Sofia Miranda Dias

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão: Fatores de Risco e a sua interação com as Características Clínicas e Psicológicas numa amostra de estudantes universitários

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2023

Sofia Miranda Dias

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão: Fatores de Risco e a sua interação com as Características Clínicas e Psicológicas numa amostra de estudantes universitários

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2023

Sofia Miranda Dias

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão: Fatores de Risco e a sua interação com as Características Clínicas e Psicológicas numa amostra de estudantes universitários

Atesto a originalidade do trabalho,

_____

Sofia Miranda Dias

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Marta Matos.

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2023

RESUMO

Segundo a nosologia da psiquiatria americana no Manual DSM-5, as Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) são, nos dias de hoje, consideradas uma das disfunções psicológicas mais prejudiciais à saúde humana considerando o sofrimento prolongado que provocam, bem como, as elevadas taxas de mortalidade apresentadas (Mitchell & Crow, 2006). Possuem uma etiologia multifatorial, constituída por predisposições genéticas, socioculturais, biológicas e psicológicas que contribuem para o seu aparecimento e desenvolvimento (Morgan & Negrão, 2022). Ademais, segundo o DSM-5, tanto a Anorexia Nervosa (AN) como a Bulimia Nervosa (BN) têm início tipicamente na adolescência e/ou início da vida adulta (American Psychological Association, 2013), o que nos confirma que as PAI são uma problemática importante a ter em conta quando se fala nestes períodos do desenvolvimento, No que concerne ao início da sua manifestação clínica, os estudantes universitários são a população mais afetada dado à influência de fatores externos como o stress, bem como, o facto de se situarem na faixa etária privilegiada para o surgimento da maioria das perturbações mentais (Fitzsimmons-Craft, Balantekin, Eichen, Graham, Monterubio, Sadeh-Sharvit, Goel, Flatt, Saffran, Karam, Firebaugh, Trockel, Taylor & Wilfley, 2019).

Entre os fatores predisponentes, relativamente aos quadros das PAI, destacam-se a história familiar de sintomatologias do mesmo tipo, padrões de interação no núcleo familiar e social, contexto e ideais socioculturais. Na esfera da personalidade, traços como baixa auto-estima aliada a uma distorção da imagem corporal, traços perfecionistas e ascéticos, impulsividade e instabilidade afetiva que, se manifesta em pensamentos/emoções desadaptativas. Além disso, a restrição alimentar e o uso de substâncias e métodos compensatórios revelam a sua importância como acontecimentos antecedentes à instalação de uma PAI (Morgan et al., 2022).

Após uma abordagem abrangente dos traços psicológicos das PAI, torna-se necessário investigar uma perspetiva diferencial entre os diversos quadros destas perturbações e respetivas manifestações. Neste sentido, uma melhor compreensão das diferentes manifestações destas perturbações e um melhor desenvolvimento de intervenções no campo mencionado demonstra ser uma questão fundamental para a saúde pública (Galmiche, Déchelotte, Lambert & Tavolacci, 2019; Cororve, Fingeret, Warren, Cepeda-Benito & Gleaves, 2006).

O presente estudo tem como objetivo principal contribuir para a caracterização dos fatores de risco (FR) associados ao desenvolvimento de uma PAI, abrangendo as respetivas características clínicas e psicológicas destes quadros sintomatológicos. Desta forma, conta com uma amostra de 38 participantes, ingressados no ensino superior, em que 55,3% são do género feminino e 44,7% do género masculino, com uma média de idades de 19,21 (DP= 0,811).

Os resultados indicam que os FR individuais foram mais prevalentes na amostra estudada, enquanto que, os FR socioculturais foram os menos relevantes. Ainda, constatou-se que, os FR Autoestima e o FR Apoio Social revelam uma correlação negativa face a possibilidade de estarmos perante uma PAI, sugerindo assim, uma possível função protetora. Por fim, foi possível averiguar que todos os FR associados ao desenvolvimento de uma PAI, se encontram relacionados com pelo menos 2 características clínicas e psicológicas descritas, em indivíduos com os quadros psicopatológicos estudados, à exceção do FR Autoestima. Esta informação sugere que, este FR poderá apresentar um contributo associado a uma função protetora face à instalação das condições abordadas.

PALAVRAS-CHAVE: Perturbações da alimentação e da ingestão, anorexia nervosa, bulimia nervosa, fatores de risco, características clínicas e psicológicas, estudantes universitários.

ABSTRACT

According to the nosology of American psychiatry in the DSM-5 Manual, Eating Disorders (ED) are now considered to be one of the most damaging psychological disorders to human health, considering the prolonged suffering they cause, as well as, the high mortality rates (Mitchell & Crow, 2006). They assume a multifactorial aetiology, consisting of genetic, sociocultural, biological and psychological predispositions that contribute to their onset and development (Morgan & Negrão, 2022). Furthermore, according to the DSM-5, both Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) typically begin in adolescence and/or early adulthood (APA, 2013), which confirms that ED are an important problem to take into account when talking about these periods of development, With regard to the onset of their clinical manifestation, university students are the most affected population due to the influence of external factors such as stress, as well as the fact that they are in the favoured age group for the onset of most mental disorders (Fitzsimmons-Craft, Balantekin, Eichen, Graham, Monterubio, Sadeh-Sharvit, Goel, Flatt, Saffran, Karam, Firebaugh, Trockel, Taylor & Wilfley, 2019).

Predisposing factors for ED include a family history of similar symptoms, patterns of interaction within the family and social nucleus, and socio-cultural context and ideals. In the sphere of personality, traits such as low self-esteem combined with a distorted body image, perfectionist and ascetic traits, impulsiveness and affective instability which manifests itself in maladaptive thoughts/emotions. In addition, food restriction and the use of substances and compensatory methods are understood to be precursor events to the development of an ED (Morgan et al., 2022).

After a comprehensive approach to the psychological features of ED it becomes necessary to investigate a differential perspective between the various pictures of these disorders and their respective manifestations. In this sense, a better understanding of the different manifestations of these disorders and a better development of interventions in the aforementioned field proves to be a fundamental issue for public health (Galmiche, Déchelotte, Lambert & Tavolacci, 2019; Cororve, Fingeret, Warren, Cepeda-Benito & Gleaves, 2006).

The main aim of this study is to help characterise the risk factors (RF) associated with the development of an ED, including the clinical and psychological characteristics of these psychopathology. The study included a sample of 38 participants who had entered

higher education, 55.3% were females and 44.7% males, with an average age of 19.21 (SD= 0.811).

The results indicated that individual RF were the most prevalent in the sample studied, while sociocultural RF were the least relevant. It was also found that self-esteem and social support were negatively correlated with the possibility of an ED diagnosis, thus suggesting a possible protective function. Finally, it was found that all the RF associated with the development of an IAP are related to at least 2 of the clinical and psychological characteristics described in individuals with the psychopathological conditions studied, with the exception of the Self-esteem RF. This information suggests that this RF may have a contribution associated with a protective function against the onset of the conditions discussed.

KEYWORDS: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, risk factors, clinical and psychological characteristics, university students.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Doutora Marta Matos, um agradecimento muito especial, pela partilha de conhecimentos e ensinamentos que se revelaram uma mais valia ao longo destes meses de trabalho e investigação. Pela disponibilidade e apoio, que caracterizam a dedicação que coloca no seu trabalho. Pela troca de conhecimentos e experiências ao longo desta caminhada que, fizeram jus ao papel de orientadora deste projeto de investigação.

A todos os participantes deste estudo pela disponibilidade e genuinidade com que aceitaram colaborar e partilhar um bocadinho da sua história. Pelo tempo despendido e pelos seus testemunhos.

Aos meus pais e ao meu irmão pelo amor, apoio incondicional e sentimento de segurança que sempre fizeram questão de me transmitir. À minha mãe, pelo exemplo de dedicação, persuasão e resiliência que põe em tudo o que faz na vida profissional e pessoal. Ao meu pai por me mostrar o que é ser um verdadeiro líder e fazer acreditar que há sempre algo a aprender em tudo o que fazemos na vida. Ao meu irmão por me ensinar que vale sempre a pena lutarmos por aquilo em que acreditamos e que são os sonhos que movem a nossa vida. Obrigada por me proporcionarem a vida que tenho e por acreditarem sempre em mim, todos os dias.

Ao meu Padrinho Ricardo, por ter sido, em diversos momentos, um segundo pai para mim, por ser uma das pessoas mais positivas na minha vida e pela serenidade e força que tem e que desde sempre me transmitiu.

À minha família por ser tudo aquilo que eu esperava de uma família. Por todo o orgulho que demonstram para com o meu percurso e por nunca duvidarem da minha capacidade em me tornar uma profissional exemplar.

Ao meu namorado Pedro, por tudo que temos vindo a construir. Obrigada por desde sempre teres estado ao meu lado e por toda a paciência que tiveste ao longo desta longa caminhada. Pelo amor, carinho e porto seguro que sempre foste para mim, mas principalmente pela compreensão e paz que me transmitiste durante estes meses que nem sempre foram fáceis. Que seja para sempre!

Aos meus amigos desde sempre, pela cumplicidade, pelo sentimento de união que nos liga, sempre e em qualquer lugar e, pela preocupação e reconhecimento ao longo destes longos anos. Por me ensinarem o verdadeiro significado de amizade para a vida.

À Stephanie e à Inês por todo o apoio que demonstraram ao longo da realização deste trabalho. Por caminharem ao meu lado ao longo destes meses e por me puxarem para ser sempre a minha melhor versão. Por me ensinarem o que é uma amizade verdadeira, pelos vários incentivos, nos avanços e nos recuos, pelas palavras reconfortantes, carinhosas e sempre mobilizadoras de energia. Conseguimos meninas!

A todos os professores que se cruzaram no meu percurso na Universidade Fernando Pessoa, por me terem acolhido de braços abertos e por todo o carinho e respeito. Todos os ensinamentos transmitidos que, sem dúvida me permitirão ser uma melhor profissional.

Por fim, mas não menos importante, à Dra. Sofia Mesquita pelas palavras de conforto, motivação e carinho que nos aconchegou durante todo o nosso estágio curricular. Por nos ensinar e ajudar a sermos excelentes profissionais e por acima de tudo, criar um laço profissional e de amizade connosco que, espero levar para o resto da vida. Acredito que deixamos a nossa marca na vida uma das outras.

A todos vocês, o meu maior,

Obrigada!

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

A – Ascetismo;

AN – Anorexia Nervosa;

AN-R – Anorexia Nervosa de Subtipo Restritivo;

AN-P – Anorexia Nervosa de Subtipo Purgativo;

APA – American Psychiatric Association;

B – Bulimia (comportamentos bulímicos);

BN – Bulimia Nervosa;

CE-UFP – Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa;

CI – Consciência Interocetiva;

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª ed.);

DI – Desconfiança Interpessoal;

EDI-2 – Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar;

FR – Fator de Risco;

IAC – Ingestão Alimentar Compulsiva;

I – Ineficácia;

IC – Insatisfação Corporal;

MM – Medo da Maturidade;

MS – Medos Sociais;

MRFS-IV – McKnight Risk Factor Survey - IV;

P – Perfeccionismo;

PAI – Perturbação 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;

RI – Regulação de Impulsos;

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences;

TE- Tendência para Emagrecer;

UFP – Universidade Fernando Pessoa;

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Critérios de Diagnóstico para a AN segundo o DSM-5 21
Tabela 2 Critérios de Diagnóstico para a BN segundo o DSM-5 22
Tabela 3 Caracterização Sociodemográfica da amostra (n=38)..... 50
Tabela 4 Caracterização Profissional da amostra (n=38)..... 51
Tabela 5 Descrição das subescalas do EDI-2..... 53
Tabela 6 Descrição da análise estatística realizada aos FR avaliados pelo MRFS-IV (média, desvio-padrão, máximo e mínimos)..... 59
Tabela 7 Descrição da análise estatística realizada aos indicadores avaliados pelo MRFS-IV (média, desvio-padrão, máximo e mínimos)..... 60
Tabela 8 Descrição da análise estatística realizada às subescalas avaliados pelo EDI-2 (média, desvio-padrão, máximo e mínimos)..... 63
Tabela 9 Resultados do Teste de Mann-Whitney face ao EDI-2 (Total) e género da amostra 65
Tabela 10 Resultados do Teste de Mann-Whitney face aos FR avaliados pelo MRFS-IV e género da amostra..... 65
Tabela 11 Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre os indicadores e o EDI-2 (total) 66
Tabela 13 Teste de Shapiro Wilk (MRFS-IV) 115
Tabela 14 Teste de Shapiro Wilk (EDI-2).....116

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Parecer da Comissão de Ética da UFP;

Anexo B – Pedido de utilização do instrumento EDI-2;

Anexo C - Pedido de utilização do instrumento MRFS-IV;

Anexo D – Declaração de Assentimento Informado;

Anexo E – Questionário Sociodemográfico;

Anexo F – McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV) - Versão Masculina;

Anexo G – McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV) - Versão Feminina;

Anexo H – Valores do teste de Normalidade às variáveis do estudo (*Teste de Shapiro Wilk);*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 16

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 18

1.1. As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) 18

1.2. Classificação e Diagnóstico das PAI 20

1.3. Perspetiva Histórica 22

1.3.1. Anorexia Nervosa 22

1.3.2. Bulimia Nervosa 23

1.5. Os Fatores de Risco e as PAI 28

1.5.1. Fatores de Risco associados às PAI na adolescência e início da idade adulta ….. 31

1.6. Características Clínicas e Psicológicas associadas às PAI 38

CAPÍTULO II – METODOLOGIA 48

2.1. Desenho da Investigação 48

2.2. Questões de Investigação e Objetivos 48

2.3. Participantes 49

2.3.1. Caracterização da amostra 50

2.4. Instrumentos 51

2.4.1. Questionário Sociodemográfico 51

2.4.2. Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar 2ª versão (EDI-2) 52

2.4.4. McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV) 54

2.5. Procedimento 55

2.6. Análise de Dados 56

CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 58

3.1. Análise da Normalidade da distribuição da amostra 58

3.2. Análise Descritiva do MRFS-IV 58

3.2. Análise Descritiva do EDI-2 62

3.3. Análise estatística entre o EDI-2 (Total) e o género dos participantes 64

3.4. Análise estatística entre o MRFS-IV e o género dos participantes 65

3.5. Relação entre os I e o EDI-2 (Total) 65

3.6. Relação entre os FR e as Características Clínicas e Psicológicas das PAI 67

3.7. Associação entre os FR e o EDI-2 (Total) 69

3.8. Discussão dos Resultados 70

CONCLUSÕES 82

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 85

ANEXOS 16

INTRODUÇÃO

De acordo com a literatura atual, as PAI são consideradas perturbações mentais graves que, representam uma ameaça à saúde e ao bem-estar dos indivíduos. Estas psicopatologias caracterizam-se por uma alteração persistente nos padrões de alimentação ou ingestão, nas quais é identificada uma alteração no consumo ou na absorção dos alimentos ingeridos. Como resultado, é possível identificar um défice significativo ao nível da saúde física e do funcionamento psicossocial do sujeito, bem como, dos indivíduos que o rodeiam (APA, 2013).

De acordo com a evidência empírica, as PAI são frequentemente apresentadas como perturbações psiquiátricas que se manifestam maioritariamente entre mulheres adolescentes e jovens, principalmente durante a adolescência e início da vida adulta, incluindo maioritariamente, o contexto universitário (Fitzsimmons-Craft et al., 2019). Atualmente, a etiologia das PAI é reconhecida como multifatorial, destacando uma complexidade etiológica quando o foco é a análise dos fatores associados ao desenvolvimento destas psicopatologias (Schaumberg, Welch, Breithaupt, Hübel, Baker, Munn-Chernoff, Yilmaz, Ehrlich, Mustelin, Ghaderi, Hardaway, Bulik-Sullivan, Hedman, Jangmo, Nilsson, Wiklund, Yao, Seidel, & Bulik,, 2017; Heaner & Walsh, 2013). A literatura sublinha FR individuais, familiares e socioculturais a desempenharem papéis significativos e preponderantes a ter em conta (Schmidt, 2002). No que concerne à idade de início, Chavez e Insel (2007), tal como mencionado acima, indicam que as PAI apresentam uma maior incidência durante o período da adolescência e início da idade adulta, apresentando ainda uma evolução prolongada, persistindo assim, ao longo da vida do indivíduo (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012).

Uma vez que estas psicopatologias se tratam de entidades clínicas, concluímos que se definem por características clínicas, psicológicas, sintomas e sinais associados a um desajuste alimentar persistente (Attia & Walsh, 2007). Garner e Bemis (1982), complementam esta definição, descrevendo as PAI como condições psiquiátricas em que os comportamentos considerados problemáticos, encontram-se associados a crenças onde o peso e forma corporal são excessivamente valorizados e, influenciados por características individuais estáveis e duradouras.

Com o objetivo de contribuir para o conhecimento das PAI, o projeto de investigação apresentado utiliza métodos quantitativos, de forma a compreender como as características clínicas e psicológicas – individuais –, se relacionam com os FR associados a estas perturbações mentais. Várias são as investigações que revelam que, através de uma compreensão de traços de personalidade, características e comportamentos comuns associadas e correspondentes aos FR mencionados, é possível orientar o desenvolvimento de intervenções psicológicas eficazes e, programas de prevenção direcionados à população em questão. O principal objetivo destes programas de intervenção e prevenção recaí no potencial que é demonstrado em evitar a progressão ao longo do espetro da doença, desde a fase onde é identificado o eventual risco, até ao aparecimento completo da psicopatologia (Cororve et al., 2006). Assim, a identificação precoce e a implementação atempada de estratégias eficazes, são consideradas fundamentais e representam uma mais valia para a temática (Bailey, Parker, Colautti, Hart, Liu & Hetrick, 2014).

O presente estudo encontra-se estruturado em três partes: (1) Enquadramento Teórico, onde foi realizada uma revisão atual da literatura que contempla os tópicos pertinentes para a compreensão e integração do presente estudo, (2) Estudo empírico, onde foram descritos todos os procedimentos envolvidos no desenvolvimento do estudo, bem como, uma caracterização breve da amostra e, por fim, (3) Análise e Discussão dos Resultados que integram concomitantemente os resultados estatisticamente significativos obtidos e uma discussão dos resultados à luz da literatura. Neste sentido, revelou-se 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

1.1. As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI)

As PAI representam um desafio substancial para a saúde pública, por se representarem como perturbações psiquiátricas graves de natureza crónica que, acarretam um comprometimento significativo ao nível físico, psicológico e social, para os indivíduos que com elas "(co)habitam" (Schmidt et al., 2016; Galmiche et al., 2019). Estas condições clínicas são consensualmente conhecidas por afetarem a função cognitiva, a capacidade de tomada de decisão, a estabilidade emocional e limitarem as atividades diárias daqueles que apresentam manifestações sintomatológicas compatíveis com as patologias descritas (APA, 2013).

Apresentam ainda, sérias consequências e complicações de saúde física e psicológicas e, destacam-se por estarem associadas a taxas de mortalidade notavelmente elevadas (Magallares, 2013; Rojo-Moreno, Arribas, Plumed, Gimeno, García-Blanco, Vaz-Leal, Luisa Vila, & Livianos, 2015; Schmidt et al., 2016). Atualmente, estas taxas encontram-se entre as mais elevadas quando comparadas com as restantes perturbações ao nível da saúde mental, com uma morbilidade clínica ou subclínica superior a 50% (Steinhausen, 2009). Isto deve-se ao facto de que indivíduos que sofrem de uma PAI, enfrentam um maior risco de tentativas de suicídio, mortalidade e uma qualidade de vida prejudicada, quando comparados com a população em geral ou até mesmo com indivíduos com outras condições psiquiátricas diagnosticadas (APA, 2013; Crisp, Hsu, Harding, Hartshorn, 1980; Melles, Spix & Jansen, 2021; van Hoeken e Hoek, 2020).

Assim envolvem, um comportamento alimentar distorcido e uma preocupação extrema com a autoimagem e o peso corporal, o que motiva a adoção de estratégias inadequadas para evitar o aumento de peso, como a prática de atividade física excessiva e a restrição drástica da ingestão calórica (Herpertz, 2009). A adoção de atitudes inadequadas em relação ao peso, forma corporal e escolhas alimentares desempenham um papel fundamental no desenvolvimento e na manutenção das PAI (Wu, Yin, Sun, Yang, Li & Liu, .2019). Por isso mesmo, estamos perante um grupo complexo de perturbações mentais que, resultam em alterações persistentes e significativas nas atitudes e comportamentos alimentares, tornando-os assim, patológicos, alicerçados em crenças de preocupação excessiva, relativa ao peso e à forma corporal (He Kang, Sun, Cooper, Zickgraf, Zhai, 2022). Perante o exposto, é possível observar um padrão de pensamento

associado à manutenção das manifestações sintomáticas de uma PAI, isto é, uma ideia sobrevalorizada da magreza e, um medo despropositado de engordar, que conduz tendencialmente, a alterações no comportamento alimentar para evitar o aumento de peso ou gordura corporal.

Com base na literatura clássica, as PAI eram frequentemente associadas a países ocidentais. No entanto, nos dias de hoje, tem-se vindo a observar um aumento generalizado um pouco por todo o mundo. De momento, as possíveis explicações para tal acontecimento passam, em parte, por fenómenos de emigração, globalização e influências culturais ocidentais que, tornaram mais acessível a disseminação do ideal de aparência (Mustata, 2015; Gonçalves, Machado & Machado, 2011; Gerbasi, Richards, Thomas, Agnew-Blais, Thompson-Brenner, Gilman & Becker, 2014; Sharan &Sundar, 2015). Assim, é importante ressaltar que nenhum grupo étnico ou cultura se encontra imune ao desenvolvimento de uma PAI, uma vez que, a literatura evidencia condições transversais a todas as culturas (Gonçalves et al., 2011).

Ainda, de acordo com a literatura, é possível inferir que o risco associado ao desenvolvimento de uma PAI, apresenta um aumento significativo no início da adolescência (Rojo-Moreno et al., 2015; Mustata et al., 2015). Durante este estágio do desenvolvimento, as mudanças e transformações ao nível da aparência física, nomeadamente, no que concerne ao tamanho e forma do corpo, bem como, a autoperceção que o adolescente tem de si e do seu corpo, dão-se de forma rápida e abrupta. Indiscutivelmente, estes fatores contribuem para a vulnerabilidade deste grupo a influências que, poderão culminar em sentimentos de insatisfação em relação à imagem corporal e, por consequência, a adoção de comportamentos alimentares desajustados, originando o desenvolvimento de uma PAI (Mustata et al., 2015).

As PAI podem ser categorizadas de acordo com manuais de diagnóstico de saúde mental, como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais que, atualmente, conta com a sua quinta edição - DSM-5 (APA, 2013). Entre as principais PAI agrupadas neste mesmo manual, destacam-se a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN), a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (binge eating) e, a perturbações da alimentação e da ingestão com outra especificação (PAI-COE) ou a perturbação da alimentação e da ingestão não especificada (PAI-NE). Como mencionado anterioemnte, todas estas condições são caracterizadas por um distúrbio persistente nos comportamentos alimentares e na perceção da imagem corporal, resultando num comprometimento

significativo da saúde fisiológica e do funcionamento psicossocial (Himmerich & Treasure, 2018). Até 2013, os critérios de diagnóstico focavam-se maioritariamente nos sintomas apresentados pelo sexo feminino (Vo, Lau & Rubinstein, 2016), no entanto, com a introdução dos novos critérios no DSM-5, observou-se um aumento significativo - cerca de 28,9% - de ocorrências de PAI em indivíduos do sexo masculino, revelando assim que, a prevalência deste quadro psicopatológico no sexo masculino, tem vindo a ser subestimada (Vo, et al., 2016).

1.2. Classificação e Diagnóstico das PAI

De acordo com a nosologia psiquiátrica americana do DSM-5 (APA, 2013) são reconhecidos seis diagnósticos no âmbito das PAI, marcadamente a Pica, o Mericismo, a Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva, a AN, a BN e a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva. Apenas a AN e a BN serão explicadas ao longo desta investigação desenvolvidas uma vez que, se tratam do ponto fulcral ao desenvolvimento do estudo apresentado, sendo elas a psicopatologias mais comuns e que, têm revelado um crescimento significativo nas últimas décadas (Galmiche et al., 2019).

Deste modo, de maneira a afirmarmos estar perante um diagnóstico de AN será necessário identificar uma restrição voluntária e marcada do consumo energético, relativamente às necessidades individuais, que visam alcançar o ideal de magreza e, que se refletem num peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. Assim, o medo intenso de engordar, mesmo quando o peso é considerado insuficiente, leva à adoção de comportamentos que interferem com o aumento do mesmo (Kell, Leon, & Fulkerson, 2001). O diagnóstico de AN implica a presença de uma perturbação na apreciação do próprio peso ou forma corporal e a ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso apresentado (APA, 2013). Para além disso, o DSM-5 distingue a AN em 2 subtipos: a) subtipo restritivo (AN-R) respeitante a indivíduos que recorrem a dietas, ao jejum e/ou que praticam excessivamente exercício físico e, b) subtipo purgativo (AN-P) em que os sujeitos recorrem a episódios de ingestão alimentar compulsiva e/ou a comportamentos purgativos para perder peso (APA, 2013).

Tabela 1 *Critérios de Diagnóstico para a AN segundo o DSM-5*

A. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, género, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.
B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.
Subtipo Restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (e.g., vómitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.
Subtipo Purgativo: Nos últimos três meses, o indivíduo envolveu- se em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (e.g., vómitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Por outro lado, o DSM-5 caracteriza a BN por ciclos de dieta restrita que, se alternam com momentos em que os indivíduos ingerem alimentos de forma excessiva e, apresentam comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso como é o caso de vómitos autoinduzidos, abuso de laxantes, diuréticos, etc (Fairburn & Cooper, 1989; Fairburn, 1997). Assim, os pacientes com BN ingerem, num curto espaço de tempo, uma quantidade de alimentos muito maior à que a maioria das pessoas conseguiria em circunstâncias semelhantes. Estes episódios de compulsão alimentar, caracterizam-se normalmente, pela ingestão de alimentos com elevado teor calórico e, pelo relato de falta de autocontrolo face ao comportamento alimentar, com consequentes sentimentos de vergonha, culpa e angústia (Fairburn & Cooper, 1989; Fairburn & Harrison, 2003). Ainda, segundo o DSM-5, o diagnóstico desta perturbação implica a presença desta sintomatologia pelo menos uma vez por semana, durante um período de três meses (APA, 2013). Ressaltasse que, a BN se diferencia da NA, no que respeita ao peso, pois a generalidade dos pacientes com BN apresenta peso normal ou acima do considerado normativo (APA, 2013).

Tabela 2 *Critérios de Diagnóstico para a BN segundo o DSM-5*

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspetos:
1. Ingestão, num período de tempo determinado (e.g., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
2. Sensação de falta de controlo sobre a ingestão durante o episódio (e.g., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto está a ingerir).
B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vómitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.
C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.
D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal.
E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de AN.

Por fim, embora se caracterizem pelos sintomas característicos de uma PAI, as PAI-COE e as PAI-NE não preenchem por completo os critérios de diagnóstico para nenhuma das entidades clínicas referidas (APA, 2013).

1.3. Perspetiva Histórica

1.3.1. Anorexia Nervosa

A informação que, nos dias de hoje temos relativamente às PAI, tem vindo a revelar-se um campo de investigação intensivo ao longo dos séculos. Desde que existem registos médicos e clínicos que, podemos verificar a descrição de dificuldades, problemas e/ou algumas complicações associadas ao ato de alimentação. Historicamente, a AN foi a primeira PAI a ser identificada e mencionada por clínicos, marcando o início dos esforços para estabelecer critérios de diagnóstico consistentes e amplamente aceites, relativamente ao grupo das afeções clínicas em questão (Bouça, 200).

Os primeiros indícios de possíveis casos de AN surgiram na Idade Média, quando práticas de autocontrolo, disciplina e tortura corporal eram consideradas pela Igreja, como meios que, permitiria aos cristãos, ascenderem ao Divino. Assim, as práticas de jejum eram vistas como rituais de limpeza e purificação espiritual (Bouça, 2000). Apesar disso, pensa-se que as primeiras descrições científicas e observações clínicas nos remetem para 1694, quando o médico inglês, Thomas Morton, descreve uma condição médica à qual

atribuiu o nome de "caquixia ou consumpção nervosa" (Bouça, 2000; Brandão, 2007). Assim como o nome indica, Morton descreveu uma jovem rapariga que "consumida pelo seu estado nervoso", mostrava-se frágil e enfraquecida, não devido a uma doença de ordem biológica, mas sim, devido a uma perturbação ou manifestação emocional, com uma evolução inevitavelmente, fatal. Algumas décadas depois, William Gull, médico londrino e, Charles Lasègne, clínico parisiense, após observarem comportamentos de índole alimentar restritivo e compensatório, semelhantes aos descritos por Morton, apresentam o seu contributo para a compreensão da AN como entidade clínica, com origens psiquiátricas. Enquanto que, Charles Lasègne denominou a condição clínica observada como "Anorexia Histérica", William Gull chamou-lhe pela primeira vez "Anorexia Nervosa". Graças aos contributos destes clínicos, é no início do século XX que, a medicina concebe a AN como uma doença de origem física e, inicia a investigação direcionada para os tratamentos desta condição clínica (Gerlinghoff & Backmund, 1997).

É também no início do século XX que, Sigmund Freud, nos apresenta uma abordagem um pouco mais profunda e detalhada face à gênese da AN. A primeira vez que o psiquiatra se deparou com esta condição médica, foi aquando da análise da história de uma mulher que, após o nascimento do seu primeiro e, mais tarde, do segundo filho, apresentou as seguintes manifestações clínicas: vómitos, recusa alimentar e sintomatologia depressiva. Freud interpretou então, o surgimento e manifestação desses mesmos sintomas, em cada uma das gravidezes, como resultado de uma relação problemática entre a mãe enquanto gestante e, as mudanças que tal acontecimento acarreta na vida da mulher, bem como, a dinâmica entre a mãe e o filho enquanto recém-nascido que, carece de proteção. Freud aborda ainda a mecânica que se encontra por detrás do ato que é "comer" que, no caso, seria a amamentação do bebé por parte da mãe, onde a alimentação está ligada desde a infância, a vivências conflituais aquando do próprio ato (Gerlinghoff & Backmund, 1997).

1.3.2. Bulimia Nervosa

Na sua essência, o termo bulimia deriva do grego "bous" (boi) e "limos" (fome), designando um apetite tão grande que, seria possível, tal como o nome indica, um ser humano, comer um boi (Cordás & Claudino, 2002). Já na época medieval se falava em "bulismus" ou "bolismus" que, se traduz por apetite insaciável. Entre os séculos XV e

XVIII, o termo “bulimia” já se encontra referenciado em textos na área da Medicina, como significando fome de cão ou “appetitus caninus” (Cordás & Claudino, 2002).

Por sua vez, em 1979, George Russell identifica, nos seus pacientes, sintomas com uma evolução diferente da AN e que, anteriormente, haviam sido considerados normativos, num contexto de AN. Enquanto que uns indivíduos se submetiam a dietas rigorosas, acompanhadas de, em algumas circunstâncias, recusa alimentar, outros apresentavam uma alimentação caótica, não estruturada, acompanhada de períodos de jejum, intercalados com períodos de ingestão alimentar compulsiva. Diante desta contradição, Russel começa a explorar uma manifestação clínica que, considera uma variante ominosa e sinistra da AN – a BN (Sampaio, 1998).

Inicialmente, a BN começou por ser vista como uma condição que se desenvolvia como resultado de um diagnóstico prévio de AN. Mais tarde, quando Russell, apresenta novamente o seu contributo para o campo deste grupo de afeções clínicas, é que a BN começou a ser aceite como uma perturbação que, poderia surgir em doentes sem histórico clínico de AN (Sampaio, 1998; Gerlinghoff & Backmund, 1997; Stretch, 2001). As dúvidas iniciais, recaía sobre as manifestações que, se faziam notar através dos comportamentos compensatórios e que, levavam muitas vezes, a um diagnóstico erróneo, confundido com um diagnóstico de AN do subtipo purgativo. Isto originou o termo “bulimia de peso normal”, uma vez que a maioria desses indivíduos mantinha um peso corporal dentro da faixa considerada normativa, embora com flutuações frequentes (Sampaio, 1998; Apfeldorfer, 1997).

Deste modo, a BN passou assim, a ser caracteriza por uma ingestão excessiva de alimentos, compensada na grande maioria das vezes, através de comportamentos compensatórios desajustados, como é o caso de períodos de jejum, vómitos autoinduzidos, exercício físico intenso e/ou abuso de diversos medicamentos que, se desviam do seu uso primário (Apfeldorfer, 1997; Stretch, 2001).

Atualmente, a BN é uma doença que apresenta mais frequência que a AN (Sampaio, 1998). Os bulímicos fazem parte, essencialmente, da população estudantil, mulheres jovens, competitivas e ambiciosas no plano académico e/ou profissional. Caracteristicamente, transmitem uma imagem de uma pessoa segura de si própria, contudo, na maior parte das vezes estamos a falar de alguém que, duvida profundamente de si mesmo, que não se ama e apresenta uma baixa autoestima, que não se encontra

satisfeita com o seu corpo e que, passa o seu tempo a procurar agradar os outros, receando ser rejeitada e abandonada. Revelam ainda, algumas dificuldades em tomar decisões e, as suas únicas decisões correspondem, geralmente, a impulsos brutos e irrefletidos, revelando sentimentos de arrependimento frequentemente (Apfeldorfer, 1997). Assim, a perceção de um vazio ou insatisfação interior é compensada pela necessidade de um preenchimento alimentar e do recurso aos episódios de ingestão alimentar compulsiva (Stretch, 2001).

1.4. As PAI em contexto universitário

Na última década, temos vindo a observar um aumento significativo nos problemas de saúde mental, particularmente entre os jovens universitários (Dowds, 2010). Destes, são frequentemente destacados como mais comuns, questões relacionadas com perturbações ao nível do comportamento, emocional e hipercinéticas. Além disso, é de destacar um crescimento preocupante, face aos comportamentos alimentares inadequados, principalmente, entre as jovens universitárias e, mais recentemente, um aumento inesperado nos jovens em geral (Bailey et al., 2014; Fardouly, Vartaninan, 2015).

Assim sendo, a pertinência de estudar as características, comportamentos e atitudes alimentares nos jovens universitários justifica-se pela revisão de literatura realizada indicar que, a prevalência das PAI em contexto universitário, ser superior à encontrada na população em geral, revelando assim uma prevalência significativa (Fitzsimmons-Craft et al., 2019; Kwan, Gordon, Carter, Minnich & Grossman, 2017; White, Reynolds-Malear & Cordero, 2011), bem como um elevado nível dos comportamentos de risco, acima referidos (Perryman, Barnard & Reysen, 2018; White et al., 2011).

O período da vida universitária é, frequentemente, considerado uma fase especialmente sensível, repleta de desafios para os jovens adultos. Esta etapa de vida envolve uma série de fatores stressantes, derivados das mudanças significativas com que os jovens adultos se deparam (Trindade, Appolinario, Mattos, Treasure & Nazar, 2019). Algumas das mudanças incluem a adaptação a novos papéis sociais, perda de apoio familiar e/ou social, resultando numa autonomia até então inexplorada, acompanhada de uma responsabilidade acrescida. Além disso, implica uma necessidade de gestão financeira, organização de horários e estabelecimento de prioridades, a convivência com

indivíduos de diversas origens socioculturais e assim, diferentes ideias e valores, entre outras exigências (Dowds, 2010).

Ainda neste seguimento, e apesar da vida académica ser pautada por períodos extenuantes em alguns casos, uma gestão inadequada de tempo ou a falta de habilidade para a preparação de refeições, pode contribuir para que alguns estudantes negligenciem as refeições principais (Quick & Byrd-Bredbenner, 2014). Como resultado, é comum, nesta faixa etária, a prática de uma alimentação rápida e pouco saudável, maioritariamente, caracterizada pela ingestão de alimentos calóricos. Esta situação torna-se mais preocupante, no caso dos indivíduos que, compensam os excessos com períodos de restrição alimentar e/ou de purga, numa tentativa de lidar com preocupações relacionados com o peso e forma corporal (Kelly-Weeder, 2011).

Todos estes acontecimentos, na grande maioria de vezes, causadores de grande stress e ansiedade, podem afetar a saúde mental dos estudantes e, conduzir a diferentes problemas psicológicos, como é o caso da instalação de um quadro psicopatológico de uma PAI (Loth, van den Berg, Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2008). No que respeita ao contexto universitário português, os dados disponíveis são bastante limitados (Ribeiro et al., 2014). Em 2004, num estudo publicado por Machado et al. (2014) com estudantes do sexo feminino, os dados indicaram que 6% preenchia critérios de diagnóstico para BN, 10,3% cumpria critérios para PIAC e, 0,2% preenchia os critérios de AN. O mesmo autor, em 2007, revelou uma prevalência global das PAI de 3,06%, também em estudantes do sexo feminino. Por sua vez, as PAI-NE representavam o diagnóstico mais comum, com 2,37%, seguindo-se a AN com 0,39% e a BN com 0,3%. Ainda, Ribeiro, Witte, Van Orden, Selby, Gorfon, Bender e Joiner (2014) verificaram que apesar de 9.6% da sua amostra reportar episódios de compulsão alimentar, apenas 0,5% apresentava PIAC.

Relativamente ao contexto universitário internacional, as investigações são mais abundantes (Fitzsimmons-Craft et al., 2019). Com uma amostra de 4894 indivíduos, provenientes de 28 universidades americanas, Fitzsimmons-Craft e a sua equipa (2019) apuraram que 20,3% dos estudantes, apresentava resultados significativamente clínicos para uma possível PAI clínica ou subclínica, valor este superior às investigações anteriores realizadas pela equipa. Não obstante, no que concerne à prevalência clínica

apresentada nos jovens universitários, a literatura refere valores mais elevados de sintomatologia subclínica (Fitzsimmons-Craft, et al., 2019; Kelly-Weeder, 2011).

Diversos autores sugerem que estes valores advêm da uma vulnerabilidade individual para as PAI e, não só de fatores relacionados com a transição desenvolvimental. Assim, quando ambas as dimensões são conjugadas com a experiência universitária, precipitam o aparecimento dos sintomas e podem culminar num quadro completo de uma PAI (Quick & Byrd-Bredbenner, 2014).

Fitzsimmons-Craft, Ciao e Accurso (2016), acrescentam que a pressão social para alcançar um corpo perfeito, potencia comparações entre indivíduos, algo que os autores consideram estar muito presente no contexto académico. Numa amostra de 232 jovens universitárias, verificou-se que as comparações sociais quanto à forma corporal, à alimentação e à prática de exercício físico, tendiam a potenciar pensamentos e tentativas de mudança disfuncionais que, visavam alcançar os padrões de beleza vigentes. Sugerem também que, a elevada importância que os jovens adultos tendem a atribuir ao julgamento dos pares parece afetar a (in)satisfação com a sua imagem corporal e refletir-se em comportamentos prejudiciais à saúde, dos quais emergem em primeiro plano os relacionados com as PAI (Fitzsimmons-Craft et al., 2016). Yu Indelicato, Fuglestad, Tan, Bane e Stice (2018), alegam ainda que, em comparação com o sexo masculino, são as estudantes que reportam mais preocupações com a alimentação e com o peso, confirmando assim, um número mais elevado de comportamentos alimentares disfuncionais,no sexo feminino (Bailey et al., 2014).

Quando o comportamento alimentar é disfuncional, consoante a gravidade de tal disfuncionalidade, o indivíduo entra em risco de desenvolver uma PAI (Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019). Com 133 universitários do sexo masculino, Turel, Jameson, Gitimu, Rowlands, Mincher e Pohle-Krauza (2018) mostraram que 10,5% da amostra se encontrava nesta situação. Podem ainda referenciar-se outros estudos nos quais o risco elevado estava presente em 20,5% na França (Galmiche et al., 2019), 11,5% nas nações do Sudeste asiático (Peltzer e Pengpid, 2018), 35,7% nos Estados Unidos da América (FitzsimmonsCraft, et al., 2019) e 13,9% em estudantes na Malásia (Chan, Samy, Tong, Islam & Low, 2020). Esta realidade parece preocupante pois, mesmo que os critérios de diagnóstico para uma PAI não estejam rigorosamente reunidos, os comportamentos e as atitudes exibidos por estes indivíduos, continuam a poder comprometer a sua saúde (Haynos, Wang & Fruzzeti, 2018). Jacobi e os seus colaboradores (2004), abordam a

importância de identificar atempadamente a presença de sintomatologia desajustada, de forma a evitar a evolução para quadros clínicos mais graves.

Ainda que a experiência universitária seja indicada como um FR para o desenvolvimento e exacerbação de atitudes e comportamentos relacionados com estas perturbações (Fitzsimmons-Craft, et al., 2019), nem todos os indivíduos expostos ao contexto universitário, evoluem para um diagnóstico completo de uma PAI (Donahue, Reilly, Anderson, Schamer & Anderson, 2018).

Assim, urge a pertinência de compreender a sua etiologia e os fatores que predispõem determinados indivíduos ao seu desenvolvimento e manutenção, bem como, de que forma estes mesmo fatores se manifestam numa fase prévia à instalação de comportamentos de risco (Schaumberg et al., 2017).

1.5. Os Fatores de Risco e as PAI

Segundo Striegel-Moore e Bulik (2007), um fator de risco é uma característica, acontecimento ou experiência que, antecede o surgimento de um resultado específico que, no caso apresentado, passa pela instalação de uma condição psicológica. Estes fatores, quando presentes, encontram-se associados a um aumento na probabilidade, ou seja, risco, desse mesmo resultado, em comparação com a população em geral que, não foi exposta ao mesmo fator. Deste modo, ao conceito apresentado, encontra-se subjacente a capacidade de dividir a população em dois grupos: um grupo de alto risco, onde a probabilidade de ocorrência do resultado é maior e, um grupo de baixo risco, onde essa probabilidade e resultado é menor (Jacobi, Hayward, Zwaan e Agras, 2004).

A compreensão dos FR associados às PAI representa-se como uma necessidade fundamental na procura de um melhor entendimento face à prevenção e tratamento destas psicopatologias. Acompanhando a perspetiva de Striegel-Moore e Bulik (2007), somos confrontados com quatro razões essenciais para esta investigação. Em primeiro lugar, a identificação dos mecanismos causais contribui para a compreensão do desenvolvimento ou não destas condições, por parte de alguns indivíduos, enquanto que, diminui o estigma associado ao desenvolvimento de problemas de saúde mental.

Uma outra razão passa pelo facto de a atual classificação das PAI, definida pelo DSM-5, baseia-se unicamente no preenchimento de padrões sintomatológicos o que, tem

suscitado debates intensos devido à sua limitação na compreensão da sua etiologia multifacetada.

Adicionalmente, o conhecimento das causas subjacentes das PAI, pode conduzir a tratamentos mais eficazes, uma vez que, abordagens terapêuticas específicas, poderão ser desenvolvidas com base nesta compreensão.

Por último, a identificação de FR, tal como mencionado anteriormente, desempenha um papel crucial na identificação de grupos de alto risco que, podem beneficiar de intervenções preventivas direcionadas, bem como, na formulação de políticas que visam reduzir a influência prejudicial dos média, frequentemente promovida pela indústria das dietas alimentares (Striegel-Moore e Bulik, 2007).

Perante o exposto, podemos então concluir que, a identificação dos FR para as PAI, oferece uma oportunidade para a educação orientada dos profissionais de saúde, de forma a ajudar a distinguir padrões de vulnerabilidade psicossocial, biológica e genética, para um possível desajuste alimentar, mesmo na ausência de quaisquer preocupações evidentes com o peso e forma corporal ou, com a própria alimentação (Rowe, 2017). Ainda, o conhecimento dos FR para as PAI, permite a identificação precoce de grupos de alto risco e, por sua vez, uma resposta atempada e adaptada, através de vias como o desenvolvimento de políticas públicas ou o início de programas de prevenção específicos (Bailey et al., 2014).

Os programas de prevenção e de intervenção precoce baseados em modelos etiológicos podem ajudar a evitar o movimento ao longo do espetro, desde o risco até ao limiar completo da perturbação (Cororve et al., 2006). Além disso, os PAI são condições psiquiátricas complexas com uma gama algo limitada de intervenções eficazes baseadas em evidências (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway & Lohr, 2007; Kazdin, Fitzsimmons-Craft & Wilfey, 2017), com um número significativo de pacientes a não responder aos tratamentos atuais (Steinhausen, 2009; Silén, Sipilã, Raevuouri, Mustelin, Marttunen, Kaprio & Keski-Rahkonen ,2021; Le Grange, Hughes, Court, Yeo, Crosby & Sawyer, 2016; Lock & Le Gange, 2019; Wonderlich, Bulik, Schdmit, Steiger & Hoek., 2020). Como tal, são necessárias tentativas para compreender melhor o papel dos FR nas vias etiológicas e causais, de modo a formar conceptualizações mais matizadas destas psicopatologias (Pennesi & Wade, 2016).

Contudo, a literatura estabelece que, o desenvolvimento de uma PAI, assim como de outras perturbações mentais, não poderá ser atribuído a um único fator etiológico isolado (Schaumberg et al., 2017). Em vez disso, parece ser o resultado de uma interação complexa e multifacetada, de várias vulnerabilidades do indivíduo. Estas vulnerabilidade podem ser agrupadas como fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção, onde tanto a genética como o meio ambiente, desempenham um papel de ampliação da vulnerabilidade do indivíduo a estas psicopatologias. Assim, enquanto que os FR são aqueles que tornam o adolescente ou o jovem adulto mais propenso ao desenvolvimento de uma perturbação específica, os fatores precipitantes são eventos ou circunstâncias que desencadeiam o início ou o agravamento acentuado de uma determinada perturbação. Por sua vez, os fatores de manutenção são elementos que perpetuam uma perturbação que já se instalou previamente (Carr, 1999). Por sua vez, Carr (1999), aborda ainda os fatores protetores designando-os como fatores que, ajudam a prevenir o desenvolvimento ou a deterioração de um quadro clínico (Carr, 1999).

Cooper (1995) vai um pouco mais além e defende que, o desenvolvimento e manutenção das PAI está intimamente ligado a situações que ativam as vulnerabilidades individuais, em relação a FR específicos.

Apesar da AN e da BN terem vindo a ser estudadas e descritas há já algum tempo, pouco é sabido sobre a sua etiologia em concreto (Attia et al., 2007; Arcellus et al., 2011; Bulik et al., 2007). Os estudos relativos às revisões da literatura desenvolvidos recentemente, têm permitido identificar possíveis FR biológicos, psicológicos, sociais e ainda, ambientais (Halmi, 2005; Heaner & Walsh, 2013; Polivy & Herman, 2002; Schmidt, 2002). No entanto, os resultados têm também sublinhado que o conhecimento atual sobre os FR para as PAI é, ainda, limitado.

Collier e Treasure (2004) salientam, todavia, que a explicação atual dos FR continua a ser, predominantemente, de nível sociocultural, embora salientem a possível combinação com predisposições genéticas (Bulik et al., 2007; Collier & Treasure, 2004), com uma ênfase assente numa etiologia, mais uma vez, multifatorial. Deste modo, Heaner e Walsh (2013) consideram que, tendo em conta todos estes fatores, é importante considerar a multicausalidade destas perturbações, através de uma perspetiva biopsicossocial. Com base nestas exigências, os estudos retrospetivos têm-se revelado como sendo os de maior eficácia estatística (Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer & Agras, 2004), não permitindo, porém, estabelecer a potencial relação entre os FR e o

desenvolvimento das PAI e, como tal, os estudos transversais poderão assumir, neste sentido, um papel preponderante (Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014).

1.5.1. Fatores de Risco associados às PAI na adolescência e início da idade adulta

Apesar de tudo, têm sido identificados numerosos fatores como estando implicados no desenvolvimento das PAI. No entanto, os resultados que têm sido obtidos através dos diversos estudos revelam-se de difícil interpretação, face a algumas limitações apresentadas pelos próprios estudos. Ainda assim, a literatura apresentada tem agrupado os FR associados ao desenvolvimento das PAI em 3 grandes categorias: fatores de risco socioculturais, fatores de risco familiares e fatores de risco individuais (Halmi, 2005; Jacobi et al., 2004; Polivy & Herman, 2002; Schmidt, 2002).

São diversos os fatores de risco socioculturais destacados pela literatura ao longo dos anos. Estes incluem o género, a etnia, o nível sócioeconómico, os contextos profissionais e/ou desportivos associados ao controlo de peso, a orientação sexual e o papel dos meios de comunicação social e redes sociais. No âmbito dos fatores de risco familiares, estão contemplados a obesidade parental, a psicopatologia parental do mesmo tipo e a dinâmica familiar. Por fim, quanto aos fatores de risco individuais, abrangem uma variedade de situações desencadeadoras de stress, fatores desenvolvimentais, biológicos, psicológicos e comportamentais. Exemplos destes incluem a baixa autoestima, o perfeccionismo, o afeto negativo, as perturbações de humor, as perturbações de foro ansiogénico e depressivo, o abuso de substâncias, os estilos de vinculação, a insatisfação com a imagem corporal, a dieta e a alimentação restritiva, o abuso sexual, físico e outros acontecimentos de vida stressantes ou adversos, a adolescência, a obesidade pré-morbida, o índice de massa corporal elevado, a alimentação e problemas alimentares na infância, o gozo e críticas acerca do peso e forma corporais, a puberdade precoce, fatores genéticos e hereditários, e outros fatores biológicos (Halmi, 2005; Jacobi et al., 2004; Polivy & Herman, 2002; Schmidt, 2002).

Como tal, procederemos à análise dos vários fatores precipitantes, característicos do estágio do desenvolvimento em questão, bem como, dos FR que, evidenciam o seu contributo para as psicopatologias apresentadas.

No que diz respeito aos fatores precipitantes, e como mencionado anteriormente, as PAI podem afetar indivíduos desde a primeira infância até à idade adulta (Landi, Calvani, Tosato, Martone, Ortolani, Savera, Sisto & Marzetti., 2016; Latzer, Rozenstain-Hason, Kabakov, Givon, Mizrachi, Alon & Tzischinsky., 2020). No entanto, de acordo com a literatura, identifica-se um período comum de maior vulnerabilidade e risco elevado que, ocorre, entre o final da adolescência e o início da idade adulta, geralmente entre os 17 e os 22 anos (Solmi, Radua, Olivola, Croce, Soardo, Salazar de Pablo, Il Shin, Kirkbride, Jones, Kim, Kim, Carvalho, Seeman, Correll & Fusar-Poli 2021). Estudos como o de Chavez e Insel (2007) apoiam que, normalmene, as PAI tendem a manifestar-se durante a adolescência ou no início da idade adulta, persistindo ao longo da vida e, acarretando consequências graves tanto para o indivíduo como para o seu núcleo familiar. Este facto foi também confirmado por Fisher e os seus investigadores (1995) que, além de referenciarem que as PAI são tipicamente diagnosticadas, na adolescência, constituem-se como a terceira doença mais comum e incapacitante entre os adolescentes.

De acordo com Fitzsimmons-Craft e a sua equipa (2019), a adolescência carateriza-se por um período profundas mudanças biopsicossociais, abrangendo alterações como a puberdade, a possibilidade de maturação precoce, idade da menarca, alteração e desenvolvimento da imagem corporal e o possível desconforto com tais mudanças, o primeiro namoro, entre outros eventos. Todas estas mudanças que, muitas vezes ocorrem de forma abrupta e inesperada, justificam que esta fase do desenvolvimento acarrete uma ampla gama de fatores precipitantes e assim, se considere como um período de maior risco para desenvolvimento de uma PAI.

Além disso, a transição da escola para a universidade representa uma mudança significativa na rotina e exige, uma adaptação por parte do adolescente, marcando o início de uma nova etapa de vida e o início da sua jornada na vida adulta. Ainda, estamos perante uma fase do desenvolvimento em que, os estudantes enfrentam uma pressão considerável para se ajustarem aos padrões de beleza e ao ideal de corpo que a sociedade valoriza. Esta pressão é ampliada pelas expectativas românticas e/ou sexuais, bem como, pelas comparações frequentes com os colegas, especialmente devido à influência dos meios de comunicação social. Durante este processo do desenvolvimento, estes desafios sociais e emocionais tornam.se mais evidentes e revelam cada vez mais, um peso considerável na forma como os adolescentes encaram o seu percurso (Aparicio-Martinez, Perea-Moreno, Martinez-Jimenez, Redel-Macías, Pagliari & Vaquero-Abellan 2019).

Além disso, nesta fase do desenvolvimento, as exigências e expectativas tanto dos pais, quanto do meio académico, desempenham um papel também impactante. Muitas vezes, de forma a atingir essas mesmas expectativas, os adolescentes propõem-se a alcançar padrões de excelência e tornam-se competitivos na procura incessante pela perfeição e comportamentos também eles, fundamentados em crenças sustentadas na perfeição e aceitação apenas, de objetivos de excelência. (Stice. Maxfield & Wells, 2003; Aparicio-Martinez, et al., 2019; Smolak & Levine, 2001).

Aliado à confluência dos fatores mencionadas acima, bem como, das possíveis pressões vivenciadas nesta fase do desenvolvimento, é importante destacar a possibilidade de existirem outros fatores específicos, desencadeadores de stress específicos. Estes incluem nas dinâmicas familiares como o divórcio parental, ameaças à segurança física como o assédio/agressão física e/ou sexual, problemas de saúde e ainda, perda de contacto ou falecimento de alguma figura significativa (Welch, Doll, & Fairburn, 1997). Além disso, é relevante considerar que os resultados de vários estudos nacionais, corroboram as conclusões já discutidas pela literatura, ao confirmar que fatores associados à vivência de situações disruptivas se evidenciam como sendo fator precipitante para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas. Contudo, não há suporte estatístico que os identifique como FR específicos para o desenvolvimento de AN ou de BN (Machado et al. 2014).

Com o objetivo de identificar FR socioculturais que pudessem assumir um papel preponderante para o desenvolvimento uma PAI na adolescência e início da vida adulta, 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 consequentes preocupações com o peso e forma corporais como sendo FR psicossociais para o desenvolvimento das PAI. Juntamente com os fatores culturais que, contribuem para as preocupações com a imagem corporal, recentemente, a investigação tem-se voltado para o envolvimento em ambientes específicos que, moldam as normas sociais para a aparência e promovem a procura da forma ou do peso ideal.

Assim, é de destacar a influência que os pares têm na forma como os adolescentes se sentem e comportam em relação ao seu peso e alimentação, bem como, o impacto dos média, na transmissão e divulgação do corpo ideal. Posto isto, adolescentes inseridos em contextos onde estes ideais são sobrevalorizados, pela associação entre a magreza e o

desempenho excelente e, o elevado ao nível pessoal e profissional, o envolvimento em determinadas atividades com uma cultura de dieta rigorosa e de exercício físico excessivo, como o desporto universitário ou profissional - bailarinos, ginastas e modelos -, apresenta assim, um risco acrescido ao desenvolvimento de uma PAI (Garner & Garfinkel, 1980; Smolak, Murnen, & Ruble, 2000).

Uma análise sistemática do impacto das mensagens de saúde pública anti obesidade concluiu que a aceitação de ideais de magreza e a procura de magreza são exacerbadas em resposta à exposição a mensagens que estigmatizam os indivíduos com excesso de peso ou obesidade (Bristow, Simmonds, Snell & McLean, 2020). Ainda, o impacto das representações mediáticas dos ideais de aparência nos sintomas das PAI, tem sido analisado com estudos de metodologias variadas. Uma meta-análise de estudos experimentais baseados em laboratório, verificou que a exposição a imagens idealizadas tinha um maior impacto em grupos considerados de alto risco para o desenvolvimento de uma PAI (Hausenblas, Campbell, Menzel, Doughty, Levine & Thmpson, 2013).

Ainda, entre as mulheres jovens, verificou-se que a utilização das redes sociais tem impacto nas preocupações com o peso e a forma corporal (Mabe, Forney & Keel, 2014) e, numa amostra predominantemente feminina de participantes com AN, verificou-se que a utilização de redes sociais centradas na aparência está associada a níveis mais elevados de sintomas de uma PAI (Griffiths, Castle, Cunningham, Murray, Bastian & Barlow, 2018). Para além do mais, a recente proliferação de páginas Web e redes sociais como é o caso do Blogs pró-ANA ou pró-MIA promove a criação de ambientes que se apresentam como prejudiciais para a saúde de indivíduos em risco de desenvolverem uma PAI, do que outras formas de meios de comunicação social.

Além disso, o contacto diário e alastrado a todos os contextos de vida do adolescente e jovem adulto, no que diz respeito aos ideais de beleza contemporânea veiculados pelas sociedades ocidentais – excessivamente magros e impossíveis de atingir para a maioria das mulheres, e substancialmente musculados e atléticos para os homens – e a sua internalização, conduzem, frequentemente, ao recurso de métodos compensatórios e comportamentos restritivos, bem como, o uso de substâncias que permitam alterar e alcançar a imagem e o peso corporal desejado, aumentando assim, o risco de desenvolvimento de uma PAI (Stice & Whitenton, 2002).

Ainda, a transição para a universidade aumenta também, a probabilidade de iniciação ou a utilização mais frequente de potenciadores cognitivos e psicoestimulantes, com o intuito de aumentar a gestão do peso, forma e resistência, bem como, as capacidades cognitivas e assim, o desempenho escolar. As drogas com potenciais ligações às PAI, bem como, à melhor gestão do sucesso na faculdade e às exigências da vida social, incluem a nicotina, a cafeína presente no café e nas bebidas energéticas, o álcool, os estimulantes e os suplementos dietéticos e ergogénicos (Mahoney et al., 2019; Jahrami, Al-Mutarid, Penson , Al-Islam Faris, Saif & Hammad,2020; Narayana, Gill, Leem, Li, Mein Smith, Shepherd, Ting, van Bart, Green, Samaranayaka, Ergler & Macmillan, 2021; Nagata, Peebles, Hill, Gorrell & Carlson, , 2021).

Relativamente aos FR familiares que revelam um peso preponderante na faixa etária do presente estudo, encontramos a perceção dos pais de que o filho tem excesso de peso podendo este, ser um preditor poderoso do desenvolvimento de uma PAI, em comparação com o próprio peso da criança (Allen, Cho & Meier, 2014; Machado et al., 2014). O impacto significativo dos comportamentos parentais no risco das PAI foi apoiado por um estudo que comparou indivíduos com BN com controlos saudáveis e indivíduos com outras condições psiquiátricas. Embora outros fatores tenham sido identificados como um FR, as expectativas maternas elevadas e as atitudes parentais negativas sobre o peso e a obesidade na infância foram mais fortemente associadas ao aparecimento de BN entre os participantes (Allen et al., 2014).

A atitude negativa dos pais em relação ao peso na infância, incluindo a provocação dos pais em relação ao peso, demonstrou ter uma forte associação positiva com os comportamentos e sintomatologia associada a uma PAI, tanto em homens como em mulheres, em particular com os comportamentos de compulsão alimentar (Saltzman & Liechty, 2016). Num estudo realizado por Machado e colaboradores (2014) em que o objetivo era o de identificar FR para a AN e compreender se eram específicos da AN ou se precediam o desenvolvimento de outras perturbações psiquiátricas, sugerem que os conflitos familiares, os comentários realizados pelos pais acerca da alimentação e perceção do indivíduo sobre a sua aparência, emergem como FR para a psicopatologia no geral assim como a dinâmica familiar, vulnerabilidade para dietas e acontecimentos disruptivos.

Já no que concerne a FR individuais, a baixa auto-estima e o perfeccionismo têm sido considerados um dos principais fatores para o desenvolvimento de uma PAI

(Wiseman, Peltzman, Halmi & Sunday, 2004). No que refere à baixa autoestima é considerada um fator de risco básico, e um fator fundamental tanto na AN como na BN (Striegel-Moore, 1995). O papel da baixa auto-estima na etiopatologia das PAI não é recente, aliás, os modelos que conceptualizam sobre o desenvolvimento da AN posicionam a baixa autoestima como importante fator na etiologia e manutenção da sintomatologia alimentar (Fairburn & Harrison, 2003).

Contudo, e apesar do contributo de Fairburn e Harrison (2003) sobre o papel da baixa auto-estima na manutenção da sintomatologia alimentar, fica por esclarecer o poder daquela variável na predisposição para o desenvolvimento das PAI e, da AN em particular. Por sua vez, o perfeccionismo é um traço de personalidade que predispõe os indivíduos para o desenvolvimento de uma PAI e um importante fator de risco, comum tanto na AN como na BN (Forbush, Heatherton, & Keel, 2007), apesar de alguns estudos não encontrarem relações significativas deste traço com sintomatologia associada a uma PAI.

Uma revisão sistemática da literatura concluiu que os indivíduos com AN tendem a colocar maior ênfase em padrões pessoais elevados, enquanto os indivíduos com BN são mais propensos a percecionar níveis elevados de crítica parental (Farstad, McGeown & Ranson, 2016). A contribuição do perfeccionismo para a sintomatologia característica de uma PAI (incluindo a restrição alimentar e a sobrevalorização da forma e do peso) foi ainda apoiada por Joyce e a sua equipa (2012) numa amostra não clínica. O estudo não foi conclusivo quanto ao facto de o perfeccionismo ser a causa dos sintomas de uma PAI, contudo, foi observada uma associação positiva significativa entre o perfeccionismo e a sobrevalorização do peso e da forma corporal (Joyce, Watson, Egan & Kane, 2012). Numa amostra de adolescentes do sexo feminino recrutadas num serviço direcionado à atuação na problemática em questão, na Austrália, os investigadores encontraram uma relação direta entre o perfeccionismo e os sintomas de AN, bem como, uma relação indireta quando mediada por sintomatologia depressiva (Drieberg et al., 2019).

Outra característica importante quando se fala em FR ao desenvolvimento de uma PAI é a voracidade alimentar. No estudo de Allen, Byrne & Crosby (2015), a idade de 14 anos corresponde à idade de início para adolescentes que desenvolveram uma compulsão alimentar ou perturbação alimentar purgativa. Na altura do diagnóstico de PAI (17 ou 20 anos), os participantes com BN tinham uma frequência média de IAC de uma vez por semana a algumas vezes por semana, e uma frequência média de vómito de aproximadamente uma vez por semana.

Apesar da compulsão alimentar estar presente em qualquer faixa etária, os adolescentes são os mais afetados pela compulsão alimentar, pois estão em fase de desenvolvimento e sentem-se pressionados pela família, pela sociedade e pelos mídia. As preocupações com peso e forma corporal são excessivas, e muitas vezes, quando associadas a restrições alimentares e a incapacidade de gerir toda a informação a que estão a ser submetidos, acabam por originar o oposto, a compulsão de grandes quantidades de comida. Além disso, os mídia, o ambiente social e familiar influência diretamente nas escolhas alimentares, pois os mídia cultua a magreza e, em controvérsia e, ainda, alimentam campanhas de diversos alimentos industrializados e fast foods (Bloc, Nazareth, Melo & Moreira, 2019).

Por fim, estas perturbações clínicas apresentam muitas vezes comorbilidade com quadros depressivos e ansiosos, tal como verificado por Drieberg e a sua equipa (2019). Contudo, a literatura revela que, estes fatores, poderão ser considerados como FR, apesar de não estar ainda claramente estabelecido, o tipo de relação entre estes quadros e as PAI (O'Brien & Vincent, 2003). Embora seja difícil avaliar a existência de uma condição precedente a outra, sem o uso de desenhos de estudos prospetivos, estas relações têm sido amplamente estudadas na AN e BN e, existem algumas evidências de perturbações ao nível da ansiedade e do humor, incluindo a sintomatologia depressiva como precedente de sintomatologia associada a uma PAI (Peñas-Lledó, et al., 2015).

As evidências de um estudo prospetivo de três anos que incluiu gémeos nos EUA sugerem que o risco elevado de AN está associado a níveis mais elevados de depressão e ansiedade em combinação com um elevado desejo de magreza, em vez de qualquer um dos FR isoladamente (Peñas-Lledó, et al., 2015). Existem provas menos conclusivas sobre a relação entre BN, ansiedade e depressão, embora tenha sido identificada alguma investigação preliminar que indica que vários sintomas-chave são partilhados entre as três perturbações (Levinson et al., 2016).

Nas populações clínicas com um diagnóstico de PAI, a prevalência de perturbações do humor é frequentemente elevada (Godart, Randon, Curt, Duclos, Perderaus, Lang, Venisse, Halfon, Bizouard, Loas, Corcos, Jeammet & Flament, 2015). Num estudo, verificou-se que a perturbação depressiva major afetava 64% dos indivíduos com AN-R e mais de 75% dos subtipos de AN-P e BN. A sequência do início da perturbação revelou que as perturbações do humor precederam o início de uma PAI num terço dos casos de AN-R e em 40% dos casos de AN-P e BN. Os restantes casos de

comorbilidade eram concomitantes ou surgiram após o diagnóstico em questão. Estes resultados de Godart e a sua equipa (2015) indicam que as perturbações depressivas podem ser tanto um fator de previsão como uma consequência deste quadro psicopatológico, bem como, uma comorbilidade causada pela desnutrição, o que complica ainda mais a gestão e o tratamento atempado destas condições clínicas. A avaliação da relação temporal entre a depressão e as perturbações alimentares num estudo longitudinal de oito anos revelou que os sintomas depressivos previam o aumento dos comportamentos de BN, que por sua vez previam o aumento dos sintomas depressivos (Presnell, Stice, Seidel & Madeley, 2009). Ainda, há evidências que sugerem que a ansiedade é a comorbidade mais comum com as PAI (Rojo-Moreno et al., 2015). Tem-se verificado repetidamente que as perturbações de ansiedade, nomeadamente na infância precedem o aparecimento de uma PAI, particularmente a AN (Lloyd, Haase, Foster & Verplanken, 2019).

De forma a colmatar a enumeração e explicação dos FR associados ao desenvolvimento de uma PAI na adolescência e início da idade adulta, é importante salientar que, estudos com desenhos de investigação prospetivos encontraram evidências de que, as preocupações com a imagem corporal e com a magreza predizem o desenvolvimento de uma PAI e de comportamentos alimentar desajustado, sendo este o principal FR associado à psicopatologia em questão, nomeadamente durante a adolescência e o início da idade adulta. Num estudo longitudinal com raparigas adolescentes, foram encontrados níveis mais elevados de perceção da pressão para ser magro, internalização do ideal de magreza e insatisfação corporal foram preditores significativos para a instalação de uma PAI (Stice, Gau, Rohde & Shaw, 2017). Isto transmite-nos que, além de todos os FR mencionados acima, a preocupação com a magreza encontra-se como sendo o sintoma core das PAI e que determina a influência que todos os outros FR poderão vir a apresentar na interiorização de crenças e posteriormente, adoção de comportamentos desajustados.

1.6. Características Clínicas e Psicológicas associadas às PAI

As PAI são entidades sindromáticas que se definem por características clínicas, psicológicas, sintomas e/ou sinais associados a um desajuste alimentar. Enquanto que a AN é caracterizada pela manutenção de um baixo peso, obsessão pela magreza, distorções cognitivas acerca da forma e do peso do corporal (Attia et al., 2007), bem como, o

cumprimento de normas excessivamente rigorosas (Goldner, Cockell, & Srikameswaran, 2002), a BN é caracterizada por ciclos rigorosos de dietas restritivas, episódios de compulsão alimentar recorrentes, e ainda, métodos compensatórios de controlo do peso (Goldner et al., 2002). Estes métodos assumem frequentemente a forma de vómitos autoinduzidos, a prática de exercício físico excessivo, a restrição alimentar e a utilização de laxantes e diuréticos e, poderão estar presentes em ambas as perturbações (Williamson, Martin & Stewart, 2004).

Garner & Bemis (1982) descrevem as PAI como condições psiquiátricas que se mantêm devido a um conjunto de ideais sobrevalorizados, relacionados ao peso e à forma corporal. Para os mesmos autores, estes ideais têm origem na interação entre traços de personalidade e características individuais. Assim, características associadas a uma sobrevalorização acerca da aparência pessoal em relação ao peso e à forma corporal, derivam dessa interação de características individuais estáveis. Essas características incluem sentimentos de inadequação e insegurança, o desejo de permanecer sempre criança, evitar de relações íntimas, apreensão acerca das emoções, a adoção de padrões de comportamentos irreais e ascéticos, respostas baseadas na impulsividade e irritabilidade e ainda, sentimentos de insegurança e infelicidade em contextos sociais.

A influência de ideais socioculturais que promovem a idealização da aparência feminina também desempenham um papel crucial, contribuindo para a perceção de sentimentos de insatisfação corporal. Estes sentimentos, por sua vez, tendem a aumentar a propensão do indivíduo para uma tendência para emagrecer, e ainda, a adoção de comportamentos bulímicos. Uma vez estabelecidas, estas crenças influenciam as escolhas alimentares e os comportamentos de eliminação dos indivíduos, tornando-os sensíveis a recompensas e processando informações com base em enviesamentos cognitivos previsíveis. Além disso, as PAI podem resultar em consequências fisiológicas que, por sua vez, reforçam essas mesmas crenças e comportamentos desajustados (Vitousek, 1996).

Nos últimos anos, várias investigações têm destacado a influência de determinados traços de personalidade (Shafran, Cooper & Fairburn, 2002) e padrões de pensamento e esquemas disfuncionais (Cooper, 2005) característicos de um quadro psicopatológico de uma PAI. Também, os modelos cognitivo-comportamentais têm enfatizado o papel central das crenças e valores relacionados com o peso no desenvolvimento e manutenção destas condições psicopatológicas (Fairburn & Cooper,

1989; Vitousek, 1996). Perante o exposto, podemos concluir que estas perturbações psicológicas se encontram sempre associadas a uma fixação pela magreza, uma preocupação excessiva com o peso e, um medo desmedido de engordar.

Assim, uma das principais características da AN é o facto de os indivíduos apresentarem um medo mórbido de ganhar peso ou engordar, mesmo quando o peso é insuficiente (Kell, Leon, & Fulkerson, 2001), o que justifica uma significativa perturbação da perceção do tamanho e formas corporais, onde a perda de peso é vista como uma excecional autodisciplina e o acréscimo de peso como uma falha intolerável de autocontrolo (APA, 2013). A distorção da imagem corporal constitui também, uma das principais características das PAI que, se reflete através dos seguintes traços psicológicos: uma insatisfação com o próprio corpo e, uma vontade de eliminar toda a gordura e peso que a pessoa perceba como excessivos através de comportamentos compensatórios (Attia et al., 2007; Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011; Vitousek, 1996). Desta forma, muitos doentes recorrem à hiperatividade com prática de exercício físico de forma compulsiva, tentando atenuar um possível aumento de peso, ao vómito autoinduzido e ainda, ao recurso a diuréticos e laxantes, entre outras técnicas encaradas como compensatórias.

Os doentes com AN normalmente apresentam comportamentos bizarros em relação à alimentação que vão desde o pensamento de que não precisam de comer, o que conduz a uma restrição alimentar, mas também, em muitos casos, incapacidade de comer em frente a outras pessoas, podendo esconder a comida (Harrison et al., 2006). Por usa vez, e aliado à distorção da imagem corporal, os indivíduos com BN tendem a referenciar um sentimento de falta de controlo do próprio comportamento alimentar, durante episódios de ingestão compulsiva característicos da patologia em questão. Os episódios de ingestão compulsiva podem ser precipitados por determinados fatores como, por exemplo, pela exposição a situações desencadeadoras de stress e ansiedade, estados de humor disfórico, fome intensa após restrição alimentar, sentimentos associados ao peso, corpo e comida, pela ingestão de álcool ou pela confrontação com alimentos tidos como proibidos (Gouveia, 2000). De salientar que os alimentos escolhidos, pertencem frequentemente a um grupo que engloba pães, bolos, massas, sanduíches, chocolates, pizzas e doces e a sua escolha depende de alguns fatores como o tipo de alimentos disponíveis e o humor (Hetherington & Rolls, 1991). Associado à ingestão compulsiva

de grandes quantidades de alimentos, que pode ou não ser planeado, vem a sensação de perda de controlo sobre o ato de comer (Machado et al., 2014; APA, 2013).

Durante o episódio de ingestão compulsiva a maioria das doentes come escondido não dando atenção ao sabor ou textura, nem chegando a sentir prazer. Então o paciente acaba por se sentir culpado, angustiado e com mau-estar físico devido à ingestão exagerada e recorre ao vómito no sentido de não engordar, ou porque lhe provoca alívio momentâneo do desconforto físico (APA, 2013). No entanto, após o vómito o doente é invadido por sentimentos de culpa, vergonha e ansiedade pela prática de um comportamento que considera anormal, o que reforça positivamente a sua baixa auto-estima, levando-o a retomar a uma dieta mais restrita, até que novamente perde o controlo, tornando-se este um processo vicioso (Fairburn & Cooper, 1989; Fairburn & Harrison, 2003). Este ciclo de restrição alimentar versus ingestão alimentar compulsiva versus comportamento purgativo acaba por dar origem a um conjunto de ações contrarregulatórias de natureza biológica, que influenciam estados mentais e a regulação do apetite, conduzindo com frequência a uma intensificação do medo de ganhar peso, da distorção da imagem corporal, e a uma regulação deficiente da saciedade, tornando-se uma fonte adicional de desvalorização pessoal (Fairburn & Harrison, 2003). Além do vómito auto-induzido, também é frequente a prática intensa de exercício físico, uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite como fármacos utilizados no tratamento da obesidade – Orlistat, Sibutramina e Topiramato, hormonas tiroideias, abuso de cafeína ou uso de cocaína (Fairburn & Cooper, 1989; Fairburn, 1997).

Por sua vez, a insatisfação corporal conduz a um sentimento de ineficácia no indivíduo, que se encontra repleto de inseguranças em relação à sua própria aparência e imagem corporal. Como resultado, o indivíduo experiencia uma sensação de falta de controlo sobre a sua vida, o que a literatura descreve como, um traço que contribui para a precipitação de um quadro psicopatológico de uma AN (Bruch, 1973; Selvini-Palazzoli, 1978). Os sentimentos de ineficácia provocam uma avaliação negativa de si mesmo e uma baixa autoestima que, se representa como um FR já mencionado anteriormente (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). Assim, além da baixa autoestima, verificamos sentimentos de desesperança, desenvolvimento insatisfatório da identidade, tendência a procurar constantemente aprovação externa, grande sensibilidade à crítica e conflitos referentes às questões de autonomia versus independência (Oliveira & Santos, 2006). Segundo a proposta psicodinâmica, sobre a AN, formulada por Brunch (1973) e

desenvolvida por Guidano e Liotti (1983), as doentes anoréticas manifestam uma preocupação exagerada sobre a alimentação, o que as faz ter a ilusão de controlo e competência, protegendo-as, deste modo, dos sentimentos de ineficácia, ansiedade e medos, que não podem verdadeiramente controlar.

Todas estas características culminam num fenómeno caracterizado pelo desejo de ser perfeito e de atingir expectativas elevadas e que Garner et al. (1982), descrevem como uma "adaptação excessiva à conformidade", em que o indivíduo experimenta uma crescente pressão para alcançar o sucesso. Por conseguinte, o perfeccionismo e o ascetismo são também duas características relacionadas, mas distintas, encontradas nas condições psicológicas em questão (Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulik, Mitchell, Uppala, & Simonich, 2007; Fassino, Pierò, Gramagli, Daga, Gandione, Rovera & Bartocci, 2006).

O perfeccionismo tem sido amplamente estudado face ao aparecimento e à manutenção das PAI (Bardone-Cone, et al., 2007; Dahlenburg, Gleaves & Hutchinson, 2019; Hilbert et al., 2014), e é caracterizado pela dependência excessiva da avaliação pessoal e pela tendência para estabelecer padrões pessoais extremamente irreais a serem alcançados (Shafran et al., 2002). Segundo Fairburn (1997) o perfeccionismo e o pensamento dicotómico enquanto características cognitivas, medeiam a relação entre as preocupações excessivas acerca da forma e peso corporais e o intenso e rígido comportamento de dieta. Posto isto, as pesquisas sugerem que indivíduos com um diagnóstico de PAI tendem a obter pontuações mais elevadas nos inventários que avaliam a dimensão descrita (Hilbert, Pike, Goldschmidt, Wilfley, Fairburn, Dohm, Walsh e Striegel, 2014). Contudo, apesar das pesquisas consideráveis sobre o tema, o papel do perfeccionismo ainda não está completamente esclarecido e, tem sido sugerido que desempenhe funções diferentes na etiologia das PAI, nomeadamente ao nível da precipitação e da manutenção (Levinson e Rodebaugh, 2016; Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). Por isso mesmo, é importante notar que o termo “perfeccionismo” não é facilmente definido, e existem várias definições e métodos de medição.

Em 1990, Hewitt e Flett (Goldner et al., 2002) identificam 3 dimensões associadas ao perfeccionismo: o auto-orientado (SOP), sentido como uma autoimposição pessoal, o socialmente prescrito (SPP) que, consiste na crença de que as outras pessoas exigem uma realização ou aparência impecável de si próprio e, o orientado para os outros (OOP) que, é vivido como expectativas de padrões extremamente elevados para as outras pessoas

(Goldner et al., 2002). Verificou-se que a SPP e o SOP se encontram associados a um leque de psicopatologias e de afetos negativos, nomeadamente no que concerne às PAI (Bardone-Cone, et al., 2007; Joiner, & Schmidt, 1995).

Tal como o perfeccionismo, também o ascetismo está relacionado com a necessidade de autocontrolo em indivíduos com PAI (Ackard & Peterson, 2001). Historicamente, o ascetismo era visto num contexto de sacrifício espiritual ou religioso, onde as pessoas se submetiam a uma abnegação rigorosa na busca da perfeição como virtude (Fassino et al., 2006). No que concerne a um contexto associado aos problemas de saúde mental, o ascetismo é definido como uma tendência individual para a autodisciplina, a abnegação, o autossacrifício e, um controlo total sobre as necessidades corporais (Garner, et al., 1982).

As PAI, em particular a AN, começaram a ser considerados doenças no século XVIII onde, nos primeiros tempos, o jejum nunca passou despercebido, contudo, conotado com um significado religioso. Deste modo, o jejum pertencia às práticas ascéticas, sendo um meio de evitar influências malignas e de alcançar objetivos sagrados. A maioria das grandes religiões do mundo apresenta cultos ou ideais ascéticos especiais. Do ponto de vista religioso, o ascetismo indica exercícios espirituais (abnegação, renúncia a gratificações imediatas ou sensuais) na procura da virtude, sendo o seu objetivo a obtenção da perfeição. Atualmente, o ascetismo é muitas vezes referido como um comportamento desviante impulsionado por culpa subconsciente ou masoquismo e, é percebido como patológico, uma vez que, não possui um propósito final claro, apresentando desequilíbrios intrapsíquicos, familiares e sociais (Gabbard, 2000).

Estudos antigos destacaram semelhanças entre o ascetismo praticado por santos religiosos e certos traços psicológicos de indivíduos com um diagnóstico de AN (Sampaio, 1998). Ambos compartilham características como autodisciplina, abnegação, rituais, protestos sociais, frustração das necessidades físicas, a proximidade da morte, controlo dos instintos e a aspiração à imortalidade. Assim, os ascetas e os anoréticos estão apenas ligados conceptualmente no processo de idealização (Huline-Dickens, 2000) e são semelhantes na sua busca da perfeição através dos métodos acima referidos.

A impulsividade referida à ação executada com pouco discernimento consciente ou premeditação (Moeller, Barrat, Dougherty, Scmitz & Swann, 2001) e a reatividade dos afetos que envolve alterações nos estados emocionais negativos em resposta a um fator

de stress (van Eck, Nicolson & Berkhof, 1998) são duas características psicológicas cruciais no contexto das PAI. Ambas as características, são consideradas indicadores de risco ao desenvolvimento de uma PAI e, ao mesmo tempo, representam alvos valiosos na intervenção psicológica.

A impulsividade tem sido identificada como uma caraterística transdiagnóstica comum a várias PAI (Moeller, et al., 2001). Numa perspetiva tradicional, a impulsividade caracteriza principalmente o espetro das PAI como a BN e a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (Atiye, Miettunen & Raevuori-Helkamaa, 2015). No entanto, também existem provas de impulsividade em doentes com AN (Fairburn, et al., 2003) o que está de acordo com a abordagem apresentada (Wade, Bergin, Martin, Gillespie & Fairburn, 2006). Assim, pensa-se que os níveis elevados de impulsividade aumentem o risco de instalação de uma PAI, uma vez que indivíduos altamente impulsivos tendem a apresentar uma maior probabilidade de se envolverem em comportamentos precipitados, como é o caso da compulsão alimentar, e o recurso à purga, como resposta a pensamentos ou estados emocionais negativos, com o intuito de lidarem temporariamente com essas mesmas emoções (Favaro & Santonastaso, 1997).

Além disso, a investigação emergente tem mencionado a reatividade dos afetos no desenvolvimento e manutenção destas psicopatologias. Foram encontradas evidências em como, indivíduos com alta reatividade afetiva são mais propensos a experienciar estados afetivos negativos, de forma mais intensa e, frequente, tornando-se assim mais suscetíveis a recorrerem a comportamentos desajustados, como forma de lidar com níveis elevados de afeto negativo (Favaro & Santonastaso, 1997). Contudo, importa salientar que, a regulação de impulsos pode advir não só da patologia alimentar em si, mas muitas vezes secundariamente às sequelas fisiológicas que esta provoca (Sampaio, 1998).

Bruch (1973) afirmou ainda que os problemas de regulação emocional, particularmente as dificuldades em diferenciar e descrever as emoções, são um défice central na AN. Recentemente, um conjunto crescente de evidências teóricas e empíricas sugere que os défices na consciência interocetiva podem desempenhar um papel fundamental tanto no desenvolvimento como na manutenção da AN (Racine & Wildes, 2015). De facto, vários autores teorizaram que a AN é uma perturbação da regulação emocional e que os sintomas da AN, como a restrição alimentar, o exercício excessivo e os comportamentos de compulsão alimentar, representam tentativas desadaptativas de regular estados emocionais aversivos (Wildes, Ringham & Marcus, 2010).

Num artigo de revisão recente, Lavender Wonderlich, Engel, Gordon Kave e Mitchell (2015) examinaram as evidências de investigação para a aplicação do modelo multidimensional de desregulação emocional na conceptualização das dificuldades de regulação emocional na AN. Esta revisão revelou as seguintes conclusões: provas consideráveis para apoiar a aplicação deste modelo na AN, incluindo provas de amplos défices nas competências de regulação emocional adaptativa na AN, algumas provas de dificuldades de controlo de impulsos e de tolerância à angústia na AN, provas substanciais de défices de consciência emocional na AN e, algumas provas de evitamento emocional na AN.

Ainda, uma das características nucleares das PAI, em particular da AN é o medo da maturidade. Apesar de estarmos perante um conceito amplo, tem sido consistentemente mencionado na literatura como uma característica recorrente e relevante destas condições psicológicas (Astudillo e Meza, 2013). O medo da maturidade envolve o desejo de regressar à segurança vivenciada na infância e, é um construto psicológico fundamental, que tem demonstrado ser clinicamente relevante em indivíduos com AN (Astudillo e Meza, 2013). No que se refere a adolescentes, a perda de peso, a dieta, a restrição alimentar e consequentemente, a fome, desempenham um papel funcional ao proporcionar um meio de regressar a uma aparência pré-púbere e a um estado hormonal anterior, permitindo-lhes escapar da confusão, dos conflitos e expectativas de desenvolvimento associadas à idade adulta (Crisp, Hsu e Stonehill, 1979; Garner et al., 1982).

Segundo Bruch (1980), os pacientes com AN sentem-se incapazes de lidar com as contingências biopsicossociais da adolescência, e com as mudanças de desenvolvimento como o aumento da altura, forma, peso e o início da menstruação nas raparigas, onde a AN surge como uma resposta à confusão e à falta de controlo do processo de maturação feminina. Assim, a preocupação frenética com o peso é uma tentativa de contrariar este medo da perda de controlo, e a dieta rígida é a dimensão através da qual tentam recuperá-lo. Um estudo conduzido por Astudillo & Mezza (2013) que, tinha como objetivo avaliar o medo da maturidade em pacientes com AN, identificou que, 86,1% da amostra apresentava níveis clinicamente significativos para a dimensão medo da maturidade.

O termo "interpessoal" engloba não só os padrões de interação entre o indivíduo e os outros significativos, mas também o processo pelo qual estas interações são

interiorizadas e fazem parte da autoimagem (Sullivan, 1953). O funcionamento interpessoal é considerado crucial para uma boa saúde mental e, por isso, não é novidade que as dificuldades interpessoais estejam fortemente associadas a muitas perturbações psiquiátricas, como a depressão, a ansiedade, a esquizofrenia e ainda, as PAI (Fairburn, 1997).

Assim, a desconfiança interpessoal reflete um sentimento de alienação e uma relutância geral em estabelecer relações íntimas e tem sido identificada como importante no desenvolvimento e manutenção da AN (Selvini-Palazzoli, 1978). Muitos dos primeiros teóricos que notaram um défice nesta área, associado a estes quadros psicopatológicos propuseram que estes, estavam relacionados com dificuldades em relacionamentos íntimos (Selvini-Palazzoli, 1978). A investigação existente apoia a ideia de que indivíduos com perturbações ao nível alimentar, apresentam uma maior probabilidade de revelarem dificuldades em relacionar-se com amigos, bem como, nas restantes relações pessoais, bem como, com os parceiros em relacionamentos íntimos.

Em relação ao comportamento social, há evidência de alguma dificuldade face aos relacionamentos interpessoais, que se manifesta muitas vezes pela ausência de amigos, havendo um elevado grau de dependência face aos pais (Fairburn, 1997). Em relação ao relacionamento com as figuras parentais há uma ambivalência entre uma extrema dependência e o desejo de liberdade e autonomia o que demonstra uma dificuldade no processo de individualização e separação psicológica dos pais. As trocas parentais são marcadas habitualmente marcadas por baixos níveis de cumplicidade e respeito interpessoal (Selvini-Palazzoli, 1978). Deste modo, os relacionamentos interpessoais são normalmente marcados pela insegurança sendo frequentes os sentimentos de desespero, solidão, incompreensão e desamparo. Assim, neste contexto podem também surgir perturbações de ansiedade (Fairburn, 1997).

Estudos clínicos e epidemiológicos revelaram de forma consistente que a maioria das pessoas com AN ou BN experimenta uma ou mais perturbações associadas à ansiedade (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, & Masters, 2004). Além disso, a gravidade e a frequência dos comportamentos de compulsão alimentar e de purga encontram-se relacionados à intensidade do estado ansioso (Piran, Kenny, Gafinkel, & Owens, 1985). Entre os vários tipos de perturbações da ansiedade, a ansiedade social parece ser a mais comum entre as pessoas que apresentam um diagnóstico de PAI (Godart, Flament, Lecrubier & Jeammet, 2000; Kaye, et al., 2004). Ainda, foi relatado por Becker, Deviva

e Zayfert (2004) que 20% dos indivíduos com ansiedade social, preenchem os critérios para uma PAI. Ainda, o interesse pelo mundo exterior também diminui à medida que o sujeito fica abaixo do peso, e como resultado torna-se mais afastado e retraído socialmente (Fairburn & Harrison, 2003).

Barlow (2002) descreve a ansiedade como um processo cognitivo e emocional que envolve sentimentos de imprevisibilidade e falta de controlo em relação a eventos ou emoções que podem ser negativos ou prejudiciais. Esta sensação de falta de controlo está frequentemente associada à preocupação ansiosa e incerteza sobre a capacidade para lidar com as ameaças. Estes comportamentos encontram-se fortemente associados a pessoas com um diagnóstico de PAI que, muitas vezes são motivados por um desejo problemático de controlar tanto em si mesmas, como no ambiente ao ser redor (Bluett, Lee, Simone, Lockhart, Twohig, Lensegrav-Benson & Quakenbush, 2016).

Além disso, alguns pesquisadores sugerem que a ansiedade social pode desempenhar um papel no desenvolvimento das PAI (Becker, Deviva & Zayfert, 2004) e que, existem ainda evidências que a ansiedade social tende a preceder a patologia alimentar na idade de início (Bulik, Sullivan, Medo, & Joyce, 1997; Kaye et al., 2004). Argumentam ainda que, indivíduos com preocupações alimentares e corporais problemáticas, podem perceber as interações sociais de forma hierárquica, de maneira semelhante a pessoas com ansiedade social. Nesta hierarquia, as pessoas atraentes e fisicamente aptas estão no topo, e as pessoas feias ou gordas na parte inferior (Bardone-Cone et al., 2013).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

Neste capítulo, será apresentado o estudo empírico realizado, juntamente com o objetivo geral e específicos que, orientaram toda a execução da presente investigação. Além disso, será ainda elaborada a descrição do método, compreendendo uma caraterização dos participantes, a descrição do material e o procedimento de recolha de dados. Por fim, serão expostos os resultados obtidos e realizada uma discussão apropriada face aos mesmos.

De uma maneira pormenorizada, o desenho desta investigação inicia-se com uma exaustiva revisão da literatura existente, na qual se procurou descrever o estado atual da arte acerca do tema em estudo.

2.1. Desenho da Investigação

O estudo empírico em questão assenta numa metodologia quantitativa, de natureza transversal e, com um caráter descritivo e correlacional. A metodologia quantitativa permite realizar uma medição aproximada de uma determinada realidade (clínica instrumental), com o principal objetivo de obter resultados e generalizá-los. Desta forma, estamos perante uma investigação estruturada e tratada estatisticamente, onde serão exploradas as relações entre as respetivas variáveis (Almeida & Freire, 2008). Já num estudo correlacional o investigador tem como objetivo explorar as relações entre as variáveis, com vista a compreender a natureza das relações existentes (Fortin, 2003).

Ainda, no presente estudo, a recolha de dados foi realizada por meio do método de amostragem não probabilística por conveniência (Ribeiro, 2010). Assim, isto significa que, os participantes foram selecionados com base na acessibilidade e a sua disponibilidade (Elfil & Negida, 2017).

2.2. Questões de Investigação e Objetivos

Com base na revisão da literatura e, considerando a relevância do projeto apresentado, a investigação foi direcionada de forma a explorar e compreender as PAI em jovens universitários, e assim, se existem correlações entre os FR e as características clínicas e psicológicas associadas ao desenvolvimento de sintomatologia associada a uma PAI. Deste modo, os objetivos específicos são:

1) Compreender quais os FR associados ao desenvolvimento de uma PAI que, se revelam mais evidentes na adolescência/início da idade adulta;
2) Avaliar se existem diferenças ao nível do género que influenciem o desenvolvimento de uma PAI.
3) Contribuir para a caracterização dos FR das PAI na adolescência e início da vida adulta;
4) Avaliar se as características clínicas e psicológicas se encontram associados aos FR no desenvolvimento de uma PAI na adolescência e início da vida adulta;
5) Explorar as implicações clínicas e práticas dos resultados.

De uma maneira mais específica, pretende-se contextualizar a emergência da sintomatologia associada a uma PAI, e assim, os fatores que, em consonância uns com os outros, se encontram relacionados às manifestações das psicopatologias em questão.

2.3. Participantes

O presente estudo empírico foi conduzido com uma amostra total de 48 participantes, provenientes de uma população normativa, em contexto universitário. A amostra foi recrutada on-line, por conveniência, de forma não estratificada e não probabilística (Palan & Schitter, 2018). O tipo de amostragem não probabilística, é baseada exclusivamente, nos critérios estabelecidos pelo investigador, apresentando, portanto, uma maior crítica relativamente à validade dos resultados. No entanto, apresenta uma vantagem em função do tempo despendido na organização da amostra (Sousa, 2009).

Definiram-se como critérios de inclusão os seguintes:

1) ter entre 18-20 anos;
2) ter nacionalidade portuguesa;
3) estar inscrito no ensino universitário;

Por conseguinte, como critérios de exclusão foram considerados:

1) a menoridade ou ter mais de 20 anos;
2) não ter nacionalidade portuguesa;
3) não estar inscrito no ensino universitário.

2.3.1. Caracterização da amostra

Apesar de, no total, a amostra do estudo apresentado ter sido de 48 indivíduos, apenas 38 cumpriram os critérios de inclusão, isto é, apresentavam uma idade compreendida entre os 18 e os 20 anos (inclusive), tinham nacionalidade portuguesa e, estavam inscritos no ensino superior no ano letivo em que os dados foram recolhidos. Além disso, foram excluídos da respetiva análise, os questionários que não se revelaram preenchidos em conformidade com o referido nos enunciados, bem como, os que apresentavam perguntas por responder.

Quanto à análise sociodemográfica percebe-se que a maioria dos participantes é do sexo feminino (55,3%) e apesar da faixa etária do estudo ser reduzida, é notória uma maior colaboração de indivíduos com 20 anos (44,7%). Ainda, todos os participantes apresentam nacionalidade portuguesa (100%), residem no norte do país (100%) e, são solteiros (100%).

Tabela 3 *Caracterização Sociodemográfica da amostra (n=38)*

Categoria	Subcategorias	n	%
Género	Masculino	17	44,7
	Feminino	21	55,3
Nacionalidade	Portuguesa	38	100
Residência	Norte	38	100
Idade	18 anos	9	23,7
D.P. = 0,811	19 anos	12	31,6
M = 19,21	20 anos	17	44,7
Estado Civil	Solteiro(a)	38	100

Em termos profissionais, 89,5% é estudante a tempo inteiro e, os restantes (10,5%) apresentam um astuto de trabalhador-estudante. Para além disso, 78,9% encontra-se a frequentar uma Licenciatura, 5,3% um Mestrado enquanto que, 15,6% apresenta-se como a frequentar uma formação correspondente a um Mestrado Integrado. Por sua vez, as áreas de estudo que cada participante se encontra a frequentar passam por Saúde, Engenharia, Gestão e Relações Internacionais, Música, Desporto, Comunicação e Ação Humanitária.

Tabela 4 *Caracterização Profissional da amostra (n=38)*

Categoria	Subcategorias	n	%
Ocupação Atual	Estudante	34	78,9
	Trabalhador-Estudante	4	10,5
Habilitações Literárias	Licenciatura	30	78,9
	Mestrado	2	5,3
	Mestrado Integrado	6	15,8
Curso	Saúde	16	42,1
	Engenharia	10	26,3
	Gestão e Relações Internacionais	8	21,1
	Música	1	2,6
	Desporto	1	2,6
	Comunicação e Ação Humanitária	2	5,3

2.4. Instrumentos

A condução de uma pesquisa científica requer a utilização de técnicas específicas que operacionalizem o método (Pereira et al., 2018). O formulário on-line desenvolvido pela investigadora, contém questões relacionadas com informação sociodemográfica geral acerca dos participantes e, conteúdo específico – instrumentos quantitativos - relevante, para o desenvolvimento do estudo em questão. Neste sentido, a investigação a realizada combinou os seguintes materiais para a respetiva recolha de dados: Questionário Sociodemográfico (*Anexo F*), Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar 2ª Versão - EDI-2 (*Anexo G*) – e, McKnight Risk Factor Survey IV - MRFS-IV (*Anexo I e H*). Os dados foram recolhidos através de um protocolo de investigação disponibilizado em plataformas online e, sempre, tal como mencionado acima, com o intuito de recolher informação relativa ao constructo principal de interesse.

2.4.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico desenvolvido pela investigadora em colaboração com a respetiva orientadora científica, consiste em questões de resposta fechada. O principal intuito à sua aplicação, passa pela recolha de informações potencialmente relevantes, relativas às variáveis necessárias para o desenrolar da investigação. Ainda, o questionário em questão subdivide-se em três partes distintas. A primeira parte procura recolher informação social e demográfica sobre o sujeito - idade, sexo, naturalidade, estado civil, habilitações literárias a frequentar. A segunda parte é direcionada a questões

relacionadas com as o agregado familiar e assim, figuras parentais e irmãos - número de irmãos, natureza da relação dos seus progenitores (solteiros, casados/união de facto, ou divorciados). Por sua vez, a terceira parte é constituída por um grupo de perguntas acerca do histórico de PAI no sujeito e/ou respetivos membros da família - existência de dietas por parte do participante por razões de saúde e existência, no passado ou presente, de diagnóstico de PAI quer no participante, quer em algum membro da família.

Nenhum dos itens compromete o anonimato, confidencialidade ou recolhe dados sensíveis. A resposta é dada assinalando a opção que o participante considera adequada ou inscrevendo a referida resposta e, não conta com um tempo previamente definido ao seu preenchimento.

2.4.2. Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar 2ª versão (EDI-2)

O EDI-2 surge num contexto de extensão do EDI (Eating Disorder Inventory), elaborado por Garner e colaboradores em 1983. O instrumento original foi introduzido como uma escala de autoanálise que, se destina à possibilidade de medição de sintomas vulgarmente associados à AN e à BN, assim como, a outras psicopatologias como perturbações da personalidade pertinentes para o desenvolvimento das condições em questão. A tradução e validação do EDI-2 para a população portuguesa foi realizada por Pocinho (2000).

Atualmente, o EDI-2 é um instrumento considerado um indicador crucial na identificação de aspetos sintomatológicos e psicológicos relevantes para as PAI que, incorpora os 64 itens do EDI, mas que acrescenta mais 27 itens e adiciona também três novas subescalas (Pocinho, 2000). Em relação às características psicométricas do presente inventário, no que diz respeito à consistência interna, o coeficiente alfa de Cronbach é de 0.911 e demonstra uma estabilidade temporal, medida pelo método teste reteste, de 0,923 (Pocinho, 2000). A escolha deste inventário deveu-se ao motivo de ser reconhecida a sua validade e fidelidade e por dar a possibilidade de realizar um levantamento de características clínicas e psicológicas, frequentemente associadas às PAI e à respetiva vulnerabilidade de manifestação de uma perturbação deste tipo.

Tal como o EDI, o principal objetivo do EDI-2 é avaliar os níveis de sintomatologia relacionada com o comportamento alimentar, abrangendo as dimensões cognitivas e comportamentais (Corral, Gonzaléz, Perenã & Seisdedos, 1998). Para tal, o

inventário apresentado inclui 10 subescalas que avaliam as características clínicas e psicológicas na tabela abaixo.

Tabela 5 *Descrição das subescalas do EDI-2*

Subescala	Descrição	Nº itens	Itens
Tendência para emagrecer	Preocupação com o peso	7	1,7 ,11,16,25,32,49
Bulimia	Tendência para a "farra" e "purga	7	4,5,28,38,46,53,61
Insatisfação Corporal	Insatisfação com certas partes do corpo	9	2,9,12,19,31,45,55,59,62
Ineficácia	Sentimentos de inadequação e insegurança	10	10,1 8,20,24,27,37,41,42, 50, 56
Perfeccionismo	Padrões de comportamento irreais	6	13,29,36,43,52,63
Desconfiança Interpessoal	O evitar de relações íntimas	7	15,17 ,23,30,34,54,57
Consciência Interocetiva	Apreensão acerca das emoções	10	8,21,26,33,40,44,47,51,60,64
Medo da Maturidade	Desejo de ficar sempre criança	8	3,6,1 4,22,35,39,48, 58
Ascetismo	Objetivo de alcançar um fim superior	8	66,68,71,7 5,7 8, 82,86,88
Regulação de Impulsos	Impulsividade e irritabilidade	11	65,67,7 0,7 2,7 4,77,7 9, I 1, 83, 85, 90
Medos Sociais	Insegurança e infelicidade em sociedade	8	69,73,76,80,84,87,89,91

A pontuação de cada subescala é obtida através da soma direta da pontuação atribuída a cada elemento que a compõe. Assim, a pontuação poderá variar entre 0 e 3, sendo que, 3 pontos correspondem às respostas extremas de direção sintomática "Sempre", 2 pontos nas respostas "Normalmente" e 1 ponto nas respostas "Regularmente". As outras três opções – "Ás vezes", "Raramente", "Nunca" - consideradas assintomáticas, pontuam 0 pontos. Posto isto, quanto maior for a pontuação obtida em cada subescala, maior a manifestação patológica do traço avaliado. Ainda, podemos contar com alguns itens de ordem inversa, em que a pontuação é alterada e, à resposta "Nunca" passa a corresponder uma pontuação de 3 pontos, à resposta "Raramente" 2 pontos e, à opção "Ás vezes" apenas 1 ponto. As restantes opções que, aqui, passam a ser consideradas assintomáticas, apresentam uma pontuação de 0 pontos. Além disso, para a obtenção de uma pontuação geral, somam-se as pontuações obtidas nas diversas subescalas (Corral et al., 1998).

2.4.4. McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV)

O MRFS-IV é um instrumento de autorrelato, desenvolvido nos Estados Unidos da América, com o intuito de avaliar o potencial risco de desenvolvimento de uma PAI, em pré-adolescentes e adolescentes, do sexo feminino. Apresenta uma versão portuguesa que desempenha um papel crucial na avaliação do risco de desenvolvimento de uma PAI, essencialmente útil na identificação precoce de eventuais FR e fatores protetores. O questionário em questão é composto por 82 itens, distribuídos por 9 fatores e 8 indicadores, com o intuito de analisar os elementos subjacentes que podem influenciar o desenvolvimento das PAI. Os FR incluem a Preocupação com a Magreza, Auto-Estima, Pressão Social, Voracidade Alimentar, Uso de Substâncias e Métodos Compensatórios, Apoio Social, Influências Parentais, Sintomatologia Ansiosa-Depressiva e Perfeccionismo. Por sua vez, os indicadores passam por Idade da Menarca (raparigas) e Idade do Primeiro Namoro (raparigas e rapazes) que, simboliza a possibilidade de maturação precoce, Número de Situações de Stress, Incómodo com Alterações Corporais, Número de Figuras de Suporte, Desempenho Escolar, Atividade Extracurriculares Satisfatórias e Atividades Associadas a Pressão para a Magreza.

A versão portuguesa deste instrumento foi adaptada e traduzida por Francisco, Alarcão e Narciso (2011), em resposta à necessidade do desenvolvimento de instrumentos de medida relacionados com as PAI, para a população portuguesa não clínica. Esta necessidade deriva do facto dos instrumentos existentes serem predominantemente clínicos, centrados em atitudes e comportamentos associados às PAI e, descartando a avaliação dos FR e fatores protetores, identificados até ao momento na literatura. Ainda, a versão portuguesa destina-se a adolescentes de ambos os sexos e pode ser utilizada em diversos contextos, incluindo num contexto de investigação, bem como, de prevenção.

O estudo psicométrico do instrumento revelou bons resultados quanto à validade convergente e, a maioria dos FR apresentou níveis elevados de consistência interna, avaliados pelo alfa de Cronbach - Preocupação com a magreza (α=0,96), Autoestima (α=0,87), Pressão social (α=0,91), Voracidade alimentar (α=0,82), Uso de substâncias e métodos compensatórios (α=0,65), Apoio social (α=0,88), Influências parentais (α=0,72), Sintomatologia de ansiedade-depressão (α=0,78) e Perfeccionismo (α=0,71) (Francisco, et al., 2011).

Por fim, a maioria dos itens é respondida numa escala de tipo Likert de 5 pontos – "Nunca" a "Sempre". Além disso, existem ainda itens dicotómicos, dois itens com mais do que uma opção, dois itens com a Stunkard Figure Rating Scale (relativos aos pais biológicos) e, um item com uma escala de tipo Likert de 4 pontos, relacionada ao desempenho escolar – "Insatisfatório" a "Muito Bom" (Francisco, Alarcão & Narciso, 2011). A pontuação total de cada FR, é realizada através do cálculo da média das respostas dadas a cada um dos itens correspondente aos respetivos FR, enquanto que a pontuação total dos indicadores, é obtida também através do cálculo das médias e ainda, da soma de todas as opções selecionadas em cada item correspondente ao indicador a ser avaliado (Francisco, Alarcão & Narciso, 2011).

2.5. Procedimento

De uma maneira geral, o projeto de investigação científica apresentado seguiu um procedimento estruturado que abrangeu aprovação ética, construção de formulário on-line, divulgação e recrutamento, obtenção de assentimento informado por parte dos participantes, recolha de dados e, por fim, a análise e interpretação dos respetivos dados. Esta abordagem assegurou a conformidade com os padrões éticos e a obtenção de informações precisas, de forma a atingir os objetivos da pesquisa.

Assim, antes de dar início à recolha de dados para o presente estudo, foi solicitado o parecer à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (CE-UFP), do qual obtivemos a sua aprovação (*Anexo A*). Posteriormente, de forma a proceder à recolha de dados junto da população alvo, foi elaborado um formulário de autopreenchimento, em formato on-line, através da plataforma Google Forms. A apresentação do formulário aos participantes, contou com uma explicação detalhada do estudo, dos respetivos objetivos geral e específicos e ainda, recomendações, informações e recursos disponíveis à procura de ajuda, caso os participantes considerem necessário.

O procedimento de recolha de dados decorreu durante os meses de Julho e Agosto de 2023, usando o método de amostragem não probabilística, conhecido como snowball - bola de neve (Fortin, 2003). A divulgação e partilha do projeto de investigação ocorreu nas mais variadas redes socias - Facebook, Instagram, WhatsApp. Como mencionado acima, o formulário incluiu uma secção de assentimento informado, garantindo que os participantes estivessem completamente informados sobre o estudo, abrangendo os direitos dos participantes e a natureza voluntária, confidencial e anónima da participação,

bem como, a possibilidade de recusa de participação ou desistência, durante qualquer fase da participação, sem qualquer prejuízo ou dano para o sujeito. Desta maneira, os participantes apenas poderão avançar para o preenchimento dos instrumentos de investigação, após a obtenção do respetivo assentimento informado. Juntamente com a informações mencionados acima, foi incluído um contacto (via e-mail), de forma a permitir a comunicação entre a investigadora e potenciais participantes, com o intuito, de esclarecer de eventuais informações. Sendo que estamos perante um quadro psicopatológico, com um elevado impacto e gravidade na vida de um indivíduo que com ele convive direta ou indiretamente. Denotou-se igualmente importante aqui, a disponibilidade de informação e recursos disponíveis, relativamente para a obtenção de ajuda, caso os participantes assim o considerem necessário.

Como mencionado anteriormente, o protocolo de avaliação utilizado agrega um questionário sociodemográfico e dois instrumentos de autorrelato, conforme descritos. Os questionários foram aplicados na seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico, Inventário das Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2) e McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV). Em média, o preenchimento de todos os instrumentos durou cerca de 30 minutos e, todas as questões incorporadas não apresentaram caráter obrigatório, mas sim, opcional.

2.6. Análise de Dados

Após o processo de recolha de dados, através dos instrumentos utilizados na investigação, surge a necessidade de se proceder à sua análise para que, se torne possível obter inferências que, posteriormente, irão ou não validar as questões de investigação (Sousa, 2009). Numa primeira etapa, construiu-se uma base de dados que incorporou toda a informação fornecida pelos instrumentos supra listados e, do respetivo preenchimento dos mesmos, tendo em conta os procedimentos de cotação indicados pelos autores de cada instrumento.

Seguidamente, o tratamento dos dados recolhidos foi realizado com recurso ao software Statistical Package for Social Sciences (*SPSS, versão 29*). Este software é usado como recurso à análise estatística, de forma a calcular médias, desvios-padrão, correlações, entre outras técnicas relevantes para a respetiva análise. Com base nos dados recolhidos, realizaram-se as seguintes análises: estatísticas descritivas de ambos os instrumentos utilizados, análises de correlações, com o intuito de descrever a força e a

direção da relação entre as variáveis desejadas, conforme os objetivos delineados no estudo (Pallant, 2011).

CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, segue-se a apresentação e discussão dos resultados obtidos, procurando responder aos objetivos geral e específicos do estudo apresentado. Primeiramente será apresentada uma análise descritiva dos dados dos instrumentos e, posteriormente, a análise da estatística inferencial. Para tal, estudaram-se as associações entre as diferentes variáveis recorrendo-se aos testes estatísticos: análise de frequências e testes não paramétricos para amostras independentes, nomeadamente a Correlação de *Spearman* e o Teste *Mann-Whitney*.

3.1. Análise da Normalidade da distribuição da amostra

Primeiramente, procedeu-se à análise da normalidade da distribuição da amostra, relativamente aos instrumentos MRFS-IV e EDI-2, através do Teste de *Shapiro-Wilk* (*S-W*) dada a dimensão da amostra final. No total da amostra (N= 48), foram apenas considerados válidas 38 participações, como referido anteriormente. Assim, a análise da distribuição das variáveis em estudo permitiu concluir que, relativamente ao MRFS-IV, apenas apresentaram uma distribuição normal os seguintes FR: preocupação com a magreza, autoestima, apoio social, sintomatologia depressiva-ansiosa e perfeccionismo. Os restantes (p= <,001), indicaram que a distribuição dos resultados não cumpre o pressuposto da distribuição normal, como é possível verificar na tabela 13 do *Anexo H*. Por sua vez, todos os indicadores avaliados também no questionário em questão, apresentaram uma distribuição norma, à exceção do indicador "atividades associadas à pressão para a magreza". Todos estes valores são confirmados pela assimetria e curtose apresentados na Tabela 6 e 7.

Relativamente ao EDI-2, foi averiguado que todas as subescalas cumprem o pressuposto de normalidade, tal como é possível verificar na Tabela 7 e assim, é assumida a distribuição normal destas variáveis.

Perante o exposto, e com o intuito de responder aos objetivos do estudo apresentado, recorreu-se a testes não paramétricos.

3.2. Análise Descritiva do MRFS-IV

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados da análise descritiva dos vários FR associados à adolescência e início da vida adulta, segundo o MRFS-IV.

Tabela 6 *Descrição da análise estatística realizada aos FR avaliados pelo MRFS-IV (média, desvio-padrão, máximo e mínimos)*

Fatores de Risco	Range	Média (M)	Desvio-Padrão (DP)	Assimetria (A)	Curtose (C)	Mínimo (mín.)	Máximo (Máx.)
F1 - Preocupação com a Magreza	1-5	2,50	1,064	,4118	-,538	1	5
F2 - Autoestima	1-5	2,88	,394	,124	-,317	2	4
F3 - Pressão Social	1-5	1,26	,643	2,530	7,453	1	4
F4 - Voracidade Alimentar	1-5	1,82	,797	1,097	,852	1	4
F5 - Uso de Substâncias e Métodos Compensatórios	1-5	1,44	,515	2,115	4,731	1	3
F6 - Apoio Social	1-5	3,27	1,085	,233	-1,281	2	5
F7 - Influências Parentais	1-5	1,60	,746	1,350	1,124	1	4
F8 - Sintomatologia Depressiva-Ansiosa	1-5	2,62	,860	,912	,512	1	5
F9 - Perfeccionismo	1-5	2,95	1,037	-,078	-,722	1	5

Assim, é possível verificar que, o fator Autoestima (M= 2,88; DP= ,394) e o fator Apoio Social (M= 3,27; DP= 1,085) apresentam médias elevadas, sugerindo serem os FR que apresentam menor significância, associados ao desenvolvimento de uma PAI, de acordo com os participantes do estudo. Esta afirmação é corroborada pelo facto de uma maior pontuação média nos fatores descritos, identificar uma maior autoestima, bem como, uma maior perceção de apoio social, referido pelos participantes. Assim, isto indica-nos que, com base nas referidas perceções, os fatores mencionados poderão funcionar como fatores protetores ao desenvolvimento de uma PAI.

Por sua vez, o Perfeccionismo (M= 2,95; DP= 1,037), a Sintomatologia Depressiva-Ansiosa (M= 2,62; DP= ,860) e a Preocupação com a Magreza (M= 2,50; DP= 1,064) apresentam-se como os FR mais pontuados indicando uma contribuição significativa para o desenvolvimento de uma PAI. Assim, podemos concluir que a amostra apresentada crenças internalizadas de perfeccionismo, evidências de sintomatologias de foro depressivo ou ansioso, bem como, uma elevada preocupação com a magreza. Isto ressalta a importância destes FR como potenciais impulsionadores à adoção de padrões alimentares inadequados na amostra estudada.

Ainda, os FR que revelaram uma pontuação média menos significativas, de acordo com os resultados obtidos, foram a pressão social (M= 1,26; DP= ,643) e o uso de substâncias e métodos compensatórios (M= 1,44; DP= ,515). Estes resultados indicam que, a pressão social e o uso de substâncias e métodos compensatórios são percebidos como menos proeminentes em comparação com os restantes FR analisados. Em termos práticos, isso pode indicar que, fatores externos, como expectativas e as normas sociais, bem como, um menor envolvimento em comportamentos compensatórios relacionados com a alimentação, apresentam uma menor influência no desenvolvimento um quadro patológico associado a uma PAI.

Tabela 7 *Descrição da análise estatística realizada aos indicadores avaliados pelo MRFS-IV (média, desvio-padrão, máximo e mínimos)*

Indicadores	Range	M	DP	A	C	Mín.	Máx.
I1 – Idade da Menarca (raparigas)	-	11,77	1,110	-,426	,901	9	14
I2 – Idade do 1º Namoro	-	15,07	2,403	-1,661	2,723	8	18
I3 – Nº Situações de Stress	0-14	3,16	1,911	1,186	1,734	0	9
I4 – Incómodo com Alterações Corporais	1-5	,53	,328	-,052	-,530	0	1
I5 – Nº Figuras de Suporte	0-14	2,87	1,398	-,004	-1,320	1	5

I6 – Desempenho Escolar	0-3	1,82	,766	-,049	-,492	0	3
I7 – Atividades Extracurriculares Satisfatórias	0-12	1,74	1,750	1,256	,741	0	6
I8 – Atividades associadas à Pressão para a Magreza	0-6	,50	1,502	5,175	29,368	0	2

No que concerne aos indicadores que, a literatura afirma também estarem associados ao desenvolvimento de uma PAI nos estágios do desenvolvimentos em questão temos, a Idade da Menarca nas raparigas (M=11,77; DP= 1,110), a Idade do Primeiro Namoro (M= 15,07; DP= 2,403), o Número de Situações de Stress (M= 3,16; DP= 1,911), o Incómodo com as Alterações Corporais (M= 0,53; DP= 0,328), o Número de Figuras de Suporte (M= 2,87; DP= 1,398) – familiares ou outras figuras –, o Desempenho Escolar (M= 1,82; DP= ,766), a Prática de Atividades Extracurriculares Satisfatórias (M=1,74; DP= 1,750) e a Prática de Atividades associadas à Pressão para a Magreza (M=,50; DP=1,502).

De acordo com o exposto, podemos verificar que, a idade da menarca, nas raparigas, bem como, a idade do primeiro namoro, quer nas raparigas como nos rapazes, apresentam uma diferença significativa entre os valores mínimos e os valores máximos, apresentando assim diferenças notáveis entre os respetivos indicadores que, sugerem uma possível maturação precoce no desenvolvimento de alguns dos participantes. Assim, no caso do I1, as idades variam entre os 9 e os 14 anos, enquanto que, relativamente ao I2, as idades variam entre os 8 e os 18 anos, sugestivo de uma variação consideravelmente moderada.

Ainda, é possível concluir que, o número de situações de stress (I3) vivenciadas pelos participantes no estudo, bem como, o incómodo com as alterações corporais (I4), consideradas normativas na respetiva fase do desenvolvimento em questão, não foram apresentados níveis significativos, de acordo com o intervalo sugerido pelos autores. Apesar disso, é possível verificar uma variação moderada entre o número de situações de stress entre os participantes.

Por sua vez, o número de figuras de suporte (I5) encontra-se abaixo (M= 2,87) do que seria esperado e, do que é sugerido pelos autores. O desempenho escolar (I6) dos participantes é revela uma pontuação de suficiente a bom (M= 1,82). Contudo, o desvia-padrão (DP= ,766) sugere uma variação moderada, entre os participantes, em torno deste dado.

Já no que concerne ao indicador Atividades Extracurriculares Satisfatórias (M= 1,74), este sugere que, em média, os participantes relataram um envolvimento moderado em atividades extracurriculares satisfatórias. A variabilidade é relativamente alta, indicada pelo desvio-padrão (DP= 1,750), o que significa que houve uma dispersão significativa nas respostas dos participantes.

Por sua vez, relativamente ao indicador Atividades associadas à Pressão para a Magreza (M= ,50), é sugerido um envolvimento baixo nessas mesmas atividades. A variabilidade, indicada pelo desvio-padrão (DP= 1,502), é relativamente alta, o que significa que as respostas dos participantes variaram significativamente. O intervalo entre o mínimo e o máximo (mínimo= 0; Máximo= 2) sustenta este dado, indicando mais uma vez que, em geral, os participantes relataram níveis baixos de envolvimento nessas atividades específicas.

3.2. Análise Descritiva do EDI-2

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados das várias dimensões do EDI-2. Assim, podemos verificar que as subescalas Insatisfação Corporal (M= 8,00; DP= 6,602), a subescala Medo da Maturidade (M= 7,91; DP= 4,996), a subescala Perfeccionismo (M= 7,22; DP= 4,050), a subescala Consciência Interocetiva (M= 6,41; DP= 7,273) e a subescala Medos Socias (M= 6,03; DP= 4,130) apresentam os valores médios mais elevados face às outras dimensões do EDI-2. No entanto, as subescalas Bulimia (M= 4,75; DP= 4,171), Ascetismo (M= 4,55; DP= 3,252) e Regulação de Impulsos (M= 5,17; DP= 5,724) revelaram os valores médios mais baixos.

Assim, podemos concluir que as características clínicas associadas às PAI que, ocorrem com maior frequência nos adolescentes e jovens adultos incluídos na nossa amostra são níveis relativamente altos de insatisfação com a própria aparência física – insatisfação corporal –, níveis elevados de medo em relação ao processo de envelhecimento e maturidade – medo da maturidade – crenças internalizadas de

perfeccionismo – perfeccionismo –, níveis elevados que sugerem uma baixa sensibilidade face à perceção e identificação de sensações e sinais internos do corpo – consciência interocetiva – e, níveis elevados de preocupação com situações sociais – medos sociais.

Por sua vez, as características clínicas e psicológicas que parecem não se manifestarem tanto na amostra apresentada são a adoção de comportamentos bulímicos e comportamentos ascéticos e ainda, uma dificuldade na regulação de impulsos, indicando uma baixa tendência para a impulsividade, nomeadamente para o abuso de substâncias, falta de cuidados, hostilidade, automutilação e destrutividade das relações interpessoais. No entanto é importante notar que, a variabilidade de resposta verificada, sugere que alguns participantes possam apresentar sintomatologia significativa nestas mesmas áreas, apesar de não se apresentarem como uma tendência geral.

Perante o exposto, podemos concluir que os resultados mencionados sugerem que, apesar da existência de uma elevada insatisfação corporal, medo da maturidade, esquemas sustentados em crenças perfeccionistas, uma baixa consciência interocetiva e medos sociais, os comportamentos bulímicos, as práticas ascéticas e, uma falta de controlo associada a resposta impulsivas entre os participantes, parecem não ser utilizados como estratégias de coping para lidar com o risco de instalação de um quadro sintomatológico de uma PAI. Contudo, é necessário ter em conta a variabilidade apresentada em algumas das características uma vez que, embora certas características possam não ser amplamente observadas, ainda existem indivíduos que apresentam sintomas notáveis nessas dimensões. Esta variação ressalta a importância de considerar a individualidade dos participantes ao interpretar os resultados e, ao desenvolver abordagens de prevenção e intervenção.

Tabela 8 *Descrição da análise estatística realizada às subescalas avaliados pelo EDI-2 (média, desvio-padrão, máximo e mínimos)*

Características		**Range**	**M**	**DP**	**A**	**C**	**Mín.**	**Máx.**
Tendência para emagrecer	Omisso - 8	0-21	5,53	5,043	1,729	2,470	1	20
Bulimia	Omisso - 22	0-21	4,75	4,171	1,795	2,749	1	16

Insatisfação Corporal	Omisso - 8	0-27	8,00	6,602	1,032	-,218	1	22
Ineficácia	Omisso - 11	0-30	5,00	5,107	1,121	-,138	1	16
Perfeccionismo	Omisso - 2	0-18	7,22	4,050	,627	,093	1	18
Desconfiança Interpessoal	Omisso - 4	0-21	5,62	3,508	1,114	,815	1	15
Consciência Interocetiva	Omisso - 9	0-30	6,41	7,273	1,473	1,169	1	27
Medo da Maturidade	Omisso - 3	0-24	7,91	4,996	,833	,168	1	20
Ascetismo	Omisso - 0	0-24	4,55	3,252	1,235	1,319	1	14
Regulação de Impulsos	Omisso - 8	0-33	5,17	5,724	1,776	2,421	1	21
Medos Sociais	Omisso - 2	0-24	6,03	4,130	,683	-,696	1	16
EDI-2 (Total)		---	54,63	38,537			13	178

3.3. Análise estatística entre o EDI-2 (Total) e o género dos participantes

Através da análise estatística realizada (Teste Mann-Whitney), e como é possível observar na tabela 9, verificamos que os valores médios de rank não apresentam a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto à pontuação total do EDI-2 (Total), bem como a nenhuma das dimensões que a respetiva prova avalia, quando consideramos o género dos participantes. Isto permite concluir que, com base nos resultados apresentados, não existem evidências estatisticamente significativas que

permitam afirmar que o género dos participantes da nossa amostra, influencia a propensão ao desenvolvimento de uma PAI.

Tabela 9 *Resultados do Teste de Mann-Whitney face ao EDI-2 (Total) e género da amostra*

	N	Sig.	U de Mann-Whitney
EDI-2 (Total)	38	,988	178,00

3.4. Análise estatística entre o MRFS-IV e o género dos participantes

De forma a compreender a existência de diferenças entre os FR mencionados e o género dos participantes no estudo, recorremos ao Teste de Mann-Whitney, como é possível verificar através da Tabela 10. Assim, podemos concluir que os resultados não indicam diferenças estatisticamente significativas entre o género dos participantes, face aos FR avaliados pelo MRFS-IV. Isto significa que, não existem FR que revelem uma maior ou menor prevalência de acordo com o género, e que, são experienciados e percecionados de igual forma nos grupos apresentados.

Tabela 10 *Resultados do Teste de Mann-Whitney face aos FR avaliados pelo MRFS-IV e género da amostra*

Fatores de Risco	Sig.	U de Mann-Whitney
F1	,826	171,00
F2	,906	174,50
F3	,592	160,50
F4	,341	146,50
F5	,730	167,00
F6	,678	164,50
F7	,776	169,00
F8	,546	158,00
F9	,111	124,50

3.5. Relação entre os I e o EDI-2 (Total)

Seguidamente, procedeu-se à análise de possíveis correlações entre os indicadores do MRFS-IV e a pontuação do EDI-2 (Total). Relativamente aos indicadores apresentados no instrumento mencionado, os autores sugerem que, de acordo com a literatura estudada, têm vindo a apresentar-se ao longo dos anos relacionados com o início

de uma PAI, especialmente num período relativamente próximo ao início das manifestações sintomatológicas características de um quadro psicopatológico de uma PAI.

Contudo, os resultados da análise realizada, com base nos resultados obtidos, sugeriram que, apenas alguns dos indicadores se encontram correlacionados com um possível diagnóstico de uma PAI.

Tabela 11 *Resultados da aplicação da Correlação de Spearman entre os indicadores e o EDI-2 (total)*

		EDI-2 (Total)	
		Cor. (*r*)	**Sig (*p*)**
MRFS-IV	Idade da Menarca (raparigas)	- ,076	,736
	Idade do 1º namoro (rapazes e raparigas)	- ,158	,423
	Incómodo com alterações corporais	,167	,317
	Nº figuras de suporte (familiares e outras)	,171	,305
	Desempenho Escolar	**- ,332***	,042
	Atividades Extracurriculares Satisfatórias	**- ,413****	,010
	Atividades associadas à Pressão para Magreza	**- ,369***	,023

Legenda: Valores de significância (**) p ≤ ,01 e (*) p ≤ ,05.

De acordo com a Tabela 11, podemos observar uma correlação estatisticamente significativa (negativa) entre os indicadores Desempenho Escolar, a prática de Atividades Extracurriculares Satisfatórias e ainda, a prática de Atividades associadas à Pressão para a Magreza. Estes resultados sugerem que, na amostra estudada, existe uma associação inversa entre as variáveis mencionadas, ou seja, participantes com pontuações elevadas no EDI-2 e, consequentemente, com uma maior possibilidade de apresentarem um quadro psicopatológico de uma PAI, tendem a revelar baixos níveis face ao desempenho escolar, à participação em atividades extracurriculares e um menor envolvimento em atividades associadas à pressão para a magreza.

3.6. Relação entre os FR e as Características Clínicas e Psicológicas das PAI

Com o intuito de analisar a existência de possíveis relações entre os FR na adolescência e início da vida adulta e, as características clínicas e psicológicas das PAI recorreu-se ao teste de Correlação de Spearman, uma vez que nem todas as variáveis seguem uma distribuição normal – os dados descritivos destas variáveis estão apresentados no *Anexo H*. Os resultados das correlações obtidas entre as variáveis mencionadas são maioritariamente estatisticamente significativos, conforme apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 *Resultados da Correlação de Spearman entre as características clínicas e psicológicas e os FR associados às PAI*

		MRFS-IV								
		F1	**F2**	**F3**	**F4**	**F5**	**F6**	**F7**	**F8**	**F9**
EDI-2	**TE**	,587**	-	,393*	-	-	-	-	,428*	-
	B	,747**	-	-	,507*	,568*	-	-	-	-
	IC	,626**	-	,498**	,460*	,418*	-	-	,519**	-
	I	-	-	-	-	-	-	-	,638**	-
	P	-	-	-	,377*	-	-	-	,396*	,750**
	DI	-	-	-	-	-	-,558**	-	-	-
	CI	,385*	-	,387*	-	,448*	-	-	,610**	-
	MM	,485**	-	,425*	-	,377*	-	,389*	,334*	-
	A	-	-	-	,446**	-	-	-	-	,389*
	RI	-		-	-	-	-	-	,427*	-
	MS	,366*	-	,340*	-	-	-,421*	,413*	-	-

Legenda: Valores de significância (**) $p \leq ,01$ e (*) $p \leq ,05$.

De acordo com os resultados evidenciados na Tabela 9 encontraram-se correlações positivas e significativas ($p \leq ,01$ e $p \leq ,05$). Isto significa que, os resultados obtidos

indicam que existe uma associação forte entre o FR associados ao desenvolvimento de uma PAI na adolescência e início da vida adulta e as características clínicas e psicológicas destas mesmas perturbações. Os valores de correlação mostram que, quanto maior for a intensidade de cada um dos FR, mais elevada é a manifestação das características em que foi encontrada essa mesma correlação.

O F1 (FR Preocupação com a Magreza) encontra-se significativo e positivamente correlacionado com a dimensão tendência para emagrecer (r= ,587; p= <,001), bulimia (r= ,747; p= <,001), insatisfação corporal (r= ,626; p= <,001), consciência interocetiva (r= ,385; p= ,039), medo da maturidade (r= ,485; p= ,003) e medos sociais (r= ,366; p= 028).

Constatou-se que não se apresentaram correlações estatisticamente significativas com as características clínicas e psicológicas associadas às PAI do EDI-2 e o F2 (FR Autoestima). Isto quer dizer que, quando é identificado um FR com questões relacionados com a Autoestima, não é evidenciada nenhuma característica clínica e psicológica que, a literatura descreve como comum nos quadros sintomatológicos apresentados.

No F3 (FR Pressão Social) verificou-se uma correlação significativa e positiva com a dimensão tendência para emagrecer (r= ,393; p= ,031), insatisfação corporal (r= 0,498; p= ,005), consciência interocetiva (r= ,387, p= ,038), medo da maturidade (r= ,425; p= ,011) e medos sociais (r= ,340; p= ,042).

Seguidamente, o F4 (FR Voracidade Alimentar) apresenta uma correlação positiva com as características, bulimia (r= ,507; p= ,045), insatisfação corporal (r= ,460; p= ,010), perfeccionismo (r= ,377; p= ,024) e ascetismo (r= ,4246 p= ,005).

O F5 (FR Uso de Substâncias e Métodos Compensatórios) apresenta uma correlação significativa e positiva com as subescalas, bulimia (r= = ,568; p= ,022), insatisfação corporal (r= ,418; p= ,021), consciência interocetiva (r= ,448; p= ,015) e ainda, com a subescala medo da maturidade (r= ,377; p= ,026).

Por sua vez, encontraram-se correlações estatisticamente significativas e negativas entre o F6 (FR Apoio Social) e as dimensões desconfiança interpessoal (r= -,558; p= <,001) e com a dimensão medos sociais (r= -,421; p= ,011). A correlação negativa no fator apresentado, sugere que, à medida que o FR apoio social diminui, as característica desconfiança interpessoal e medos sociais tendem a aumentar.

No que concerne ao F7 (FR Influências Parentais), este revela-se correlacionado positiva e significativamente com as dimensões medo da maturidade (r= ,389; p= ,021) e medos sociais (r= ,413; p= ,012).

O F8 (FR Sintomatologia Depressiva-Ansiosa) é o fator que evidencia uma correlação com o maior número de dimensões do EDI-2. Assim sendo, as correlações são notadas ao nível da subescala tendência para emagrecer (r= ,428; p= ,018), insatisfação corporal (r= ,519; p= ,003), ineficácia (r= ,638; p= <,001), perfeccionismo (r= ,396; p= ,017), consciência interocetiva (r=,610; p= <,001), medo da maturidade (r= ,334; p= ,050), e ainda, regulação de impulsos (r= ,427; p= ,019).

Por fim, o F9 (FR Perfeccionismo) apenas apresentou uma correlação significativa e positiva com as subescalas Perfeccionismo (r= ,750; p= <,001) e ascetismo (r= ,389; p= ,016).

3.7. Associação entre os FR e o EDI-2 (Total)

Ainda, e uma vez que o EDI-2, além de nos permitir obter uma pontuação para cada dimensão que avalia e assim, para as características associadas ao desenvolvimento de uma PAI, permite também, obter uma pontuação total que, identifica a possibilidade de estarmos perante um quadro psicopatológico de PAI.

Tabela 13 *Resultados da Correlação de Spearman entre o EDI-2 (Total) e os FR associados às PAI*

	MRFS-IV								
	F1	**F2**	**F3**	**F4**	**F5**	**F6**	**F7**	**F8**	**F9**
EDI-2 (Total)	,576**	-,399*	,601**	,530**	,426**	-,474**	,411*	,554**	,373*

Assim, foi possível constatar-se que todos os FR se encontram correlacionados com a possibilidade de estarmos perante uma PAI. Com este dado, podemos identificar que, todos os FR apresentam um contributo estatisticamente significativo e, se revelam como importantes no contexto de análise das PAI, destacando assim a sua relevância no entendimento, prevenção e intervenção neste contexto específico.

Deste modo, o F1 (r= ,576; p= <,001), o F2 (r= -,399; p= ,013), o F3 (r= ,601; p= <,001), o F4 (r= ,530; p= <,001), o F5 (r= ,426; p= ,008), o F6 (r= -,474; p= ,003), o F7 (r= ,411; p= ,010) o F8 (r= ,554; p= <,001) e o F9 (r= ,373; p= ,021) encontram-se positiva e significativamente correlacionados com a pontuação total do EDI-2. Deste modo, e como mencionado acima, as evidências mencionadas sugerem que a preocupação com a magreza, a baixa autoestima (r= -,399), a pressão social, a voracidade alimentar, o uso de substâncias e métodos compensatórios, a falta de apoio social (r= -,474), as influências parentais, a sintomatologia depressiva-ansiosa e o perfeccionismo encontram-se associados a um maior risco de instalação de um quadro psicopatológico de uma PAI.

3.8. Discussão dos Resultados

Finalizada a descrição dos dados obtidos, procedeu-se a uma reflexão acerca destes mesmos resultados, tendo em linha de conta a literatura já existente e pertinente à temática em questão. Relembrando que, a presente investigação pretendeu averiguar possíveis correlações entre os FR e as características clínicas e psicológicas associadas ao desenvolvimento de uma PAI, numa amostra de estudantes universitários.

Posto isto, a discussão dos resultados será conduzida com o enfoque nos objetivos específicos da investigação, delineados previamente e, fundamentados nos pressupostos teóricos abordados no enquadramento teórico. Pretende-se, ainda, realizar uma reflexão acerca dos resultados alcançados através do MRFS-IV e do EDI-2, com particular atenção para as análises estatísticas e relações correlacionais entre as respetivas variáveis e assim, os FR associados ao desenvolvimento de uma PAI, na adolescência e início da vida adulta e, as características clínicas e psicológicas relacionadas com as psicopatologias em questão. A apresentação dos resultados seguirá, inicialmente, uma abordagem centrada nos FR e, posteriormente, os resultados relativos ao EDI-2. Por fim, serão discutidas as implicações das correlações identificadas, considerando o estado atual da arte.

As PAI em geral, têm sido um tema de intenso debate e investigação na comunidade científica nos últimos anos (Galmiche et al., 2019). O número de estudos relativos aos fatores e indicadores que colocam a pessoa em risco de desenvolver um quadro psicopatológico de uma PAI, bem como, a exploração das respetivas características clínicas e psicológicas, individuais que, são comumente apresentadas pelos indivíduos diagnosticados, tem aumentado devido à necessidade de criação de programas de prevenção e intervenção (Bailey et al., 2014; Cororve et al., 2006). Apesar do grande

fluxo e estudos realizados nas últimas décadas, verifica-se a necessidade de novas investigações que se debrucem sobre este fenómeno, com óticas e perspetivas diferentes, contudo, complementares.

No que concerne ao primeiro objetivo específico do estudo apresentado, pretendeu-se compreender quais os FR associados ao desenvolvimento de uma PAI que, apresentam um papel mais evidente na amostra apresentada e, segundo a faixa etária estipulada. Notavelmente, do conjunto de FR avaliados pelo MRFS-IV, os FR considerados pela literatura como individuais tal como, o Perfeccionismo, a Sintomatologia Depressiva-Ansiosa e a Preocupação com a Magreza destacaram-se, apresentando médias mais elevadas, conforme relatado pelos participantes. Estes resultados indicam que, estes três fatores desempenham um papel significativo das características individuais para o desenvolvimento de uma PAI, na nossa amostra (Forbush, et al., 2007; Joyce et al., 2012; Drieberg et al., 2019; Godart et al., 2015; Stice, et al., 2017). Estes fatores têm, ao longo dos anos, vindo a ser documentados pela literatura, como FR identificados em todas as faixas etárias no que concerne ao desenvolvimento de uma PAI e não só, na adolescência e início da vida adulta.

Assim, é possível inferir que, a nossa amostra revela uma tendência para a procura de padrões extremamente elevados e exigentes, em relação ao desempenho pessoal e/ou acadêmico, e assim, a adoção de uma postura assente em modelos de comportamentos perfeccionistas, onde apenas os resultados excelentes serão considerados como suficientes e aceites para o próprio, bem como, para os outros. Ainda, segundo Joyce e a sua equipa (2012), a presença de padrões de comportamentos irreais, fomenta a sobrevalorização do peso e forma corporal e assim, não admira que se tenha relevado como prevalente entre a nossa amostra. Isto quer dizer que, a par do cumprimento de comportamentos sustentados em crenças perfeccionistas, encontramos uma elevada preocupação com a magreza que, acaba reforçada, por essas mesmas crenças (Joyce, et al., 2012).

Por sua vez, Drieberg e a sua equipa (2019), encontraram evidências que revelam uma relação entre a sintomatologia depressiva-ansiosa e o perfeccionismo relativamente ao desenvolvimento de uma PAI. De uma maneira geral, a informação descrita demonstra que, a presença de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa tal como, sentimentos persistentes de tristeza, desesperança, preocupação excessiva, tensão e nervosismo é

prevalente na amostra estudada. Contudo, e uma vez que estamos perante um fator com pouca evidência científica quanto à sua classificação, torna-se importante averiguar se, a sintomatologia depressiva e/ou ansiosa poderá ser considerada uma condição prévia às PAI ou, se de facto, surge como resultado da instalação destes quadros psicopatológicos.

Além disso, os FR Autoestima e Apoio Social apresentaram médias elevadas, o que sugere uma menor significância como FR associados ao desenvolvimento de uma PAI. Por outras palavras, foram identificados níveis médios elevados de autoestima e perceção de apoio social entre os participantes. Ainda, de acordo com a literatura, a baixa autoestima e a falta de apoio social, são FR prevalentes e que, apresentam o seu contributo relevante quando falamos de uma PAI, nomeadamente no estágio do desenvolvimento analisado (Oliveira et al., 2006; Garner, et al., 1982).

Ainda assim, a nossa amostra, não corroborou essa informação, revelando assim níveis elevados de autoestima e de perceção de apoio social (familiar e outros significativos). Contudo, poderemos perceber que, tal como é também mencionado na literatura, o facto de os participantes revelarem níveis mais elevados nos FR mencionados, poderão ter contribuído para as pontuações encontradas no EDI-2 (Total). Estas pontuações apesar de preocupantes, não se revelaram significativamente altas, o que sugere que, uma autoestima normal/alta e, uma elevada perceção de apoio social, poderá apresentar uma função protetora quando se fala em PAI (Carr, 1999).

Por sua vez, o Uso de Substâncias e Métodos Compensatórios e a Pressão Social apresentaram-se como sendo os FR com menor pontuação média e assim, menor prevalência entre a faixa etária avaliada. Através destes dados, podemos concluir que FR socioculturais, revelaram um menor impacto na nossa amostra. Podemos ainda inferir que, apesar do período de desenvolvimento não ser encarado como livre de adversidades, face ao contexto social em que o indivíduo se encontra inserido, a amostra em questão não parece recorrer ao uso de substâncias como o álcool ou o abuso de drogas, nem a qualquer tipo de métodos compensatórios em relação à alimentação, como estratégia de coping para lidar com essas mesmas adversidades. Por sua vez, esta informação não é confirmada por Morgan e a sua equipa (2022), uma vez que, nos transmitem que o uso de substâncias e o recurso a métodos compensatórios como o vómito autoinduzido, o exercício físico excessivo, o uso de diuréticos e laxantes, a restrição alimentar associada à dieta ou ao jejum são evidentes em adolescentes e jovens adultos. Já Mahoney e a sua equipa (2019) relatam um maior consumo de potenciadores cognitivos e

psicoestimulantes associados às exigências da vida social e académica, bem como, estratégia de controlo de peso.

Ainda, no que concerne ao FR com a média mais baixa (FR Pressão Social), isto poderá revelar que, a visualização de propaganda associada a pressões sociais de ideais de beleza estereotipados, bem como, a visualização de imagens e vídeos associadas a corpos magros no internet e redes sociais, não se representa como um "hábito" frequente no dia-a-dia dos adolescentes e jovens adultos inquiridos. Estes dados não são corroborados por Fitzsimmons-Craf e a sua equipa (2016) que, nos revelam que o fatores associados à Pressão Social acabam até mesmo, por ser os FR mais impactantes à adoção e manifestação de comportamentos e atitudes, de um quadro sintomatológico de uma PAI, nomeadamente na adolescência.

Ainda, a literatura menciona alguns fatores precipitantes de cariz individual e desenvolvimental que, apresentam também o seu contributo e relação com o desenvolvimento de uma PAI na fase de desenvolvimento estudada. Francisco, Alarcão e Narciso (2010) atribuem o nome de "Indicadores" aos fatores acima mencionados e, os mesmos, foram analisados face à sua correlação com o EDI-2.

Assim, a prevalência destas psicopatologias tem também, vindo a apresentar um crescimento exponencial junto dos adolescentes e jovens adultos, nomeadamente após o ingresso no ensino superior, o que coloca este mesmo grupo, como o mais preocupante no que concerne ao desenvolvimento destas psicopatologias (Fitzsimmons-Craft et al., 2019; Perryman et al., 2018; Fardouly, Vartaninan, 2015; Kwan et al., 2017). Os adolescentes e jovens adultos ingressados no ensino superior, são expostos a uma série de desafios e mudanças psicossociais, associadas à transição para um ambiente desconhecido, a tomada de decisões importantes relativamente ao seu futuro e ainda, a gestão das relações interpessoais bem como, responsabilidades associadas à vida adulta. Estes fatores podem contribuir para o aumento do stresse e ansiedade, entre outros fatores precipitantes, destacando a importância de estratégias de prevenção e intervenção direcionadas para esta população em particular (Trindade, et al., 2019; Quick & Byrd-Bredbenner, 2014; Loth, et al., 2008). Por isso mesmo, consideramos o período desenvolvimental estudado, como um fator precipitante ao desenvolvimento de uma PAI (Fitzsimmons-Craft, et al., 2019).

Contudo, não foram encontradas correlações entre os indicadores avaliados pelos MRFS-IV e a pontuação do EDI-2 (Total), à exceção de correlações negativas entre o desempenho escolar, a prática de atividades extracurriculares satisfatórias e ainda, a prática de atividades associadas à pressão para a magreza. Isto quer dizer que, à medida que o desempenho escolar diminui, a possibilidade de estarmos perante um quadro psicopatológico de uma PAI aumenta. Este dado não vai ao encontro do mencionado na literatura, uma vez que, uma das características dos indivíduos que sofrem de alguma PAI, passa pela adoção de comportamentos perfeccionistas e assim, apenas tolerarem resultados considerados de excelência (Joyce, et al., 2012), sendo que geralmente, são alunos excecionais e com resultados exemplares.

Por sua vez, também à medida que a participação em atividades extracurriculares satisfatórias diminui, também a probabilidade de um diagnóstico de PAI, aumenta. Estes dados já se encontram corroborados pela literatura, uma vez que, o isolamento social e a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa são uma das características e FR, verificados na PAI. Estas dimensões poderão ser justificadas, uma vez que promovem o fim da prática de atividades que fomentam sensações de bem-estar (pessoal e interpessoal) e prazer e, por sua vez, aumentem a perceção de sintomatologia depressiva e ansiosa (Selvini-Palazzoli, 1978; Fairburn, 1997).

Relativamente à presente investigação, a mesma contou com a participação de 38 indivíduos, na sua maioria mulheres, o que vai ao encontro de tantos outros estudos realizados em Portugal acerca da temática em questão (Machado et al., 2014; Ribeiro et al., 2014). No entanto, e apesar de desde os primórdios das investigações revelarem uma maior prevalência das PAI em indivíduos do género feminino (Fitzsimmons-Craft et al., 2019; Drieberg et al., 2019), no nosso estudo, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o género dos participantes, face à possibilidade de estarmos perante estas psicopatologias. Esta afirmação é verificada através da pontuação total do EDI-2 (Total) que, não apresentou diferenças significativas entre a pontuação do EDI-2 (Total) e o género dos participantes. O dado mencionado, é referente ao segundo objetivo do estudo proposto e, contou com a aplicação do Teste de Mann-Whitney, com o intuito de averiguar a veracidade ou não, desse mesmo objetivo.

Assim sendo, a informação obtida não vai ao encontro de vários estudos descritos na literatura clássica e moderna que, continua a encontrar diferenças significativas e,

assim, a associar género feminino como mais provável para o desenvolvimento de uma PAI (Apfeldorfer, 1997; Bailey et al., 2014; Fardouly et al., 2015; Machado et al., 2004; Vo, Lau & Rubinstein, 2016). Ainda, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a força dos vários FR, em função do género da amostra. Este dado foi averiguado, com recurso à mesma prova estatística, mencionada anteriormente.

Relativamente às características clínicas e psicológicas associadas às PAI, consoante o género e, pela aplicação do Teste de Man Whitney, os valores das médias de rank não se revelaram como estatisticamente significativos, o que sugere que também não existem diferenças entre o género feminino e masculino, quando se fala na presença de possíveis características clínicas e psicológicas comuns num quadro de PAI. Apesar de, na literatura, não ter sido verificada uma resposta coesa face à afirmação em questão, a verdade é que a grande maioria dos estudos realizados com o intuito de avaliar o construto mencionado, bem como, os FR, revelam amostras maioritariamente constituídas por indivíduos do género feminino, com poucos ou quase nenhuns indivíduos do género masculino. Por isso mesmo, é considerado que este dado carece de maior investigação, através de amostras equitativas, apesar de no estudo apresentado, a amostra ser mais ou menos equilibrada. Ainda assim, as dimensões avaliadas que apresentaram uma média mais significativa foram: insatisfação corporal, medo da maturidade, perfeccionismo, consciência interocetiva e medos sociais.

O terceiro e quarto objetivos propostos complementam-se pelo que fará todo o sentido serem analisados em conjunto. Uma vez que o quarto objetivo passa por avaliar se as características clínicas e psicológicas, se encontram associados aos FR associados ao desenvolvimento de uma PAI, no final da sua análise, acabamos por estar a responder ao terceiro objetivo e assim, a contribuir para a caracterização dos FR das PAI na adolescência e início da vida adulta.

De forma a responder ao quarto objetivo específico do projeto de investigação em questão, procedeu-se a uma análise estatística com recurso, mais uma vez, ao teste correlação de spearman para 2 variáveis independentes.

Primeiramente, importa ressaltar que nenhuma característica se revelou como estatisticamente significativa quando comparada com o **FR Autoestima**. Este resultado poderá indicar que todas as características clínicas e psicológicas estão, de alguma forma, relacionadas com esse FR, mas nenhuma delas se destaca como predominante. Este dado

não é corroborado pelos estudos realizados por Trindade, Appolinario, Mattos, Treasure e Nazar (2019) ou Fairburn e Harrison (2003) que, por sua vez, comprovaram que o FR mencionado revela uma elevada importância para o quadro sintomatológico em questão. Além disso, estudos realizados por Fairburn e Harrison (2003) revelam que o FR Autoestima se revela como preponderante ao desenvolvimento de uma PAI, sendo até mesmo considerado como um FR básico e fundamental perante estas condições psicológicas (Bruch, 1973; Selvini-Palazzoli, 1978; Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). Além disso, o resultado encontrado poderá também dever-se ao facto de, na nossa amostra, o FR em questão apresentar uma função protetora e assim, de atenuação face aos quadros clínicos analisados. Assim, não são verificadas características clínicas e psicológicas evidentes, quando é compreendida uma perceção de autoestima normativa.

Por sua vez, no que se refere ao **FR Preocupação com a Magreza** foram encontradas associações com as características, Tendência para Emagrecer, Bulimia, Insatisfação Corporal, Consciência Interocetiva, Medo da Maturidade e Medos Sociais.

Este dado destaca que, a preocupação com a magreza está interligada a várias características e comportamentos específicos relacionados à alimentação, imagem corporal, perceção do self e respetiva interação social. Deste modo, podemos concluir que, de acordo com a nossa amostra, associado ao FR mencionado, encontramos um conjunto de padrões de pensamento e esquemas disfuncionais tal como Cooper (2005) sugeriu. Assim, é verificada uma insatisfação corporal que fundamenta uma inclinação ou desejo de emagrecer, quer através de dietas, quer através de outros comportamentos compensatórios, nomeadamente, comportamentos bulímicos, com o intuito de perder peso (Attia et al., 2007; Arcelus, et al., 2011). Ainda, é verificada uma relação entre o FR e a atenção aos sinais internos do corpo, como fome, saciedade e sensações físicas, sugerindo uma hiperfocalização destas sensações em relação ao peso e à forma corporal, sujeitando-se assim, a períodos de restrição alimentar, ao exercício físico excessivo e a comportamentos de compulsão alimentar como tentativa de regular os estados emocionais encarados como ameaçadores e stressantes (Block, Nazareth, Melo & Moreira, 2019). É também encontrada uma relação com o medo da maturidade o que sugere que, a busca contínua associada à magreza, poderá estar ligada ao medo de crescer e amadurecer. Isto sugere que, pessoas com uma tendência para emagrecer podem ver a magreza como uma maneira de manter uma imagem de juventude e, evitar os aspetos associados ao envelhecimento, bem como, às responsabilidades da vida adulta. Assim, a perda de peso,

é entendida como uma forma, de regressar à aparência da infância, permitindo-lhes escapar da confusão, dos conflitos e expectativas de desenvolvimento associadas à idade adulta (Crisp, et al. 1979; Garner et al., 1982). Por fim, é refletida uma associação entre a preocupação com a magreza e sentimentos de insegurança e infelicidade em contextos sociais, o que reforça a forma como as interações sociais são encaradas pelos indivíduos que, segundo Bardone-Cone e a sua equipa (2013) é de acordo com uma hierarquia onde, as pessoas atraentes e fisicamente aptas estão no topo, e as pessoas feias ou gordas na parte inferior.

No que concerne ao **FR Pressão Social** questões relacionadas com a tendência para emagrecer, com a insatisfação corporal, consciência interocetiva, medo da maturidade e medos sociais, foram as características clínicas e psicológicas que se destacaram como significativamente presentes, quando identificado o FR mencionado.

Assim, podemos concluir que a pressão social, especialmente quando advém da parte dos mídia, da sociedade e de grupos sociais em que os adolescentes e jovens adultos se inserem, pode aumentar a tendência de algumas pessoas para emagrecer. Isto, significa que, a constante exposição a padrões de beleza irreais promovidos pela sociedade e, muitas vezes, replicados nos grupos sociais do indivíduo, poderá fomentar a crença de que precisam de emagrecer, para se encaixarem ou sentirem que pertencem ao grupo em questão (Keel & Forney, 2013). Ainda, os indivíduos são constantemente bombardeados com imagens de corpos "ideais" nos mídia tal como, na televisão e em revistas, o que poderá levar a comparações e a uma crescente insatisfação com sua própria aparência, ampliando assim a perceção de falhas no seu corpo (Hausenblas, et al., 2013).

Por sua vez, a pressão das mensagens sociais que enfatizam a juventude relacionada com a magreza podem fazer com que as pessoas associem o envelhecimento com a perda de valor ou aceitação social. Apesar de não existirem estudos que corroborem o mencionado, o facto de o medo da maturidade estar intensificado face ao FR em questão, poderá originar no indivíduo, esforços para manter uma imagem mais jovem e assim, magra e bonita. Esta mesma pressão, podem ainda contribuir para os medos sociais, especialmente aqueles relacionados à avaliação negativa dos outros. Assim sendo, as pessoas que se sentem pressionadas a atender a padrões de beleza podem desenvolver medos sociais, incluindo o medo de serem julgadas com base na sua

aparência, o que poderá afetar a vida social e o bem-estar social do indivíduo (Godart, et al., 2000).

Por fim, mas não menos importante, os resultados da nossa investigação indicam que, a pressão social poderá também afetar como os indivíduos percebem e interpretam os sinais do próprio corpo. Neste contexto, os resultados sugerem que existe uma tendência em prestar menor atenção a esses mesmos sinais, muitas vezes devido às expectativas sociais relacionadas à aparência e ao peso, onde o resultado é a restrição alimentar, o exercício excessivo e os comportamentos de compulsão alimentar (Wildes, Ringham & Marcus, 2010).

Quanto ao **FR Voracidade Alimentar**, foram encontradas características clínicas e psicológicas associadas à adoção de comportamentos bulímicos, insatisfação corporal, perfeccionismo e ascetismo.

Assim, concluímos que a Voracidade Alimentar poderá ser entendida como uma tentativa de compensar a tendência para emagrecer, associada a crenças baseadas na insatisfação corporal. Assim, quando um sentimento constantemente associado à pressão para emagrecer, se fundamenta numa insatisfação corporal, o indivíduo inevitavelmente sucumbe às restrições alimentares, levando-o assim, a experimentar episódios de compulsão alimentar como uma resposta à restrição (Block et al., 2019). Estes episódios podem ocorrer quando a vontade de emagrecer entra em conflito com os desejos naturais de saciedade. Por isso mesmo, após estes mesmos episódios, normalmente, os indivíduos experienciam sentimentos de culpa e, mantem-se a tendência para emagrecer que, por sua vez, justifica a relação encontrada com a adoção de comportamentos bulímicos como, métodos compensatórios ou purgação e assim, sucessivamente (Stice & Whitenton, 2002).

Ainda, quando alguém se sente insatisfeito com sua aparência ou tenta atender a padrões de magreza irreais, os episódios de voracidade alimentar podem ocorrer como uma maneira de lidar com sentimentos de foro ansiogénico e/ou ansioso, onde a comida pode servir como uma fonte temporária de conforto (Presnell, et al., 2009). Além disso, indivíduos com padrões de comportamentos elevadíssimos, face a si mesmos, podem recorrer à comida como uma maneira de lidar e fugir à realidade e assim, à pressão e ao stresse associados ao perfeccionismo. Desta forma, a comida, passa ser usada como uma válvula de escape dos altos padrões autoimpostos, após períodos de restrição e

sentimentos de vazio interno (Joyce et al., 2012). Por fim, é encontrada uma relação face às práticas ascéticas, contudo, os dados sugerem que quando alguém tenta manter um estilo de vida ascético, poderão ocorrer episódios de voracidade alimentar devido à privação de alimentos e prazeres alimentares (Gabbard, 2000). Mais uma vez, essa voracidade alimentar, poderá ser uma tentativa de aliviar temporariamente a restrição.

Relativamente ao **FR Uso de Substâncias e Métodos Compensatórios**, este demonstrou a sua correlação com características clínicas e psicológicas também associadas à adoção de comportamentos bulímicos, à insatisfação corporal, a um défice na consciência interocetiva e ao medo da maturidade.

Com isto, podemos concluir que, o uso de substâncias e métodos compensatórios poderá corresponder a uma tentativa de acelerar a perda de peso relacionado com a insatisfação corporal que indivíduo apresenta, e assim, atingir um corpo idealizado, de forma mais célere (Mahoney et al., 2019; Jahrami et al., 2020). Por isso mesmo, a insatisfação corporal é muitas vezes um fator motivador para o uso de substâncias e métodos compensatórios, o que nos revela que, pessoas insatisfeitas com sua aparência poderão ser mais propensas a adotar comportamentos extremos, como uso de substâncias ou métodos perigosos para mudar a sua imagem corporal (Attia et al., 2007; Arcelus, et al., 2011). Ainda, foi encontrada uma relação com a apreensão acerca das emoções experienciadas que, envolve a capacidade de perceber as sensações internas do corpo. Este dado é corroborado pela literatura, uma vez que, o uso de substâncias ou métodos compensatórios, poderá suprimir sinais naturais de fome e saciedade, como mencionados anteriormente (Fairburn & Cooper, 1989; Fairburn, 1995). Por fim, o medo da maturidade poderá estar relacionado ao uso de substâncias e métodos compensatórios, já que, estas práticas, poderão representar-se como uma forma de lidar com o medo de enfrentar desafios e responsabilidades associados à idade adulta (Crisp, et al., 1979; Garner et al., 1982).

Por sua vez, encontraram-se correlações estatisticamente significativas e negativas entre o **FR Apoio Social** e as dimensões desconfiança interpessoal e medos sociais. A correlação negativa no FR apresentado, sugere que, à medida que o FR apoio social aumenta, tal como é verificado na amostra estudada, é verificada uma tendência de redução ou até mesmo mitigação, das características de desconfiança interpessoal e medos sociais associados às PAI. Este dado, corrobora a possibilidade do FR em questão, tal como o FR Autoestima, ser considerado como um fator protetor ao desenvolvimento

de uma PAI e assim, diminuir a expressão de características clínicas e psicológicas destes quadros psicopatológicos. Ainda, é passível de compreensão que, as dimensões indicadas diminuam quando o indivíduo perceciona um maior apoio social, sendo que de facto, estamos perante características relacionadas com a expressão e vivência de relacionamentos e interações sociais.

Ainda, face ao **FR Influências Parentais**, este encontrou-se apenas associado a características como o medo da maturidade e medos sociais.

Deste modo, concluímos que as influências parentais desempenham um papel importante no desenvolvimento psicológico e emocional de um indivíduo. Vários são os estudos que demonstram a forma como a atitude negativa dos pais em relação ao peso na infância, incluindo a provocação dos pais em relação ao peso, revelam ter uma forte associação positiva com um quadro sintomatológico de uma PAI (Saltzman & Liechty, 2016). Deste modo, e mais uma vez, poderemos encontrar uma ligação com o medo da maturidade voltado para a forma como o indivíduo compreende o seu corpo mais jovem, como associado aos padrões de beleza, inconscientemente transmitidos pelos pais. Assim, os comentários associados ao corpo ou peso corporal, vindos diretamente dos pais, originam uma vontade no adolescente ou jovem adulto, de regressar à fase de maturação anterior, permitindo assim escapar às expectativas de desenvolvimento associadas a padrões de beleza irrealistas (Crisp, et al., 1979; Garner et al., 1982). Ainda, os resultados sugerem que, a imposição de padrões de beleza e comentários acerca do peso e forma corporal, advindas diretamente dos progenitores, encontra-se, inevitavelmente, relacionado com sentimentos de insegurança e infelicidade em contextos sociais. Assim, é do núcleo familiar que o indivíduo interpreta e incorpora os principais valores e ideais, não admira que transporte consigo as inseguranças e medos interiorizados, quando expande o seu contexto de interação, ao meio social.

O **FR Sintomatologia Depressiva-Ansiosa** apresenta resultados estatisticamente significativos com o maior número de características clínicas e psicológicas, e assim, com as dimensões, tendência para emagrecer, insatisfação corporal, ineficácia, perfeccionismo, consciência interocetiva, medo da maturidade e ainda, a regulação de impulsos.

Contudo, e uma vez que a literatura, não encontra evidência sobre a relação da sintomatologia apresentada na medida em que, poderá ser considerada um FR ou até

mesmo um FR que sugere após a instalação de um quadro psicopatológico associado a uma PAI, não se revelou importante interpretar as características clínicas e psicológicas que, apresentaram a sua correlação (O'Brien & Vincent, 2003). Desta maneira, a informação recolhida carece de uma maior investigação uma vez que, a sintomatologia de foro ansiogénico ou depressivo poderá constituir-se como uma característica clínica e psicológica ou, até mesmo, um FR associado ao desenvolvimento de uma PAI.

Por fim, o **FR Perfeccionismo**, apresenta resultados significativos, apenas face a duas características associadas ao desenvolvimento de uma PAI, sendo elas, crenças associadas a comportamentos perfeccionistas e à adoção de comportamentos ascéticos.

Joyce e a sua equipa (2012), sugerem que se encontra relacionada com crenças associadas à restrição alimentar e sobrevalorização da forma e peso corporal, contudo, a nossa amostra não comprovou o mencionado. Assim, e de acordo com os dados obtidos, podemos concluir que, o perfeccionismo refere-se a uma tendência para definir e avaliar a o nosso valor pessoal, com base em padrões rigorosos e inatingíveis de desempenho. Assim, os resultados sugerem que, indivíduos perfeccionistas geralmente estabelecem metas excessivamente altas para si mesmos e, são muito críticos quando não conseguem alcançá-las. Este perfeccionismo pode se manifestar em vários aspetos da vida, incluindo aparência, trabalho, relacionamentos e realização pessoal. Na verdade, a sua realização pessoal é calculada com base, num desempenho excecional nas restantes facetas da sua vida. Por isso mesmo, concluirmos que o FR perfeccionismo se encontra assente em crenças associadas também ao perfeccionismo e apenas à aceitação de comportamentos excelentes.

Por sua vez o ascetismo envolve a prática de autocontrolo extremo e autonegação, muitas vezes em relação a aspetos da alimentação, exercício físico e indulgência. Os dados sugerem que, ao FR mencionado, podemos encontrar indivíduos com tendências ascéticas que, podem autoimpor-se restrições rigorosas, com um intuito de procurar uma perda de peso significativa e evitar prazeres sensoriais. Ainda, concluímos que o controlo rígido sobre o corpo e forma corporal, poderá ser visto como uma demonstração de autodisciplina e virtude, com o objetivo da obtenção da perfeição (Gabbard, 2000; Bardone-Cone, et al., 2007). Assim, podemos concluir que, estes indivíduos utilizam o recurso a práticas ascéticas como forma de validar e alcançar as suas crenças associadas à perfeição (Huline-Dickens, 2000).

CONCLUSÕES

Em jeito de conclusão e após todo este processo, torna-se pertinente retirar as conclusões que se consideram mais relevantes com base nos resultados obtidos, bem como, responder às questões levantadas inicialmente.

O estudo sobre as variáveis subjacentes às PAI apresenta-se como uma necessidade devido à falta de consenso relativamente à etiologia destas psicopatologias. Várias têm sido as razões apontadas para o surgimento destes quadros sintomatológicos, entre as quais genéticas, ambientais, sociais, familiares e psicológicas. Posto isto, são vários os autores que acreditam que as características clínicas e psicológicas das PAI se encontram relacionadas aos mais variados FR que a literatura nos apresenta. Os resultados da investigação apresentada, permitiram sugerir que existem correlações significativas (positivas e negativas) entres os FR associados ao desenvolvimento de uma PAI, na adolescência e no início da vida adulta, quando comparadas com a características clínicas e psicológicas das mesmas.

Ainda, e de uma forma geral, os resultados indicam que não há nenhuma característica clínica ou psicológica que, esteja estatisticamente relacionada com todos os FR. Assim, também todos os FR apresentam características clínicas e psicológicas distintas o que, mais uma vez, explica a complexidade das relações entre os construtos avaliados. Contudo, foram encontradas correlações estatisticamente significativas que poderão melhor predizer, as características clínicas e psicológicas das PAI, em função dos FR das mesmas.

De acordo com a discussão de resultados, foram encontradas evidências que nos ajudam a compreender de forma mais abrangente os FR associados ao desenvolvimento de uma PAI. Através do estudo realizado, e da compreensão de possíveis correlações entre os FR e a características abordadas, adquirimos um insight mais aprofundado face às crenças, atitudes e características por detrás de cada FR avaliado. Isto poderá indicar um caminho na melhoria de programas de prevenção em adolescente e jovens adultos, face à sua predisposição para o desenvolvimento uma PAI. Apesar de terem sido encontrados resultados notáveis e dignos de discussão, é essencial destacar as limitações que afetaram a condução do estudo apresentado.

Primeiramente, e uma vez que o objetivo do estudo apresentado era compreender se existe correlação entre os FR associados ao desenvolvimento de uma PAI, na adolescência e início da vida adulta e, as características clínicas e psicológicas dessas mesmas psicopatologias, considerou-se pertinente recorrer ao MRSF-IV como instrumento fulcral de recolha de dados. Apesar disso, é importante ressaltar que esse mesmo instrumento se revelou como uma limitação do estudo em questão, uma vez que, não se encontra em concordância com a literatura existente no momento presente. Isto que dizer que, o instrumento não reflete totalmente as abordagens teóricas descritas pela comunidade científica em relação aos FR associados ao desenvolvimento de uma PAI.

Além disso, o mesmo instrumento revela-se como sendo um quanto limitador, sendo que avalia as dimensões em questão de forma superficial, ou seja, é considerado que algumas dimensões mais complexas dos fenómenos em questão, não são mensuradas nem interpretadas de forma abrangente. Ainda, o instrumento em questão é baseado em testemunhos de autorrelato. Isto poderá ser considerado uma preocupação, uma vez que, os indivíduos podem não ser completamente objetivos ou, poderão não apresentar uma consciência total, face aos seus comportamentos, atitudes ou experiências. Por isto, poderemos estar perante alguns enviesamentos ou imprecisões nas informações recolhidas, bem como, respostas afetadas pelo efeito de desejabilidade social. No entanto, a utilização de uma medida de autorrelato tem a vantagem de assegurar o anonimato dos participantes e uma maior disponibilidade relativamente às suas experiências passadas e emoções atuais.

Em linha com a limitação descrita, é importante salientar que o estudo foi realizado com uma amostra relativamente pequena, consistindo apenas em 38 participantes, em que 21 são raparigas e 17 são rapazes. Isto revela uma falta de representatividade e assim, um viés de seleção, uma maior dificuldade em detetar diferenças ou relações estatisticamente significativas e consequentemente, limitações na exploração de relações, um aumento da variabilidade e ainda, limitações face às generalizações.

Uma outra limitação relacionada à amostra em questão, é identificada face ao facto de estarmos perante uma amostra não clínica, que não apresentava histórico clínico de qualquer tipo de PAI. Assim, poderia ter sido mais esclarecedor realizar um estudo com indivíduos que já tivessem sido diagnosticados com uma PAI, uma vez que, isso

permitiria uma compreensão mais direta dos construtos avaliados. Além disso, a ausência de um grupo clínico para comparação com um grupo de controlo, levanta algumas dúvidas relativamente à especificidade dos resultados observados, quando relacionados às psicopatologias em questão. Ainda assim, é importante notar que o propósito do estudo apresentado não era identificar casos clínicos numa amostra de população. Em vez disso, o estudo visava identificar FR e características clínicas e psicológicas, abordagem essa, semelhante à adotada por vários investigadores.

Por sua vez, é importante destacar que a recolha dos dados mencionados foi realizada através de plataformas on-line. Assim, poderão ser levantas questões, mais uma vez, face à autenticidade dos dados, bem como, à representatividade da amostra em relação à população em geral. Não foram também controlados, o ambiente em que os participantes responderam aos questionários, e deste modo, é possível que, tenham completado o estudo num ambiente ruidoso e distraído, originando assim uma leitura desatenta e respostas incorretas, afetando a validade dos nossos dados.

Apesar das limitações destacadas, consideramos que os resultados obtidos são inovadores e contribuem de forma pertinente para a investigação.

Para investigações futuras, considera-se importante o desenvolvimento de estudos semelhantes, com uma amostra significativa e diversificada, com participantes apenas do sexo feminino e também, apenas com participantes do sexo masculino, diferentes idades, antecedentes culturais e diagnóstico de PAI para aumentar a generalização e a utilidade clínica dos resultados atuais.

Ainda, como propostas de trabalho futuro é considerado importante a realização de estudos longitudinais que permitam compreender melhor a relação entre as características clínicas e psicológicas e os FR associados ao desenvolvimento de uma PAI. Sugere-se, igualmente, a replicação do presente estudo numa amostra clínica de sujeitos com um diagnóstico prévio de uma PAI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackard D. & Peterson C. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders, 29,* 187–194. https://doi.org/10.1002/1098-108X(200103)29:2%3c187:AID-EAT1008%3e3.0.CO;2-R

American Psychiatric Association (2013*). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores

Allen, T., Cho, E., & Meier, L. (2014). Work–family boundary dynamics. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 1,* 99-121. https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091330

Allen, K., Byrne, S., & Crosby, R. (2015). Distinguishing Between Risk Factors for Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, and Purging Disorder. *Journal of youth and adolescence*, *44*(8), 1580–1591. https://doi.org/10.1007/s10964-014-0186-8

Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Psiquilíbrios.

Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A., Martinez-Jimenez, M., Redel-Macías, M., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: an exploratory analysis. *International journal of environmental research and public health*,16(21), 4177. https://doi.org/10.3390/ijerph16214177

Apfeldorfer, G. (1997). *Anorexia, Bulimia, Obesidade*. Instituto Piaget.

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. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

Astudillo, R., & Meza, M. (2013). Maturity fears in anorexia nervosa. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios, 4*, 143-152. https://doi.org/10.1016/S2007-1523(13)72001-9

Attia, E., & Walsh, B. (2007). Anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 164*(12), 1805–1810. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071151

Atiye, M., Miettunen, J., & Raevuori-Helkamaa, A. (2015). A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, *23*(2), 89–99. https://doi.org/10.1002/erv.2342

Bailey, A., Parker, A., Colautti, L., Hart, L., Liu, P., Hetrick, S. (2014). Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people. Journal of Eating Disorders, 2(1), 5. https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-5

Bardone-Cone, A., Wonderlich, S., Frost, R., Bulik, C., Mitchell, J., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clinical psychology review*, *27*(3), 384–405. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005

Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). The Guilford Press.

Becker, C., DeViva, J., & Zayfert, C. (2004). Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: the importance of anxiety comorbidity assessment. *Journal of anxiety disorders*, *18*(3), 255–274. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(03)00002-1

Bloc, L., Nazareth, A., Melo, A., & Moreira, V. (2019). Transtorno de compulsão alimentar: revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia e Saúde*, *11*(1), 3-17. https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i1.617

Bristow, C., Allen, K., Simmonds, J., Snell, T., & McLean, L. (2022). Anti-obesity public health advertisements increase risk factors for the development of eating disorders. *Health promotion international*, *37*(2), daab107. https://doi.org/10.1093/heapro/daab107

Bluett, E., Lee, E., Simone, M., Lockhart, G., Twohig, M., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush-Roberts, B. (2016). The role of body image psychological flexibility on the treatment of eating disorders in a residential facility. *Eating behaviors*, *23*, 150–155. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.002

Bouça, D. (2000*). Anorexia nervosa minha amiga.* (2nd Ed.). Ambar

Brandão, I. (2007). *O essencial da saúde Vol. 4 - Anorexia e Bulimia*. QuidNovi.

Bruch, H., (1973). Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. BasicBooks.

Bruch H. (1975). Obesity and Anorexia Nervosa: Psychosocial Aspects. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry,* 9(3), 159-161. doi:10.3109/00048677509159842

Bruch, H. (1980). Preconditions for the development of anorexia nervosa. *The American Journal of Psychoanalysis, 40*(2), 169–172. https://doi.org/10.1007/BF01254810

Bulik C., Berkman N., Brownley K., Sedway J., Lohr K. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International journal of eating disorders, 40*(4), 310–320. https://doi.org/10.1002/eat.20367

Calado M., Lameiras M., Sepulveda A., Rodríguez Y., Carrera M. (2010). The mass media exposure and disordered eating behaviours in Spanish secondary students. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, *18*(5), 417–427. doi: 10.1002/erv.1024.

Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach*. London: Brunner-Routledge.

Chan Y., Samy A., Tong W., Islam M., Low W. (2020). Eating Disorder Among Malaysian University Students and Its Associated Factors. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(6-7), 334-339. https://doi.org/10.1177/1010539520947879

Chavez, M., & Insel, T. (2007). Eating disorders: National Institute of Mental Health's perspective. *American Psychologist, 62*(3), 159–166. https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.159

Crisp, A., Hsu, L., Harding, B., Hartshorn, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa. A study of a consecutive series of 102 female patients. *Journal of Psychosomatic Research, 24(3-4)*, 179–191. https://doi.org/10.1016/0022-3999(80)90040-9

Crisp, A., Hsu, L., & Stonehill, E. (1979). Personality, body weight and ultimate outcome in anorexia nervosa. *The Journal of Clinical Psychiatry, 40*(8), 332–335. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/468756/

Collier, D., & Treasure, J. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry, 185*, 363 - 365. https://doi.org/10.1192/bjp.185.5.363

Cordás, T., & Claudino, A. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *24*(Suppl.3), 03–06. https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700002

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 Guilford Press.

Cooper, M. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review, 25*(4), 511–531. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.01.003

Cororve Fingeret M., Warren C., Cepeda-Benito A, Gleaves D. (2006). Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eating disorders*, *14*(3), 191–213. https://doi.org/10.1080/10640260600638899

Corral, S., Gonzaléz, M., Perenã, J. & Seisdedos, N. (1998). EDI-2, Inventario de transtornos de la conducta alimentaria. TEA Ediciones, S.A.

Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, *52*(3), 219–229. https://doi.org/10.1002/eat.23009

Drieberg H., McEvoy P., Hoiles K., Shu C., Egan S. (2019). An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating behaviors, 32*, 53–59. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.12.002

Donahue J., Reilly E., Anderson L., Scharmer C., Anderson D. (2018). Evaluating Associations Between Perfectionism, Emotion Regulation, and Eating Disorder Symptoms in a Mixed-Gender Sample. T*he Journal of nervous and mental disease*, *206*(11), 900-904. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000895

Dowds, J. (2010). What do young people think about eating disorders and prevention programmes? Implications for partnerships between health, education and informal youth agencies. Journal of Public Mental Health, *9*(4), 30–41. https://doi.org/10.5042/jpmh.2010.0701

Elfil, M., & Negida, A. (2017). Sampling methods in clinical research: an educational review. *Emergency*, *5*(1), e52. doi.org/10.22037/emergency.v5i1.15215

Fairburn, C. (1997). Eating disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (209–241). Oxford University Press.

Fairburn, C., & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (277–314). Oxford University Press.

Fairburn, C. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet, 361*(1), 407-416. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1

Fardouly, J., Vartanian, L. (2015). Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns. *Body Image*, *12*, 82–88. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.10.004

Farstad, S., McGeown, L. & Ranson, K. (2016). Eating Disorders and Personality, 2004-2016: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 46*(91), 91-105. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005

Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, C., Daga, G. A., Gandione, M., Rovera, G. G., & Bartocci, G. (2006). Clinical, psychological, and personality correlates of asceticism in anorexia nervosa: from saint anorexia to pathologic perfectionism. *Transcultural psychiatry*, *43*(4), 600–614. https://doi.org/10.1177/1363461506070785

Favaro, A., Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A., Veronese, A., & Santonastaso, P. (2005). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating disorders*, *13*(1), 61–70. https://doi.org/10.1080/10640260590893647

Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(2), 281–291. https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.281

Fisher, M., Golden, N., Katzman, D., Kreipe, R., Rees, J., Schebendach, J., Sigman, G., Ammerman, S., & Hoberman, H. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *16*(6), 420–437. https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00069-5

Fitzsimmons-Craft, E., Ciao, A. & Accurso, E. (2016). A naturalistic examination of social comparisons and disordered eating thoughts, urges, and behaviors in college women. *The International journal of eating disorders*, 49(2), 141-150. https://doi.org/10.1002/eat.22486

Fitzsimmons -Craft, E. E., Karam, A. M., Monterubio, G., Taylor, C., & Wilfley, D. (2019). Screening for eating disorders on college campuses: A review of the recent literature. *Current psychiatry reports*, *21*(10), 101. https://doi.org/10.1007/s11920-0191093-1.

Fitzsimmons-Craft E., Balantekin K., Eichen D., Graham A., Monterubio G., Sadeh-Sharvit S., Goel NJ, Flatt R., Saffran K., Karam A., Firebaugh M., Trockel M., Taylor C., Wilfley D. (2019). Screening and offering online programs for eating disorders: Reach, pathology, and differences across eating disorder status groups at 28 U.S. universities. *The International journal of eating disorders*, *52*(10), 1125-1136. https://doi.org/10.1002/eat.23134

Forbush, K., Heatherton, T., & Keel, P. (2007). Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *The International journal of eating disorders*, *40*(1), 37–41. https://doi.org/10.1002/eat.20310

Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realidade*. Lusociência.

Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (3rd ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, *109*(5), 1402-1413. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342

Garner, D., & Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 6*(2), 123–150. https://doi.org/10.1007/BF01183887

Garner, D., & Garfinkel, P. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 10*(4), 647–656. https://doi.org/10.1017/S0033291700054945

Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, *12*(4), 871–878. https://doi.org/10.1017/s0033291700049163

Gerlinghoff, M., Backmund, H. (1997). *Anorexia e Bulimia*. Editorial Presença.

Gerbasi M., Richards L., Thomas J., Agnew-Blais J., Thompson-Brenner H., Gilman S. E., & Becker, A. (2014). Globalization and Eating Disorder Risk: Peer Influence, Perceived Social Norms, and Adolescent Disordered Eating in Fiji. *he International journal of eating disorders, 47*(7); 727–37. https://doi.org/10.1002/eat.22349

Godart, N., Flament, M., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of

appearance. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, *15*(1), 38–45. https://doi.org/10.1016/s0924-9338(00)00212-1

Godart, N., Radon, L., Curt, F., Duclos, J., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J., Halfon O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., & Flament, M. (2015). Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *Journal of affective disorders*, *185*, 115–122. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.039

Goldner, E., Cockell, S., & Srikameswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (319–340). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10458-013

Gonçalves S., Machado B., Machado P. (2011). O Papel dos Fatores Socioculturais no Desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar: Uma Revisão da Literatura. Psicologia Saúde & Doenças, 12(2), 280-97. https://www.researchgate.net/publication/236347031_O_papel_dos_factores_socioculturais_no_desenvolvimento_das_perturbacoes_do_comportamento_alimentar_Uma_revisao_da_literatura

Gordon, R. (2001). Eating disorders East and West: A culture-bound syndrome unbound. In M. Nasser, M. A. Katzman, & R. A. Gordon (Eds.), *Eating disorders and cultures in transition* (1–16). Brunner-Routledge.

Gouveia, J. (2000) Factores Etiológicos e Desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In Soares (Coord.) Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida (63-314). Quarteto.

Griffiths, S., Castle, D., Cunningham, M., Murray, S., Bastian, B., & Barlow, F. (2018). How does exposure to thinspiration and fitspiration relate to symptom severity

among individuals with eating disorders? Evaluation of a proposed model. *Body image*, *27*, 187–195. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.10.002

Guidano, V. & Liotti, G. (1983) *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford Press

Halmi, K. (2005). Psychopthology of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *37*, S20-S21. http://dx.doi.org/10.1002/eat.20110

Harrison, K. & Hefner, V. (2008). Media, body image, and eating disorders. In S. L. Calvert & B. J. Wilson (Eds.), *The handbook of children, media, and development* (381–406). Blackwell Publishing. https://doi.org/10.1002/9781444302752.ch17

Hausenblas, H., Campbell, A., Menzel, J., Doughty, J., Levine, M., & Thompson, J. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: a meta-analysis of laboratory studies. *Clinical psychology review*, *33*(1), 168–181. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.011

He, J., Kang, J., Sun, S., Cooper, M., Zickgraf , H., Zhai Y. (2022). The landscape of eating disorders research: A 40-year bibliometric analysis. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, *30*(2), 96–109. https://doi.org/10.1002/erv. 2884

Heaner, M., & Walsh, B. (2013). A history of the identification of the characteristic eating disturbances of Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and Anorexia Nervosa. *Appetite*, *71*, 445–448. https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.001

Herpertz-Dahlmann B. (2009). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *18*(1), 31–47. https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.005

Hetherington, M., & Rolls, B. (1991). Eating behavior in eating disorders: response to preloads. *Physiology & behavior*, *50*(1), 101–108. https://doi.org/10.1016/0031-9384(91)90505-i

Hewitt, P., & Flett, G. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior & Personality, 5*(5), 423–438. 10.1037/cap0000288

Hilbert, A., Pike, K., Goldschmidt, A., Wilfley, D., Fairburn, C., Dohm, F., Walsh, B., & Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry research*, *220*(1-2), 500–506. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054

Himmerich, H., Treasure, J. (2018). Psychopharmacological advances in eating disorders. *Expert review of clinical pharmacology*, *11*(1), 95–108. https://doi.org/10.1080/17512433.2018.1383895

Huline-Dickens S. (2000). Anorexia nervosa: some connections with the religious attitude. *The British journal of medical psychology*, *73*, 67–76. https://doi.org/10.1348/000711200160309

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. & Agras, W. (2004). Coming to terms with risk factors for Ealing disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, *130*(1), 19-65. https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19

Jahrami, H., Al-Mutarid, M., Penson, P., Al-Islam Faris, M., Saif, Z., & Hammad, L. (2020). Intake of Caffeine and Its Association with Physical and Mental Health Status among University Students in Bahrain. *Foods (Basel, Switzerland)*, *9*(4), 473. https://doi.org/10.3390/foods9040473

Joyce, F., Watson, H., Egan, S., & Kane, R. (2012). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology in a community sample. *Eating behaviors*, *13*(4), 361–365. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.07.002

Joiner, T. & Schmidt, N (1995). Dimensions of perfectionism, life stress, and depressed and anxious symptoms: Prospective support for diathesis-stress but not specific vulnerability among male undergraduates. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*(2), 165–183. https://doi.org/10.1521/jscp.1995.14.2.165

Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N. & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, *161*(12), 2215–2221. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215

Kazdin, A., Fitzsimmons-Craft, E., Wilfey, D. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *50*(3), 170–189.https://doi.org/10.1002/eat.22670

Kell, P., Leon, G., & Fulkerson, J. (2001). Vulnerability to Eating Disorders in Childhood and Adolescence. In R. E. Ingram & J. M. Price. (Eds.), *Vulnerability to Psychopathology: Risk across the Lifespan* (89-411). The Guilford Press.

Keel, P., & Forney, K. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *46*(5), 433–439. https://doi.org/10.1002/eat.22094

Kelly-Weeder S. (2011). Binge drinking and disordered eating in college students. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *23*(1), 33–41. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00568.x

Kraak, V., Story, M. (2015). Influence of food companies' brand mascots and entertainment companies' cartoon media characters on children's diet and health: A systematic review and research needs. *Obesity reviews: an official journal of*

the International Association for the Study of Obesity, *16*(2), 107–126. https://doi.org/10.1111/obr.12237

Kronfol, Z., Khalifa, B., Khoury, B., Omar, O., Daouk, S., deWitt, J. P., ElAzab, N. & Eisenberg, D. (2018). Selected psychiatric problems among college students in two Arab countries: comparison with the USA. *BMC psychiatry*, *18*(1), 147. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1718-7

Kwan, M., Gordon, K., Carter, D., Minnich, A., & Grossman, S. (2017). An examination of the connections between eating disorder symptoms, perceived burdensomeness, thwartedbelongingness, and suicide risk among undergraduate students. *Suicide and Life-ThreateningnBehavior, 47*(4), 493–508. https://doi.org/10.1111/sltb.12304

Kwan, M., Gordon, K., Minnich, A. (2018) An examination of the relationships between acculturative stress, perceived discrimination, and eating disorder symptoms among ethnic minority college students. *Eating behaviors, 28*, 25–31. doi: 10.1016/j.eatbeh.2017.12.003

Landi, F., Calvani, R., Tosato, M., Martone, A. M., Ortolani, E., Savera, G., Sisto, A., & Marzetti, E. (2016). Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients*, *8*(2), 69. https://doi.org/10.3390/nu8020069

Latzer, Y., Rozenstain-Hason, M., Kabakov, O., Givon, M., Mizrachi, S., Alon, S., & Tzischinsky, O. (2020). Childhood maltreatment in patients with binge eating disorder with and without night eating syndrome vs. control. *Psychiatry research*, *293*, 113451. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113451

Lavender, J., Wonderlich, S., Engel, S., Gordon, K., Kaye, W. & Mitchell,,J. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa:

A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 40*, 111–122. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010

Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M., Crosby, R. D., & Sawyer, S. M. (2016). Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *55*(8), 683–692. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.007

Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2016). Clarifying the prospective relationships between social anxiety and eating disorder symptoms and underlying vulnerabilities. *Appetite*, *107*, 38–46. https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.024

Lloyd, E. C., Haase, A. M., Foster, C. E., & Verplanken, B. (2019). A systematic review of studies probing longitudinal associations between anxiety and anorexia nervosa. *Psychiatry research*, *276*, 175–185. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.010

Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *52*(4), 481–487. https://doi.org/10.1002/eat.22980

Loth, K., van den Berg, P., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Stressful life events and disordered eating behaviors: findings from Project EAT. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *43*(5), 514–516. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.03.007

Mabe, A., Forney, K. & Keel, P. (2014). Do you "like" my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *The International journal of eating disorders*, *47*(5), 516–523. https://doi.org/10.1002/eat.22254

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: the journal of the Eating Disorders Association*, *22*(4), 243–251. https://doi.org/10.1002/erv.2286

Mahoney, C. R., Giles, G. E., Marriott, B. P., Judelson, D. A., Glickman, E. L., Geiselman, P. J., & Lieberman, H. R. (2019). Intake of caffeine from all sources and reasons for use by college students. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, *38*(2), 668–675. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.04.004

Magallares A. (2013). Social risk factors related to eating disorders in women. *Revista Latinoamericana de Psicologia, 45*(1), 147-54. https://www.researchgate.net/publication/261285509_Social_risk_factors_related_to_eating_disorders_in_women

Melles, H., Spix, M., & Jansen, A. (2021). Avoidance in Anorexia Nervosa: Towards a research agenda. *Physiology & behavior*, *238*, 113478. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113478

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American journal of psychiatry*, *158*(11), 1783–1793. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783

Morgan, C. & Negrão, A. (2022). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(Supl.III), 18-23. https://doi.org/10.1590/S1516-44463002000700005

Mustata, A. (2015). The risk of eating disorders in adolescence and its association with the impact of the sociocultural attitudes towards appearance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 187*, 153-157. 10.1016/j.sbspro.2015.03.029

Nagata, J. M., Peebles, R., Hill, K. B., Gorrell, S., & Carlson, J. L. (2021). Associations between ergogenic supplement use and eating behaviors among university students. *Eating disorders*, *29*(6), 599–615. https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1712637

Narayanan, A., Gill, M., Leem, C., Li, C., Mein Smith, F., Shepherd, B., Ting, S., van Bart, K., Green, J., Samaranayaka, A., Ergler, C., & Macmillan, A. (2021). Students' use of caffeine, alcohol, dietary supplements, and illegal substances for improving academic performance in a New Zealand university. *Health psychology and behavioral medicine*, *9*(1), 917–932. https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1990763

O'Brien, K., & Vincent, N. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology review*, *23*(1), 57–74. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00201-5

Oliveira, E., Santos M. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 39(*3*), 353-60. 10.11606/issn.2176-7262.v39i3p353-360

Otero, M., Fernández, M., Castro, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. International Journal of Clinical and Health Psychology,4(2), 357–370. https://www.researchgate.net/publication/26420270_Influencia_de_la_imagen_corporal_y_la_autoestima_en_la_experiencia_sexual_de_estudiantes_universitarias_sin_trastornos_alimentarios

Palan, S., & Schitter, C. (2018). Prolific.ac - A subject pool for online experiments. *Journal of Behavioral and Experimental Finance, 17, 22-27.* https://doi.org/10.1016/j.jbef.2017.12.004

Pallant, J. (2011). SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS (4 ed.). Australia: Allen & Unwin.

Peltzer, K., & Pengpid, S. (2018). High prevalence of depressive symptoms in a national sample of adults in Indonesia: Childhood adversity, sociodemographic factors and health risk behaviour. *Asian journal of psychiatry*, *33*, 52–59. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.017

Peñas-Lledó, E., Bulik, C., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Baker, J. (2015). Risk for self-reported anorexia or bulimia nervosa based on drive for thinness and negative affect clusters/dimensions during adolescence: A three-year prospective study of the TChAD cohort. *The International journal of eating disorders*, *48*(6), 692–699. https://doi.org/10.1002/eat.22431

Pennesi, J. & Wade, T. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions?. *Clinical psychology review*, *43*, 175–192. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.004

Pereira, A., Shitsuka, D., Parreira, F. & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da Pesquisa Científica.* Universidade Federal de Santa Maria.

Perryman, M., Barnard, M., & Reysen, R. (2018). College Students' Disorderes Eating, Substance Use, and Body. *College Student Journal*, *52*(4), 516–522. https://www.ingentaconnect.com/content/prin/csj/2018/00000052/00000004/art00011

Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P., & Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, *173*(7), 395–400. https://doi.org/10.1097/00005053-198507000-00002

Presnell, K., Stice, E., Seidel, A., & Madeley, M. (2009). Depression and eating pathology: prospective reciprocal relations in adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*, *16*(4), 357–365. https://doi.org/10.1002/cpp.630

Polivy, J., & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, *53*, 187–213. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103

Racine, S., Wildes, J. (2015). .Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(4), 785–95. https://doi.org/10.1037/ccp0000011

Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2nd Ed.). Placebo, Editora.

Ribeiro, J., Witte, T., Van Orden, K., Selby, E., Gordon, K., Bender, T., & Joiner, T., Jr (2014). Fearlessness about death: the psychometric properties and construct validity of the revision to the acquired capability for suicide scale. *Psychological assessment*, *26*(1), 115–126. https://doi.org/10.1037/a0034858

Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *The International journal of eating disorders*, *48*(2), 187–198. https://doi.org/10.1002/eat.22270

Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., Luisa Vila, M., & Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating

disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry research*, *227*(1), 52–57. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.015

Rowe E. (2017). Early detection of eating disorders in general practice. *Australian family physician*, *46*(11), 833–838. https://www.researchgate.net/publication/326879055_Early_detection_of_eating_disorders_in_general_practice

Sampaio, D. (1998). *Vivemos Livre Numa Prisão*. Editorial Caminho

Saltzman, J., & Liechty, J. (2016). Family correlates of childhood binge eating: A systematic review. *Eating Behaviors, 22,* 62–71. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.027

Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J., Munn-Chernoff, M., Yilmaz, Z., Ehrlich, S., Mustelin, L., Ghaderi, A., Hardaway, A., Bulik-Sullivan, E., Hedman, A., Jangmo, A., Nilsson, I, Wiklund, C., Yao, S., Seidel, M., & Bulik, C. (2017). The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, *25*(6), 432–450. https://doi.org/10.1002/erv.2553

Schmidt, U. (2002). Risk factors for eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.) (247-250). The Guilford Press.

Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzakkers, 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., … Zipfel, S. (2016). Eating disorders: the big

issue. *The lancet. Psychiatry*, *3*(4), 313–315. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X

Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Jason Aronson.

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, *40*(7), 773–791. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00059-6

Sharan, P., & Sundar, A. (2015). Eating disorders in women. *Indian journal of psychiatry*, *57*(Suppl 2), S286–S295. https://doi.org/10.4103/0019-5545.161493

Silén, Y., Sipilä, P., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2021). Detection, treatment, and course of eating disorders in Finland: A population-based study of adolescent and young adult females and males. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, *29*(5), 720–732. https://doi.org/10.1002/erv.2838

Smolak, L., & Levine, M. (2001). Body image in children. In J. K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (pp. 41–66). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10404-002

Smolak, L., Murnen, S.., & Ruble, A. (2000). Female athletes and eating problems: a meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, *27*(4), 371–380. https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200005)27:4<371::aid-eat1>3.0.co;2-y

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J., Jones, P., Kim, J., Kim, J., Carvalho, A., Seeman, M., Correll, C. & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-

scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, *27*(1), 281–295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

Sousa, A. (2009). *Investigação em Educação* (2nd Ed.). Livros Horizonte.

Steinhausen H. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *18*(1), 225–242. https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013

Stice, E., Maxfield, J. & Wells, T. (2003) Adverse effects of social pressure to be thin on young women: an experimental investigation of the effects of "fat talk." The *International Journal of Eating Disorders, 34*(1), 108–117. https://doi.org/10.1002/eat.10171

Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual review of clinical psychology*, *3*, 207–231. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447

Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of abnormal psychology*, *126*(1), 38–51. https://doi.org/10.1037/abn0000219

Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology, 38*(5), 669–678. https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.5.669

Striegel-Moore, R., & Bulik, C. (2007). Risk factors for eating disorders. *The American psychologist*, *62*(3), 181–198. https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181

Striegel-Moore R. (1995). Psychological factors in the etiology of binge eating. *Addictive behaviors, 20*(6), 713–723. https://doi.org/10.1016/0306-4603(95)00094-1

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *The American journal of psychiatry*, *157*(3), 393–401. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.393

Stretch, P. (2001). *Interiores: Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Assírio & Alvim.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry.* W. W. Norton & Company.

Thelen, M.., Farmer, J., Mann, L., & Pruitt, J. (1990). Bulimia and interpersonal relationships: A longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology, 37*(1), 85–90. https://doi.org/10.1037/0022-0167.37.1.85

Trindade, A., Appolinario, J., Mattos, P., Treasure, J., & Nazar, B. (2019). Eating disorder symptoms in Brazilian university students: a systematic review and meta-analysis. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, *41*(2), 179–187. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0014

Turel, T., Jameson, M., Gitimu, P., Rowlands, Z., Mincher, J., & Pohle-Krauza, R. (2018). Disordered eating: Influence of body image, sociocultural attitudes, appearance anxiety and depression—A focus on college males and a gender comparison. *Cogent Psychology, 5*(1). 1483062. https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1483062

van Eck, M., Nicolson, N. A., & Berkhof, J. (1998). Effects of stressful daily events on mood states: relationship to global perceived stress. *Journal of personality and*

social psychology, *75*(6), 1572–1585. https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.6.1572

van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: Mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. Current Opinion in Psychiatry, *33*(6), 521–527. https://doi.org/10.1097/ YCO.0000000000000641

Vitousek, K. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 383–418). The Guilford Press

Vo, M., Lau, J., & Rubinstein, M. (2016). Eating Disorders in Adolescent and Young Adult Males: Presenting Characteristics. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *59*(4), 397–400. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.005

Wade, T., Bergin, J., Martin, N., Gillespie, N., & Fairburn, C. (2006). A transdiagnostic approach to understanding eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, *194*(7), 510–517. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000225067.42191.b0

White, S., Reynolds-Malear, J. & Cordero, E. (2011). Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating disorders*, *19*(4), 323–334. https://doi.org/10.1080/10640266.2011.584805

Welch, S., Doll, H., & Fairburn, C. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. *Psychological medicine*, *27*(3), 515–522. https://doi.org/10.1017/s0033291796004370

Wildes, J., Ringham, R., & Marcus, M. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: initial test of a functional model. *The International journal of eating disorders*, *43*(5), 398–404. https://doi.org/10.1002/eat.20730

Williamson, D. A., Martin, C. K., & Stewart, T. (2004). Psychological aspects of eating disorders. *Best practice & research. Clinical gastroenterology*, *18*(6), 1073–1088. https://doi.org/10.1016/j.bpg.2004.06.023

Wiseman, C., Peltzman, B., Halmi, K., & Sunday, S. (2004). Risk factors for eating disorders: surprising similarities between middle school boys and girls. *Eating disorders*, *12*(4), 315–320. https://doi.org/10.1080/10640260490521398

Wonderlich, S., Bulik, C. Schmidt, U., Steiger, H., & Hoek, H. (2020). Severe and enduring anorexia nervosa: Update and observations about the current clinical reality. *The International journal of eating disorders*, *53*(8), 1303–1312. https://doi.org/10.1002/eat.23283

Wu, X., Yin, W., Sun, H., Yang, S., Li, X. & Liu, H. (2019). The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *PloS one*, *14*(10), e0222777. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222777

ANEXOS

Anexo A – Parecer da Comissão de Ética da UFP

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Dar conhecimento à aluna e orientador(a).
19.set.2023

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Pedro Reis
Diretor da FCHS

Nº	Data
FCHS/PSC – 437/23	18 de Julho de 2023

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética apreciou o projeto de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, apresentado por Sofia Miranda Dias, intitulado "Fatores de risco no desenvolvimento infantil e adolescente que contribuem para a génese de Perturbações da Alimentação e Ingestão".

O presente estudo pretende explorar possíveis fatores de risco ao longo do desenvolvimento infantil e adolescente que permitam uma perspetiva compreensiva para desenvolver um quadro psicopatológico de PAI. Deste modo, os objetivos específicos passam por: A) Contribuir para a caracterização clínica das PAI; B) Caracterizar e contextualizar o início sintomático associado ao desenvolvimento das PAI; C) Explorar possíveis fatores de risco ao longo do desenvolvimento infantil e adolescente que permitam uma perspetiva compreensiva para desenvolver um quadro psicopatológico de PAI.

A Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à realização deste projeto, desde que:

- Após fornecer informações ao potencial participante, seja solicitado o assentimento informado no próprio formulário online onde serão preenchidos os instrumentos. O acesso ao questionário deverá ser condicionado à obtenção deste assentimento, sendo impedido o participante de aceder ao questionário caso não assinale que dá o seu assentimento.

- No final do formulário, sejam fornecidas informações sobre o objeto de estudo (Perturbação do Comportamento Alimentar, Perturbações da Alimentação e Ingestão), assim como instruções e recursos disponíveis para o participante poder procurar ajuda, caso seja necessário. Parece necessário que entre a informação para a obtenção do assentimento informado seja especificado igualmente o participante poderá obter informação sobre estas perturbações no final do questionário.

- No formulário online, as perguntas não sejam obrigatórias, de forma a garantir que o participante terá a liberdade de responder ou não às mesmas.

- Sejam obtidas as autorizações para a utilização dos instrumentos a utilizar.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Inês Lopes Cardoso

FUNDAÇÃO ENSINO E CULTURA "FERNANDO PESSOA"
NIPC. 502 057 602 • Reg. Comercial nº.26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

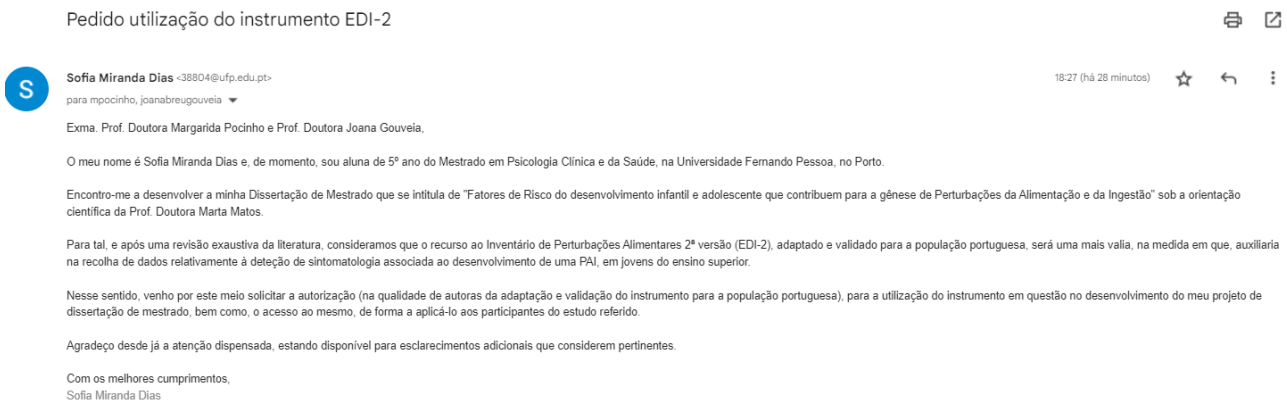
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto · Portugal
T. +351 22 507 1300* • https://www.ufp.pt
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Carlos da Maia, 296 • 4200-150 Porto · Portugal
T. +351 22 507 4630* • https://www.ufp.pt
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto · Portugal
T. +351 22 507 1300* • https://www.ufp.pt
geral@fundacaofernandopessoa.pt

* (chamada para a rede fixa nacional)

Anexo B – Pedido de utilização do instrumento EDI-2



Pedido utilização do instrumento EDI-2

Sofia Miranda Dias <38804@ufp.edu.pt> 18:27 (há 28 minutos)

para mpocinho, joanabreugouveia

Exma. Prof. Doutora Margarida Pocinho e Prof. Doutora Joana Gouveia,

O meu nome é Sofia Miranda Dias e, de momento, sou aluna de 5º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

Encontro-me a desenvolver a minha Dissertação de Mestrado que se intitula de "Fatores de Risco do desenvolvimento infantil e adolescente que contribuem para a gênese de Perturbações da Alimentação e da Ingestão" sob a orientação científica da Prof. Doutora Marta Matos.

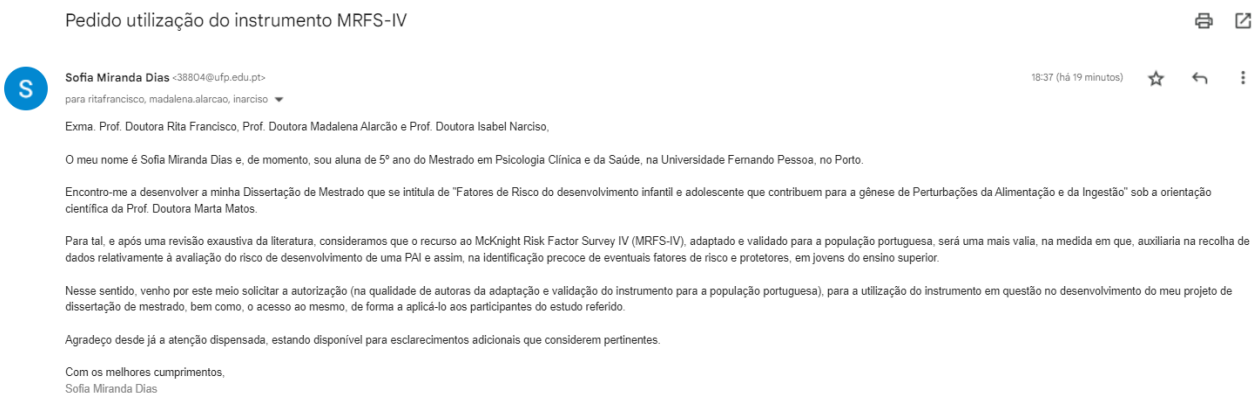
Para tal, e após uma revisão exaustiva da literatura, consideramos que o recurso ao Inventário de Perturbações Alimentares 2ª versão (EDI-2), adaptado e validado para a população portuguesa, será uma mais valia, na medida em que, auxiliaria na recolha de dados relativamente à deteção de sintomatologia associada ao desenvolvimento de uma PAI, em jovens do ensino superior.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a autorização (na qualidade de autoras da adaptação e validação do instrumento para a população portuguesa), para a utilização do instrumento em questão no desenvolvimento do meu projeto de dissertação de mestrado, bem como, o acesso ao mesmo, de forma a aplicá-lo aos participantes do estudo referido.

Agradeço desde já a atenção dispensada, estando disponível para esclarecimentos adicionais que considerem pertinentes.

Com os melhores cumprimentos,
Sofia Miranda Dias

Anexo C – Pedido de utilização do instrumento MRFS-IV



Pedido utilização do instrumento MRFS-IV

Sofia Miranda Dias <38804@ufp.edu.pt> 18:37 (há 19 minutos)

para ritafrancisco, madalena.alarcao, inarciso

Exma. Prof. Doutora Rita Francisco, Prof. Doutora Madalena Alarcão e Prof. Doutora Isabel Narciso,

O meu nome é Sofia Miranda Dias e, de momento, sou aluna de 5º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

Encontro-me a desenvolver a minha Dissertação de Mestrado que se intitula de "Fatores de Risco do desenvolvimento infantil e adolescente que contribuem para a gênese de Perturbações da Alimentação e da Ingestão" sob a orientação científica da Prof. Doutora Marta Matos.

Para tal, e após uma revisão exaustiva da literatura, consideramos que o recurso ao McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV), adaptado e validado para a população portuguesa, será uma mais valia, na medida em que, auxiliaria na recolha de dados relativamente à avaliação do risco de desenvolvimento de uma PAI e assim, na identificação precoce de eventuais fatores de risco e protetores, em jovens do ensino superior.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a autorização (na qualidade de autoras da adaptação e validação do instrumento para a população portuguesa), para a utilização do instrumento em questão no desenvolvimento do meu projeto de dissertação de mestrado, bem como, o acesso ao mesmo, de forma a aplicá-lo aos participantes do estudo referido.

Agradeço desde já a atenção dispensada, estando disponível para esclarecimentos adicionais que considerem pertinentes.

Com os melhores cumprimentos,
Sofia Miranda Dias

Anexo D – Declaração de Assentimento Informado

A presente recolha de dados insere-se numa investigação intitulada “Fatores de risco associados às Perturbações da Alimentação e da Ingestão e a sua interação com as Características Clínicas e Psicológicas”, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa.

Os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e anónima e destinam-se unicamente para fins de investigação

Solicitamos a sua colaboração neste estudo e, caso aceite participar, agradecemos que responda com a maior sinceridade possível às perguntas colocadas, tendo em consideração que não existem respostas certas ou erradas. Certifique-se de que respondeste a todas as questões. A sua participação é voluntária e caso queira interromper a mesma, não existirá qualquer consequência negativa.

Se concordar em colaborar na presente investigação, pedimos que assinale o espaço abaixo indicado, de forma a prosseguir para o questionário.

Obrigada pela sua colaboração,

Sofia Miranda Dias.

.

Declaro que aceito participar no presente projeto de investigação intitulado "Fatores de risco associados às Perturbações da Alimentação e da Ingestão e a sua interação com as Características Clínicas e Psicológicas ".

	Compreendi a explicação sobre a investigação e as condições de participação;
	Tenho 18 ou mais anos de idade;
	Consinto em participar voluntariamente no estudo;

Anexo E – Questionário Sociodemográfico

Toda a informação obtida através deste questionário é anónima e confidencial e tem apenas o propósito de ser analisada para fins de investigação.
Agradeço desde já a sua colaboração.

1- Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ 2- Idade: _____ anos _____

3- Sexo: _____ 4- Nacionalidade: _____

5- Estado Civil: ( ) Solteiro;
( ) Casado ou União de Facto;
( ) Separado ou Divorciado;
( ) Outro _____

6- Habilitações Literárias (em curso): ( ) Ensino Universitário;

5.1- Quando inciou?
( ) Início no ano letivo 2020/2021;
( ) Início no ano letivo 2021/2022;
( ) Início no ano letivo 2022/2023;
( ) Início no ano letivo 2023/2024;
( ) Outro; Qual? _____
5.2- Curso: _____
5.3- Alguma retenção académica (ensino primário, básico, secundário)?
_____

7- Constituição Agregado Familiar: ( ) Pai;
( ) Mãe;
( ) Irmãos;
( ) Outros _____

8- Histórico de Perturbações da Alimentação e Ingestão na família?
( ) Sim;
( ) Não;

Se sim, por parte de quem e há quanto tempo? _____
_____

9- Gostaria de acrescentar alguma informação adicional? _____
_____
_____

Anexo F – McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV) - Versão Masculina

(Shisslak et al., 1999; versão portuguesa Francisco, Alarcão & Narciso, 2011)

As questões que se seguem dizem respeito ao que é ser-se rapaz hoje em dia. Não há respostas certas ou erradas. Só queremos saber o que pensa.

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Nunca	Um pouco	Às vezes	Muito	Sempre
1	2	3	4	5

1. No último ano, com que frequência se sentiu confiante?	**1 2 3 4 5**
2. No último ano, com que frequência fez dieta PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
3. No último ano, com que frequência se preocupou com o facto de ter gordura ("banhas") no corpo?	**1 2 3 4 5**
4. No último ano, com que frequência fez jejum (não comeu) durante um dia ou mais PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
5. No último ano, com que frequência bebeu álcool quando estava sozinho ou com amigos(as)?	**1 2 3 4 5**
6. No último ano, com que frequência comeu menos do que o habitual quando estava aborrecido?	**1 2 3 4 5**
7. No último ano, com que frequência se sentiu gordo?	**1 2 3 4 5**
8. No último ano, com que frequência tentou perder peso?	**1 2 3 4 5**
9. No último ano, com que frequência pensou que queria ser mais magro?	**1 2 3 4 5**
10. No último ano, com que frequência o seu pai fez algum comentário acerca do seu peso ou da sua alimentação que o fez sentir mal? (*Lembre-se que "pai" é o adulto do sexo masculino que na sua vida se comporta mais como pai para si.*)	**0** Eu não tenho contacto com ninguém que eu considere como "pai" **1 2 3 4 5**
11. No último ano, com que frequência mudou a sua alimentação quando estava com outros rapazes?	**1 2 3 4 5**
12. No último ano, com que frequência teve alguém que o ouvisse quando precisou de conversar?	**1 2 3 4 5**
13. No último ano, com que frequência reduziu aquilo que comeu PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
14. No último ano, com que frequência consumiu drogas?	**1 2 3 4 5**

15. No último ano, com que frequência comeu menos do que o habitual para tentar sentir-se melhor consigo mesmo?	**1 2 3 4 5**
16. No último ano, com que frequência teve alguém com quem partilhar as suas preocupações e receios mais íntimos?	**1 2 3 4 5**
17. No último ano, com que frequência outros rapazes (incluindo irmãos) gozaram consigo por causa do seu peso?	**1 2 3 4 5**
18. No último ano, com que frequência tomou laxantes ou diuréticos PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
19. No último ano, com que frequência se sentiu feio?	**1 2 3 4 5**
20. No último ano, com que frequência "saltou" refeições PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
21. No último ano, com que frequência gostou da maioria das coisas em si?	**1 2 3 4 5**

Nunca	**Um pouco**	**Às vezes**	**Muito**	**Sempre**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

22. No último ano, com que frequência teve dores de cabeça?	**1 2 3 4 5**
23. No último ano, com que frequência começou a comer e sentiu que não conseguia parar?	**1 2 3 4 5**
24. No último ano, com que frequência um professor ou treinador fez algum comentário acerca do seu peso que o fez sentir-se mal?	**1 2 3 4 5**
25. No último ano, com que frequência comeu mais do que o habitual quando estava aborrecido?	**1 2 3 4 5**
26. No último ano, com que frequência fumou tabaco?	**1 2 3 4 5**
27. No último ano, com que frequência se sentiu sem valor?	**1 2 3 4 5**
28. No último ano, com que frequência reparou que não tinha tanta energia como costuma ter?	**1 2 3 4 5**
29. No último ano, com que frequência fez exercício físico PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
30. No último ano, com que frequência se sentiu "em baixo" ou "deprimido"?	**1 2 3 4 5**
31. No último ano, com que frequência se sentiu giro?	**1 2 3 4 5**
32. No último ano, com que frequência teve dores de estômago?	**1 2 3 4 5**

33. No último ano, com que frequência tentou mudar o seu peso para não ser gozado por raparigas (incluindo irmãs)?	**1 2 3 4 5**
34. No último ano, com que frequência PROVOCOU o vómito PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
35. No último ano, com que frequência se sentiu feliz por ser como é?	**1 2 3 4 5**
36. No último ano, com que frequência comeu menos doces ou gorduras PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
37. No último ano, com que frequência raparigas (incluindo irmãs) gozaram consigo por causa do seu peso?	**1 2 3 4 5**
38. No último ano, com que frequência a sua mãe fez algum comentário acerca do seu peso ou da sua alimentação que o fez sentir-se mal? (*Lembre-se que "mãe" é o adulto do sexo feminino que na sua vida se comporta mais como mãe para si.*)	**0** Eu não tenho contacto com ninguém que eu considere como "mãe" **1 2 3 4 5**
39. No último ano, com que frequência teve alguém para o ajudar a compreender um problema quando precisou?	**1 2 3 4 5**
40. No último ano, com que frequência comeu menos do que o habitual quando estava chateado?	**1 2 3 4 5**
41. No último ano, com que frequência tomou comprimidos PARA EMAGRECER?	**1 2 3 4 5**
42. No último ano, com que frequência comeu mais do que o habitual para tentar sentir-se melhor consigo mesmo?	**1 2 3 4 5**
43. No último ano, com que frequência os seus amigos falaram sobre o desejo de perder peso?	**1 2 3 4 5**
44. No último ano, com que frequência mudou a sua alimentação quando estava com raparigas?	**1 2 3 4 5**
45. No último ano, com que frequência teve dificuldade em concentrar-se?	**1 2 3 4 5**
46. No último ano, com que frequência comeu mais do que o habitual quando estava chateado?	**1 2 3 4 5**

Nunca	**Um pouco**	**Às vezes**	**Muito**	**Sempre**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

47. No último ano, com que frequência teve dificuldade em divertir-se em actividades com que habitualmente se divertia?	**1 2 3 4 5**

48. No último ano, com que frequência comeu uma grande quantidade de comida num curto espaço de tempo, SEM ser a uma refeição ou numa festa?	**1 2 3 4 5**
49. No último ano, com que frequência tentou mudar o seu peso para não ser gozado por rapazes (incluindo irmãos)?	**1 2 3 4 5**
50. No último ano, com que frequência as fotografias/imagens de rapazes/homens magros o fizeram desejar ser magro?	**1 2 3 4 5**

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Absolutamente nada	**Pouco**	**Relativamente**	**Muito**	**Totalmente**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

51. No último ano, em que medida se preocupou com a possibilidade de ganhar 1 quilo?	**1 2 3 4 5**
52. Se as raparigas (incluindo irmãs) gozaram consigo por causa do seu peso no último ano, em que medida é que isso mudou o modo como se sente consigo próprio?	**0** Eu não fui gozado **1 2 3 4 5**
53. No último ano, em que medida o seu peso influenciou o modo como se sentes consigo próprio?	**1 2 3 4 5**
54. No último ano, em que medida se sentiu feliz com o aspecto do seu corpo?	**1 2 3 4 5**
55. Em que medida pensa que, no último ano, o seu peso fez com que as raparigas NÃO gostassem de si?	**1 2 3 4 5**
56. No último ano, em que medida foi importante para os seus amigos que você fosse magro?	**1 2 3 4 5**
57. Se os rapazes (incluindo irmãos) gozaram consigo por causa do seu peso no último ano, em que medida é que isso mudou o modo como se sente consigo próprio?	**0** Eu não fui gozado **1 2 3 4 5**
58. No último ano, em que medida tentou ser parecido com os rapazes ou homens que vê na televisão, nos filmes ou nas revistas?	**1 2 3 4 5**
59. No último ano, em que medida foi importante para a sua mãe que você fosse magro? (*Lembre-se que "mãe" é o adulto do sexo feminino que na sua vida se comporta mais como mãe para si.*)	**0** Eu não tenho contacto com ninguém que eu considere como "mãe" **1 2 3 4 5**
60. Em que medida pensa que, no último ano, o seu peso fez com que outros rapazes NÃO gostassem de si?	**1 2 3 4 5**
61. No último ano, em que medida foi importante para o seu pai que você fosse magro? (*Lembre-se que "pai" é o adulto do sexo masculino que na sua vida se comporta mais como pai para si.*)	**0** **1 2 3 4 5** Eu não tenho contacto com

	ninguém que eu considere como "pai"
62. No último ano, em que medida foi importante para os(as) <u>seus(suas) amigos(as)</u> serem magros(as)?	**1 2 3 4 5**

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Não	**Sim**
0	**1**

64. Já alguma vez namorou/saiu com alguém? Se **Sim**, que idade tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?	**0** **1** ___ anos
65. Este ano está numa escola diferente daquela onde esteve o ano passado?	**0** **1**
66. No último ano, o seu corpo mudou? Se **Sim**, em que medida se sente incomodado com as mudanças no seu corpo? **1** Absolutamente nada **2** Pouco **3** Relativamente **4** Muito **5** Totalmente	**0** **1**
67. No último ano, terminou algum namoro?	**0** **1**
68. No último ano, esteve gravemente doente ou lesionado?	**0** **1**
69. No último ano, perdeu algum(a) amigo(a) (por exemplo, por causa de uma discussão ou mudança de escola/casa)?	**0** **1**
70. No último ano, algum dos seus animais de estimação morreu?	**0** **1**
71. No último ano, sentiu-se rejeitado por alguém importante para si?	**0** **1**
72. No último ano, sentiu-se ameaçado <u>na escola</u>?	**0** **1**
73. No último ano, morreu alguém importante para si?	**0** **1**
74. No último ano, os seus pais separaram-se ou divorciaram-se?	**0** **1**
75. No último ano, sentiu-se ameaçado <u>fora da escola</u>?	**0** **1**
76. No último ano, houve outras pessoas que notaram mudanças no seu corpo? Se **Sim**, em que medida se sentiu incomodado por outras pessoas notarem mudanças no seu corpo?	**0** **1**

1 Absolutamente nada	2 Pouco	3 Relativamente	4 Muito	5 Totalmente		
77. No último ano, algum dos seus pais voltou a casar?					**0**	**1**
78. No último ano, foi vocalista de um grupo musical ou pertenceu a um grupo de dança?					**0**	**1**
79. No último ano, teve que tomar medicamentos para o ajudar a estar atento e melhorar as suas notas?					**0**	**1**
80. No último ano, teve que tomar insulina para o ajudar a controlar a Diabetes?					**0**	**1**
81. No último ano, sentiu, ou outras pessoas disseram-lhe, que come menos do que devia?					**0**	**1**

82. Por favor, coloque um círculo à volta da opção que corresponde à pessoa com quem conversa quando tem um problema: (*Pode escolher mais do que uma opção*)

A. Mãe

B. Pai

C. Madrasta

D. Padrasto

E. Irmão/Meio-irmão

F. Irmã/Meia-irmã

G. Outro familiar: _____

H. Amigo(a)

I. Namorada(o)

J. Professor(a)

L. Treinador(a)

M. Psicólogo(a)

N. Padre/Pastor

O. Outra pessoa: _____

P. Ninguém

83. No último ano, como têm sido os seus resultados na escola, de uma maneira geral?

0	**1**	**2**	**3**
Negativos	Suficientes	Bons	Muito Bons

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Nunca	**Um pouco**	**Às vezes**	**Muito**	**Sempre**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

84. Na minha família, só se aceitam desempenhos excelentes.	**1 2 3 4 5**
85. Eu esforço-me muito para não desapontar os meus pais e professores.	**1 2 3 4 5**
86. Eu preciso de ser o melhor em tudo.	**1 2 3 4 5**
87. Eu sinto que devo fazer as coisas na perfeição ou então prefiro não as fazer.	**1 2 3 4 5**
88. Eu tenho objectivos extremamente elevados.	**1 2 3 4 5**
89. Com que frequência se preocupa com o que as outras pessoas pensam de si?	**1 2 3 4 5**

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Nada importante	**Pouco importante**	**Importante**	**Muito importante**	**Extremamente importante**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

90. Para se sentir bem consigo próprio, em que medida é importante ser <u>forte fisicamente</u>?	**1 2 3 4 5**
91. Para se sentir bem consigo próprio, em que medida é importante ser <u>inteligente</u>?	**1 2 3 4 5**
92. Para se sentir bem consigo próprio, em que medida é importante ser <u>magro</u>?	**1 2 3 4 5**
93. Para se sentir bem consigo próprio, em que medida é importante <u>defender os seus direitos ou opiniões</u>?	**1 2 3 4 5**

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Não	**Sim**
0	**1**

94. No último ano, houve algum homem importante na sua vida que você admirasse e/ou com quem conversasse sobre as coisas que lhe acontecem?	**0**	**1**
95. Já alguém lhe disse que você tem uma perturbação do comportamento alimentar (como anorexia ou bulimia)?	**0**	**1**
96. Está a estudar/treinar para ser bailarino ou dançarino profissional?	**0**	**1**
97. Pensa que tem uma perturbação do comportamento alimentar actualmente (como anorexia ou bulimia)?	**0**	**1**
98. No último ano, treinou ao nível de competição nalgum dos desportos que se seguem:		
Patinagem	**0**	**1**
Natação	**0**	**1**
Ginástica	**0**	**1**
Atletismo	**0**	**1**
99. Já alguém na sua família teve uma perturbação do comportamento alimentar?	**0**	**1**
100. No último ano, sentiu-se pressionado para ter relações sexuais?	**0**	**1**

101. Assinale com uma cruz as actividades EM QUE PARTICIPA que o fazem sentir muito bem consigo mesmo:

__ **Desportos organizados** (por exemplo, basquetebol, voleibol, futebol)

__ **Natação/Saltos para a água**

__ **Atletismo**

__ **Ginástica**

__ **Serviço Comunitário** (por exemplo, voluntariado num Hospital ou no Jardim Zoológico)

__ **Escutismo**

__ **Grupos de jovens da Igreja**

__ **Jornal/Clube de Escrita/Rádio escolar**

__ **Dança**

__ **Teatro**

__ **Música/Banda/Coro**

__ **Outra** (por favor, escreva qual: _____)

Anexo G – McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV) - Versão Feminina

(Shisslak et al., 1999; versão portuguesa Francisco, Alarcão & Narciso, 2011)

As questões que se seguem dizem respeito ao que é ser-se rapariga hoje em dia. Não há respostas certas ou erradas. Só queremos saber o que pensa.

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Nunca	Um pouco	Às vezes	Muito	Sempre
1	2	3	4	5

1. No último ano, com que frequência se sentiu confiante?	**1 2 3 4 5**
2. No último ano, com que frequência fez dieta PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
3. No último ano, com que frequência se preocupou com o facto de ter gordura ("banhas") no corpo?	**1 2 3 4 5**
4. No último ano, com que frequência fez jejum (não comeu) durante um dia ou mais PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
5. No último ano, com que frequência bebeu álcool quando estava sozinha ou com amigos(as)?	**1 2 3 4 5**
6. No último ano, com que frequência comeu menos do que o habitual quando estava aborrecida?	**1 2 3 4 5**
7. No último ano, com que frequência se sentiu gorda?	**1 2 3 4 5**
8. No último ano, com que frequência tentou perder peso?	**1 2 3 4 5**
9. No último ano, com que frequência pensou que queria ser mais magra?	**1 2 3 4 5**
10. No último ano, com que frequência o seu pai fez algum comentário acerca do seu peso ou da sua alimentação que a fez sentir mal? (*Lembre-se que "pai" é o adulto do sexo masculino que na sua vida se comporta mais como pai para si.*)	**0** Eu não tenho contacto com ninguém que eu considere como "pai" **1 2 3 4 5**
11. No último ano, com que frequência mudou a sua alimentação quando estava com outras raparigas?	**1 2 3 4 5**
12. No último ano, com que frequência teve alguém que a ouvisse quando precisou de conversar?	**1 2 3 4 5**
13. No último ano, com que frequência reduziu aquilo que comeu PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
14. No último ano, com que frequência consumiu drogas?	**1 2 3 4 5**

15. No último ano, com que frequência comeu menos do que o habitual para tentar sentir-se melhor consigo mesma?	**1 2 3 4 5**
16. No último ano, com que frequência teve alguém com quem partilhar as suas preocupações e receios mais íntimos?	**1 2 3 4 5**
17. No último ano, com que frequência outras raparigas (incluindo irmãs) gozaram consigo por causa do seu peso?	**1 2 3 4 5**
18. No último ano, com que frequência tomou laxantes ou diuréticos PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
19. No último ano, com que frequência se sentiu feia?	**1 2 3 4 5**
20. No último ano, com que frequência "saltou" refeições PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
21. No último ano, com que frequência gostou da maioria das coisas em si?	**1 2 3 4 5**

Nunca	**Um pouco**	**Às vezes**	**Muito**	**Sempre**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

22. No último ano, com que frequência teve dores de cabeça?	**1 2 3 4 5**
23. No último ano, com que frequência começou a comer e sentiu que não conseguia parar?	**1 2 3 4 5**
24. No último ano, com que frequência um professor ou treinador fez algum comentário acerca do seu peso que a fez sentir-se mal?	**1 2 3 4 5**
25. No último ano, com que frequência comeu mais do que o habitual quando estava aborrecida?	**1 2 3 4 5**
26. No último ano, com que frequência fumou tabaco?	**1 2 3 4 5**
27. No último ano, com que frequência se sentiu sem valor?	**1 2 3 4 5**
28. No último ano, com que frequência reparou que não tinha tanta energia como costuma ter?	**1 2 3 4 5**
29. No último ano, com que frequência fez exercício físico PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
30. No último ano, com que frequência se sentiu "em baixo" ou "deprimida"?	**1 2 3 4 5**
31. No último ano, com que frequência se sentiu gira?	**1 2 3 4 5**
32. No último ano, com que frequência teve dores de estômago?	**1 2 3 4 5**
33. No último ano, com que frequência tentou mudar o seu peso para não ser gozada por rapazes (incluindo irmãos)?	**1 2 3 4 5**

34. No último ano, com que frequência PROVOCOU o vómito PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
35. No último ano, com que frequência se sentiu feliz por ser como é?	**1 2 3 4 5**
36. No último ano, com que frequência comeu menos doces ou gorduras PARA PERDER PESO?	**1 2 3 4 5**
37. No último ano, com que frequência rapazes (incluindo irmãos) gozaram consigo por causa do seu peso?	**1 2 3 4 5**
38. No último ano, com que frequência a sua mãe fez algum comentário acerca do seu peso ou da sua alimentação que a fez sentir-se mal? (*Lembre-se que "mãe" é o adulto do sexo feminino que na sua vida se comporta mais como mãe para si.*)	**0** Eu não tenho contacto com ninguém que eu considere como "mãe" **1 2 3 4 5**
39. No último ano, com que frequência teve alguém para a ajudar a compreender um problema quando precisou?	**1 2 3 4 5**
40. No último ano, com que frequência comeu menos do que o habitual quando estava chateada?	**1 2 3 4 5**
41. No último ano, com que frequência tomou comprimidos PARA EMAGRECER?	**1 2 3 4 5**
42. No último ano, com que frequência comeu mais do que o habitual para tentar sentir-se melhor consigo mesma?	**1 2 3 4 5**
43. No último ano, com que frequência as suas amigas falaram sobre o desejo de perder peso?	**1 2 3 4 5**
44. No último ano, com que frequência mudou a sua alimentação quando estava com rapazes?	**1 2 3 4 5**
45. No último ano, com que frequência teve dificuldade em concentrar-se?	**1 2 3 4 5**
46. No último ano, com que frequência comeu mais do que o habitual quando estava chateada?	**1 2 3 4 5**

Nunca	**Um pouco**	**Às vezes**	**Muito**	**Sempre**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

47. No último ano, com que frequência teve dificuldade em divertir-se em actividades com que habitualmente se divertia?	**1 2 3 4 5**
48. No último ano, com que frequência comeu uma grande quantidade de comida num curto espaço de tempo, SEM ser a uma refeição ou numa festa?	**1 2 3 4 5**

49. No último ano, com que frequência tentou mudar o seu peso para não ser gozada por raparigas (incluindo irmãs)?	**1 2 3 4 5**
50. No último ano, com que frequência as fotografias/imagens de raparigas/mulheres magras a fizeram desejar ser magra?	**1 2 3 4 5**

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Absolutamente nada	Pouco	Relativamente	Muito	Totalmente
1	**2**	**3**	**4**	**5**

51. No último ano, em que medida se preocupou com a possibilidade de ganhar 1 quilo?	**1 2 3 4 5**
52. Se os rapazes (incluindo irmãos) gozaram consigo por causa do seu peso no último ano, em que medida é que isso mudou o modo como se sente consigo própria?	**0** Eu não fui gozada **1 2 3 4 5**
53. No último ano, em que medida o seu peso influenciou o modo como se sente consigo própria?	**1 2 3 4 5**
54. No último ano, em que medida se sente feliz com o aspecto do seu corpo?	**1 2 3 4 5**
55. Em que medida pensa que, no último ano, o seu peso fez com que os rapazes NÃO gostassem de si?	**1 2 3 4 5**
56. No último ano, em que medida foi importante para os seus amigos que você fosse magra?	**1 2 3 4 5**
57. Se as raparigas (incluindo irmãs) gozaram consigo por causa do seu peso no último ano, em que medida é que isso mudou o modo como se sente consigo própria?	**0** Eu não fui gozada **1 2 3 4 5**
58. No último ano, em que medida tentou ser parecida com as raparigas ou mulheres que vê na televisão, nos filmes ou nas revistas?	**1 2 3 4 5**
59. No último ano, em que medida foi importante para a sua mãe que você fosse magra? (*Lembre-se que "mãe" é o adulto do sexo feminino que na sua vida se comporta mais como mãe para si.*)	**0** Eu não tenho contacto com ninguém que eu considere como "mãe" **1 2 3 4 5**
60. Em que medida pensa que, no último ano, o seu peso fez com que outras raparigas NÃO gostassem de si?	**1 2 3 4 5**
61. No último ano, em que medida foi importante para o seu pai que você fosse magra? (*Lembre-se que "pai" é o adulto do sexo masculino que na sua vida se comporta mais como pai para si.*)	**0** Eu não tenho contacto com ninguém que eu considere como "pai" **1 2 3 4 5**

62. No último ano, em que medida foi importante para os(as) seus(suas) amigos(as) serem magros(as)?	**1 2 3 4 5**

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Não	**Sim**
0	**1**

63. Já teve a sua primeira menstruação? Se **Sim**, que idade tinha quando teve a sua primeira menstruação?	**0 1** ___ anos
64. Já alguma vez namorou/saiu com alguém? Se **Sim**, que idade tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?	**0 1** ___ anos
65. Este ano está numa escola diferente daquela onde esteve o ano passado?	**0 1**
66. No último ano, o seu corpo mudou? Se **Sim**, em que medida se sente incomodada com as mudanças no seu corpo? **1** Absolutamente nada **2** Pouco **3** Relativamente **4** Muito **5** Totalmente	**0 1**
67. No último ano, terminou algum namoro?	**0 1**
68. No último ano, esteve gravemente doente ou lesionada?	**0 1**
69. No último ano, perdeu algum(a) amigo(a) (por exemplo, por causa de uma discussão ou mudança de escola/casa)?	**0 1**
70. No último ano, algum dos seus animais de estimação morreu?	**0 1**
71. No último ano, sentiu-se rejeitada por alguém importante para si?	**0 1**
72. No último ano, sentiu-se ameaçada na escola?	**0 1**
73. No último ano, morreu alguém importante para si?	**0 1**
74. No último ano, os seus pais separaram-se ou divorciaram-se?	**0 1**
75. No último ano, sentiu-se ameaçada fora da escola?	**0 1**
76. No último ano, houve outras pessoas que notaram mudanças no seu corpo?	**0 1**

Se **Sim**, em que medida se sente incomodada por outras pessoas notarem mudanças no seu corpo? **1** Absolutamente nada **2** Pouco **3** Relativamente **4** Muito **5** Totalmente	
77. No último ano, algum dos seus pais voltou a casar?	**0** **1**
78. No último ano, foi vocalista de um grupo musical ou pertenceu a um grupo de dança?	**0** **1**
79. No último ano, teve que tomar medicamentos para a ajudar a estar atenta e melhorar as suas notas?	**0** **1**
80. No último ano, teve que tomar insulina para a ajudar a controlar a Diabetes?	**0** **1**
81. No último ano, sentiu, ou outras pessoas disseram-lhe, que come menos do que devia?	**0** **1**

82. Por favor, coloque um círculo à volta da opção que corresponde à pessoa com quem conversa quando tem um problema: (*Pode escolher mais do que uma opção*)

A. Mãe
B. Pai
C. Madrasta
D. Padrasto
E. Irmão/Meio-irmão
F. Irmã/Meia-irmã
G. Outro familiar: _____
H. Amigo(a)
I. Namorado(a)
J. Professor(a)
L. Treinador(a)
M. Psicólogo(a)
N. Padre/Pastor
O. Outra pessoa: _____
P. Ninguém

83. No último ano, como têm sido os seus resultados na escola, de uma maneira geral?

0 Negativos **1** Suficientes **2** Bons **3** Muito Bons

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Nunca	**Um pouco**	**Às vezes**	**Muito**	**Sempre**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

84. Na minha família, só se aceitam desempenhos excelentes.	**1 2 3 4 5**
85. Eu esforço-me muito para não desapontar os meus pais e professores.	**1 2 3 4 5**

86. Eu preciso de ser a melhor em tudo.	**1 2 3 4 5**
87. Eu sinto que devo fazer as coisas na perfeição ou então prefiro não as fazer.	**1 2 3 4 5**
88. Eu tenho objectivos extremamente elevados.	**1 2 3 4 5**
89. Com que frequência se preocupa com o que as outras pessoas pensam de si?	**1 2 3 4 5**

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Nada importante	**Pouco importante**	**Importante**	**Muito importante**	**Extremamente importante**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

90. Para se sentir bem consigo própria, em que medida é importante ser <u>forte fisicamente</u>?	**1 2 3 4 5**
91. Para se sentir bem consigo própria, em que medida é importante ser <u>inteligente</u>?	**1 2 3 4 5**
92. Para se sentir bem consigo própria, em que medida é importante ser <u>magra</u>?	**1 2 3 4 5**
93. Para se sentir bem consigo própria, em que medida é importante <u>defender os seus direitos ou opiniões</u>?	**1 2 3 4 5**

Para as perguntas que se seguem, escolha uma das seguintes alternativas:

Não	**Sim**
0	**1**

94. No último ano, houve alguma mulher importante na sua vida que você admirasse e/ou com quem conversasse sobre as coisas que lhe acontecem?	**0**	**1**
95. Já alguém lhe disse que tem uma perturbação do comportamento alimentar (como anorexia ou bulimia)?	**0**	**1**
96. Está a estudar/treinar para ser bailarina ou dançarina profissional?	**0**	**1**
97. Pensa que tem uma perturbação do comportamento alimentar actualmente (como anorexia ou bulimia)?	**0**	**1**
98. No último ano, treinou ao <u>nível de competição</u> nalgum dos desportos que se seguem:		
Patinagem	**0**	**1**
Natação	**0**	**1**
Ginástica	**0**	**1**

Atletismo	**0**	**1**
99. Já alguém na sua família teve uma perturbação do comportamento alimentar?	**0**	**1**
100. No último ano, sentiu-se pressionada para ter relações sexuais?	**0**	**1**

101. Assinale com uma cruz as actividades EM QUE PARTICIPA que a fazem sentir muito bem consigo mesma:

__ **Desportos organizados** (por exemplo, basquetebol, voleibol, futebol)

__ **Natação/Saltos para a água**

__ **Atletismo**

__ **Ginástica**

__ **Serviço Comunitário** (por exemplo, voluntariado num Hospital ou no Jardim Zoológico)

__ **Escutismo**

__ **Grupos de jovens da Igreja**

__ **Jornal/Clube de Escrita/Rádio escolar**

__ **Dança**

__ **Teatro**

__ **Música/Banda/Coro**

__ **Outra** (por favor, escreva qual: _____)

Anexo H – Valores do teste de Normalidade às variáveis do estudo (*Teste de Shapiro Wilk*)

Tabela 12 *Teste de Shapiro Wilk (MRFS-IV)*

MRFS-IV	N	Estatística	Sig.
Fatores de Risco			
F1	38	,960	**,188**
F2		,973	**,481**
F3		,678	<,001
F4		,872	<,001
F5		,739	<,001
F6		,909	**,005**
F7		,824	<,001
F8		,935	**,028**
F9		,966	**,293**
Indicadores			
I1	38	,914	**,115**
I2		,909	**,095**
I3		,945	**,378**
I4		,809	**,003**
I5		,834	**,006**
I6		,871	**,023**
I7		,801	**,002**
I8		,450	<,001

Tabela 13 *Teste de Shapiro Wilk (EDI-2)*

EDI-2 (Dimensões)	**N**	**Estatística**	**Sig.**
TE	38	,869	**,075**
B		,803	**,010**
IC		,921	**,327**
I		,897	**,168**
P		,862	**,061**
DI		,912	**,257**
CI		,866	**,069**
MM		,972	**,902**
A		,879	**,101**
RI		,899	**,179**
MS		,930	**,412**