	22
<b>Tabela 5.</b> Resultados da análise de frequências da Idade Index .....	23
<b>Tabela 6.</b> Teste de Qui-quadrado relativo aos resultados da vivência de Acontecimentos de Vida Adversos, independentemente do tipo de Acontecimento de Vida Adverso ....	24
<b>Tabela 7.</b> Resultados relativos ao número médio de Acontecimentos de Vida Adversos, independentemente do tipo de Acontecimento de Vida Adverso.....	24
<b>Tabela 8.</b> Teste de Qui-quadrado relativo ao Domínio II Ambiental, subdomínio: acontecimentos disruptivos .....	26
<b>Tabela 9.</b> Teste de Qui-quadrado relativo ao Domínio II Ambiental, subdomínio: agressão e gozo pelos amigos .....	28
<b>Tabela 10.</b> Teste de Qui-quadrado relativo ao Domínio II Ambiental, subdomínios: abuso sexual, físico e psicológico.....	29
<b>Tabela 11.</b> Teste de Qui-quadrado relativo aos acontecimentos precipitantes (12 meses antes da idade index).....	30

## **Resumo**

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) têm sido descritas como um problema grave que afeta, sobretudo, adolescentes e mulheres jovens. Contudo, alguns autores acreditam que nos últimos anos tem-se observado um aumento do número de homens com PAI.

**Objetivo:** Identificar potenciais Fatores de Risco (FR), especificamente os Acontecimentos de Vida Adversos (AVA) das PAI em homens e compreender se são mais específicos para os homens ou comuns às mulheres.

**Método:** Participaram neste estudo 18 indivíduos, 10 mulheres e 8 homens com diagnóstico atual de PAI (DSM-5; APA, 2014). Administrou-se o *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000) (apenas os itens de diagnóstico) e a *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990) para a avaliação dos FR que podem ter precedido o início da PAI.

**Resultados:** O FR relativo aos AVA que mais se associou aos homens na vulnerabilização para o desenvolvimento posterior de PAI, foi a vivência de situações de *bullying* (gozo por parte dos amigos), principalmente se a razão do gozo estiver relacionada com questões de aparência.

**Palavras-Chave:** Perturbações da Alimentação e da Ingestão, Fatores de Risco, Acontecimentos de Vida Adversos, Homens.

**Abstract:**

Eating Disorders (ED) have been described as a serious problem that mainly affects adolescents and young women. Some authors believe that in the last years an increase in the number of men with ED has been observed.

**Objective:** To identify potential risk factors (RF), specifically the Adverse Life Events (ALE) of ED in men and to understand whether they are more specific to men or common to women.

**Methods:** 18 individuals, 10 women and 8 men with current diagnosis of ED (DSM-5; APA, 2014) participated in this study. The Eating Disorders Examination (Fairburn & Cooper, 2000) (only diagnostic items) and Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule (Fairburn & Welch, 1990) were administered for the evaluation of RF that may have preceded the onset of ED.

**Results:** The RF related to ALE that was most associated with the men in the vulnerability to the later development of ED was the experience of bullying situations, especially if the reason of enjoyment is related to appearance issues.

**Key Words:** Eating Disorders, Risk Factors, Adverse Life Events, Men.

## 1. INTRODUÇÃO

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) representam um considerável problema de saúde pública com consequências a nível físico e psicológico ao longo da vida. São a terceira doença crónica mais comum entre os adolescentes, sendo associadas a comorbilidades médicas e psiquiátricas e muitas vezes ao risco de vida (Herpertz-Dahlmann, 2015).

As PAI têm sido consensualmente descritas como perturbações psiquiátricas graves que afetam sobretudo mulheres adolescentes e jovens (Machado, 2010; Schmidt, Adan, Böhm, Campbell, Dingemans, Ehrlich, Elzakkars, Favaro, Giel, Harrison, Himmerich, Hoek, Herpertz-Dahlmann, Kas, Seitz, Smeets, Sternheim, Tenconi, van Elburg, van Furth, & Zipfe, 2016). Contudo, alguns autores acreditam que nos últimos anos tem-se observado um aumento do número de homens com esta patologia (Hudson, Hiripi, Pope & kessler, 2007; Andersen, 2014). Desta forma, os homens com PAI são ainda atualmente sub-diagnosticados, e incompreendidos pelos clínicos, tendo um enorme estigma para superar e sendo significativamente negligenciados no diagnóstico e no tratamento (Strother, Lemberg, Stanford & Tunberville, 2012).

Existe um forte consenso por parte dos investigadores e clínicos sobre a etiologia multifatorial das PAI (e.g., Pike, Hilber, Wilfley, Fairburn, Dohm, Walsh & Streigel-Moore, 2008; Machado, 2010; Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014), assumindo que resultam de uma interação entre fatores biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais (Gouveia, 2000), não existindo evidências até à data, de nenhum potencial fator etiológico que, isoladamente, seja capaz de explicar o desenvolvimento das PAI, ou mesmo as variabilidades observadas entre os indivíduos (Cooper, 1995, *cit in.* Machado 2010). Todavia, os estudos empíricos sobre as PAI centraram-se nas mulheres, resultando assim num menor conhecimento no que diz respeito a estas perturbações quando diagnosticadas nos homens (Dakanalis, Timko, Favagrossa, Riva, Zanetti & Clerici, 2014).

A identificação de fatores de risco para as PAI é importante pois ajuda a identificar mecanismos causais que nos explicam porque certas pessoas desenvolvem a perturbação e outros não. Alguns especialistas acreditam que tal entendimento ajuda a diminuir o estigma associado à doença mental, facilita o desenvolvimento de sistemas

de classificação que são etiologicamente base, o tratamento é realizado mais eficazmente quando se sabem as causas da perturbação e pode ajudar os grupos de alto risco em programas de prevenção (Striegel Moore & Bulik, 2007).

Neste sentido, torna-se relevante perceber a etiologia das PAI nos homens, para futuramente poder ajudar a implementar estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas e eficazes.

Face ao exposto, o presente estudo tem como principal objetivo identificar potenciais Fatores de Risco (FR), particularmente os Acontecimentos de Vida Adversos (AVA), das PAI em homens e compreender se são mais específicos para os homens ou comuns com as mulheres.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1. Caracterização das Perturbações da Alimentação e da Ingestão**

As PAI são a terceira doença crónica mais comum entre os adolescentes, sendo associadas a comorbilidades médicas e psiquiátricas e muitas vezes ao risco de vida (Herpertz-Dahlmann, 2015). Caracterizam-se por significativas alterações no comportamento alimentar, que estão associadas a preocupações mórbidas com o peso e a forma corporais, e que resultam em défices significativos na saúde física e/ou no funcionamento psicossocial (Gonçalves, Machado & Machado, 2011; APA, 2014).

A última edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2014) difere do DSM-IV (APA, 2002), reunindo as perturbações alimentares e as perturbações alimentares da 1ª infância num só capítulo – Perturbações da Alimentação e da Ingestão. Desta forma, o atual DSM-5 inclui critérios de diagnóstico para Pica, Mericismo, Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva, Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação (PAI COE) e Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada (PAI NE) (APA, 2014).

Tendo em conta que o nosso trabalho é exclusivamente sobre a AN, BN e PIAC, iremos incidir apenas nestas entidades clínicas.

Assim, e no que respeita à AN, esta é caracterizada por: (1) um quadro clínico em que existe restrição do consumo de energia relativamente às necessidades do indivíduo, conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física; (2) pelo medo intenso em ganhar peso ou engordar ou comportamentos persistentes que interferem com o aumento de peso; e (3) por uma perturbação na própria apreciação do peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou forma corporal na autoavaliação, ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual (APA, 2014). Na AN, a procura pela perda de peso é bem-sucedida uma vez que os indivíduos conseguem atingir um peso muito abaixo do que seria considerado normal (Fairburn & Harrison, 2003; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Pode-se distinguir a AN em 2 subtipos: o tipo restritivo (AN-R), para indivíduos que recorrem a dietas, jejum e/ou praticam exercício físico em excesso para perder peso; e o tipo ingestão alimentar compulsiva/purgativo (AN-P), nas situações em que os indivíduos recorrem a episódios de ingestão alimentar compulsiva e/ou em comportamentos purgativos como o vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas (APA, 2014).

Relativamente à BN, esta caracteriza-se por: (1) episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva (IAC), isto é, o indivíduo come, num curto espaço de tempo, quantidades de alimentos muito superiores à que a maioria dos indivíduos comeria num espaço de tempo equivalente; (2) comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho ponderal, tal como indução do vômito, o uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejum ou exercício físico excessivo e autoavaliação que é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais (APA, 2014). A IAC e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem em média, pelo menos 1 vez por semana durante um período de 3 meses (APA, 2014).

No que respeita à PIAC, a característica principal é a ocorrência de episódios recorrentes de IAC, aos quais associam-se a 3 (ou mais) dos seguintes sintomas: (1) ingestão muito mais rápida que o habitual, (2) comer até se sentir desconfortavelmente cheio, (3) ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome, (4)

comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade e (5) sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade, depois da ingestão compulsiva (APA, 2014). Contudo, ao contrário da BN, os indivíduos que sofrem desta perturbação não usam comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes (APA, 2014). As IAC ocorrem em média, pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses (APA, 2014).

A PAI COE e a PAI NE são caracterizadas pelos sintomas característicos de uma PAI, contudo não preenchem por completo os critérios de diagnóstico para nenhuma das entidades clínicas referidas (APA, 2014).

Quanto ao curso e evolução das PAI em geral, estas tipicamente caracterizam-se por uma evolução prolongada (Fairburn & Harrison, 2003; Smink, van Hoeken & Hoek, 2012), e para além de coocorrerem de forma frequente com outras perturbações mentais, todas as PAI, particularmente a AN, têm um alto risco de mortalidade associado, sendo que a maioria das mortes acontecem como resultado direto de complicações médicas ou devido a suicídio (Fairburn & Harrison, 2003; Striegel-More & Bulik, 2007; Smink et al., 2012).

## **2.2. Prevalência e Incidência das Perturbações da Alimentação e da Ingestão**

As PAI são mais comuns entre adolescentes e jovens do género feminino (APA, 2014; Carr, 2014; Schmidt et al., 2016). Aproximadamente 1% a 2% das adolescentes sofrem de uma PAI (Carr, 2014).

Relativamente à incidência das PAI, estas apresentam o pico de idade de início entre os 15-25 anos, e uma duração média de cerca de 6 anos (Schmidt et al., 2016). Deve ter-se especial atenção ao facto de estas perturbações estarem a afetar os indivíduos em idades cada vez mais precoces, em períodos muito sensíveis do desenvolvimento (Cunha, 2014; Schmidt et al., 2016).

Estudos epidemiológicos são consensuais quando indicam uma incidência mais elevada em casos de BN em relação a AN (Carr, 2014). Hoek e Hoeken (2003) identificaram uma taxa de incidência de oito casos de AN por ano por 100.000 habitantes e uma taxa de incidência de 12 casos de situações de BN por ano, igualmente

em 100.000 habitantes. No entanto, temos que salientar que as taxas de incidência das PAI representam a situação no momento do diagnóstico, não sendo especificamente esse o momento em que as PAI se iniciam (*ibidem*).

No que respeita aos dados da prevalência, há referência a uma percentagem de aproximadamente 0,4% em mulheres com AN e de 1%-1,5% de mulheres com BN, sendo que pouco se sabe sobre a prevalência pontual destas duas entidades nosológicas nos homens, mas ambas são menos comuns em homens do que em mulheres, com um rácio de mulher-homem de cerca de 10:1 (APA, 2014), mais particularmente, 9:1 em adolescentes e 4:1 em pré-adolescentes (Morgan, 2008; Carr, 2014). Em casos de PIAC, a APA (2014), menciona uma prevalência de 1,6% nos casos surgidos nas mulheres e de 0,8% nos casos surgidos nos homens. Contudo, diversos estudos referem que tem havido um aumento da prevalência das PAI nos indivíduos do sexo masculino, estimando uma percentagem entre 25% e 40% (Hudson et al., 2007; Andersen, 2014). O Instituto Nacional de Saúde Mental (2008) relata que cerca de um milhão de homens têm PAI, o que provavelmente está a ser subestimado. Alguns autores sugerem ainda que a prevalência das PAI em geral está a aumentar nos países industrializados, especialmente em combinação com a obesidade, refletindo-se no aumento do número de apresentações aos serviços de saúde (Schmidt et al., 2016).

Em relação a dados epidemiológicos nacionais, um estudo realizado por Machado, Machado, Gonçalves e Hoek (2007), com uma amostra representativa da população jovem Portuguesa do Norte, Centro e Sul do País, permitiu identificar uma prevalência de PAI nas mulheres de 3,06%. A prevalência de AN foi de 0,39%, de 0,30% para BN e PAI NE (EDNOS<sup>1</sup>) de 2,37%. PAI NE representou assim, 77,4% de todos os casos diagnosticados de PAI na comunidade, em comparação com apenas 13% para AN e 10% para BN. Em relação à PIAC, uma vez que surge como uma entidade nosológica distinta no atual Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais, DSM-5 (APA, 2014), não é possível identificar percentagens concretas relativas a esta entidade a nível nacional. Importa ressaltar, que os resultados obtidos neste estudo são aproximadamente idênticos aos encontrados em estudos semelhantes noutras culturas ocidentais.

---

<sup>1</sup> EDNOS, segundo o atual DSM-5 (APA, 2014) refere-se a Perturbação da Alimentação e da Ingestão não Especificada (PAI NE).

De modo geral, os estudos demonstram que a BN apresenta valores mais elevados em relação a AN tanto em relação à incidência como da prevalência. Contudo é na PAI NE, que se encontram grande parte dos casos clínicos observados, cerca de 50% a 60% dos pacientes (Fairburn & Bohn, 2005; Fairburn, 2008).

### **2.3. Etiopatologia das Perturbações da Alimentação e da Ingestão nos homens**

As PAI têm uma etiologia multifatorial, ou seja, são determinados por uma diversidade de fatores (fatores de risco, fatores precipitantes, fatores de manutenção, fatores protetores) que interagem entre si de modo complexo, para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença (Pike et al., 2008; Machado, 2010; Machado et al., 2014; Carr, 2014).

Pelo termo *fator de risco* entende-se como uma característica, acontecimento ou experiência que precedem o início de uma perturbação e está associado ao aumento da probabilidade ou da maior propensão de certos indivíduos a desenvolver uma determinada perturbação em relação à população em geral não exposta (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Ao longo dos anos, os estudos empíricos sobre as PAI centraram-se nas mulheres, resultando assim num menor conhecimento no que diz respeito a estas perturbações quando diagnosticadas nos homens (Dakanalis et al., 2014). Vários motivos têm sido identificados para o subdiagnóstico das PAI nos homens. Os homens tendem a esconder os sintomas desta patologia (Grupo de Medicina de Yale, 2011 *cit. in* Pete, 2011), pois geralmente está associada às mulheres, sentindo-se frequentemente envergonhados e constrangidos (Morgan, 2008; Pete, 2012), o que reduz a probabilidade de procurarem tratamento. Para além do estigma decorrente desta perturbação estar exclusivamente associada às mulheres, também existe uma suposição incorreta de que só os homens homossexuais sofrem de PAI. Apesar dos casos entre os homens homossexuais, 80% dos homens com estas perturbações são heterossexuais (Pete, 2012).

Em geral os estudos indicam que as manifestações clínicas das PAI são semelhantes em ambos os géneros (Darcy, Doyle, Lock, Peebles, Doyle, & Le Grange,

2012). Tal como nas mulheres, também os homens com esta patologia apresentam uma distorção da imagem corporal e medo de engordar. No entanto, apesar dos poucos estudos sobre as PAI nos homens, parecem existir algumas diferenças clínicas entre os dois géneros (McDermott, 2008; Andersen, 2014).

Strother, Lemberg, Stanford e Tunberville, (2012) afirmam que as preocupações em relação à imagem corporal diferem entre os géneros. Enquanto o ideal feminino incide na magreza, o ideal masculino recai sobre um corpo musculado (Weltzin, Weisensel, Franczyk, Buenett, Klitz & Bean, 2005; Daniels & Bridges, 2010; Strother et al., 2012; Andersen, 2014). Segundo alguns autores (Weltzin, et al., 2005; McDermott, 2008; Andersen, 2014), um comportamento frequente entre os homens é o exercício excessivo. Alguns homens usam o exercício como um comportamento compensatório para a ingestão calórica. Podemos perceber que nos homens a atividade física é mais pronunciada e existe um menor recurso de comportamentos purgativos, em comparação com as mulheres (Weltzin, et al., 2005; Andersen, 2014). Alguns estudos referem que as idades de início das PAI também diferem entre os géneros, sendo mais tarde no sexo masculino que no feminino, podendo estar relacionado com a puberdade tipicamente mais tardia nos homens (McDermott, 2008).

No que respeita à etiopatologia, nos homens, também foram identificados alguns FR para o desenvolvimento de PAI. De acordo com os autores que se têm dedicado ao estudo desta temática, os FR que têm sido estudados são: (1) relações familiares negativas, pais que enfatizam excessivamente o *fitness* ou atletismo e aqueles que têm expectativas irreais para com os seus filhos; (2) os media e influências e pressões sociais, como revistas, a indústria do cinema, comerciais e programas de televisão que transmitem imagens de homens magros, musculados e atléticos; (3) eventos de vida adversos, incluindo abuso sexual, físico ou emocional; (4) insultos ou intimidação por parte de seus pares durante a adolescência (*bullying*); (5) excesso de peso na infância, levando a dieta durante a puberdade; (6) participar em desportos onde o tamanho e a forma corporal são importantes; e (7) profissões que exigem magreza como ser-se modelo ou ator (McDermott, 2008; Daniel & Bridges, 2010; Pete, 2011; Pete, 2012; Strother et al. 2012).

Em suma, apesar das manifestações clínicas entre ambos os géneros serem semelhantes, parecem existir algumas diferenças, na preocupação em relação à imagem

corporal, principalmente devido ao ideal feminino incidir na magreza e o ideal masculino recair sobre um corpo musculado (Weltzin, et al., 2005; Strother et al., 2012; Andersen, 2014). Neste sentido, podemos perceber que nos homens a atividade física é mais pronunciada e existe um menor recurso de comportamentos purgativos, em comparação com as mulheres (Weltzin, et al., 2005; Andersen, 2014). Em relação aos possíveis FR, parecem ser semelhantes em ambos os géneros, não havendo estudos empíricos suficientes que demonstrem que estes FR ocorrem de forma mais específica nos homens comparativamente com as mulheres.

## **2.4. Acontecimentos de Vida Adversos e Perturbações da Alimentação e da Ingestão**

O conceito de Acontecimentos de Vida Adversos (AVA) apresenta uma definição ampla, que pode ser caracterizada por todas as situações adversas para o desenvolvimento humano normativo, suscetíveis de ameaçar o equilíbrio do indivíduo (Silva & Maia, 2008). Experiências de AVA são frequentemente associadas a uma série de sintomas psicológicos, incluindo PAI (Gerke, Mazzeo & Kliewer, 2006; Mercado, Martinez-Taboas, & Pedrosa, 2008; Smyth, Heron, Wonderlich, Crosby, & Thompson, 2008). Estima-se que até 70% dos casos de AN e BN foram desencadeados por um AVA, como abuso (Raisamen & Hunt, 2014). Apesar da grande abrangência de situações consideradas como AVA, esta investigação vai incidir nos vários tipos de abusos físicos, psicológicos e sexuais e no *bullying* porque, para além de serem das mais descritas na literatura, também parecem ser os AVA que mais perpetuam a ameaça ao sentido de masculinidade, com base nos padrões culturais de masculinidade.

### **2.4.1. Abuso sexual, físico e psicológico**

O conceito de abuso engloba qualquer comportamento seguido por uma pessoa para dominar e controlar outra, num contexto de uma relação que existe entre a vítima e o abusador, que se caracteriza por uma situação de dependência (a nível afetivo, económico e/ou físico), particular vulnerabilidade e submissão da vítima perante o

abusador, o qual se apresenta com poder e em certos casos, com responsabilidade sobre a vítima (Magalhães, 2010).

O interesse nas várias formas e modalidades de abuso e o papel que desempenham na etiologia das perturbações mentais tem crescido nos últimos anos (Molinari, 2001). Segundo este autor, numerosos estudos publicados desde 1980 postularam uma associação e ligação causal entre o abuso (sexual, físico e psicológico), e o aparecimento de PAI. Molinari (2001) salienta ainda o facto de muitos autores concordarem que indivíduos com PAI e indivíduos que sofreram de abuso sexual, compartilham traços de personalidade e perturbações mentais, tais como baixa autoestima, depressão, uma atitude distorcida e negativa em relação a seu próprio corpo e sexualidade, alto risco de suicídio, recorrer a drogas, perturbações de ansiedade, insónia, distúrbios de aprendizagem e memória, agressividade, dissociação e perturbações de personalidade múltipla.

A associação entre o desenvolvimento de uma PAI e uma história de abuso sexual na infância tem sido objeto de consideráveis pesquisas na última década (e.g., Corstorphine, Waller, Lawson & Ganis, 2007; Kong & Bernstein, 2009). Os resultados tem sugerido que o abuso sexual na infância é um fator de risco para desenvolver BN e, em menor grau, AN (Allison, Grilo, Masheb & Stunkard, 2007, Brewerton, 2007, Claes & Vandereycken, 2007, Wonderlich, Rosenfeldt, Crosby, Mitchell, Engel, Smyth & Miltenberger, 2007, Mercado et al., 2008; Machado, 2010). Resultados de vários estudos feitos, baseados em populações de estudantes, demonstraram que o abuso sexual pode aumentar a vulnerabilidade para PAI mais em homens que em mulheres (McDermott, 2008). Segundo Artime, McCallum e Peterson (2014), em estudos de vítimas de abuso sexual, os homens geralmente relatam que perceberam a sua vitimização sexual como uma ameaça à sua masculinidade ou sentido de masculinidade. Os mesmos autores defendem que o facto de muitas vezes estes indivíduos negarem ou minimizarem a vitimização sexual, pode ser uma forma de neutralizar potenciais e angustiantes conflitos de papéis de género criados por uma ameaça à sua auto-imagem masculina. Segundo Machado (2010), as investigações realizadas até à data têm comprovado consistentemente a associação entre abuso sexual e PAI como fator de risco geral, assim como para o desenvolvimento de outras perturbações mentais.

Contudo, e apesar do abuso sexual ser um fator de risco significativo, não é o único fator de risco para PAI (Brewerton, 2007). As PAI também podem ser influenciadas pela vivência de outras experiências adversas precoces, incluindo o abuso psicológico e físico (Fosse & Holen, 2006; Smyth et al., 2008; Kong & Bernstein, 2009).

Num estudo longitudinal conduzido por Johnson, Cohen, Kasen e Brook (2002), com o objetivo de investigar a associação entre acontecimentos adversos durante a infância e a presença de problemas de alimentação, concluíram que indivíduos com história de abuso sexual ou maus-tratos físicos durante a infância apresentavam maior risco em relação ao desenvolvimento de PAI e alguns problemas alimentares como flutuações de peso e dietas restritivas durante a adolescência e início da idade adulta.

Segundo um recente estudo realizado por Gonçalves, Machado, Silva, Crosby, Lavender, Cao, e Machado (2016), que teve como objetivo avaliar a associação entre variáveis relevantes para indivíduos com PAI e ferimentos auto-infligidos, bem como compreender o papel moderador de comportamentos purgativos na relação entre abuso físico/sexual e ferimentos auto-infligidos em pacientes com PAI, os resultados foram consistentes com pesquisas anteriores, sugerindo uma associação entre o abuso físico/sexual, ferimentos auto-infligidos e comportamentos purgativos em pacientes com PAI.

Alguns estudos sugerem também, que o abuso psicológico na infância desempenha um papel importante no desenvolvimento de dificuldades psicológicas, incluindo PAI, e afirmam que o abuso psicológico pode ser mais traumático que o abuso físico (Kent & Waller, 2000; Hund & Espelage, 2006; Kong & Bernstein, 2009). No estudo de Kong e Bernstein (2009) realizado com adolescentes com PAI verificou-se que um número elevado de sujeitos experienciou abuso psicológico na infância (65.8%), 53.4% relataram abuso físico e 30.1% abuso sexual. Segundo Gerke e colaboradores (2006), o abuso psicológico na infância é principalmente um preditor de sintomas bulímicos.

Apesar de existirem vários estudos que corroboram a ideia de que os abusos físicos, psicológicos e sexuais aumentam a vulnerabilidade para PAI, a grande maioria são alusivos às mulheres, sendo que desta forma, pouco se sabe sobre estes fatores de risco especificamente nos homens. Contudo, alguns estudos realizados relativamente ao

abuso sexual, demonstraram que o abuso sexual pode aumentar a vulnerabilidade para PAI mais em homens do que em mulheres (McDermott, 2008).

#### **2.4.2. *Bullying***

O *bullying* descreve o conjunto de atos de violência exercido entre pares, seja ela física e/ou psicológica, de forma intencional e repetida, e envolve um desequilíbrio de poder, real ou percebido, entre a vítima e o agressor (*bully*) (Olweus, 1993; Sá, 2012). Ao contrário de outras ações violentas ocasionais e reativas, o *bullying* é caracterizado por ações repetidas e conscientes, devido ao desequilíbrio de poder dos agressores.

Segundo Seixas (2009), existem diferenças de gênero nos comportamentos de *bullying*. No caso dos rapazes, estes tendem a magoar os seus pares através da agressão verbal e física direta, uma vez que esses atos comprometem os objetivos considerados importantes para os rapazes em contexto de grupo de pares, particularmente, de dominância física, enquanto as raparigas tendem a focalizar-se preferencialmente em questões relacionais no âmbito da interação social, nomeadamente o estabelecimento de laços próximos, íntimos, com os pares.

Os indivíduos vítimas de *bullying* tendem a ter um maior risco de desenvolver problemas de saúde e psicopatologia (Sá, 2012; Haltigan & Vaillancourt, 2014). Diversos estudos têm encontrado associações entre as PAI e as experiências de *Bullying* na infância (e.g., Kaltiala-Heino, Rissanen, Rimpela & Rantanen, 2003; Beran, Stanton, Hetherington, Mishna & Shariff, 2012; Wallin, Pettersen, Bjork & Rastam, 2014; Copeland, Bulik, Zucker, Wolke, Lereya & Costello, 2015), principalmente se a intimidação e provocação forem alusivas à sua aparência (Sweetingham & Waller, 2008).

Num estudo realizado por Wallin e colaboradores (2014), sobre a perceção dos próprios homens sobre as causas das PAI, estes referem que a experiência de serem intimidados é um precipitante com consequências para toda a sua situação social, influenciando seu comportamento e foi algo que os levou a mudar. Os homens descreveram seus problemas de vergonha devido ao *bullying*, insegurança social devido a mudanças e frustração de ser julgado pela sua aparência.

O *bullying* na infância é comum em homens que, segundo Morgan (2008), podem reagir a esta situação por manipulação consciente ou inconsciente da forma do corpo. As hipóteses explicativas que têm sido avançadas por alguns autores defendem que, em geral, esta manipulação está focada em esforços no sentido de se aproximarem do ideal masculino, que recai sobre um corpo musculado. Explicam que, tornando-se fisicamente maior, os homens tentam proteger-se de ser uma vítima permanente de agressão, o que também poderá explicar a prática frequente de exercício físico excessivo (Weltzin, et al., 2005; Morgan, 2008; McDermott, 2008; Andersen, 2014).

Para Seixas (2009), uma das dimensões associadas ao fenómeno do *bullying* tem efetivamente a ver com a forma como o poder e a força física fazem parte integrante do estereótipo associado aos atributos masculinos. Explicita esta perspetiva, acrescentando que o *bullying* pode ser visto como uma forma de manifestação de pressão grupal, social e cultural exercida sobre os rapazes, para que estes possam confirmar no terreno esses estereótipos masculinos.

Sintetizando: apesar de diversos estudos encontrarem associações entre as PAI e as experiências de *bullying*, pouco se sabe sobre como afeta especificamente os homens no desenvolvimento de uma PAI. No entanto, e apresentando este fenómeno diferenças significativas de comportamentos entre os géneros, poderá também demonstrar diferenças na probabilidade e propensão dos indivíduos do género masculino desenvolverem uma PAI.

Como podemos verificar através da breve revisão da literatura, as investigações que têm vindo a ser realizadas com o objetivo de identificar os AVA, nomeadamente o abuso físico, psicológico e sexual e o *bullying*, como FR para o desenvolvimento das PAI, focam-se principalmente nas mulheres, sendo que pouco se sabe de que forma estes mesmos fatores podem estar associados aos homens. Desta forma, e sendo que estas experiências nos indivíduos do género masculino podem ameaçar o seu sentido de masculinidade, é de suma importância identificar de que forma estes AVA podem ser considerados FR para o desenvolvimento de PAI nos homens.

### 3. MÉTODO

#### 3.1. Objetivos e Hipóteses da Investigação

O objetivo do presente estudo foi perceber qual a relação que existe entre os AVA e o desenvolvimento das PAI nos homens, assim como perceber se os AVA estão mais associados ao desenvolvimento de PAI nos homens vs. mulheres. Para tal, foram construídas as seguintes hipóteses.

**H1:** Existe uma maior associação entre presença de AVA na infância e adolescência e o desenvolvimento de PAI em homens vs. mulheres;

**H2:** Existe uma maior associação entre o abuso sexual na infância e adolescência e o desenvolvimento de PAI em homens vs. mulheres;

**H3:** Existe uma maior associação entre o abuso físico na infância e adolescência e o desenvolvimento de PAI em homens vs. mulheres;

**H4:** Existe uma maior associação entre o abuso psicológico na infância e adolescência e o desenvolvimento de PAI em homens vs. mulheres;

**H5:** Existe uma maior associação entre o *bullying* na infância e adolescência e o desenvolvimento de PAI em homens vs. mulheres;

**H6:** Existe uma maior associação entre o luto na infância e adolescência e o desenvolvimento de PAI em homens vs. mulheres;

**H7:** Existe uma maior associação entre a presença de doenças físicas na infância e adolescência e o desenvolvimento de PAI em homens vs. mulheres;

**H8:** Existe uma maior associação entre a separação das figuras de vinculação na infância e adolescência e o desenvolvimento de PAI em homens vs. mulheres;

**H9:** Existe uma maior associação entre a vivência de acontecimentos precipitantes na infância e adolescência e o desenvolvimento de PAI em homens vs. mulheres.

### 3.2. Participantes

Participaram no estudo 10 mulheres e 8 homens, com idades compreendidas entre os 15 e os 42 anos ( $M = 25,60$  e  $DP = 9,73$ ), e entre os 18 e os 36 anos ( $M = 22,75$  e  $DP = 6,04$ ) respetivamente. No que diz respeito ao estado civil, a grande maioria das mulheres (90%) são solteiras, assim como a totalidade dos homens. Em relação às habilitações literárias, a maioria das mulheres tem o 3º Ciclo (40%) e o ensino secundário (30%) concluído, a maioria dos homens tem o ensino secundário (62,5%) concluído. No que respeita à ocupação atual, metade (50%) das mulheres são estudantes, as restantes (40%) estão a trabalhar, e apenas 10% está desempregada, a maioria dos homens (62,5%) estão desempregados, e os restantes (37,5%) são estudantes. Em relação aos participantes que se encontram a estudar, nas mulheres 10% encontra-se a frequentar o ensino básico, 20% encontra-se a frequentar o ensino complementar e 20% a frequentar o ensino superior. Em relação aos homens 25% encontra-se a frequentar o ensino superior e 12,5% encontra-se a frequentar o ensino profissional. (consultar Tabela 1 para restante informação).

**Tabela 1.** Caracterização Sociodemográfica da amostra

<b>Participantes com diagnóstico de PAI</b>				
<b>(N = 18)</b>				
<b>Idade</b>	<b>Mulheres (n = 10)</b>		<b>Homens (n = 8)</b>	
	<b>Amplitude</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Amplitude</b>	<b>M (DP)</b>
	15 – 42	25,60 (9,73)	18 – 36	22,75 (6,04)
	<b>n (%)</b>		<b>n (%)</b>	
<b>Estado Civil</b>				
	Solteiro	9 (90%)	8 (100%)	
	Casado/união de facto	1 (10%)	-	
<b>Habilitações Literárias</b>				
	Primária (1º Ciclo)	1 (10%)	-	
	3º Ciclo (7, 8 e 9 ano)	4 (40%)	1 (12,5%)	
	Secundário (12ºano)	3 (30%)	5 (62,5%)	
	Licenciatura	1 (10%)	2 (25%)	
	Pós-graduação/ Mestrado	1 (10%)	-	
<b>Situação Profissional</b>				
	Desempregado	1 (10%)	5 (62,5%)	
	Estudante	5 (50%)	3 (37,5%)	
	Médico	1 (10%)	-	
	Auxiliar de enfermagem num lar	1 (10%)	-	
	Empregada de limpeza	1 (10%)	-	
	Lojista	1(10%)	-	
<b>Tipo de Estudante</b>				
	Não se aplica <sup>2</sup>	5 (50%)	5 (62,5%)	
	A frequentar o ensino básico	1 (10%)	-	
	A frequentar o ensino complementar	2 (20%)	-	
	A frequentar o ensino superior	2 (20%)	2 (25%)	
	A frequentar o ensino profissional	-	1 (12,5%)	

<sup>2</sup> Os valores relativos à opção não se aplica referem-se aos participantes que não se encontram a estudar no momento da avaliação (desempregados ou a trabalhar).

Em relação ao diagnóstico dos participantes, no momento da avaliação, a maioria das mulheres (60%) cumpre os critérios de diagnóstico para AN (30% cumpre critérios para AN-R e 20% para AN-P), já em relação aos homens, a grande maioria também cumpre os critérios de diagnóstico para AN (62,5%) (consultar Tabela 2 para restante informação).

**Tabela 2.** *Diagnóstico Clínico dos Sujeitos*

<b>Participantes com diagnóstico de PAI (N = 18)</b>		
	<b>Mulheres (n = 10)</b>	<b>Homens (n = 8)</b>
<b>Diagnóstico Clínico</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Anorexia Tipo Restritivo	3 (30%)	5 (62,5%)
Anorexia Tipo Purgativo	2 (20%)	-
Bulimia Nervosa	3 (30%)	2 (25%)
Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva	1 (10%)	-
Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada	1 (10%)	1 (12,5%)

### **3.3. Instrumentos**

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

O EDE é uma entrevista clínica semiestruturada baseada no investigador, desenvolvida para avaliar a psicopatologia específica das PAI, reportando-se aos comportamentos e atitudes dos últimos 28 dias (ou 4 semanas). Estes comportamentos são avaliados em termos da sua frequência e severidade, através de itens intitulados por questões de diagnóstico. A informação recolhida através da EDE permite a operacionalização para os critérios de diagnóstico para as PAI propostos pelo DSM-IV (APA, 1996), avaliando os sintomas de maior relevância para o diagnóstico durante um período de 3 meses anteriores à avaliação (Machado, 2010). De salientar, que foram

apenas utilizados os itens de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2014) para se fazer a conversão de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1996) para o diagnóstico do atual DSM-5 (APA, 2014).

O EDE tem sido largamente utilizado tanto na clínica como na investigação, apresentando características psicométricas favoráveis (Fairburn & Beglin, 1994; Wilson, 1993, *cit. in* Machado, 2010).

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

A RFED também é uma entrevista clínica semiestruturada baseada no investigador, criada especificamente para recolher informação sobre um amplo conjunto de potenciais FR associados ao desenvolvimento de PAI. Esta entrevista permite identificar a idade de início dos primeiros sintomas que antecederam o início de PAI, chamada Idade *Index*. Este período específico é privilegiado, para assegurar que a exposição ao conjunto de FR avaliados precedeu o desenvolvimento da PAI e, por isso, possam ter contribuído para o seu desenvolvimento (Machado, 2010).

Esta diversidade de FR avaliados estão organizados em diferentes domínios: (1) Vulnerabilidade pessoal; (2) Ambiental e, (3) Vulnerabilidade para as dietas. Dentro de cada um destes domínios existe um número de subdomínios que, segundo Machado (2010), refletem tipos de exposição possivelmente vivenciados pelos sujeitos (ver Tabela 3).

**Tabela 3.** Domínios e respetivos subdomínios da Entrevista para Fatores de Risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar / Risk Factors for Eating Disorders; Interview Schedule/RFED; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001)

<b>Domínio I</b> <b>Vulnerabilidade Pessoal:</b>	Características na infância Perturbações psiquiátricas pré-mórbidas Problemas comportamentais Perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início da perturbação do comportamento alimentar)
<b>Domínio II</b> <b>Ambiental</b>	Problemas parentais Acontecimentos disruptivos Perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início da perturbação do comportamento alimentar) Agressão e gozo pelos pares Abuso físico e sexual
<b>Domínio III</b> <b>Vulnerabilidade para as dietas</b>	Risco de dietas Risco de Obesidade Perturbações do comportamento alimentar nos pais
<b>Fatores adicionais</b>	Idade da menarca Número de gravidezes Número de filhos Aborto

### 3.4. Procedimentos

#### 3.4.1. Recolha de dados

A amostra foi recolhida na consulta de PAI num Centro Hospitalar do norte do país através da administração do EDE (Fairburn & Cooper, 2000) e da RFED (Fairburn & Welch, 1990). As questões éticas foram asseguradas, tendo já a Comissão de Ética do Centro Hospitalar aprovado este estudo. Foi também primordial assegurar questões de confidencialidade e de anonimato, dos dados recolhidos, aos participantes.

No que diz respeito aos critérios de inclusão, todos os participantes tinham que apresentar os critérios para o diagnóstico de uma PAI (AN, BN ou PIAC) de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2014), no momento da avaliação. Inicialmente, o diagnóstico foi feito pelos médicos psiquiatras responsáveis por cada um dos participantes, posteriormente, procedeu-se à confirmação do diagnóstico através do EDE. Após confirmado que os participantes preenchiam os critérios para uma PAI, era administrada a RFED.

### **3.4.2. Tratamento e análise de dados**

O presente estudo empírico tem um caráter quantitativo, de forma a verificar associações entre variáveis através de uma descrição de tipo estatístico. Estudos de caráter quantitativo são amplamente utilizados na testagem de teorias e na verificação de relações entre variáveis e/ou na predição de fenómenos (Almeida & Freire, 2003). Para isso, recorreu-se ao programa estatístico IBM® SPSS® (versão 24.0), 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). Após a criação da base de dados, procedeu-se às análises estatísticas descritivas e de frequência para descrição e caracterização da amostra. Posteriormente, dicotomizaram-se as variáveis em análise, estudando-se a associação entre elas, tendo em conta as hipóteses do presente estudo, através da aplicação do referido teste estatístico.

## **4. RESULTADOS**

Os resultados obtidos no presente estudo empírico serão apresentados em dois grupos: (1) Resultados descritivos da amostra (ao nível dos seus aspetos demográficos e clínicos) e (2) Resultados relativos aos AVA, como fatores de risco associados ao início da sintomatologia de PAI em homens, comparativamente com as mulheres.

### **4.1. Resultados Descritivos da Amostra**

A tabela 4 apresenta os resultados atuais relativos ao peso, altura e IMC da amostra. Como é possível constatar, o peso dos participantes (apresentado em kg) varia entre os 34,80 e 90,00 Kg ( $M = 52,07$  e  $DP = 15,89$ ) nas mulheres, e entre 40,10 e 102,00 Kg ( $M = 61,00$  e  $DP = 20,01$ ) nos homens. Em relação à altura esta é apresentada em centímetros e varia entre os 153 e 175 cm ( $M = 159,3$  e  $DP = 6,62$ ) nas mulheres, e entre os 168 e 192 cm ( $M = 176,50$  e  $DP = 8,05$ ) nos homens. No que diz

respeito ao Índice de Massa Corporal (IMC<sup>3</sup>) varia entre 12,63 e 37,46 Kg/m<sup>2</sup> ( $M = 19,86$  e  $DP = 6,98$ ) nas mulheres e entre 14,20 e 27,12 Kg/m<sup>2</sup> ( $M = 19,16$  e  $DP = 4,39$ ) nos homens.

**Tabela 4.** Caracterização da amostra (peso, estatura e IMC)

Participantes com diagnóstico de PAI				
(N = 18)				
	Mulheres (n = 10)		Homens (n = 8)	
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
<b>Peso atual (Kg)</b>	34,80 – 90,00	52,07 (15,89)	40,10 – 102,00	61,00 (20,01)
<b>Altura atual (cm)</b>	153 – 175	159,3 (6,62)	168 - 192	176,50 (8,05)
<b>IMC atual (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	12,63 – 37,46	19,86 (6,98)	14,20 – 27,12	19,16 (4,39)

Uma vez que este estudo incidiu sobre os FR que podem predispor os sujeitos para o desenvolvimento de uma PAI, foi necessário determinar e distinguir também a idade de início dos primeiros sintomas alimentares em ambos os grupos (idade *index*).

Como podemos observar na Tabela 5, no que diz respeito à idade *index*, estão compreendidas entre os 10 e os 32 anos ( $M = 18,90$  e  $DP = 7,01$ ) nas mulheres, e entre os 13 e os 21 anos ( $M = 16,38$  e  $DP = 2,39$ ) nos homens.

<sup>3</sup> O índice de massa corporal (IMC) é uma medida internacional. Trata-se de um método fácil e rápido para a avaliação do nível de gordura de cada pessoa, sendo, por isso, um preditor internacional de obesidade. O IMC é determinado pela divisão da massa do indivíduo pelo quadrado de sua altura.

**Tabela 5.** Resultados da análise de frequências da Idade Index

Participantes com diagnóstico de PAI				
(N = 18)				
Mulheres (n = 10)		Homens (n = 8)		
	Amplitude	M (DP)	Amplitude	M (DP)
<b>Idade Index</b>	10 – 32	18,90 (7,01)	13 - 21	16,38 (2,39)

#### **4.2. Resultados relativos aos Acontecimentos de Vida Adversos, como Fatores de Risco associados ao início da sintomatologia das Perturbações da Alimentação e da Ingestão em Homens comparativamente com as Mulheres.**

Daremos agora início à apresentação dos resultados relativos aos AVA, que se inserem no Domínio II Ambiental da RFED. De salientar que, foram avaliados os AVA que ocorreram antes da idade *index*, assim como os AVA que precederam 12 meses a idade *index*, considerados precipitantes. A história de abuso sexual foi avaliada antes da idade *index* e independentemente da idade do sujeito, já que os autores da entrevista consideraram que na avaliação de um tópico tão sensível como este não seria adequado limitar a avaliação ao período que antecede a idade *index*, não permitindo que o sujeito falasse sobre o abuso ocorrido após a idade *index* (Machado, 2010).

De sublinhar também que, em todos os resultados não se viram cumpridos os pressupostos do teste de Qui-Quadrado, violando o pressuposto do teste. Nestas situações, os resultados apresentaram-se superiores a 20% das células da tabela de contingência com frequência esperada inferior a 5 e, como tal, são considerados os valores obtidos no teste de Fisher. Foram considerados resultados com significância estatística todos os valores de  $p < .05$  e marginalmente significativos os valores de  $p < .10$ .

A Tabela 6 apresenta as frequências e os valores de  $p$  para os AVA, independentemente do tipo de AVA em si. Como podemos observar na Tabela 6, relativamente aos AVA, os resultados não se apresentam estatisticamente significativos para a associação entre o Sexo e a presença de AVA. A maioria das mulheres (90%) e todos os homens (100%) referem a presença de pelo menos um AVA antes da Idade

Index. Para melhor entender esta ocorrência a Tabela 7 apresenta os resultados relativos ao número médio de vivência dos AVA independentemente do AVA em si. Como é possível constatar na referida tabela, os AVA variam entre 0 e 7 ( $M = 3,9$  e  $DP = 1,79$ ) nas mulheres, e entre 2 e 9 ( $M = 4,9$  e  $DP = 2,29$ ) nos homens.

**Tabela 6.** Teste de Qui-quadrado relativo aos resultados da vivência de Acontecimentos de Vida Adversos, independentemente do tipo de Acontecimento de Vida Adverso

	<b>Mulheres (n = 10)</b>	<b>Homens (n = 8)</b>	$\chi^2$	$\rho$
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>Acontecimentos de Vida Adversos</b>				
Presença (um ou mais)	9 (90%)	8 (100%)	.847	.357
Ausência	1 (10%)	-		

**Tabela 7.** Resultados relativos ao número médio de Acontecimentos de Vida Adversos, independentemente do tipo de Acontecimento de Vida Adverso

<b>Participantes com diagnóstico de PAI</b>				
<b>(N = 18)</b>				
	<b>Mulheres (n = 10)</b>		<b>Homens (n = 8)</b>	
	<b>Amplitude</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Amplitude</b>	<b>M (DP)</b>
<b>Acontecimentos de Vida Adversos</b>	0 - 7	3,9 (1,79)	2 - 9	4,9 (2,29)

A Tabela 8 apresenta as frequências e os valores de  $p$  para fatores de risco associados ao **Domínio II Ambiental**, em relação ao subdomínio **Acontecimentos Disruptivos**.

Como podemos observar na Tabela 8, relativamente ao subdomínio Acontecimentos Disruptivos, as variáveis *Doença Física* e *Luto* não apresentam significância estatística. Na variável *Mudança de Figura Parental*, não houve

variabilidade, uma vez que todos os participantes relataram que não existiu mudança de figura parental. A variável *Separação dos Pais* apresenta resultados marginalmente significativos no teste do Qui-quadrado, no entanto, violando o pressuposto do teste, não apresenta significância no teste Fisher. A variável *Doença Familiar* apresenta resultados marginalmente significativos para a associação entre o Sexo e a presença de Doença Familiar, Teste de Fisher,  $p = .066$ . A maioria dos homens (87,5%) referiu a presença de doenças, podendo estas incluir problemas de saúde recorrentes, de duração extensa ou doença crônica, a maioria (60%) das mulheres referiu não existir doença familiar. Ainda relativamente à variável *Doença Familiar* (nos pais), esta apresenta resultados marginalmente significativos no teste do Qui-quadrado, no entanto, viola o pressuposto do teste, e não apresenta significância no teste Fisher,  $p = .153$ , apesar de que a maioria (75%) dos homens referiu que a doença familiar era em relação aos pais, e a maioria (70%) das mulheres referiu a opção *Outro*, podendo esta incluir outro familiar ou não existir doença familiar.

**Tabela 8.** Teste de Qui-quadrado relativo ao Domínio II Ambiental, subdomínio: acontecimentos disruptivos

<b>DOMÍNIO II AMBIENTAL</b>		<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	$\chi^2$	$\rho$
		<b>(n = 10)</b>	<b>(n = 8)</b>		
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>Subdomínio 2</b>					
<b>Acontecimentos disruptivos</b>					
<b>Doenças Físicas</b>					
Problemas de saúde antes da idade <i>index</i>					
	Sim	1 (10%)	2 (25%)	.720	.396
	Não	9 (90%)	6 (75%)		
Problemas de saúde graves antes da idade <i>index</i>					
	Sim	1 (10%)	1 (12,5%)	.028	.867
	Não	9 (90%)	7 (87,5%)		
<b>Mudança de figura parental</b>					
	Sim	-	-	-	-
	Não	10 (100%)	8 (100%)		
<b>Separação dos pais</b>					
	Sim	3 (30%)	-	2,880	.090
	Não	7 (70%)	8 (100%)		
<b>Luto</b>					
Morte parental					
	Sim	1 (10%)	-	.847	.357
	Não	9 (90%)	8 (100%)		
Morte de significativos que não pais					
	Sim	4 (40%)	4 (50%)	.180	.671
	Não	6 (60%)	4 (50%)		
<b>Doença familiar</b>					
	Sem	6 (60%)	1 (12,5%)	4,219	.040
	Com	4 (40%)	7 (87,5%)		
<b>Doença familiar</b>					
	Pais	3 (30%)	6 (75%)	3,600	.058
	Outros	7 (70%)	2 (25%)		

A Tabela 9 apresenta as frequências e os valores de  $p$  para fatores de risco associados ao **Domínio II Ambiental**, em relação ao subdomínio **Agressão e Gozo pelos Amigos**.

Como podemos verificar, na referida tabela, existe uma associação significativa entre o Sexo e o Gozo pelos Amigos, Teste de Fisher,  $p = .004$ . Enquanto nos homens, todos os indivíduos (100%) referem a opção *Outro*, podendo esta incluir ter experienciado muitos incidentes ou gozação recorrente, nas mulheres, a maioria (70%) das participantes refere não ter experienciado gozo pelos amigos.

Relativamente à Intensidade do Gozo pelos Amigos, não existe uma associação significativa entre o Sexo e a Intensidade do Gozo pelos Amigos, Teste de Fisher,  $p = .608$ . A maioria das Mulheres (80%) referiu a opção *Outro*, podendo esta incluir situações em que as participantes não avaliaram o Gozo pelos Amigos de forma Ameaçadora ou não foram gozadas pelos amigos. No grupo dos Homens, também a maioria (62,5%) referiu a opção *Outro*, não avaliando o Gozo pelos Amigos como Ameaçador.

Na questão relativa à razão do Gozo pelos Amigos, existe associação significativa entre o Sexo e a Razão do Gozo pelos Amigos, Teste de Fisher,  $p = .002$ . Enquanto nos homens, a maioria (75%) dos indivíduos referiu que o Gozo pelos amigos era por razões de *Peso, forma e/ou alimentação*, nas mulheres, todas (100%) as participantes referiram a opção *Outro*, podendo esta incluir situações em que a Razão do Gozo pelos Amigos, foi por outra razão que não *Peso, forma e/ou alimentação*, ou não foram gozadas pelos amigos.

**Tabela 9.** Teste de Qui-quadrado relativo ao Domínio II Ambiental, subdomínio: agressão e gozo pelos amigos

DOMÍNIO II AMBIENTAL		Mulheres	Homens	$\chi^2$	$p$
		( $n = 10$ )	( $n = 8$ )		
		n (%)	n (%)		
Subdomínio 4					
<b>Agressão e gozo pelos amigos</b>					
<b>Gozo pelos Amigos</b>					
	Sem	7 (70%)	-	9,164	.002
	Outro	3 (30%)	8 (100%)		
<b>Gozo pelos amigos intensidade</b>					
	Ameaçadores	2 (20%)	3 (37,5%)	.678	.410
	Outros	8 (80%)	5 (62,5%)		
<b>Gozo pelos amigos razão</b>					
	Peso, forma, alimentação	-	6 (75%)	11,250	.001
	Outros	10 (100 %)	2 (25%)		

A Tabela 10 apresenta as frequências e os valores de  $p$  para fatores de risco associados ao **Domínio II Ambiental**, em relação aos subdomínios **Abuso Sexual**, **Abuso Físico** e **Abuso Psicológico**.

Como podemos constatar na referida tabela, no subdomínio *Abuso Sexual*, tanto nos resultados *Independentemente da idade*, como *Antes da idade index*, apresentam resultados marginalmente significativos no teste do Qui-quadrado, no entanto, violando o pressuposto do teste, não apresentam significância no teste Fisher,  $p = .216$ . A maioria (70%) das mulheres e todos os homens (100%) referiu não ter experienciado qualquer forma de Abuso Sexual.

No que diz respeito ao Abuso Físico, também não se verifica associação significativa entre o sexo e o Abuso Físico, Teste de Fisher,  $p = 1,000$ . Neste caso, também a maioria (90%) das mulheres e todos os homens (100%) referiu não ter experienciado Abuso Físico.

Relativamente ao Abuso Psicológico não houve variabilidade, no sentido em que nenhum participante referiu ter experienciado Abuso Psicológico.

**Tabela 10.** Teste de Qui-quadrado relativo ao Domínio II Ambiental, subdomínios: abuso sexual, físico e psicológico

DOMÍNIO II AMBIENTAL		Mulheres	Homens	$\chi^2$	$p$
		( $n = 10$ )	( $n = 8$ )		
		n (%)	n (%)		
Subdomínio 5					
Abuso sexual, físico e psicológico					
<b>Abuso Sexual</b>					
Independentemente da idade					
	Sim	3 (30%)	-	2,880	.090
	Não	7 (70%)	8 (100%)		
Antes da idade <i>index</i>					
	Sim	3 (30%)	-	2,880	.090
	Não	7 (70%)	8 (100%)		
<b>Abuso Físico</b>					
Antes da idade <i>index</i>					
	Sim	1 (10%)	-	.847	.357
	Não	9 (90%)	8 (100%)		
<b>Abuso Psicológico</b>					
Antes da idade <i>index</i>					
	Sim	-	-	-	-
	Não	10 (100%)	8 (100%)	-	-

A Tabela 11 apresenta as frequências e os valores de  $p$  para os acontecimentos precipitantes, isto é, acontecimentos que possam ter ocorrido nos 12 meses anteriores à idade *index*.

Como podemos verificar na Tabela 11, nas variáveis *Mudança de Casa* e *Mudança de País* não houve variabilidade estatística, uma vez que nenhum participante referiu ter mudado de casa ou de país nos 12 meses precedentes à idade *index*.

Relativamente às restantes variáveis: *Doença Física*, *Morte de alguém significativo*, *Doença de alguém significativo*, *Alguém deixou ou juntou à família*, *Início de relacionamento*, *Rompeu relacionamento*, *Abuso sexual*, *Agressão*, *Exames/ Pressão no trabalho*, *Stress*, *Comentários críticos sobre peso, forma corporal ou alimentação*, nenhuma apresentou resultados significativamente estatísticos, não se tendo verificado desta forma associação entre o sexo e estes acontecimentos precipitantes.

**Tabela 11.** *Teste de Qui-quadrado relativo aos acontecimentos precipitantes (12 meses antes da idade index)*

		<b>Mulheres (n = 10)</b>	<b>Homens (n = 8)</b>	$\chi^2$	$\rho$
<b>Acontecimentos Precipitantes</b>		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>Mudança de Casa</b>					
	Sim	-	-	-	-
	Não	10 (100%)	8 (100%)		
<b>Mudança de País</b>					
	Sim	-	-	-	-
	Não	10 (100%)	8 (100%)		
<b>Doença Física</b>					
	Sim	-	1 (12,5%)	1,324	.250
	Não	10 (100%)	7 (87,5%)		
<b>Morte de alguém significativo</b>					
	Sim	2 (20%)	1 (12,5%)	.180	.671
	Não	8 (80%)	7 (87,5%)		
<b>Doença de alguém significativo</b>					
	Sim	6 (60%)	2 (25%)	2,205	.138
	Não	4 (40%)	6 (75%)		
<b>Alguém deixou ou juntou à família</b>					
	Sim	-	1 (12,5%)	1,324	.250
	Não	10 (100%)	7 (87,5%)		
<b>Início de relacionamento</b>					
	Sim	1 (10%)	1 (12,5%)	.028	.867
	Não	9 (90%)	7 (87,5%)		
<b>Rompeu relacionamento</b>					
	Sim	1 (10%)	2 (25%)	.720	.396
	Não	9 (90%)	6 (75%)		
<b>Abuso sexual</b>					
	Sim	1 (10%)	-	.847	.357
	Não	9 (90%)	8 (100%)		
<b>Agressão</b>					
	Sim	1 (10%)	2 (25%)	.750	.396
	Não	9 (90%)	6 (75%)		
<b>Exames/ Pressão no trabalho</b>					
	Sim	1 (10%)	1 (12,5%)	.028	.867
	Não	9 (90%)	7 (87,5%)		
<b>Stress</b>					
	Sim	3 (30%)	2 (25%)	.055	.814
	Não	7 (70%)	6 (75%)		
<b>Comentários críticos sobre peso, forma corporal ou alimentação</b>					
	Sim	3 (30%)	5 (62,5%)	1,901	.168
	Não	7 (70%)	3 (37,5%)		

## 5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

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 AVA que precedem o início das PAI, distinguindo a associação no grupo das mulheres e dos homens.

A primeira hipótese foi criada com base no que a literatura tem apontado relativamente às experiências de AVA serem frequentemente associadas a uma série de sintomas de PAI (eg. Gerke, Mazzeo & Kliwer, 2006; Mercado, Martinez-Taboas & Pedrosa, 2008). No presente estudo, efetivamente todos os homens e a grande maioria das mulheres referiram ter vivenciado uma ou mais experiências de AVA. Contudo, não encontramos associação estatisticamente significativa entre o sexo e a presença de AVA, pelo que a hipótese nula foi retida.

A segunda, terceira e quarta hipótese do presente estudo, também não apresentaram resultados estatisticamente significativos em relação à associação entre o sexo e o abuso sexual, físico e psicológico, pelo que as hipóteses nulas também foram retidas. As investigações realizadas até à data têm comprovado consistentemente a associação entre abuso sexual e PAI como FR geral (Machado 2010). Segundo McDermott (2008) vários estudos demonstraram que o abuso sexual pode aumentar a vulnerabilidade para PAI mais em homens que em mulheres. Todavia, nos resultados observados neste estudo nenhum homem relatou qualquer tipo de abuso sexual, assim como a maioria das mulheres. Isto pode-nos levar a questionar se, por um lado, os relatos foram fidedignos ou se, por outro lado, como defendem Artime e colaboradores (2014), em relação aos homens, estes geralmente negam a vitimização sexual, de forma a neutralizar potenciais e angustiantes conflitos de papéis de género criados por uma ameaça à sua auto-imagem masculina. Em relação ao abuso físico e psicológico, também vários estudos os têm associado ao desenvolvimento de PAI (eg. Kent & Waller, 2000; Gerke, Mazzeo & Kliwer, 2006; Hund & Espelage, 2006; Fosse & Holen, 2006; Smyth et al., 2008; Kong & Bernstein, 2009). Contudo, nenhum homem, assim como a maioria das mulheres, apresentou qualquer tipo de abuso físico ou psicológico, não indo desta forma de encontro com a revisão da literatura.

No que respeita à quinta hipótese podemos afirmar que a hipótese foi validada, uma vez que se observou associação estatisticamente significativa entre o sexo e o *bullying* (gozo por parte dos amigos). Os resultados deste estudo demonstram que foram os homens que experienciaram mais gozo por parte dos amigos, comparativamente com o grupo das mulheres. Em relação às razões do gozo, a grande maioria dos homens afirmou que se devia às questões relativas ao peso, forma e alimentação, facto que não se observou em nenhuma mulher. Desta forma, os resultados encontrados vão de encontro com o que é sugerido na literatura, nomeadamente, na associação entre as PAI e as experiências de *Bullying* na infância (e.g., Kaltiala-Heino et al, 2003; Beran et al, 2012; Wallin et al, 2014; Copeland et al, 2015), principalmente se a intimidação e provocação forem alusivas à aparência (Sweetingham & Waller, 2008). Segundo Morgan (2008) o *bullying* na infância é comum em homens, e estes podem reagir a esta situação por manipulação consciente ou inconsciente da forma do corpo. Os resultados encontrados mediante esta hipótese podem então sugerir que o *bullying* é um FR que pode vulnerabilizar os homens a desenvolver uma PAI.

Em relação à sexta, sétima e oitava hipótese deste estudo, relativamente ao luto, doenças físicas e a separação das figuras de vinculação, que se encontram inseridas no subdomínio Acontecimentos Disruptivos, no Domínio II Ambiental da RFED, também não apresentaram resultados estatisticamente significativos em relação à associação com o sexo, pelo que as hipóteses nulas de cada uma também foram retidas. Embora existam estudos (e.g., Machado, 2010) que sugerem que os acontecimentos disruptivos aumentam a probabilidade de desenvolver uma PAI, não há estudos que especifiquem se este facto se apresenta como um fator de risco mais associado às mulheres ou aos homens. Contudo, apresentando poucas ocorrências destes acontecimentos disruptivos tanto no grupo dos homens como no das mulheres, estes resultados são inconsistentes com os estudos que têm demonstrado a existência de acontecimentos disruptivos como fatores de risco para PAI (e.g., Machado, 2010).

A nona hipótese, relativa à vivência de acontecimentos precipitantes (12 meses antes da idade *index*) também não apresenta resultados estatisticamente significativos em relação à associação com o sexo, pelo que a hipótese nula foi retida. De salientar no entanto, que tanto a maioria das mulheres como dos homens, não apresentaram vivência de acontecimentos precipitantes, indicando resultados inconsistentes com os estudos

que têm demonstrado que os indivíduos com PAI vivenciam mais acontecimentos de vida adversos antes do início do problema alimentar (acontecimentos precipitantes) comparativamente com indivíduos sem história de psicopatologia (e.g., Pike et al., 2008; Machado, 2010).

Assim, e mediante o presente estudo, parece que a conclusão mais consistente a respeito do papel dos AVA e sua associação na vulnerabilização para o desenvolvimento posterior de PAI, em relação aos homens é a vivência de situações de *bullying* (gozo por parte dos amigos), principalmente se a razão do gozo estiver relacionada com questões de aparência. De facto, segundo Seixas (2009), existem diferenças de género nos comportamentos de *bullying*, sendo que os homens tendem a magoar os seus pares através da agressão verbal e física direta, uma vez que esses atos comprometem os objetivos considerados importantes para os rapazes em contexto de grupo de pares, enquanto as mulheres tendem a focalizar-se no estabelecimento de laços próximos, íntimos, com os pares. No estudo realizado por Wallin e colaboradores (2014), sobre a perceção dos homens sobre as causas que os levou ao início de uma PAI, o *bullying* foi um dos resultados encontrados. Os homens referiram que as intimidações eram na sua maioria, por não se adequar ao ideal social de aparência (e.g., ser muito magro ou gordo, muito alto) o que os levava a desenvolver sentimentos de vergonha. Seguindo esta linha de pensamento, os homens podem estar a atribuir ao corpo a razão pela qual são vítimas de *bullying* e, desta forma tentarem mudar o que na sua perceção é o motivo de inferioridade em relação aos pares, surgindo desta forma insatisfação com a imagem corporal que, segundo alguns estudos (e.g., Stice & Shaw, 2002), é um fator que aumenta o risco para o desenvolvimento de PAI, tanto nos homens como em mulheres (Mitchison, Hay, Griffiths, Murray, Bentley, Gratwick-Sarll, Harrison & Mond, 2017). Contudo, apresentando as PAI uma etiologia multifatorial, coexistindo com outros fatores de risco (Pike et al., 2008; Machado, 2010; Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014), não se pode concluir que o *bullying* seja o único FR.

Espera-se que, sejam desenvolvidos futuros estudos prospetivos sobre os FR em homens, na medida em que estes são ainda sub-diagnosticados, incompreendidos pelos clínicos e significativamente negligenciados no diagnóstico e no tratamento (Strother et al, 2012). A identificação de FR para as PAI é de colossal importância, pois ajuda a identificar mecanismos causais que nos explicam porque certas pessoas desenvolvem a perturbação e outros não. Quando se sabem as causas da perturbação o tratamento é

realizado mais eficazmente e pode ajudar os grupos de alto risco em programas de prevenção (Striegel-Moore & Bulik, 2007), permitindo assim o desenvolvimento de tratamento mais eficazes.

Importa também refletirmos as limitações que este estudo acarretou. A primeira refere-se ao tamanho da amostra, o facto de a amostra incluir apenas 18 participantes, sendo que desses apenas 8 são homens, pode levar a resultados menos confiáveis. Outra limitação é o facto de a recolha de dados só poder ser feita numa instituição, tendo em conta que os homens são uma minoria, foi difícil agregar mais homens para o estudo. Outra limitação apontada, e esta apontada por vários autores que utilizam a RFED (e.g., Machado, 2010), é o facto deste estudo ser de cariz retrospectivo, havendo desta forma, a possibilidade de surgirem enviesamentos decorrentes da recordação mnésica. Apesar de se ter feito esforços para aumentar a precisão das recordações dos participantes os enviesamentos não deixam de ser indeclináveis. Outra limitação é a duração da administração da entrevista, podendo esta levar entre 60 a 90 minutos (em algumas situações mais) o que leva muitas vezes ao desgaste dos participantes.

Uma vez que este estudo se apresenta com o objetivo de perceber se existem FR para o desenvolvimento de PAI mais específicos em relação ao sexo, considera-se pertinente replicar este estudo com uma amostra mais significativa. Posteriormente, caso se identifiquem FR mais associados aos homens em relação às mulheres, e visto a escassez de estudos em relação a estes, seria relevante compreender se esses FR são comuns às PAI ou se existem diferenças entre os diferentes diagnósticos.

Do ponto de vista das implicações para a prática clínica, continua a ser emergente dar continuidade ao estudo dos fatores etiopatogénicos das PAI. Ao identificarmos os FR que podem preceder o início de uma PAI, aumenta a probabilidade para um melhor prognóstico através de intervenções precoces.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M. & Stunkard, A. J. (2007). High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 2874-2883. doi:10.1016/j.brat.2007.05.007.

Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.

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

Andersen, A. (2014). A brief history of eating disorders in males. In L. Cohn & R. Lemberg (Eds.), *Current findings on males with eating disorders* (pp. 4-10). New York: Routledge.

Artime, T. M., McCallum, E. B. & Peterson, Z. D. (2014). Men's Acknowledgment of Their Sexual Victimization Experiences. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(3), 313-323. doi: 10.1037/a0033376.

Beran, T., Stanton, L., Hetherington, R., Mishna, F. & Shariff, S. (2012). Development of the Bullying and Health Experiences Scale. *Interactive Journal of Medical Research*, 1(2), 13. doi: 10.2196/ijmr.1835.

Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 15(4), 285-304. doi:10.1080/10640260701454311.

Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma abordagem contextual*. Braga: Psiquilíbrios.

Claes, L. & Vandereycken, W. (2007). Is There a Link between Traumatic Experiences and Self-Injurious Behaviors in Eating-Disordered Patients? *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 15(4), 305-315. doi:10.1080/10640260701454329.

Copeland, W. E., Bulik, C. M., Zucker, N., Wolke, D., Lereya, S. T. & Costello, E. J. (2015). Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective,

longitudinal analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1141 – 1149. doi: 10.1002/eat.22459.

Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R. & Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 23-30. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.08.009.

Cunha, M. (2014). *Fatores de risco associados ao início precoce das perturbações do comportamento alimentar*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Dakanalis, A., Timko, C. A., Favagrossa, L., Riva, G., Zanetti, M. A. & Clerici, M. (2014). Why Do Only a Minority of Men Report Severe Levels of Eating Disorder Symptomatology, When so Many Report Substantial Body Dissatisfaction? Examination of Exacerbating Factors. *Eating Disorders*, 22(4), 292-305. doi: 10.1080/10640266.2014.898980.

Daniel, S. & Bridges, S. K. (2010). The drive for muscularity in men: Media influences and objectification theory. *Body Image*, 7, 32-38. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.08.003.

Darcy, A. M, Doyle, A. C., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P. & Le Grange, D. (2012). The Eating Disorders Examination in Adolescent Males with Anorexia Nervosa: How Does It Compare to Adolescent Females? *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 110-114. doi: 10.1002/eat.20896.

Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioural therapy. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 7-22). New York: The Guilford Press.

Fairburn, C. G. & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behavior Research and Therapy*, 43(6), 691-701. doi: 10.1016/j.brat.2004.06.011.

Fairburn, C. & Harrison, P. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361(1), 407-416.

Fosse, G. K. & Holen, A. (2006). Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 404-409. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.12.006.

Gerke, C. K., Mazzeo, S. & Kliewer, W. (2006). The role of depression and dissociation in the relationship between childhood trauma and bulimic symptoms among ethnically diverse female undergraduates. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1161-1172. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.010.

Gonçalves, S., Machado, B. C., Silva, C., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Cao, L. & Machado, P. (2016). The Moderating Role of Purging Behaviour in the Relationship Between Sexual/Physical Abuse and Nonsuicidal Self-Injury in Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 24, 164-168. doi: 10.1002/erv.2415.

Gonçalves, S. F., Machado, B. C. & Machado, P. P. (2011). O papel dos factores socioculturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(2), 280-297. Recuperado em 16 de abril de 2016, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862011000200009&lng=pt&tlng=p](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862011000200009&lng=pt&tlng=p).

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

Haltigan, J. D. & Vaillancourt, T. (2014). Join trajectories of Bullying and Peer Victimization Across Elementary and Middle School and Associations with Symptoms of Psychopathology. *Developmental Psychology*, 50(11), 2426-2436. doi: 10.1037/a0038030.

Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(1), 177-196. doi: 10.1016/j.chc.2014.08.003.

Hoek, H. W. & Hoeken, D. V. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. doi: 10.1002/eat.10222.

Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H. & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.

- Hund, A. R. & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30(4), 393-407. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.11.003.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400. doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.394.
- Kaltiala-Heino, R., Rissanen, A., Rimpelä, M. & Rantanen, P. (2003). Bulimia and Impulsive Behaviour in Middle Adolescence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(1), 26-33. doi: 10.1159/000067187.
- Kent, A. & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 887-903. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00018-5.
- Kong, S. & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1897 - 1907. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x.
- Machado, B. C. (2010). *Fatores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Hoek, H. W. & Machado, P. P. (2014). Risk Factors and Antecedent Life Events in the Development of Anorexia Nervosa: A Portuguese Case-Control Study. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 243-251. doi: 10.1002/ver.2286.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S. & Hoek, H. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-217. doi: 10.1002/eat.20358.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e Abuso: Respostas simples para questões complexas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IMB SPSS*. Braga: Psiquilíbrios.

- McDermott, B. (2008). Eating Disorders in Boys and Men. In J. Morris (Ed.), *ABC of eating Disorders* (pp. 59-61). Oxford: Wiley.
- Mercado, R., Martinez-Taboas, A. & Pedrosa, O. (2008). Childhood sexual abuse, eating disturbance and dissociation: A study in Puerto Rico. *Journal of Psychological Trauma, 7*(4), 298-309. doi:10.1080/ 19322880802266821.
- Mitchison, D., Hay, P., Griffiths, S., Murray, S. B., Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., Harrison, C. & Mond, J. (2017). Disentangling body image: The relative associations of overvaluation, dissatisfaction, and preoccupation with psychological distress and eating disorder behaviors in male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 50*(2), 118-126. doi: 10.1002/eat.22592.
- Molinari, E. (2001). Eating disorders and sexual abuse. *Eating and weight Disorders, 6*(2), 68-78. doi: 10.1007/BF03339755.
- Morgan, J. (2008). *The invisible man: A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise, and bigorexia*. New York: Routledge.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Malden: Blackwell Publishing.
- Pete, I. (2011). Dangerously misunderstood: men and eating disorders. *British Journal of Healthcare Assistants, 5*(8), 383-387.
- Pike, K. M., Hilber, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., Walsh, B. T. & Streigel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors of anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological Medicine, 38*(10), 1443-1453. doi: 10.1017/S0033291707002310.
- Räisänen, U. & Hunt, K. (2014). The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *BMJ Open, 4*, 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004342.
- Sá, J. (2012). *Bullying nas escolas: prevenção e intervenção* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzakkars, I., Favaro, A., Giel, K., Harrison, A., Himmerich, H., Hoek, H. W., Herpertz-

Dahlmann, B., Kas, M. J., Seitz, J., Smeets, P., Sternheim, L., Tenconi, E., van Elburg, A., van Furth, E. & Zipfe, S. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313-315. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00081-X.

Seixas, S. (2009). Diferenças de género nos comportamentos de bullying: contributos da neurobiologia. *Interações*, 5(13), 63-97. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.15/368>.

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

Smink, F. R., van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y.

Smyth, J. M., Heron, K. E., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D. & Thompson, K. M. (2008). The influence of reported trauma and adverse events on eating disturbance in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 195-202. doi:10.1002/eat.20490.

Stice, E. & Shaw, H. E. (2002). Role of Body Dissatisfaction in the Onset and Maintenance of Eating Pathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00488-9.

Striegel-More, R. H. & Bulik, C. M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.181.

Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C. & Tunberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346-355. doi: 10.1080/10640266.2012.715512.

Sweetingham, R. & Waller, G. (2008). Childhood Experiences of Being Bullied and Teased in the Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 401-407. doi: 10.1002/erv.839.

- Wallin, K., Pettersen, G., Björk, T. & Råstam, M. (2014). A Qualitative Study of Males' Perceptions about Causes of Eating Disorder. *Psychology*, 5, 1813-1820. doi: 10.4236/psych.2014.515187.
- Weltzin, T. E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C. & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: Update. *Journal of Men's Health & Gender*, 2(2), 186–193. doi: 10.1016/j.jmhg.2005.04.008.
- Wilson, T. G., Grilo, C. M. & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatments of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.199.
- Wonderlich, S. A., Rosenfeldt, S., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Smyth, J. & Miltenberger, R. (2007). The effects of childhood trauma on daily mood lability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 77 - 87. doi:10.1002/jts.20184.