

MARIA DEL CARMEN BENTO TEIXEIRA

**ESTUDO DE ATITUDES E COMPORTAMENTOS
ALIMENTARES NUMA POPULAÇÃO ADOLESCENTE**

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

2008

Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica, apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra

Orientador:

Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos

Professor Auxiliar com Agregação, Faculdade de Medicina, Universidade
de Coimbra

Co-orientador:

Doutor Jorge Manuel Tavares Saraiva

Professor Associado Convidado com Agregação, Faculdade de Medicina,
Universidade de Coimbra

A quem chegou,

aos que cá estão,

aos que já partiram...

AGRADECIMENTOS

A conclusão do presente trabalho teria sido muito mais difícil sem o contributo de várias pessoas, às quais venho sinceramente agradecer:

Ao **Prof. Doutor António Ferreira de Macedo e Santos** por toda a ajuda, orientação e ensinamentos na metodologia de investigação. Pela paciência demonstrada, não só durante o processo de elaboração, como na revisão desta dissertação e pela forma sempre cuidada de fazer críticas e de dar sugestões.

Ao **Prof. Doutor Jorge Manuel Tavares Saraiva** pela oportunidade que me concedeu de integrar a sua equipa de trabalho, pelo incentivo na realização do mestrado e na escolha do tema que considero estimulante.

No Instituto de Psicologia Médica à Directora **Professora Doutora Maria Helena Pinto de Azevedo**, que apesar de não me conhecer, me recebeu de braços abertos, encorajando a realização do presente trabalho. À **Mestre Ana Telma Pereira** pela total disponibilidade, pela paciência e pelos conselhos, bem como pelas palavras de incentivo em momentos menos serenos. À **Mestre Maria João Soares**, pelas sugestões e ensinamentos sobre a metodologia estatística e de processamento dos dados.

Agradeço também aos professores do mestrado pelos ensinamentos, em especial à **Prof. Doutora Maria Helena Saldanha** e **Prof. Doutora Lelita Santos**, coordenadoras do mesmo, pelo interesse e encorajamento que sempre manifestaram em relação a este trabalho.

Aos professores que cederam tempo das suas aulas para aplicação dos inquéritos; e aos estudantes que tão generosamente colaboraram neste projecto, aceitando, sem reservas, responder aos instrumentos de avaliação utilizados.

Ao meu esposo, **Paulo Jorge Duarte Cortesão**, pelo apoio e pela paciência, sem o qual, o caminho até ao fim deste trabalho seria bem mais difícil. Aos meus filhos **Paulo Miguel e Márcia Del Carmen**, pela paciência e por lembrarem-me que o trabalho é importante, mas a família é o pilar do nosso bem-estar.

Aos meus sogros, **José Salgado Cortesão** e **M^a Helena de Jesus Duarte**, sempre dispostos a ajudar.

A minha prima **Fernanda Teixeira**, pela correcção da tradução da Escala de Perfeccionismo de Crianças e Adolescentes.

Ao meu irmão, **Raúl Manuel Bento** (que partiu subitamente há pouco tempo e é o meu anjo da guarda) e que sempre me encorajou na área profissional.

Mais do que tudo e por tudo, agradeço aos meus pais, **Carmo Gonçalves Teixeira** (que está comigo) e **José Bento Manata** (que já partiu), pois a melhor forma de ensinar seu amor foi através do carinho, apoio e educação que sempre me transmitiram, e por isso, este trabalho também é deles.

A todos o meu sincero Muito Obrigada!

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 11 |
| PARTE I – REVISÃO TEÓRICA..... | 13 |
| 1. Distúrbios do Comportamento Alimentar..... | 15 |
| 2. Perfeccionismo..... | 47 |
| 3. Perfeccionismo de Distúrbios do Comportamento Alimentar..... | 61 |
| PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL..... | 65 |
| 1. Objectivos..... | 67 |
| 2. Instrumentos e Variáveis..... | 67 |
| 3. Amostra..... | 73 |
| 4. Procedimentos Éticos..... | 76 |
| 5. Estatística..... | 76 |
| 6. Resultados..... | 77 |
| 7. Discussão..... | 95 |
| 8. Conclusões..... | 103 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 105 |
| ANEXOS..... | 125 |

INTRODUÇÃO

Os Distúrbios do Comportamento Alimentar (DCA) caracterizam-se por uma psicopatologia primária que se centra sobre o medo mórbido de engordar, que por sua vez determina uma perturbação persistente do comportamento alimentar e por sinais/sintomas secundários à restrição alimentar e eventuais comportamentos compensatórios (i.e. comportamentos que visam contrariar os efeitos dos episódios de descontrolo alimentar – episódios bulímicos). Estes padrões disfuncionais determinam um prejuízo significativo da saúde física e do funcionamento psicossocial, que não é secundário a uma condição médica geral, nem outra doença psiquiátrica (Fairburn *et al*, 2003). Os DCA classificam-se em Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE). Embora existam importantes diferenças entre os 2 principais quadros - AN e BN, eles também partilham algumas características nucleares: 1) medo mórbido de engordar e 2) estratégias que visam controlar a forma e peso corporal. Outro aspecto em comum é que, tanto os anorécticos como os bulímicos, julgam o seu valor pessoal predominantemente em função do seu peso e forma corporal, relativamente aos quais se mostram quase sempre insatisfeitos, e com a capacidade de os controlar (Claudino *et al*, 2002). As PCASOE apresentam características que, aproximando-se da AN e da BN não preenchem totalmente os critérios de diagnóstico para as mesmas (Fairburn *et al*, 1995).

Nas últimas décadas tem vindo a verificar-se um aumento dos DCA, principalmente nos países ocidentais. Uma das causas para este aumento pode residir na adopção de padrões culturais que promovem a magreza como símbolo de perfeição e beleza. Esta pressão social leva a que muitas pessoas adquiram comportamentos alimentares inadequados para atingirem esse padrão de imagem corporal e numa pequena percentagem de indivíduos chega mesmo a desencadear DCA. São mais frequentes no sexo feminino, com uma prevalência que ronda os 0,3% para a AN e 1% para a BN (Hoek *et al.*, 2003). No sexo masculino a prevalência é francamente menor constituindo 6,5% dos DCA, 0,2% para AN e 0,4% para a BN (Kjelsas *et al.*, 2004). Em Portugal, existem poucos dados acerca da prevalência dos DCA: Um estudo realizado nas Escolas Secundárias dos Açores (Azevedo *et al.*, 1992) e dois realizados em Lisboa (Batista *et al.*, 1996; Carmo *et al.*, 1996).

Vários factores de risco têm sido implicados no desenvolvimento do DCA: adolescência, sexo feminino, viver numa sociedade ocidental; história familiar de DCA,

alcoolismo, depressão e obesidade; e algumas dimensões da personalidade tais como o perfeccionismo (Macedo *et al.*, 2002). Dos vários factores de risco, o perfeccionismo e a baixa auto-estima têm sido alvo de vários estudos (Fairburn *et al.*, 2003). Estes estudos chegaram à conclusão que o perfeccionismo (auto-orientado e socialmente prescrito) é um traço persistente que pode desempenhar um papel de factor de risco importante no desenvolvimento destas doenças (Hewitt *et al.*, 1995; Macedo *et al.*, 2004; Maia *et al.*, 2006). Nos doentes com DCA, o valor pessoal é equacionado em função de conseguirem atingir com êxito os seus elevados padrões pessoais, no que diz respeito ao controlo sobre a alimentação, o peso e a forma corporal (Shafran *et al.*, 2002). Assim, nestes indivíduos, o perfeccionismo expressa-se no domínio da alimentação, do peso e da forma corporal (Macedo *et al.*, 2006).

A decisão de desenvolver um trabalho nesta área surgiu pela necessidade de conhecer a realidade actual da nossa população adolescente. A avaliação de atitudes e comportamentos alimentares alterados em populações não clínicas é indispensável para monitorizar a sua evolução temporal, permitindo desenvolver precocemente estratégias para a prevenção. Em Portugal, existem actualmente poucos estudos na população escolar e nesta faixa etária, extrapolando dos resultados da literatura, é possível encontrar uma percentagem apreciável de atitudes e comportamentos disfuncionais.

O Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitude Test 40* – EAT-40, Garner & Garfinkel, 1979) é um dos instrumentos standardizados mais amplamente usados na avaliação das atitudes e comportamentos alimentares, não só em doentes com DCA, como também em populações não clínicas. A versão original foi adaptada e validada para a população portuguesa (Soares *et al.*, 2004), tendo o mesmo grupo adaptado uma versão reduzida do TAA (Pereira *et al.*, 2006, 2007)

A Escala de Perfeccionismo de Crianças e Adolescentes (*Child and Adolescent Perfectionism Scale* - EPCA, Hewitt and Flett, 1993) é um instrumento validado para aplicação na população infantil e adolescente. Esta escala reflecte uma conceptualização multidimensional do perfeccionismo, com várias dimensões (i.e. auto-orientado e socialmente prescrito).

Na revisão teórica, apresentaremos aspectos gerais dos DCA. Será igualmente desenvolvido o conceito de Perfeccionismo, bem como a sua relação com os DCA.

Na Contribuição Pessoal faremos a apresentação e discussão do trabalho que realizámos numa amostra de estudantes adolescentes.

PARTE I - REVISÃO TEÓRICA

1. DISTURBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

1.1) Introdução

A alimentação tem uma importância fundamental para o desenvolvimento adequado das crianças e dos adolescentes. A manutenção de um padrão alimentar adequado reflecte-se na saúde física e mental do jovem, permitindo o aproveitamento total do seu capital genético. Um padrão alimentar adequado por vezes é desconhecido tanto para os adolescentes como para os adultos que com eles vivem (Cordás *et al.*, 1994). O grau e os tipos de alteração do padrão alimentar variam muito. Alguns comportamentos inadequados, como a exclusão de determinado tipo de alimentos ou de refeições ao longo do dia e a realização de dietas não equilibradas, podem aparecer isoladamente ou como parte de um tipo de doença psiquiátrica (Fleitch, 1997; Dunker *et al.*, 2003).

Os Distúrbios do Comportamento Alimentar (DCA), representados pela Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e pelos Distúrbios do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação (DCASOE), são transtornos frequentemente crónicos e associados a um elevado índice de morbilidade (Azevedo *et al.*, 1992; Fairburn *et al.*, 2003). Do ponto de vista social e de Saúde Pública, os DCA têm vindo a ganhar importância, nos países desenvolvidos, devido ao aumento da sua prevalência e incidência, nas últimas décadas.

Os DCA, definidos como tal nas classificações actuais, têm uma história relativamente curta de algumas décadas. No entanto, os estados mórbidos de recusa alimentar ou pelo contrário os episódios de comer vorazmente seguido de vômito, têm sido descritos, ao longo de vários séculos, em inúmeras referências.

1.2) Aspectos Históricos

1.2)1. Anorexia Nervosa

As primeiras descrições científicas sobre AN surgiram na segunda metade do século XIX (Abuchain, 1998). No entanto, é possível encontrar relatos sobre uma doença misteriosa que levava a uma grande perda de peso provocada por uma restrição alimentar auto-imposta. Três casos de homens com AN são citados em artigos e tratados científicos antes de Gull em 1874 ter cunhado a designação actual desta doença - Anorexia Nervosa (Silverman, 1997).

O termo *anorexia* deriva do grego *orexis* (apetite) precedido do prefixo *an* (privação, ausência). Mas, ao expressar perda de apetite de origem nervosa, esta expressão não é a mais adequada pois no início da doença existe uma luta voluntária contra a fome e uma restrição voluntária na ingestão alimentar (Abuchain, 1998).

Dos séculos V a XIII, a inanição auto-imposta, era interpretada como um milagre divino ou uma possessão demoníaca (Silverman, 1993). Um relato que remonta aos anos 600 a 700 dC., descreve o caso de uma princesa portuguesa, Santa Willgefortis (do latim *virgo fortis* que significa virgem forte) cuja doença se iniciou quando o pai a prometeu em casamento, notícia que a levou a rezar a Deus, para que a privasse da sua beleza pela inanição auto-imposta, perdendo os atractivos femininos, de modo a que o pretendente desistisse do casamento (Abuchain, 1998). Na Europa Medieval, séculos XIII a XVI surgiram mulheres (algumas consagradas como santas) com comportamentos de renúncia à comida. O historiador Rudolf Bell, no livro *Holy Anorexia*, descreve vários casos de Santas e Beatas da Igreja Católica com estes comportamentos. Um dos casos mais paradigmáticos é o de Santa Catarina de Siena (1347-1380). Aos 6 anos, Catarina começa a abdicar da carne, dando início a uma restrição alimentar progressiva. Logo na adolescência renunciou à vida mundana para se dedicar à religião de uma forma tão intensa que incluía longos jejuns, os quais determinaram uma debilidade física que iria causar a sua morte aos 32 anos. Entre os seus *diálogos* é possível ler “Tirar a comida da boca para disfarçadamente dar ao gato, ingerir apenas alguns vegetais, provocar o vómito através da estimulação da garganta com uma pena de pato”; são comportamentos tão semelhantes aos das actuais doentes com AN que é difícil não os associar à doença (Sampaio *et al.*, 1999). Nos anais históricos é possível encontrar outros casos semelhantes como por exemplo, os de Maria de Oignes, Beatriz de Nazaré e Santa Verónica. É também nos séculos XVII e XVIII que alguns médicos olham com curiosidade científica para estas mulheres santas que recusam alimentar-se e começam a chamar a este fenómeno *anorexia mirabilis* (Cordás e Claudino, 2002). Richard Morton é apontado como o autor do primeiro relato médico sobre AN. No seu livro *Phthisiologia, seu Eercitations de Phithisi*, com o subtítulo *A treatise of Comsumptions*, o autor descreve vários processos de doença que poderiam levar ao emagrecimento. Na categoria de “Consumição nervosa”, que entendia como sendo causada por “Sadness and anxious Cares”, descreve: uma rapariga de 18 anos, que desenvolveu falta de apetite, aversão à comida, hiperactividade e amenorreia, cuja causa “a multitude of cares and passions of her mind”; um rapaz de 16 anos em que a

doença teria sido causada por “studying too hard and the passions of his mind”. Em ambos os casos excluiu causas orgânicas de doença (Silverman, 1993).

A primeira descrição da AN como entidade nosológica independente é dividida entre o Inglês William Gull e o neurologista francês Ernest Charles Lasègue (Abuchaim, 1998), cujos trabalhos de 1873, são considerados definições modernas de AN (Sampaio *et al*, 1999). Lasègue, na sua monografia *L'Anorexie Hystérique*, baseado na observação clínica de 8 casos do sexo feminino, dos 18 aos 32 anos; enfatiza aspectos como a baixa auto-estima das doentes, a função da valorização pessoal dos sintomas, a negação da doença e a contribuição familiar na perpetuação dos sintomas e alerta os clínicos para os perigos de abordarem o problema como um “capricho passageiro”(Abuchaim, 1998). William Gull, passou na mesma altura a nomear de “anorexia nervosa”, o quadro que até então se classificava como “apepsia histérica”, justificando esta alteração com o facto de ocorrer tanto em indivíduos do sexo masculino como do sexo feminino (Silverman, 1990)

Charcot, neuropsiquiatra francês foi quem por volta de 1889, observou o conceito *idée fixe d'obésité* como a motivação central da AN (Habermas, 1989). No início do século XX, Pierre Janet, considerava a AN como sendo um distúrbio com dois subtipos: Subtipo obsessivo (em que havia recusa real da alimentação apesar da fome, devido ao medo de engordar ou atingir a maturação sexual) e subtipo histérico (em que havia perda real do apetite) (Silverman, 1997).

Em 1914, Simmonds, um patologista alemão, encontrou uma ausência de glândula pituitária numa jovem emaciada falecida, em consequência de AN. Este autor, atribuiu ao desenvolvimento e manutenção da doença, uma causa endócrina. Silverman, tenha relatado 117 casos de doentes em que a insuficiência pituitária era consequência e não causa da doença (Abuchaim, 1998).

Em 1947, Elísio de Moura, psiquiatra português, apresentou uma visão revolucionária da AN, que salientava que não havia uma verdadeira anorexia, mas antes uma vontade de não comer (*cit. por Sampaio et al.*, 1999; Elysio de Moura, 2005).

Nos anos quarenta do século passado, ressurgiram as teorias de causa psicológica, influenciadas pelas formulações psicanalíticas, que interpretavam a doença como sendo causada por questões orais reprimidas (Bruch, 1973).

Nas décadas de 1950 e 1960, a psicanálise clássica mostrou-se ineficaz no tratamento da doença, abrindo caminho para abordagens que compreendiam a AN dentro de um modelo multifactorial (biológico, psicológico e social). A partir da década

de 1970, os trabalhos de Hilde Bruch, Artur Crisp e Gerald Russel, contribuíram para o desenvolvimento desta área. Hilde Bruch propôs que a restrição alimentar representa um esforço na conquista da autonomia, competência, controlo e auto-respeito. Esta autora identificou as três grandes áreas de perturbação na AN: 1) Distúrbio da imagem corporal em que há tendência a sobrestimar o tamanho e formas corporais; 2) Distúrbio interoceptivo, em que há uma incapacidade de identificar e reagir às sensações internas, como a fome, saciedade, estados afectivos e sexuais; e 3) sentimentos de ineficácia associados ao medo de perda do controlo (Bruch, 1970; Silverman, 1997). Em 1980, Crisp conceptualiza a AN como uma “fobia ao peso” devido ao receio mórbido que os doentes têm de engordar, o qual, segundo o autor, está relacionado com as dificuldades psicológicas de encarar as transformações maturativas da puberdade e adolescência (Crisp, 1997). Gerald Russel, em 1970 foi o principal precursor dos actuais critérios diagnósticos para a AN e que na sua essência, ainda hoje são válidos: 1) comportamento persistente com a finalidade de perder peso; 2) medo mórbido de engordar; e 3) perturbação originada pelas alterações endócrinas traduzidas por amenorreia nas mulheres e perda de interesse sexual nos homens (Silverman, 1997). Estes critérios, alvos de duras críticas, deram início a um movimento que preconizava uma abordagem mais sistematizada e estandardizada dos critérios de diagnóstico deste distúrbio (Ferreira, 2003). Nos anos 1970, um grupo de investigadores britânicos publicou um resumo de casos que recebiam nas consultas e sublinharam que a AN pode ocorrer em ambos os sexos.

Em 1980, na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DMS-III, 1980) surgem os primeiros critérios de diagnóstico operacionais da AN, como entidade clínica específica. As versões subsequentes do DSM têm vindo a sofrer pequenas alterações, nomeadamente na objectivação da “perda de peso”, a amenorreia e ao abandono da ideia de definição de uma idade cronológica a partir da qual se diagnosticava AN.

1.2)2. Bulimia Nervosa

A palavra *Bulimia* deriva do grego *bous*, que significa boi, e *limos* que significa fome; que usados conjuntamente significam *fome de boi* ou *fome de alguém que é capaz de comer um boi*, expressão também usada na língua portuguesa (Abuchaim, 1998; Sampaio *et al.*, 1999). Numa revisão histórica de Brenda & William Parry-Jones (1995), são descritos casos ocorridos nos séculos XVII, XVIII e XIX, caracterizados pela

ocorrência de ingestão compulsiva e vômitos, que poderão ser interpretados como equivalentes à actual BN. No início do século XX, a BN passou a ser associada ao sexo feminino e a perturbações neuróticas (Sampaio *et al.*, 1999). Só no final dos anos 50 e anos 70 é que a descrição de vários casos clínicos, chamaram a atenção para aspectos que a assemelhavam à AN, em que havia crises de ingestão compulsiva (Cordás e Claudino, 2002).

A autonomização do quadro como entidade nosológica específica e independente, surge pela mão de Russell, num artigo publicado em 1979. Neste trabalho, o autor descreveu 30 casos clínicos, designando a síndrome como *Bulimia Nervosa*, que considerou como uma variante da AN: “*an ominous variant of anorexia nervosa*”. Com grande probabilidade Russell, fazia esta afirmação baseando-se na constatação de que nestas doentes o prognóstico era menos favorável, as complicações físicas mais sérias e o risco de suicídio maior. As características descritas para a BN: 1) impulso irresistível para comer excessivamente; 2) comportamentos compensatórios para evitar o aumento de peso, como a indução do vômito e o abuso de laxantes; e 3) o medo mórbido de engordar (Russell, 1979).

Em 1980, o DMS-III introduz a categoria *Bulimia* (sem a menção *Nervosa*), definindo critérios um pouco mais amplos, caracterizados por episódios de ingestão compulsiva, mas sem referência aos aspectos psicopatológicos do medo mórbido de engordar, colocando os métodos para evitar o aumento de peso como opcionais para o diagnóstico. As edições posteriores (DMS-III-R, 1987; DMS-IV, 1994; DMS-IV-TR, 2000) já utilizam critérios diagnósticos semelhantes aos definidos por Russell, com algumas modificações, ficando a denominar-se *Bulimia Nervosa* (Russell, 1997).

1.3) Classificação e Diagnóstico

Os DCA caracterizam-se pela perturbação persistente do comportamento alimentar, o que leva a mudança nos hábitos de ingestão alimentar e, secundariamente, ao comprometimento significativo da saúde física e psicossocial. Esta perturbação não é secundária a uma doença médica ou psiquiátrica (Fairburn & Harrison, 2003). A AN e BN enquadram-se nesta definição. Os critérios actualmente seguidos para o diagnóstico de AN e BN são os da Associação Americana de Psiquiatria, DMS-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual, IV Edition, Text Review, 2000*) e os elaborados pela Organização Mundial de Saúde-OMS (Classificação Internacional das Doenças, 10^a Edição; CID-10, 1992). Apesar de constituírem categorias diagnósticas separadas, estas

duas perturbações apresentam muitas semelhanças entre elas e uma psicopatologia primária comum (Claudino & Borges, 2002; Walsh & Garner, 1997). Entre as características comuns aos dois distúrbios estão: 1) medo mórbido de engordar; 2) estratégias para controlar a forma e o peso corporal; 3) julgamento do seu valor pessoal predominantemente em função do peso e forma corporal, relativamente às quais se mostram sempre insatisfeitos e com capacidade para os controlar (Claudino & Borges, 2002; Fairburn & Harrison, 2003). De uma maneira geral, quase metade dos doentes com AN evoluem para quadros de BN e algumas doentes com BN passam por fases de AN (Garfinkel, 1997; Milos *et al.*, 2005).

Quadro 1.1- Critérios de diagnóstico da Anorexia Nervosa (DMS-IV, 2000)

- A- Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo do normal adequado à idade e à altura (por exemplo, perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o aumento de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).
- B- Medo intenso de aumentar de peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.
- C- Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação, ou degeneração da gravidade do grande emagrecimento actual.
- D- Nas raparigas pós-menarca amenorreia, ou seja, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.

Subtipos:

Tipo restritivo: durante o episódio actual a pessoa não recorreu regularmente a ingestão de grandes quantidades de comida ou a purgativos (por exemplo vômitos ou mistura de laxantes, diuréticos ou enemas)

Tipo Ingestão compulsiva/ Tipo purgativo: durante o episódio actual a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos (vômitos ou mistura de laxantes, diuréticos ou enemas)

Quadro 1.2- Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa (CID-10, 1992)

Para o diagnóstico definitivo, são necessários todos os critérios:

- A- O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou o índice de massa corporal de Quetelet em 17,5 ou menos. Pacientes pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o aumento de peso esperado durante o período de crescimento.
- B- A perda de peso é auto-induzida por abstenção de “alimentos que engordam” e um ou mais comportamentos que se seguem: vômito auto-induzido; purgação auto-induzida; exercício excessivo; uso de anorexigénicos e/ou diuréticos.
- C- Distorção da imagem corporal sob a forma de psicopatologia específica que se manifesta pelo engordar como ideia intrusiva sobrevalorizada, em que o paciente impõe a si próprio um peso situado num limiar baixo.
- D- Transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, manifestado nas mulheres por amenorreia e nos homens pela perda da potência e do interesse sexual. Pode também haver níveis de hormonas de crescimento elevadas, níveis aumentados de cortisona, alterações no metabolismo periférico da hormona tiroideia e anormalidades na secreção de insulina.
- E- Se o início se verificar antes da puberdade, o desenrolar dos acontecimentos da puberdade é atrasado ou mesmo detido. Com a recuperação da doença dá-se a menarca, ainda que tardiamente, mas este facto é compensado com o desenvolvimento normal da puberdade.

Quadro 1.3- Critérios de Diagnóstico de Bulimia Nervosa (DMS-IV-TR,2000)

- A- Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos dois dos aspectos seguintes:
- 1) Ingestão num período curto de tempo (por exemplo, num período até 2 horas) de uma grande quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas normais comeriam num período semelhante e sob as mesmas circunstâncias
 - 2) Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar ou controlar a quantidade dos alimentos).
- B- Comportamento compensatório inapropriado recorrente, para impedir o aumento ponderal, tal como vomitar; usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum ou exercício físico excessivo.
- C- A ingestão compulsiva e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana em três meses consecutivos.
- D- A auto-avaliação é indelevelmente associada ao peso e forma corporal.
- E- O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Quadro 1.4- Critérios de Diagnóstico de Bulimia Nervosa (CID-10, 1992)

Para o diagnóstico definitivo, são necessários todos os critérios:

- A- Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimentos são consumidas em curtos períodos de tempo.
- B- O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos através de um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos; abuso de purgantes; períodos alternados de inanição; uso de drogas como diuréticos ou preparados tiroideus. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, podem negligenciar o tratamento insulínico.
- C- A psicopatologia inclui um medo mórbido de engordar e o paciente estabelece para si mesmo um limiar de peso rigidamente definido, abaixo do seu peso pré-mórbido. Há frequentemente, mas não sempre uma história de um episódio prévio de anorexia nervosa, com o intervalo entre os dois distúrbios variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou pode ter assumido uma forma “disfarçada” menor, com uma perda de peso moderada e/ou uma fase transitória de amenorreia.

Além da AN e BN existem outras categorias de perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente a que diz respeito às perturbações atípicas do comportamento alimentar (Fairburn & Walsh, 1995) ou *Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação* (PCASOE). O surgimento desta categoria no DMS-IV (APA, 1994), deveu-se à dificuldade em abarcar todas as situações encontradas na prática clínica. Este grupo de perturbações corresponde às situações que apesar de serem muito semelhantes à AN e BN, não preenchem todos os critérios diagnósticos para as mesmas (Fairburn & Walsh, 1995). Por essa razão, cria-se uma situação paradoxal que é a categoria residual representar as perturbações mais prevalentes, dentro dos DCA. Existem dois grupos de PCASOE: no primeiro, encontram-se aqueles quadros que se assemelham à AN e BN, mas não preenchem todos os critérios, ou por que lhes falta algum aspecto clínico essencial (por exemplo, cumprem os critérios da AN mas têm peso superior ao do limiar diagnóstico; os episódios de comer compulsivamente são

inferiores aos necessários para cumprir o diagnóstico de BN) ou porque não são suficientemente graves para atingir o limiar diagnóstico (Dacynger, 1995). No segundo grupo podem encontrar-se os casos que há uma sobrevalorização do tamanho e formas corporais (Fairburn & Harrison, 2003).

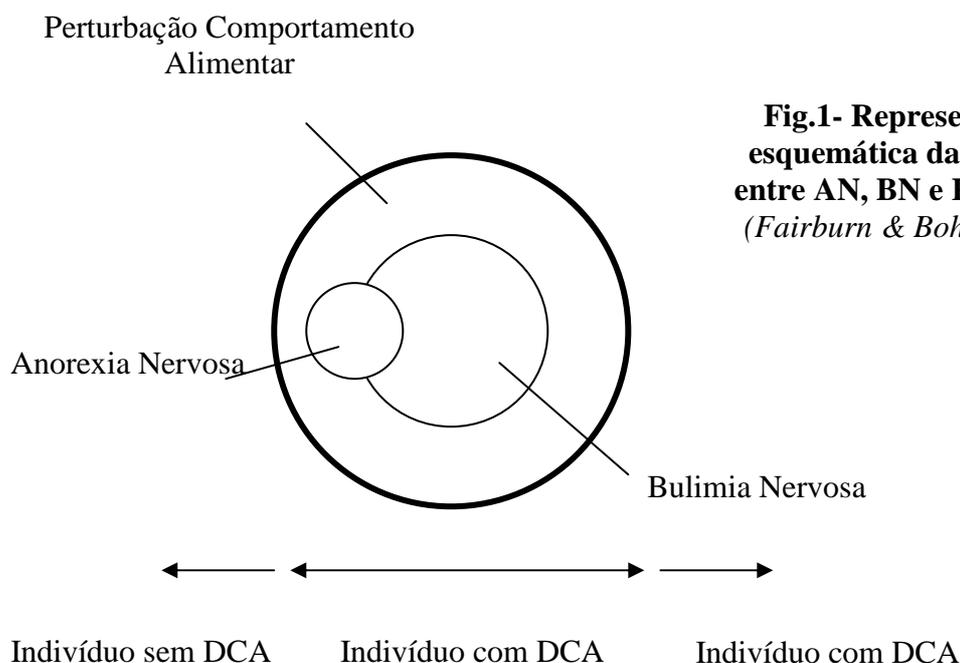


Fig.1- Representação esquemática da relação entre AN, BN e PCASOE
(Fairburn & Bohn, 2005)

A figura 1 ilustra graficamente a relação entre as categorias de AN, BN e PCASOE. Os dois círculos do interior representam a AN (o mais pequeno) e a BN (o maior) respectivamente, a área de sobreposição entre ambas é ocupada pelos indivíduos que cumprem os critérios de ambos os diagnósticos, mas que o DMS-IV, prefere incluir na AN. Rodeando ambos os círculos, podemos encontrar o círculo maior, que limita os distúrbios alimentares. O interior do círculo maior, mas fora dos dois círculos mais pequenos representa as PCASOE.

Os quadros parciais chegam a ser cinco vezes mais frequentes que as síndromas completas, e os autores que acompanharam estes doentes, observaram que 50% evoluem para quadros completos, sendo importante o seu diagnóstico precoce. (Dacynger & Garfinkel, 1995). Por outro lado, muitos destes doentes tiveram AN ou BN no passado (Fairburn & Harrison, 2003). Entre as PCASOE, ressalta a *Perturbação de Ingestão Compulsiva* (PIC), que no DMS-IV-TR (2000) está entre as propostas de categorias diagnósticas que necessitam de maiores estudos. A CID-10 (1992) não

descreve nenhum quadro semelhante. A principal característica deste quadro é o envolvimento em episódios de ingestão compulsiva, mas sem chegar a utilizar medidas extremas para evitar o ganho ponderal, como fazem os doentes com BN. Outras características que os diferenciam são o atingimento de indivíduos mais velhos (adultos) e maior percentagem de indivíduos do sexo masculino (Fairburn & Walsh, 1995).

Quadro 1.5- Critérios diagnósticos da Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (DMS-IV-TR, 2000)

A Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação é uma categoria para perturbações sem critérios completos para uma Perturbação Alimentar específica. Exemplos incluem:

- A- Para mulheres todos os critérios de AN estão presentes excepto a amenorreia.
- B- Todos os critérios de AN estão presentes e apesar de uma perda de peso significativa, este encontra-se dentro dos valores normais.
- C- Todos os critérios de BN estão presentes excepto que os episódios de ingestão compulsiva e os mecanismos compensatórios inapropriados ocorrem numa frequência inferior a duas vezes por semana em três meses.
- D- Uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados por uma pessoa de peso normal após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos (por exemplo, indução de vômito após comer duas bolachas).
- E- Mastigar e cuspir repetidamente, mas não engolir, grandes quantidades de alimentos.
- F- Perturbação de ingestão alimentar compulsiva: episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva na ausência de comportamentos compensatórios inapropriados característicos de BN.

Quadro 1.6- Critérios de Investigação da Perturbação de Ingestão Compulsiva (DMS-IV-TR, 2000)

- A- Episódios recorrentes de ingestão compulsiva. Um episódio de ingestão compulsiva caracteriza-se pelas seguintes condições:
 - 1) Ingestão num período curto de tempo (por exemplo num período até 2 horas) de uma grande quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo tempo e sob circunstâncias similares.
 - 2) Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (por exemplo, sensação de que não pode parar de comer ou controlar o quê ou quanto se está a comer).
- B- Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a três ou mais dos seguintes sintomas:
 - 1) Ingestão muito mais rápida que o habitual
 - 2) Comer até se sentir desagradavelmente cheio
 - 3) Ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome
 - 4) Comer sozinho para esconder a sua voracidade
 - 5) Sentir-se desgostoso consigo próprio, depressão ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva
- C- Profundo mal-estar ao recordar as ingestões compulsivas.
- D- As ingestões compulsivas têm lugar, em média pelo menos dois dias na mesma semana durante seis meses.
- E- A ingestão compulsiva não se associa a estratégias compensatórias inadequadas (por exemplo: purgantes, jejum, exercício físico) e não aparecem exclusivamente no decurso de uma AN ou uma BN.

1.4) Características Clínicas

Seguidamente apresentamos uma breve descrição das características clínicas da AN, BN e PIC.

De uma maneira geral a sintomatologia dos DCA, do ponto de vista cognitivo, comportamental e físico, não é muito diferente no sexo masculino e feminino, sugerindo que a natureza da doença seja a mesma em ambos os sexos (Bramon-Bosh *et al.*, 2000; Fichter & Krenn, 2003)

1.4)1. Anorexia Nervosa

As características clínicas da AN são de dois tipos: os sintomas primários ou características psicológicas, que vão desencadear os comportamentos alimentares alterados e os sintomas secundários resultantes da restrição alimentar e das medidas compensatórias/purgativas, para diminuir o peso.

1.4)1.1. Sintomas Primários

1.4)1.1.1. Medo mórbido de engordar ou de perder o controlo sobre o que se come

Este sintoma leva as doentes com AN a realizar esforços para manter ou diminuir o peso, mesmo quando este está normal ou abaixo do normal. Nestes doentes não existe uma verdadeira anorexia, como já salientava Elysio de Moura (2005), pois até certa altura o apetite está conservado e os doentes travam uma luta intensa contra a fome e como tal, estão sempre a pensar em comida (Carmo, 2001). Nas fases iniciais da AN, o cérebro “desaprende” os sinais emitidos por um corpo saudável, quanto à fome e à saciedade. É frequente que estes doentes comam muitos rebuçados ou pastilhas, para terem a sensação de saciedade e que mastiguem os alimentos durante longo tempo de modo a prolongar o tempo de refeição e a obter deste modo a acalmia da fome (Sampaio *et al.*, 1999). Progressivamente perde-se a sensação de fome e qualquer alimento para além das ínfimas porções, provoca dores de estômago, afrontamento e mal-estar generalizado (Nunes & Ramos, 1999). A perda de peso é primariamente conseguida através de uma grave restrição e selecção criteriosa dos alimentos, com exclusão de alguns grupos como hidratos de carbono e carne (Fairburn & Harrison, 2003). Quando se permitem comer, fazem-no através de comportamentos alimentares bizarros como cortar a comida em ínfimos bocadinhos, usarem talheres inapropriados (por exemplo, colher de sobremesa para comer sopa), comerem muito mais devagar que as outras pessoas, ingerirem alimentos numa sequência rígida acompanhados de muitos líquidos. Também escondem e misturam a comida no prato junto com os restos. Conhecem de

cor, contam incessantemente e escrevem em cadernos as calorias dos alimentos, como se de informações preciosas se tratassem (Beumont, 1991).

Os doentes tendem a reagir aos esforços dos outros para alterar ou moderar os seus comportamentos com irritabilidade e com manobras de manipulação, alterando o seu comportamento e relacionamento com os familiares (Beumont, 1991). Este aspecto está relacionado com o facto de no início da doença, negarem a gravidade da mesma e experimentarem os sintomas como sendo egossintónicos (APA, 2000). Estes comportamentos desencadeiam conflitos com a família, o que os leva a evitar comer na companhia de outras pessoas. Deixam de se sentar à mesa e passam a fazer as “refeições” em horas diferentes da família, geralmente de noite e depois de horas de procrastinação. Paradoxalmente, envolvem-se em actividades com a comida, colecionam receitas, compram e confeccionam comida para a família, mas sem comerem nada, o que lhes aumenta a percepção do controlo sobre a alimentação (Beumont, 1991).

Outros comportamentos característicos dos doentes com AN estão relacionados com o excesso de actividade, o qual é tão difícil de modificar como a restrição alimentar. Os doentes passam horas no ginásio, a correr, nadar, subir e descer escadas, chegando ao ponto de se levantarem durante a noite para fazer abdominais e outros exercícios. Fazem-no de maneira isolada e seguindo regras obsessivas e rígidas. Sentem-se culpados quando não conseguem fazer os exercícios e geralmente associam a restrição alimentar aos exercícios, aprendendo a quantificar o exercício necessário para consumir as calorias ingeridas (Beumont, 1991). Para além do exercício intencional, estes doentes são permanentemente inquietos e hiperactivos, principalmente quando muito emagrecidos, sintomas que também se associam a distúrbios do sono (Beumont, 1991).

Para além do exercício para perder peso, mais comum na AN de tipo restritivo, pode ocorrer o uso de laxantes, diuréticos e a provocação do vómito, nos doentes que pertencem à AN do subtipo Ingestão Compulsiva/Purgativo (Fairburn & Harrison, 2003). Frequentemente, ao longo da evolução da doença, os doentes passam pelos dois subtipos. (Eddy *et al.*, 2002).

As estratégias para perder peso variam consoante o sexo do doente. De uma maneira geral, no sexo feminino, há uma maior tendência para adoptar uma dieta altamente restritiva (Garfinkel *et al.*, 1995), o uso de medicação como diuréticos, laxantes e enemas (Carlat & Camargo, 1997) e/ou a provocação do vómito (Garfinkel *et*

al., 1995). O sexo masculino prefere fumar (Kjelsas *et al.*, 2004) e praticar exercício físico em excesso (Andersen *et al.*, 2000; Pereira *et al.*, 2005).

1.4)1.1.2. Distorção da imagem corporal

Os doentes com AN sentem-se mal relativamente à sua imagem corporal, mesmo quando apresentam um peso muito abaixo do normal, sentimento que, por vezes, até se agrava à medida que perdem peso (Sampaio *et al.*, 1998). Os doentes sentem-se “gordos” mesmo quando muito emagrecidos e estão constantemente ocupados em fazer planos para continuarem a perder peso ou para evitar ganha-lo novamente (Beumont, 1991).

1.4)1.1.3. Outros sintomas psicológicos.

Em alguns doentes é possível observar outros processos psicológicos que motivam a restrição alimentar. São eles o asceticismo, a competitividade e a auto-punição (Williamson *et al.*, 2004, Beumont, 2002). Outros sintomas psicológicos característicos da AN têm sido entendidos como consequência da privação alimentar: humor deprimido, irritabilidade, isolamento social, apatia, ansiedade, sintomas obsessivos, desinteresse sexual, diminuição da concentração e do estado de alerta, perturbação da memória a curto e longo prazo, lentidão na realização de tarefas, défices no raciocínio matemático e dificuldades na aprendizagem (APA, 2000; Beumont, 1991; Duchesne *et al.*, (2004); Fairburn & Harrison, 2003; Willianson, 2004; Woodside, 1995). Frequentemente, com a recuperação do peso, estas características desaparecem (Fairburn & Harrison, 2003; Muela, 2002b).

1.4)1.2. Sintomas secundários:

Resultam da desnutrição e afectam quase todos os sistemas orgânicos. No Quadro 1.7 encontram-se resumidas as manifestações orgânicas da AN. A maior parte, surge como mecanismo compensatório à inanição. O corpo reage como se houvesse ausência de alimentos no meio ambiente e suprime ou diminui todas as funções essenciais, minimizando o gasto energético e eventualmente alterando funções vitais (Andersen, 1991). Os quadros mais graves de AN são mais facilmente identificados. A perda de peso intensa, a evolução prolongada da doença e a recusa alimentar não camuflada, são os indicativos mais óbvios do quadro de AN (Andersen, 1991).

Na AN a taxa de mortalidade, nas adolescentes e jovens adultas é doze vezes superior à das raparigas da mesma idade e três vezes superior à das mulheres com outra perturbação psiquiátrica (Sullivan, 1995). Parte da mortalidade está associada a problemas físicos tais como perturbações hidro-electrolíticas graves e problemas cardiovasculares (54%) e a outras causas (19%) como as infeções e outra parte está associada ao suicídio (27%) (Hoeken, 2003; Muela, 2002b; Nielsen, 1998).

Quadro 1.7- Manifestações Orgânicas da Anorexia Nervosa.

| | |
|-------------------------|--|
| Sinais Vitais | Bradycardia Arritmias Hipotensão Hipotermia |
| Dermatológicos | Pele Seca Lanugem Cabelo Ralo Cianose Pigmentação Caroténica Palidez Calosidades nas falanges da mão direita (Sinal de Russel) |
| Sistema Nervoso Central | Atrofia Cerebral Difusa / ocasionalmente Atrofia Regional |
| Cardiovascular | Edema Periférico Diminuição do Diâmetro Cardíaco Resposta Diminuída ao Esforço Síndrome da Artéria Mesentérica Superior |
| Esqueléticos | Osteopenia e Osteoporose |
| Renal | Urémia Pré-renal Litíase |
| Hematológico | Anemia Ligeira Diminuição dos Linfócitos CD4 e CD8 Diminuição do Complemento |
| Gastrointestinal | Alterações do Esmalte Dentário Hipertrofia das parótidas Diminuição do Gosto Atraso do Esvaziamento Gástrico Dilatação Gástrica Saciedade Precoce Lactase e Lipase Intestinais Diminuídas Obstipação ou Diarreia |
| Metabólico | Hipercolesterolemia Hipoglicémia Aumento das Enzimas Hepáticas |
| Endocrinológicos | Diminuição das hormonas LH, FSH, estrogénio, Progesterona com Amenorreia, Infertilidade e Perturbações do Comportamento Sexual Diminuição das Hormonas T4 e T3 e Aumento da T3R Aumento do Cortisol Aumento da Hormona de Crescimento por diminuição de IGF-I Diabetes Insípida Parcial Insulina Diminuída e Glucagon Aumentado |

Com o tratamento da AN, normalização dos hábitos alimentares e do estado de nutrição, ocorre uma progressiva normalização das alterações orgânicas. No entanto, há uma alteração que merece particular atenção que é o problema da osteopenia/osteoporose, cuja fisiopatologia e o tratamento ainda não estão bem definidos, mas que é frequente nos casos graves de AN quando tem longa duração e está associada a um maior risco de fracturas (Grinspoon, 2000; Vestergaard, 2002). A recuperação do peso, uma alimentação adequada e a normalização dos ciclos menstruais, são de vital importância. Os benefícios da suplementação com cálcio ou a terapêutica hormonal de substituição são ainda pouco claros (Wolfer, 2002; Klibanski, 1995). Em muitos casos após a recuperação da doença mantém-se um certo grau de osteopenia, mesmo no sexo masculino (Lambrischini, 2002; Mehler, 2008).

1.4)2. Bulimia Nervosa

Os doentes com BN, em virtude da sua psicopatologia primária, vão desencadear comportamentos alimentares anómalos e outros compensatórios, com consequências e manifestações orgânicas secundárias.

1.4)2.1. Sintomas Primários ou Características Psicológicas

1.4)2.1.1. Medo mórbido de engordar

Frequentemente, os doentes que vêm a desenvolver BN, possuem um peso normal para a estatura ou têm até excesso de peso. Os doentes fazem esforços para manter uma restrição alimentar, devido à sobrevalorização da importância da magreza na auto-avaliação global (Pinto Gouveia, 2000). Mas, quando a dieta restritiva, não pode ser mantida, por fome, ou por outras razões, surgem os episódios de ingestão alimentar compulsiva (episódios bulímicos). Estes últimos, provocam sentimentos de culpa e ansiedade, pelo medo de aumentar o peso. Para diminuir a ansiedade e evitar o ganho ponderal, os doentes desenvolvem comportamentos compensatórios tais como, vômito auto-induzido, o abuso de laxantes ou diuréticos e o excesso de exercício físico (Williamson, 2004). Mas, a partir de uma certa altura, a situação inverte-se e são os comportamentos purgativos que passam a autorizar a ingestão compulsiva, em situações que não apenas a fome (Wilson *et al.*, 1997). Para além das razões fisiológicas (i.e. fome), os episódios bulímicos, podem também ser desencadeados por outros factores, nomeadamente o que se designa genericamente por “estados emocionais negativos”

(ansiedade, tensão, tédio, tristeza, aborrecimento; cansaço após um dia de trabalho) ou estímulos que lembram comida; consumo de álcool ou drogas; (Beumont, 2002). O comportamento purgativo mantém-se através de um processo de reforço negativo, pois alivia as percepções de ineficácia e auto-depreciação, diminui o medo de ganhar de peso e abranda o desconforto abdominal provocado pela ingestão de grandes quantidades de comida (Fairburn *et al.*, 1999).

Inicialmente os bulímicos fazem as suas farras alimentares em segredo, pelo que a ingestão alimentar e o vômito podem ocorrer durante anos sem que ninguém descubra. Os episódios bulímicos são planeados e os alimentos são guardados até que o doente possa comer sem ser interrompido, sempre isoladamente. Os alimentos escolhidos são geralmente fáceis de engolir e vomitar: comidas gordas, açucaradas e hipercalóricas – *alimentos proibidos* – que são devorados rapidamente, geralmente menos de meia hora (Beumont *et al.*, 1995; Fairburn & Wilson, 1993; Pinto Gouveia, 2000). Neste curto espaço de tempo, alguns doentes comem a quantidade calórica aconselhada para um dia – em média de 1000 a 2000 Kcal (Rosen *et al.*, 1986), mas pode atingir as 5000 Kcal ou mais (Walsh *et al.*, 1997). Durante os episódios bulímicos, existe uma intensa sensação de perda de controlo; os doentes chegam ao empanturramento porque não conseguem parar de comer, atingindo o estado de descontrolo, e por vezes, de franca despersonalização e desrealização (Azevedo & Abuchaim, 1999). O episódio é interrompido porque acabou a comida, porque chegou alguém ao local ou porque a sensação de enfiamento e a dor abdominal são muito intensas (Fairburn & Wilson, 1993). No fim do episódio, existe uma distensão abdominal visível, dor abdominal, sudorese e obnublação (Sampaio *et al.*, 1998).

Para evitar o ganho ponderal, os doentes adoptam dois tipos de comportamentos, que servem para distinguir dois subtipos de BN: *não purgativo* e *purgativo*. No *subtipo purgativo*, os indivíduos, após um episódio bulímico, induzem o vômito, introduzindo as mãos na boca numa fase inicial da doença. Passado algum tempo basta a inclinação do tronco para induzir o vômito (Beumont, 1995; Sampaio *et al.*, 1999). O vômito auto-induzido ocorre em cerca de 90% dos casos, sendo o método compensatório mais utilizado. O efeito imediato provocado pelo vômito, é o alívio do desconforto físico secundário à hiperalimentação e principalmente a redução do medo de ganhar peso. A sua frequência é variável, podendo ser de um até dez ou mais episódios por dia, nos casos mais graves (Appolinário *et al.*, 2000). Outros comportamentos purgativos para controlar o peso são a toma de inibidores do apetite e de psicoestimulantes, de

hormonas tiroideias, o abuso de laxantes e de diuréticos e os clisteres de limpeza do cólon (Beumont, 1995; Sampaio *et al.*, 1999). No *subtipo não purgativo*, os doentes fazem jejum total a seguir ao episódio bulímico, que pode prolongar-se vários dias até nova crise. Também muitas vezes associam o exercício físico excessivo (Sampaio *et al.*, 1999).

1.4)2.1.2. Outros sintomas psicológicos

Nos doentes com BN é muito frequente observar uma baixa auto-estima e um humor deprimido (Cooper, 1995). Isto acontece porque para estes doentes, tão preocupados com a magreza, o comer excessivo é um acontecimento aterrador rodeado de profundos sentimentos negativos (Azevedo *et al.*, 2002). Outras alterações psicológicas ou sentimentos frequentemente observados são a impulsividade, ansiedade, vergonha, fracasso, tensão, hipersensibilidade à crítica, culpa, auto-depreciação pessoal e desejos de auto-punição (Beumont, 1995; Pinto Gouveia, 2000, Appolinário *et al.*, 2000). Alguns autores têm relacionado a impulsividade destes doentes com a tendência para o abuso de drogas e álcool, a cleptomania e um certo grau de promiscuidade sexual (Nagata *et al.*, 2000).

Nos doentes com BN, têm sido estudadas as funções cognitivas. Alguns estudos verificaram alterações na atenção, nomeadamente viés de atenção para palavras associadas ao peso e forma corporais; assim como défices na velocidade de processamento de informações (Duschenne *et al.*, 2004). Outros estudos não encontraram alterações a nível da memória, funções executivas e verbais (Duschenne *et al.*, 2004).

1.4)2.2. Sintomas secundários ou manifestações orgânicas:

A BN é geralmente uma doença mais difícil de diagnosticar que a AN, porque não existe desnutrição, havendo até, por vezes, excesso de peso, pelo que não se observam os sinais clínicos mais visíveis de desnutrição. Por outro lado, as manifestações clínicas encontradas são vagas, fazendo pensar noutras entidades. O facto de os episódios ocorrerem em segredo, faz com que seja difícil descobri-la no seio familiar (Lambruschini, 2002). Frequentemente, a duração entre o início da doença e o diagnóstico situa-se nos cinco anos (Mitchell, 1985).

Apesar de menos exuberantes do que na AN, as manifestações orgânicas da BN, surgem como consequência do comer excessivo ou das medidas compensatórias para evitar o ganho de peso.

Quadro 1.8- Manifestações Orgânicas da Bulimia Nervosa.

| | |
|------------------|---|
| Orofaringeos | Aumento das Glândulas Parótidas Diminuição do Gosto |
| Dentários | Erosão do Esmalte Esbatimento das Cúspides dos Molares e Pré-molares Protusão das Amálgamas Preexistentes Diminuição da Altura Vertical Necrose da Polpa Formação de Abscessos |
| Gastrointestinal | Estomatite Varizes Esofágicas Hematemeses Refluxo Gastroesofágico Ruptura Gástrica Atonia Intestinal Obstipação Diarreia |
| Sinais Vitais | Arritmias Hipotensão Ortostática |
| Dermatológicos | Calosidades nas falanges da mão direita (Sinal de Russel) |
| Cardiovascular | Cardiomiopatia |
| Renal | Insuficiência Renal Proteinúria Hematúria |
| Metabólicos | Desidratação Hiponatrémia Hipokaliémia Hipoclorémia Alcalose ou Acidose Metabólica Hipomagnesémia |

O risco de mortalidade nos doentes com BN é 1,5 vezes superior ao de pessoas da mesma idade e género (Nielson, 2001). Um estudo de Hoeken (2003), referiu que a taxa de mortalidade aos 10 anos era de 7,4%. O risco de suicídio nestes doentes, principalmente no subtipo purgativo chega a ser superior ao dos doentes com AN e está relacionado com o abuso de substâncias, comportamentos impulsivos e de auto-mutilação (Corcos *et al.*, 2002; Favaro *et al.*, 1997).

1.4)3. Perturbação de Ingestão Compulsiva

Os doentes com PIC partilham características dos indivíduos obesos e doentes com BN (Dingemans *et al.*, 2002). Ao contrário dos doentes com BN que, geralmente, iniciam os episódios bulímicos após tentativas de dietas para emagrecer, os doentes com PIC, geralmente iniciam dietas após algum tempo de terem ingestões compulsivas e de apresentarem excesso de peso. Em muitos casos a obesidade surge vários anos depois do início da PIC (Dingemans *et al.*, 2002). Como na BN, a ingestão compulsiva geralmente ocorre quando os indivíduos estão sozinhos, devido aos sentimentos de culpa e de vergonha, que decorrem do envolvimento nestes comportamentos (Willianson, 2004). Estes doentes geralmente comem mais, as refeições são mais ricas em gorduras (*snacks* e guloseimas) e o tempo de refeição é maior do que os doentes obesos sem PIC (Goldfein *et al.*, 1993).

1.4)3.1. Sintomas Primários ou Características psicológicas

O grau de psicopatologia encontrado nestes doentes está relacionado com a PIC e não com o grau de obesidade (Hay, 1998).

Os doentes com PIC têm uma insatisfação com a forma corporal mas de forma menos intensa que na BN (Fairburn e Harrison, 2003) e maior dificuldade em interpretar as sensações viscerais relacionadas com a fome e a saciedade (Kuehnel, 1994). Consideram-se mais obesos do que outros indivíduos sem PIC, com o mesmo peso e sentem-se avaliados pelos outros apenas pela sua forma e peso corporal (Mussel, 1996). Geralmente têm uma auto-estima mais baixa e maior sintomatologia depressiva do que os doentes obesos sem PIC. O humor deprimido tem sido implicado no surgimento da PIC, considerando-se que a voracidade alimentar tem o efeito de aliviar os estados emocionais negativos (Fairburn, 2000). Estes doentes também apresentam outras perturbações psiquiátricas, particularmente distúrbios afectivos e da personalidade (Strigel-Moore *et al.*, 1998).

1.4)3.2. Sintomas Secundários ou Características Clínicas

As manifestações orgânicas dos doentes com PIC são as decorrentes da obesidade progressiva e as suas complicações. Vários estudos demonstraram que

doentes com Diabetes tipo 2 apresentavam PIC numa percentagem de 5,7 a 10%, mas estes valores não diferiam muito da população geral (Herpertz, 2000; Mannucci, 1997). Outras alterações relacionam-se com o Síndrome Metabólico associado à obesidade mórbida, dos quais existem ainda poucos estudos (Fairburn & Harrison, 2003; Villagonez et al., 2003).

1.5) Epidemiologia dos DCA

Os DCA têm despertado um interesse crescente para os profissionais de saúde por apresentarem um grau significativo de morbilidade e uma mortalidade elevada. O prejuízo pessoal e social de indivíduos jovens, o curso crónico da doença e o prognóstico por vezes reservado têm multiplicado e impulsionado muitos estudos epidemiológicos para observar a evolução destes distúrbios ao longo do tempo, bem como os factores de bom e mau prognóstico. No entanto, nem sempre é fácil tirar conclusões, na medida em que os estudos apresentam metodologias e amostras diversas, dificultando a obtenção de dados epidemiológicos mais fidedignos.

1.5)1. Prevalência

A Prevalência de uma doença define-se como o número total de casos na população num determinado período de tempo. Para uma correcta estimativa da prevalência dos transtornos psiquiátricos é crucial a definição do que é um “caso” e sua clara delimitação dos “não-casos”. Nos DCA, a definição tem assentado nas categorias diagnósticas contidas nas revisões sucessivas dos sistemas de classificação das perturbações mentais, nomeadamente a CID e DSM e instrumentos estandardizados de diagnóstico construídos à volta dessas mesmas categorias, para estudos epidemiológicos nas comunidades (Myers *et al.*, 1984). A validade de muitos estudos epidemiológicos sobre DCA é posta em causa por um conjunto de problemas metodológicos relacionados com a selecção e a identificação dos casos (Hoek, 1993; van Hoeken *et al.*, 2003). Entre os problemas específicos estão a baixa prevalência dos DCA na população geral e a tendência dos doentes com DCA em negar a doença e em evitar procurar ajuda médica. Estes factores exigem o estudo de grande número de indivíduos da população geral para atingir amostras representativas da doença (Hoek *et al.*, 2003).

De uma maneira geral, o estudo da prevalência dos DCA tem duas fases: Na primeira fase, grandes grupos populacionais preenchem questionários validados para o estudo de atitudes e comportamentos alimentares e assim são seleccionados os

indivíduos de risco. Numa segunda fase, estes indivíduos são entrevistados por técnicos treinados com competência clínica nesta área e treino no uso de instrumentos diagnósticos estandardizados, permitindo a selecção dos indivíduos doentes. Os problemas metodológicos nos estudos de duas fases são a baixa adesão á entrevista, a sensibilidade e especificidade dos instrumentos usados para a selecção dos indivíduos de risco e o número pequeno de casos entrevistados (Fairburn & Beglin, 1990). Muitas vezes os estudos são realizados em grupos considerados de risco para os DCA, o que leva a problemas de generalização para a população geral.

Na população geral, a distribuição dos DCA não é igualitária, sendo as adolescentes e jovens adultas do sexo feminino o grupo mais vulnerável. Além disso, ocorrem predominantemente nos países desenvolvidos e industrializados, o que revela uma influência dos factores socioculturais na distribuição destas doenças (Hoek, 1993). A prevalência dos DCA no sexo masculino é variável consoante a idade, atingindo 25 a 30% entre os 11 e 13 anos e diminuem para 15-20% aos 13-14 anos (Barry, 1990). No sexo masculino parece existir uma associação específica entre homossexualidade e índices elevados de sintomatologia bulímica e anoréctica (Russel & Keel, 2002).

1.5)1.1. Anorexia Nervosa

A prevalência pontual da AN é de 0,28% (Appolinário & Claudino, 2000). Estes resultados foram verificados em estudos realizados em locais e períodos de tempo diferentes. Na revisão feita por Hoek em 1993 sobre os estudos efectuados antes deste período e utilizando os critérios do DMS-III (APA, 1980) é referida uma prevalência de 0,28% e nesses mesmos estudos os autores verificaram uma taxa de prevalência de síndromes parciais de AN muito maior. Dez anos depois, uma nova revisão do mesmo autor demonstrou uma prevalência média de 0,29% utilizando os critérios do DSM-III R (APA, 1987) e DSM-IV (APA, 1994) (Hoek *et al.*, 2003). As taxas de prevalência em toda a vida oscilam entre 0,3% e 3,7% (Yager *et al.*, 2000). As taxas de prevalência podem ser mais elevadas em populações especiais (em termos de risco) tais como estudantes de moda (3,5%) e bailarinas profissionais (8,6%) (Garner, 1980). A prevalência média da relação homem-mulher é de 1:10 e até 1:20 (Klein e Walsh, 2004). Esta diferença diminui entre populações de indivíduos mais novos, nas quais os rapazes correspondem a 19% a 30% dos casos de AN (APA, 2000).

Em Portugal, os dados disponíveis são limitados e escassos. Em 1992, Azevedo & Ferreira determinaram a prevalência da AN e BN nas escolas secundárias da Ilha de

S. Miguel na Região Autónoma dos Açores, de acordo com os critérios do DSM-III e verificaram que a prevalência dos DCA nesta população era muito baixa (0,65%). Neste estudo não encontraram nenhum caso de AN. Carmo *et al.* (1996), num estudo realizado em Lisboa e Setúbal, revelou uma prevalência de 0,4% e Machado *et al.* (2007), verificaram uma prevalência de 0,39%, para a AN.

1.5)1.2. Bulimia Nervosa

Uma revisão realizada por Fairburn sobre a prevalência da BN, concluiu que em mulheres jovens e seguindo os critérios diagnósticos do DSM-III e DSM-IV, esta se situa em 1%. Em estudos randomizados e estratificados, usando os critérios DSM-III, em populações não clínicas, este valor mantinha-se em 1% para o sexo feminino e 0,1% para o sexo masculino entre os 15 e 65 anos (Garfinkel *et al.*, 1995). Em Portugal um estudo realizado por Baptista *et al.* (1996), seguindo os critérios DSM-III, revelou que 3% das jovens inquiridas preenchiam os critérios de BN. No estudo realizado por Machado (2007) a prevalência da BN foi de 0,30%.

1.5)1.3. Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra Especificação

A prevalência da PCASOE na comunidade é pouco clara. Isto deve-se ao facto desta categoria ser residual, sendo o diagnóstico feito por exclusão dos quadros típicos de AN e BN. Assim, não existem, para a PCASOE, critérios diagnósticos positivos, sendo por isso difícil definir de forma operacional quais são os “casos” (Fairburn, 2005). No entanto, não deixa de ser paradoxal que esta categoria “residual” seja o distúrbio alimentar mais frequentemente diagnosticado, chegando a constituir 60% dos DCA (Fairburn, 2005). A prevalência da BN sub-clínica chega a atingir nalguns estudos 5,4% (Whitehouse *et al.*, 1992). Um estudo realizado em Portugal por Machado (2006) encontrou uma prevalência da PCASOE de 2,37% numa população escolar.

1.5)1.4. Perturbação de Ingestão Compulsiva

Existem actualmente poucos estudos epidemiológicos sobre a PIC na população geral e em grupos considerados de risco. Na população geral, a PIC varia entre 1% e 4,5% (Hay, 1998-b; Spitzer, 1992; Streigel-Moore, 2000). Nos grupos de risco (obesas

que se encontram em tratamento de emagrecimento), a taxa de prevalência varia de 1,3% a 30,1% (Berkowitz, 1993; Ramacciotti, 2000; Ricca, 2000; Varnado, 1997). Em Portugal, Baptista *et al.* (1996), seguindo os critérios DSM-III, verificou que 13,2% das jovens inquiridas tinham pelo menos dois episódios de ingestão compulsiva por semana, sem manobras compensatórias.

1.5)2. Incidência

A Incidência de uma doença pode definir-se como o número de novos casos, numa dada população, num determinado período de tempo (geralmente um ano) e geralmente expressa-se por 100.000 da população por ano. As taxas de incidência para os DCA, representam o número de casos diagnosticados, o que não refere necessariamente o momento em que o distúrbio se inicia. Não existem estudos da incidência dos DCA na população geral. As taxas de incidência, são baseados em casos diagnosticados em entidades de saúde (Hoek, 2003). As taxas de incidência provenientes de médicos de saúde primária, representam em média os casos mais recentemente diagnosticados (Hoek, 1995).

1.5)2.1. Anorexia Nervosa

Como referido anteriormente, os estudos sobre a taxa de incidência da AN, baseiam-se em registos de saúde primários, ficheiros clínicos e registos hospitalares de uma área circunscrita. Todos estes estudos subestimam a incidência na comunidade porque nem todos os indivíduos são referenciados aos centros especializados (Hoek, 2003). Há alguma controvérsia relativamente ao facto do aumento de incidência da AN, registado nas últimas décadas, ser devido a um aumento real da doença ou se é espúrio, por melhoria dos métodos utilizados para a detecção de novos casos (Hoek, 2003). Seja como for, as taxas têm vindo a aumentar grandemente de 0,10 por 100.000 em 1930 para 12,0 por 100.000, em 1980 (Hoek, 2003). Estudos realizados por Hoek (1995), em Cuidados de Saúde Primários, seguindo os critérios do DSM-III-R, encontraram uma taxa de 6,1 por 100.000 habitantes. Lucas (1991, 1999) realizou um vasto estudo analisando o período 1935-1989 e encontrou uma incidência ajustada à idade e sexo de 8,3 por 100.000 pessoas por ano (95%; I.C: 7,1-9,4). No norte da Europa, os vários estudos realizados, verificaram que a partir de 1970, a taxa de incidência de AN estabilizou (Hoek, 2003). As taxas de incidência de AN são variáveis consoante a idade

da população estudada. Assim, em grupos do sexo feminino com idades entre os 15 e os 19 anos, alguns estudos encontraram uma incidência de 73,9 por 100.000 habitantes/ano, no período de 1935-1989, com um contínuo aumento desde 1930 e com um pico máximo entre 1980-1989 de 135,7 por 100.000 habitantes/ano (Lucas, 1991, 1999). Os mesmos estudos revelaram uma diminuição da taxa de incidência nas faixas etárias mais velhas sendo de 9,5 (30 a 39 anos), 5,9 (40-49 anos) e 1,8 (50-59 anos). No sexo masculino a taxa de incidência é inferior a 1 e nalguns estudos abaixo de 0,5 casos por 100.000 habitantes/ano (Hoek *et al.*, 1995; Lucas *et al.*, 1999); com uma relação mulher para homem de 10:1 (Hoek *et al.*, 1995; van Hoeken *et al.*, 2003).

1.5)2.2. Bulimia Nervosa

Existem actualmente poucos estudos sobre a incidência da BN na população. Isto deve-se em parte ao facto da BN constituir uma entidade nosológica autónoma há relativamente pouco tempo (DSM-III, APA, 1980; Russel, 1979). Estudos realizados na década de 90, revelaram uma incidência que se situava entre os 11,5 e 13,5 por 100.000 habitantes/ano (Hoek, 1995; Turnbull, 1996; Soundy, 1995). Na faixa etária de maior risco (20 a 24 anos) a taxa de incidência situou-se nos 82 casos por 100.000 habitantes (Hoek, 1995; Turnbull, 1996). Acima dos 40 anos o valor diminui para 1,7 independentemente do sexo (Turnbull, 1996). No sexo masculino a incidência é de 0,8 por 100.000 homens/ano (Hoek, 1995).

1.5)2.3. Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra Especificação e Perturbação da Ingestão Compulsiva

Não existem até ao momento estudos sobre a incidência da PCASOE e da PIC na população.

1.6) Etiologia dos DCA

No que diz respeito à etiologia aos DCA, existem ainda muitas lacunas no conhecimento, sendo que o modelo etiológico mais aceite actualmente para explicar a génese e manutenção dos DCA é de natureza multifactorial, baseado na hipótese de que vários factores biológicos, psicológicos familiares e sociais estejam envolvidos e inter-relacionados, tal como está expresso no Quadro 1.9 (Appolinário & Claudino, 2000; Fleitlich *et al.*, 2000).

Quadro 1.9- Factores de risco para a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa (adapt. de Fairburn, 2003).

Factores Gerais

- Sexo feminino
- Adolescente ou adulto jovem
- Viver numa sociedade ocidental

Factores Individuais Específicos

- História familiar:

DCA de qualquer tipo; Depressão; Abuso de substâncias, principalmente o alcoolismo; Obesidade.

- Experiências pré-mórbidas:

Relações parentais disfuncionais (contacto distante, elevadas expectativas, discordância conjugal); Abuso sexual; Dieta na família; Comentários críticos dos familiares e pares sociais acerca da alimentação, peso e forma corporal; Pressões advinhas das actividades ocupacionais ou recreativas

- Características pré-mórbidas:

Baixa auto-estima; Perfeccionismo; Ansiedade e Distúrbios de ansiedade; Obesidade (BN); Menarca precoce (BN).

Seguidamente faremos uma breve descrição dos factores envolvidos no desenvolvimento dos DCA.

1.6)1. Factores Biológicos

Durante décadas, se não séculos, a sociedade e a família têm sido responsabilizadas pelos DCA (Garner, 1980; Minuchin, 1978). Embora esse tipo de factores possam influenciar o surgimento destas doenças, não são actualmente considerados como sendo as únicas causas. Os factores biológicos, nomeadamente a vulnerabilidade genética, também desempenharão um papel causal da maior relevância.

A influência dos factores genéticos, na etiologia dos DCA, foi verificada tanto em estudos familiares, como em estudos de gémeos (Strober, 2000; Bulik, 2000; Wade, 1999). Existem famílias onde é encontrada uma *agregação familiar* de DCA (principalmente AN e BN) e os estudos realizados concluíram que nessas famílias existe um risco mórbido 10 vezes superior ao verificado nas famílias de controlo (Strober, 2000).

Os estudos de gémeos constituem uma “experiência” natural, que permite avaliar a contribuição relativa dos factores genéticos e ambientais, na causalidade da doença.

Os gémeos dizigóticos (DZ) partilham 50% dos genes (como qualquer par de irmãos) e os monozigóticos (MZ) são “clones” naturais que partilham 100% dos genes, sendo pressuposto que qualquer dos tipos de gémeos têm um ambiente similar. Comparando a taxa de concordância para os MZ e DZ (i.e. a frequência com que o segundo gémeo de cada par demonstra o mesmo fenómeno), pode ser obtida uma evidência da determinação genética de determinado fenómeno. Para um fenómeno que

esteja sob controlo genético, a concordância deve ser significativamente superior nos MZ relativamente aos DZ. Pelo contrário, se o ambiente fosse etiologicamente determinante, as taxas de concordância seriam semelhantes, independentemente da zigotia (i.e. semelhantes nos dois tipos de gémeos). Por outro lado, a magnitude da diferença nas taxas de concordância entre MZ e DZ pode fornecer uma estimativa da *hereditabilidade* (% da variância fenotípica que pode ser atribuída aos factores genéticos). Alguns autores estimaram a hereditabilidade dos DCA, na ordem de 33 a 84% para a AN (Wade, 2000) e de 28 a 83% para a BN (Bulik, 2005).

Os estudos de gémeos demonstraram, para a AN, uma concordância de 55% nos gémeos MZ e de 5% para os gémeos DZ. Para a BN foi estimada uma concordância de 35% e 30% respectivamente (Fairburn & Harrison, 2003).

Nas últimas décadas, os estudos de genética molecular – de ligação génica (*linkage*) e de associação génica, têm sido os métodos mais usados na investigação da genética molecular das doenças psiquiátricas.

Os estudos de *linkage* usam famílias *multiplex* (i.e. com vários membros afectados), enquanto os estudos de associação usam amostras de afectados não relacionados que são emparelhados e comparados com indivíduos de controlo. No caso dos DCA, a investigação molecular tem vindo a intensificar-se no sentido de tentar identificar possíveis genes de susceptibilidade para os DCA (Klump, 2001; Bulik, 2004; Grice, 2002).

O processo de modulação do comportamento alimentar é mediado pela expressão e síntese no Sistema Nervoso Central de um amplo espectro de neuropeptídeos e aminas. Assim, alguns dos genes implicados na síntese e modulação destas substâncias (aqueles relativamente aos quais têm sido encontradas algumas evidências de alteração nos doentes com DCA) têm sido usados como genes candidatos para os estudos de genéticas molecular, nomeadamente vários genes do sistema serotoninérgico. Estudos recentes evidenciaram o envolvimento de um *locus* no braço curto do cromossoma 1, na susceptibilidade genética para AN (Grice, 2002). O estudo detalhado desta região demonstrou que determinados polimorfismos nos receptores dos genes 1D da Serotonina (HTR1D) e Opióide Delta 1 (OPRD1) estavam associados à AN (quer do tipo restritivo, quer com a ingestão compulsiva/ purgativa) (Bergen, 2003; Brown *et al.*, 2007). Outros estudos têm avaliado a variação genética da enzima catecol-O-metiltransferase (COMT) e a sua relação com os DCA. Nesses estudos verificou-se que o genótipo H/H (alelo com maior actividade enzimática) se encontrava associado

aos doentes com DCA e era particularmente importante nos doentes com AN (Mikolajczyk, 2006). Frieling (2006) encontrou em doentes com AN que o alelo Met 158 no gene COMT se relacionava mais frequentemente com altos scores no *Eating Disorder Inventory*, assim como a sentimentos de ineficácia, medo de crescer, impulsividade, perturbações da relação. O mesmo estudo verificou que os portadores da deleção no 5-HTTLPR (*5HTT gene-linked polymorphic region*) tinham resultados mais elevados nas subescalas pressão para emagrecer e insatisfação com a forma corporal (Frieling, 2006). Ricca (2004) constatou que o alelo A do polimorfismo 1438 G/A na região promotora do gene receptor do 5-HT_{2A} estava relacionado com elevados níveis de insatisfação com o peso e forma corporais, resultados estes que não foram observados em estudos anteriores (Ando, 2001; Ribakowski, 2003). Para a BN, também foi encontrado um *locus* no cromossoma 10 (10p) e outro no cromossoma 14 (Bulik, 2003), que podem eventualmente estar ligados a esta doença.

Foi verificada uma associação entre alguns genes ligados à obesidade e os DCA. Esta associação foi encontrada para o alelo *IGF2* Apal G (Insulin-Like Growth Factor 2) (Bachner-Melan, 2005); e para a mutação p.P73T do gene da Neuromedina B (Bouchard, 2004).

Estudos realizados noutros neuromoduladores não têm sido conclusivos. Monteleone (2006) não encontrou relação dos polimorfismos da Arg51 Gln e Leu72Met no gene que codifica a Grelina nos DCA: Também as mutações encontradas no receptor 4 da Melancortina (MC-4R) em indivíduos obesos não tinham relação com PIC (Lubrano-Berthlier, 2006).

Podemos dizer que o corpo de resultados, em termos da genética molecular dos DCA é relativamente modesto e inconclusivo, facto que leva alguns autores como Ross (2006) a referir que os estudos familiares e genéticos deram ainda uma contribuição pequena quando comparados com os factores ambientais, não sendo possível actualmente invocar como causa substancial estes factores para o surgimento dos DCA.

Outros factores biológicos associados ao surgimento de DCA são a menarca precoce e a obesidade e estes factores estão muitas vezes relacionados. (Anderson, 2003; Herman-Giddens, 2001; Kaplowitz, 2001; Posner, 2006). Wang (2002), encontrou uma associação entre a maturação sexual precoce com a obesidade no sexo feminino, mas não no sexo masculino. As raparigas que tinham tido a menarca precocemente tinham uma imagem corporal mais negativa e maior risco de DCA (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Striegel-Moore *et al.*, 2001).

A obesidade é considerada um factor de risco para o surgimento de DCA (Haines, 2006). Os adolescentes obesos, principalmente do sexo feminino, sentem uma maior insatisfação com o peso e forma corporais e baixa auto estima (Wuang, 2007; Neumark-Sztainer, 2006; Wardle, 2005; Cohane, 2001). Também, os obesos são muitas vezes motivo de troça parte dos pares, sofrendo maior pressão para perder peso (Paxton *et al.*, 1999). Estes sentimentos levam muitas vezes á adopção de comportamentos de dieta, que quando não podem ser cumpridos por fome ou outros motivos, leva ao início dos DCA, principalmente BN e PIC (Jarosz, 2006; Maier, 2006).

1.6)2. Factores Psicológicos

Várias teorias psicológicas, ao longo das décadas, têm sido propostas para a explicação da génese, desenvolvimento e manutenção dos DCA, desde as teorias psicodinâmicas às comportamentais e cognitivas (Fairburn & Harrison, 2003). Algumas teorias psicodinâmicas postulam que os indivíduos com AN, têm um medo extremo de se tornar adultos e iniciar a puberdade, repudiando o início da sexualidade adulta. Os métodos restritivos e os comportamentos compensatórios dos DCA, principalmente na AN contribuem com o desejo de prolongar a infância proporcionando uma sensação de segurança (Willianson, 2001).

As teorias cognitivo-comportamentais, são as que têm tido um maior suporte empírico e por isso, a sua aceitação científica tem vindo a ser mais alargada. Estas teorias propõem que a restrição alimentar, que precede o início dos DCA, tem duas origens. O primeiro aspecto relaciona-se com a necessidade de sentir controlo sobre a sua vida (os doentes sentem-se frustrados, insatisfeitos, zangados consigo próprios) (Fairburn, 2004). Nestes indivíduos, o controlo sobre a alimentação, dá-lhes a percepção de que controlam pelo menos uma área da sua vida, com a vantagem acrescida de obterem a aprovação social e a melhoria da auto-estima que tanto procuram (Franco-Paredes, 2005). O segundo factor relaciona-se com a sobrevalorização do peso e forma corporais na definição do valor pessoal, especialmente em indivíduos que foram sensibilizados para a importância da aparência. Em ambos os factores, a restrição alimentar tem um papel altamente reforçador, porque vai diminuir o medo de aumentar de peso e proporciona sentimentos de valorização pessoal (Fairburn & Harrison, 2003). Posteriormente, outros processos começam a operar e servem para manter o DCA. Estes processos são o isolamento social, o facto de dietas restritivas e rígidas favorecerem

episódios bulímicos nalguns indivíduos e o efeito negativo que os episódios bulímicos provocam sobre os afectos, criando um círculo vicioso (Fairburn & Harrison, 2003). Só com a correcção destes processos é que é possível ter sucesso no tratamento destes doentes (Fairburn, 2004).

Os estudos clínicos, psicométricos e familiares realizados, descrevem a personalidade pré-mórbida da AN como obsessiva, rígida, meticulosa, perfeccionista, dependente e socialmente inibida (Strober, 1980). Caracterizam-se por apresentar neuroticismo elevado, terem sentimentos de incompetência, pela sua necessidade de controlar tudo à sua volta, por terem pouca espontaneidade social e escassa iniciativa. (Cassin, 2005). Alguns autores definem estes doentes como desinteressados, com pouco tempo de lazer pelo seu elevado sentido de responsabilidade e dever, muito ambiciosos mas sem interesses definidos, com inadequada vivência do seu papel sexual e espiritual (Chinchila Moreno, 1994).

O perfeccionismo e a tendência á ansiedade, são duas características da personalidade muito vincadas nos doentes com AN do tipo restritivo (Davis, 2000-b). Na AN do tipo ingestão compulsiva / tipo purgativo, as doentes podem também apresentar uma maior labilidade emocional e falta de controlo de impulsos (Davis, 2000-b).

Relativamente ao perfeccionismo e à sua relação com os DCA, faremos mais à frente uma análise mais pormenorizada.

1.6)3. Factores Ambientais

Podem ser divididos em dois grandes grupos: factores familiares e factores socioculturais.

Existem várias experiências ao longo do desenvolvimento dos doentes com DCA, que podem favorecer o surgimento destas doenças, nomeadamente factores pré e peri-natais, o abuso sexual e outras experiências ao longo do desenvolvimento. Por outro lado, as características da família (relações interpessoais, opinião sobre o corpo e forma corporal, hábitos alimentares, abuso de substâncias) podem também constituir importantes factores na génese e manutenção destes problemas.

Alguns estudos, em doentes com DCA, verificaram uma maior frequência de complicações pré e peri-natais como por exemplo parto pré-termo, grande

prematuridade, parto traumático e cefalohematoma, condições que podem levar a problemas alimentares precoces e a dificuldades na relação mãe-filho (Schmidt, 2005).

Ao longo do desenvolvimento, as situações de stress pessoal podem precipitar o início de DCA (Jacobi, 2004). Entre as situações identificadas são de referir as situações de conflito ou perda familiar, mudança de escola, de morada, o aumento da pressão académica ou uma doença médica (Horesh, 1995). Na AN de início tardio foi encontrado um maior número de situações de stress (Mynors-Wallis, 1992), o mesmo acontecendo para a BN também foram identificados factores de stress precipitantes (Schmidt, 1997). Também, o abuso sexual antes da puberdade pode ser considerado um factor de risco e nestes indivíduos, o repúdio do próprio corpo pode levar à perturbação progressiva sobre o peso, a forma e tamanho corporais (Preti, 2006; Favaro, 2005; Smolak, 2002).

Em vários estudos foi verificada a existência de disfunção familiar, nos indivíduos com DCA. São geralmente famílias com conflitos internos, desorganizadas, críticas, desunidas e incapazes de estabelecer relações de mútua ajuda (Muela, 2002-b). Em muitos casos, a família pode manter, mediatizar e complicar a evolução da doença, pelo que no tratamento da doença são por vezes usadas técnicas de terapia familiar (Muela, 2002-b).

A perspectiva familiar sobre o peso e forma corporais, é uma das vertentes mais estudadas nos doentes com DCA. Os comportamentos de dieta na família são aprendidos e podem ser adoptados pelos adolescentes que vêm a desenvolver mais tardiamente estas doenças. As preocupações familiares com o peso e forma corporais exercem um efeito directo na insatisfação corporal e nas atitudes alimentares das adolescentes (Leung, 1996; Martinez-Gonzalez, 2003). A figura da mãe, as suas atitudes sobre a alimentação e dieta, o peso e forma corporais constituem um modelo relacionado com o surgimento de DCA nas raparigas (Cooper, 2004; Agras, 1999). Foi verificada uma maior perturbação alimentar nas adolescentes que tinham menos refeições em família ou em que o ambiente familiar durante a refeição era negativo (Worobey, 2002).

Também foi demonstrado um maior número de casos de Alcoolismo e de abuso de outras substâncias em familiares em primeiro grau dos indivíduos com AN e BN; e nestes doentes os comportamentos mais frequentemente observados eram os episódios bulímicos, a recorrência ao vómito, ao abuso de laxantes e outros medicamentos ao longo da doença (Redgrave, 2007).

Entre os factores socioculturais é possível destacar: a cultura ocidental com as suas mudanças dietéticas, a influência dos meios de comunicação na transmissão dos actuais padrões de beleza e sucesso social, a moda e as novas competências da mulher na sociedade, e as relações interpessoais entre os pares.

A AN e BN surgem fundamentalmente nos países industrializados, onde ocorrem dois factos contraditórios: por um lado existe uma ampla disponibilidade tanto em quantidade como na variedade de alimentos, e por outro lado o actual padrão social de sucesso e prestígio é a magreza principalmente, no sexo feminino (Lambruschini *et al.*, 2002). Toro (1996), descreveu a “cultura da magreza e a lipofobia”, que se encontram actualmente impregnados na sociedade ocidental, satanizam tudo o que seja semelhante à obesidade, criando um mercado de magreza, tornando o corpo da mulher um objecto. Os anúncios ou artigos relacionados com dieta e com o aspecto corporal são dez vezes mais frequentes em revistas femininas do que nas masculinas (Andersen *et al.*, 1992). Também, desde 1960 tem vindo a ser exigido às modelos profissionais medidas de peito e anca cada vez mais pequenos, assim como uma estatura mais elevada (Wiseman *et al.*, 1992). Esta forte tendência social e cultural tem uma influência nas adolescentes, que têm uma grande preocupação pela estética, têm medo de engordar e por isso desejam perder peso independentemente do seu peso real (Lambruschini *et al.*, 2002). Verificou-se que adolescentes que habitualmente lêem revistas de moda têm um maior desejo de serem magras (Levine *et al.*, 1994).

Estudos recentes verificaram que a exposição à cultura ocidental contribui na mudança da percepção da forma corporal (Furnham, *et al.*, 1983); no desenvolvimento de comportamentos de dieta (Gunewardene, 2001) e no surgimento de DCA em populações não ocidentais (Wildes, 2001). Existem indicativos de que os DCA estão a aumentar em grupos étnicos na América do Norte, Europa e outras sociedades mundiais (Miller *et al.*, 2001). Em populações migrantes a adopção da nova cultura, permite melhor adaptação e um maior bem-estar (Phinney *et al.*, 2001), sendo os imigrantes recentes os que têm maior risco de desenvolver DCA (Lake, *et al.*, 2000).

O impacto da televisão nos DCA, ao servir de meio de difusão do “protótipo social” e de condutas e hábitos de vida influencia os adolescentes de uma maneira mais potente que a os médicos e os pais. 88% das pessoas que são apresentadas na televisão são magras ou médias e apenas 12% são obesos, reforçando a associação entre magreza e inteligência, popularidade e sucesso social (Lambruschini *et al.*, 2002). Nas ilhas Fiji, onde a televisão foi introduzida em 1995, verificou-se, no espaço de poucos anos, um

aumento da prevalência dos DCA nas adolescentes da ilha, com alterações sobre o aspecto corporal, dieta e perda de peso (Beker, 2002).

A adolescência é um período de grande vulnerabilidade, pois o adolescente tem um profundo desejo de exercer a sua independência, procurar a sua identidade e imagem corporal ideal, tomar as suas próprias decisões, experimentar novos estilos de vida e muitas vezes negar os valores já existentes. Estes factos levam à adopção de novos padrões alimentares por vezes com motivações ecológicas, filosóficas, religiosas, de independência familiar ou de influência dos seus pares ou heróis. Também nesta idade uma auto-imagem satisfatória e o facto de serem vistos de forma atraente pelos outros, constitui uma prioridade (Lambruschini *et al.*, 2002).

Na adolescência, a influência dos pares tem uma grande importância. Os adolescentes copiam comportamentos de dieta, a preocupação com a imagem corporal; os episódios bulímicos e os vômitos para o controlo do peso, no grupo onde estão inseridos (Lieberman *et al.*, 2001). Pike (1995), verificou em universitárias que os comportamentos bulímicos estavam associados à ocorrência de AN e BN em membros do grupo. Também os comentários desagradáveis acerca do peso e forma corporais entre pares têm um efeito directo na insatisfação corporal e na adopção de DCA (Cash, *et al.*, 1995; Paxton *et al.*, 1999).

Os factores de risco para o surgimento da DCA, são semelhantes em ambos os sexos. Há no entanto algumas características próprias dos indivíduos do sexo masculino.

À semelhança das mulheres, muitos homens manifestam-se insatisfeitos com a sua imagem corporal (Pope *et al.*, 2000). Nos últimos trinta anos, a insatisfação masculina com a imagem corporal triplicou, em média, passando de 15% em 1972, para 34% em 1985 e para 43% em 1997 (Pope, *et al.* 2000). Nos últimos vinte anos, o corpo *ideal* tornou-se progressivamente mais musculado e magro (Leit *et al.*, 2001), sendo que a forma corporal preferida do homem contemporâneo é o “corpo em V” (Kearney-Cooke & Asch, 1990; Pope *et al.*, 2000), a qual transmite uma ideia de competitividade, coragem e dominância, atributos que muitos rapazes aprendem a valorizar, como sendo esperados e desejáveis num homem (Kearney-Cooke & Asch, 1990). Assim, os rapazes desejam geralmente ter *mais corpo, mais peso* e sobretudo *mais músculo* (Pope *et al.*, 2000); e tendem a focar-se no tamanho de certas partes do corpo, principalmente os ombros e braços (Raust-von Wright, 1988; Pereira *et al.*, 2005).

Isto reflecte os estereótipos culturais do *corpo masculino ideal* enfatizados na comunicação social (Raust-von Wright, 1988), constituindo um factor de risco cultural

para o desenvolvimento de DCA e de outra perturbação, que tem vindo a aumentar na população masculina: a dismorfia muscular (*muscle dysmorphia*) (Labre, 2002; Leit *et al.*, 2002). Alguns autores apontaram semelhanças entre a Dismorfia Muscular dos rapazes e a Anorexia Nervosa das raparigas (Pope *et al.*, 2000). Nestes dois grupos é possível observar características semelhantes quanto aos níveis de obsessividade, perfeccionismo, anedonia e auto-estima, diferentes dos da população geral (Davis & Robertson, 2000; Pereira *et al.*, 2005).

Os indivíduos que praticam desportos de alta competição que precisam ser leves ou ter um corpo magro são aqueles que têm maior risco de dependência para fazer desporto e desenvolver DCA (desportos anti-gravitacionais como *High jumping*, salto em vara, escalada) (Sundgot-Borgen, 2004).

2) PERFECCIONISMO

2.1) Definição do conceito

O Perfeccionismo (P.), é um traço da personalidade que pode ter um profundo impacto na saúde psicológica dos indivíduos.

Apesar das várias tentativas efectuadas no sentido de definir o constructo Perfeccionismo, existem ainda várias questões controversas (Tozzi *et al.*, 2004), nomeadamente, em termos da definição das suas características nucleares, do seu carácter unidimensional ou multidimensional, bem como dos aspectos positivos e negativos que abrange.

Horney (1950) definiu o perfeccionismo como “*the tyranny of the shoulds*”. Posteriormente, vários autores também descreveram as características deste traço. Hollender (1978) definiu-o como “o hábito de exigir a si próprio ou aos outros uma elevada qualidade de desempenho, maior do que a requerida pela situação”. Hamachek (1978), descreveu os perfeccionistas como pessoas cujos esforços, mesmos os maiores, nunca eram suficientemente bons, ao menos para os seus próprios olhos e que podiam e deveriam fazer o melhor.

Os indivíduos perfeccionistas estabelecem padrões irrealisticamente elevados, aderem rigidamente a eles e definem esse valor pessoal em função desses mesmos padrões (Maia, 2006). Esta dimensão da personalidade leva a uma sensação crónica de fracasso, progressiva insegurança e vergonha (Burns, 1980; Pacht, 1984).

Frost *et al.* (1990), definiram o P como o “estabelecimento de padrões de desempenho excessivamente elevados, acompanhados de auto-avaliações excessivamente críticas”, estando estes padrões elevados associados ao medo de falhar (Flett *et al.*, 1991; Thompson *et al.*, 1998). Será o medo de falhar o que vai motivar os componentes comportamentais do P e que pretendem ajudar a pessoa a alcançar os seus irrazoáveis padrões elevados, como a verificação cuidadosa, reafirmação da procura, correcção dos outros e excessiva consideração antes da tomada de decisão (Antony *et al.*, 1998). Para além disto, as pessoas com P disfuncional têm mais possibilidades de evitar situações que possam requerer o atingimento dos padrões perfeccionistas, como a procrastinação (atitude de adiar sucessivamente aquilo que se tem para fazer e sentir-se simultaneamente culpado por estar a adiar) e término prematuro das tarefas, uma vez que os padrões perfeccionistas são improváveis de serem alcançados (Antony *et al.*,

1998). Os perfeccionistas vêem-se a si próprios e sentem-se julgados pelo que fazem e não pelo que são (Hollender, 1965).

Actualmente não há acordo acerca da definição do P. No Quadro 2.1 apresentamos um glossário de termos e definições usadas no campo da pesquisa do P.

Quadro 2.1 – Termos e Definições do Perfeccionismo

| |
|--|
| <p>Perfeccionismo activo: tendência para a acção, resultante de padrões elevados que motivam o comportamento;</p> <p>Preocupação com os erros: tendência para ter reacções negativas face aos erros, desaprovação antecipada e interpretação dos erros como equivalentes ao falhanço;</p> <p>Discrepância: incapacidade percebida para alcançar padrões elevados estabelecidos ao <i>self</i>;</p> <p>Dúvidas acerca da acção: dúvida acerca da capacidade pessoal para atingir um objectivo;</p> <p>Padrões pessoais elevados: estabelecimento de padrões elevados impostos ao <i>self</i>;</p> <p>Preocupações avaliativas mal adaptativas: aspectos negativos do perfeccionismo que reflectem preocupação com os erros, dúvidas acerca da acção, crítica e expectativas parentais e perfeccionismo socialmente prescrito;</p> <p>Perfeccionismo negativo: comportamento perfeccionista que é função do reforço negativo e tendências de evitamento;</p> <p>Perfeccionismo neurótico: luta por padrões excessivamente elevados devido a medo de falhar e preocupação em desapontar os outros;</p> <p>Perfeccionismo normal: esforço por padrões realistas e razoáveis que conduzem à auto-satisfação e elevam a auto-estima;</p> <p>Perfeccionismo orientado para os outros: padrões excessivamente elevados direccionados para as outras pessoas;</p> <p>Crítica parental: crença de que os pais são excessivamente rigorosos;</p> <p>Expectativas parentais: crença de que os pais estabelecem padrões muito elevados para o <i>self</i>;</p> <p>Perfeccionismo passivo: inacção devida a excessiva preocupação com os erros, dúvidas acerca da acção e tendências dilatórias;</p> <p>Cognições do perfeccionismo: pensamentos automáticos que reflectem a necessidade de ser perfeito e consciência das imperfeições;</p> <p>Auto-apresentação perfeccionista: estilo que envolve a necessidade de parecer perfeito ou o evitar parecer imperfeito para os outros;</p> <p>Luta por desempenhos positivos: aspectos positivos do perfeccionismo que reflectem padrões pessoais elevados, perfeccionismo auto-orientado, perfeccionismo orientado para os outros e organização;</p> <p>Perfeccionismo positivo: comportamento perfeccionista que é uma função do reforço positivo e de tendências de aproximação;</p> <p>Perfeccionismo auto-orientado: padrões pessoais elevados e motivação para obter a perfeição;</p> <p>Perfeccionismo socialmente prescrito: percepção de que padrões irrealistamente elevados são impostos pelos outros ao <i>self</i>;</p> <p>Perfeccionismo orientado para o mundo: crença de que existem soluções correctas, precisas e perfeitas para todas as pessoas e para todos os problemas do mundo.</p> |
|--|

(Adap. de Flett e Hewitt, 2002)

2.2) Dimensões do Perfeccionismo

Os estudos sobre o P têm tido um aumento exponencial nas últimas décadas, o que tem permitido aprofundar os conhecimentos sobre esta dimensão da personalidade (Shafran, 2001). Numa fase inicial, o P foi conceptualizado como um constructo unidimensional. Esta visão enfatizava os aspectos intra-pessoais na forma de factores

cognitivos, tais como crenças irracionais (Ellis, 1962) ou atitudes disfuncionais (Burns, 1980, Weissman & Beck, 1978). A subescala de P da *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS, Weissman & Beck, 1978) incluía itens que procuravam a relação entre a dependência da auto-avaliação com o atingimento dos objectivos (i.e: “se cometo um erro no meu trabalho então sou um falhado”). A abordagem unidimensional teve um grande peso na abordagem dos DCA, onde a maior parte dos estudos usaram a subescala de seis itens do *Eating Disorder Inventory* (Garner *et al.*, 1983).

No início dos anos 1990, o P começou a ser conceptualizado de uma forma multidimensional. Esta mudança na perspectiva de avaliação deveu-se a duas razões. A primeira, argumentava que as pessoas com P preocupam-se excessivamente com os erros, duvidam da qualidade do seu próprio trabalho, colocando demasiadas expectativas na opinião dos parentes e exagerando na organização (Frost *et al.*, 1990). A segunda, salienta que o P também tem aspectos interpessoais e esses são importantes nas dificuldades de adaptação às situações (Hewitt & Flett, 1991). O desenvolvimento de duas escalas de avaliação que partilhavam o mesmo nome; *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Frost *et al.*; 1990; Hewitt and Flett; 1990; 1991) contribuíram para a revelação do P constituir um constructo complexo e que a avaliação unidimensional deixaria perder alguns aspectos chaves deste traço de personalidade (Flett e Hewitt, 2002). A criação de formas de avaliação multidimensional, levou a que alguns investigadores reavaliassem as escalas unidimensionais à procura de subfactores. Por exemplo, Joiner & Schmidt (1995), fizeram uma reavaliação da subescala de P do *Eating Disorder Inventory* e encontraram dois factores: o primeiro avaliava o P Auto-Orientado (PAO) e o segundo, o P Socialmente Prescrito (PSP).

2.3) Perfeccionismo Adaptativo e Desadaptativo

De uma maneira geral o P, é geralmente definido pelo aspecto patológico, no entanto ele pode ser dividido em duas categorias: “positivo” e “negativo” (Slade & Owens, 1998), “passivo” e “activo”(Lynd-Stevenson & Hearne, 1999) ou “normal” e “neurótico”(Hamachek, 1978). Autores como Kottman (2000) e Blatt (1995) afirmam que o P tem duas faces, porque é uma complexa manifestação que pode vincular-se tanto com a disfunção psicológica como ao funcionamento adaptativo normal. Para estes autores, alguns componentes do P, tais como a fixação de objectivos elevados no âmbito académico, desportivo ou interpessoal, o afincamento para atingi-los; o desejo de

crescimento e superação e a necessidade de organização, podem promover a expansão de conhecimentos, bons hábitos de trabalho, esforço e bom desempenho. Assim, o P pode ser “normal” ou “adaptativo”; ou pelo contrário “neurótico” ou “desadaptativo”. Os perfeccionistas “normais” propõem-se objectivos elevados mas razoáveis e atingíveis, têm elevadas expectativas relativamente a si próprios e aos outros, e embora isto os torne exigentes, não os torna necessariamente hostis ou excessivamente críticos. Tentam explorar todo o seu potencial e quando atingem os seus objectivos, têm sentimentos de auto-satisfação e de maior auto-estima. Perante o fracasso dos seus objectivos, não ficam frustrados, utilizando a “derrota” como motivação para continuar a lutar (Kottman, 2000). Também reconhecem as suas limitações, não se impõem uma perfeição generalizada, estando esta mais focada para alguns pontos ou actividades diárias (Ashby, 1996). São organizados, limpos, e pontuais, mas esta preferência não interfere com o seu funcionamento normal. Os perfeccionistas “neuróticos” ou “desadaptados” propõem-se objectivos muitas vezes inatingíveis e generalizados (i.e. em todas as áreas da sua vida), tornando-se extremamente hostis e críticos. Perante o mínimo fracasso, têm reacções exageradas de tristeza, frustração, culpa, vergonha e raiva (Lombardi *et al.*, 1998). No Quadro 2.2 mostramos as diferenças entre o P Desadaptativo (“Neurótico”) e o P Adaptativo (“Normal”).

Frost *et al.* demonstraram em 1990 que o abraçar de padrões pessoais elevados estava relacionado com a eficácia. Ashby & Rice (2002), ao usarem a *The Almost Perfect Scale – Revised*, descobriram que o perfeccionismo adaptativo estava positivamente correlacionado com a auto-estima, ao passo que o perfeccionismo desadaptativo se correlacionava negativamente com a auto-estima. Quando os *clusters* do perfeccionismo adaptativo e desadaptativo foram identificados, o elevado nível de organização constituía uma clara característica do grupo perfeccionista adaptativo (Parker, 1997; Rice & Mirzadeh, 2000).

Quadro 2.2- Diferenças entre o Perfeccionismo Adaptativo e Desadaptativo (Adap. de Flett e Hewitt, 2002)

| Perfeccionismo Desadaptativo | Perfeccionismo Adaptativo |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de sentir prazer no trabalho • Inflexível nos objectivos que são muito elevados • Objectivos irracionalmente elevados • Objectivos elevados para todas as situações • Concentra-se em evitar os erros • Atitude tensa e ansiosa no trabalho • Esforço excessivo perante situações banais • Sentimentos de auto-estima dependentes do desempenho • Frequente a procrastinação nas novas tarefas • A motivação é evitar consequências negativas • Os objectivos são atingidos para auto-elogiar-se • Os erros levam à raiva e autocrítica • Pensamento rígido: branco ou preto; i.é. perfeição vs. falha • Crença de que deve ser excelente • Insegurança nas atitudes apesar de ser compulsivo | <ul style="list-style-type: none"> • Capaz de sentir prazer no trabalho • Objectivos modificam-se consoante as situações • Objectivos aceitáveis • Objectivos elevados consoante as situações • Esforço para ter sucesso • Calmo mas atento no trabalho • Adapta o esforço às situações • Sentimentos de auto-estima independentes do desempenho • Sem procrastinação • A motivação advém de obter boas respostas ou recompensas • Os objectivos são atingidos para o bem dos outros • Os erros associam-se ao desapontamento e à reavaliação dos esforços • Pensamentos equilibrados • Desejo de tentar ser excelente • Razoável certeza dos actos |

2.4) Aspectos relacionados com o desenvolvimento do Perfeccionismo

É bem conhecida a importância do papel parental no desenvolvimento individual e social da criança (Collins & Kuczaj, 1991). Autores como Frost, Lahart & Rosemplate (1991), referiram que o P possui a sua origem nas interações com os pais que são também eles perfeccionistas e exigentes. Existe maior risco de desenvolvimento de P desadaptativo em adolescentes cujos pais são invasivos, não respeitam a opinião dos adolescentes e são excessivamente punitivos e pouco afectivos (Burns, 1980).

Numerosos estudos relacionando o P parental com o dos filhos têm tido resultados variáveis. Alguns encontraram uma concordância significativa (Chang, 2000), outros não (Ablard & Parker, 1997) e ainda outros reportaram uma associação significativa apenas com o mesmo sexo (pai-filho ou mãe-filha) (Frost *et al.*, 1991).

2.5) Aspectos relacionados com a manutenção do Perfeccionismo

Actualmente considera-se que existe uma série de processos que contribuem para a manutenção do P. Estes são resumidos na Fig. 2.1.

2.5)1. Medo mórbido de falhar.

O centro psicopatológico do P expressa-se como o medo mórbido de falhar e pela incessante procura do sucesso. Para os perfeccionistas, qualquer erro, leva à auto-crítica e à manutenção da visão negativa de si próprios. Isto reflecte a dependência do seu modo de ver-se a si próprios pela capacidade atingir os seus objectivos (Shafran *et al.*, 2002). Os indivíduos com P auto-orientado demonstram uma incapacidade de tolerar os erros (Flett *et al.*, 1991) e medo de falhar (Flett *et al.*, 1992).

2.5)2. Escolha dos objectivos com base num pensamento dicotómico.

Os indivíduos com P elevado propõem-se os objectivos em forma de regras. Essas regras são por natureza dicotómicas: ou são atingidas na totalidade ou não são atingidas. Os perfeccionistas caracterizam-se por ter um pensamento “tudo ou nada”(Antony & Swinson, 1998; Beck, 1995). Ao aderir a estas regras estritas a pessoa é dominada pelo “deveria” e pela culpa e auto-recriminação quando a regra é transgredida.

2.5)3. A necessidade de auto-controlo.

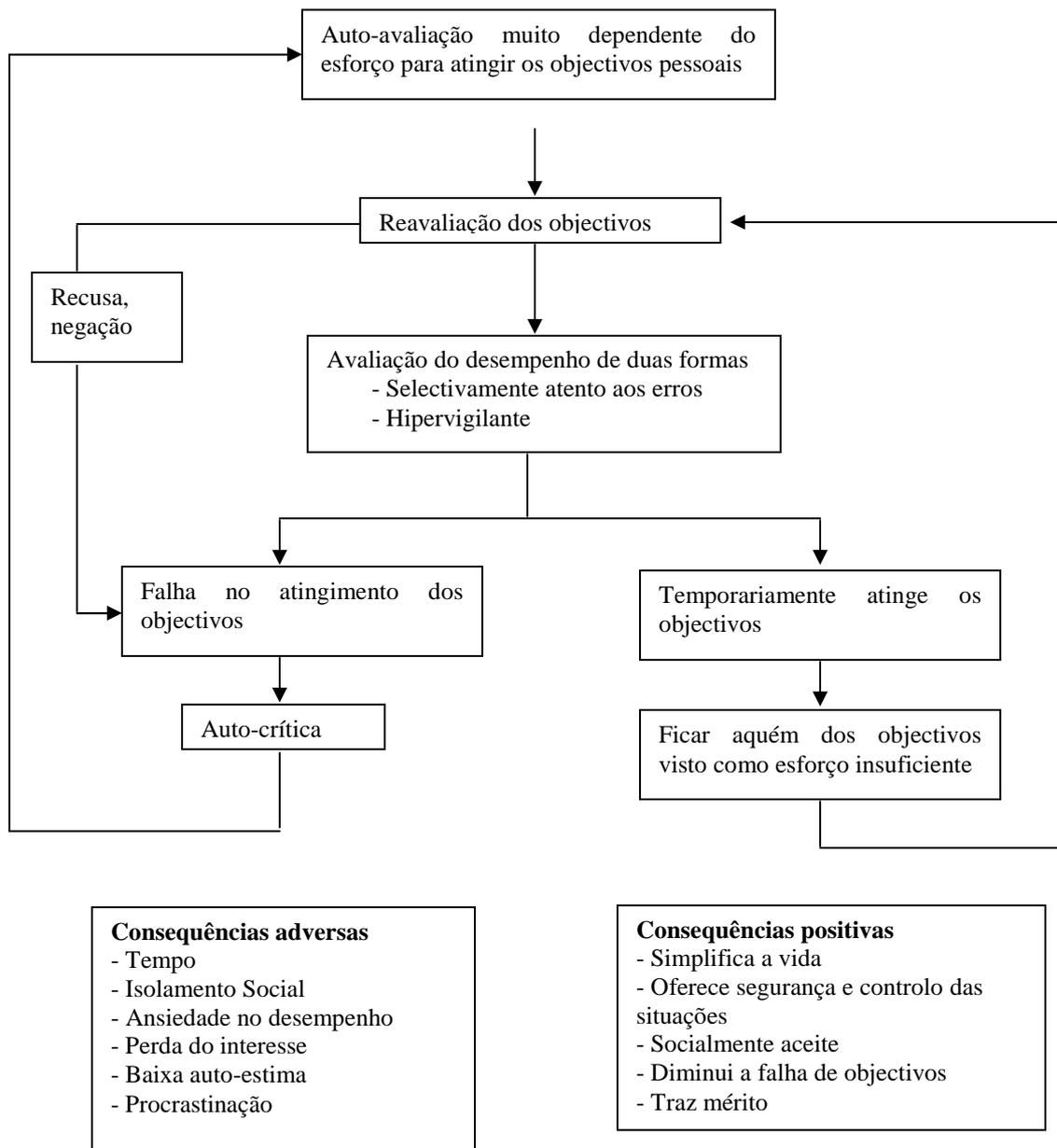
Os perfeccionistas procuram atingir os seus elevados objectivos pessoais. Esta dedicação requer um grande sentido de auto-controlo. Geralmente este auto-controlo limita a sensação de satisfação na realização das tarefas que não estão directamente relacionadas com o atingimento dos seus objectivos (Shafran *et al.*, 2002).

2.5)4. Avaliação do desempenho.

Quando os objectivos pessoais são atingidos, o desempenho é avaliado de uma forma estrita e repetida. Neste aspecto, “o desempenho” não se refere só ao facto de se atingir os objectivos mas ao esforço pessoal na procura dos objectivos (Shafran *et al.*, 2002). Por exemplo, os doentes com DCA, avaliam não só o peso que perderam, mas

também os esforço que fizeram por não comer apesar da fome, para conseguirem perder peso.

Fig. 2.1- A manutenção do Perfeccionismo (Adap. de Shafran *et al.*, 2002)



2.5)5. Falha no atingimento dos objectivos.

Os doentes com P clínico, avaliam os seus objectivos e desempenho de uma forma enviesada. Têm uma atenção selectiva apenas para os erros, ignorando os pontos positivos do seu trabalho (Antony & Swinson, 1998; Burns, 1998; Hamacheck, 1978).

Esta atitude contribui para que, progressivamente, tenha mais receio e adie a realização das tarefas (Procrastinação) ou conduza ao abandono precoce das mesmas (Antony & Swinson, 1998; Burns, 1998; Slade & Owens, 1998). Como os perfeccionistas se avaliam de uma forma excessivamente negativa, quando não atingem os seus objectivos vão progressivamente manter esta atitude. (Burns, 1980).

2.5)6. Atingir os objectivos com sucesso.

É frequente os perfeccionistas conseguirem atingir os seus elevados objectivos. Este “sucesso”, tem duas consequências: primeiro vai melhorar a auto-avaliação; segundo: os perfeccionistas revêem os seus objectivos “em alta”. Desta forma, se o objectivo foi atingido, o perfeccionista avalia-o como não tendo sido suficientemente elevado. A consequência desta reavaliação dos objectivos, é a manutenção de uma elevada auto-crítica (Shafran, 2002).

2.5)7. Outras razões para a manutenção do Perfeccionismo

A procura da perfeição é socialmente aceite, valorizada e mesmo incentivada. As pessoas que atingem grandes objectivos são muitas vezes respeitadas e admiradas de uma maneira objectiva (Frost, *et al.*, 1991; Vieth & Trull, 1999). Também, a procura de objectivos elevados, traz benefícios porque simplifica a vida da pessoa, dando a sensação de controlo. Estes aspectos vão mascarar as consequências adversas como a ansiedade, perda de interesse, isolamento social, cansaço, baixa auto-estima e a permanente sensação de fracasso (Shafran, 2002).

2.6) Perfeccionismo e comorbilidade

Desde os primeiros estudos sobre P, verificou-se que este último raramente é um problema isolado, sendo frequentemente observado tanto em distúrbios do eixo I, como do II (Distúrbios de personalidade) do DSM. Assim, entre as patologias mais frequentemente associadas ao P, encontramos os DCA (Cockell *et al.*, 2002), o comportamento suicida (Chang, 2002), a depressão (Kawamura, *et al.*, 2001); a fobia social (Arana, 2003); distúrbio obsessivo compulsivo (Hewitt & Flett, 1991) e alterações dos padrões fisiológicos, como alterações do sono (Azevedo *et al.*, 2007). Seguidamente faremos uma breve descrição da relação entre o P e a psicopatologia.

2.6)1. Depressão

A depressão é uma das doenças mentais mais comuns (Rosenhan & Seligman, 1995). Caracteriza-se pela alteração persistente do humor (deprimido), anedonia (perda de interesse/prazer), sintomas físicos (perda de energia), alteração dos ritmos biológicos (sono/apetite), sentimentos de culpa e desvalorização pessoal e dificuldades de concentração. É das perturbações mentais que provoca maior incapacidade na sociedade mundial e está associada a consideráveis níveis de mortalidade por suicídio (Macedo *et al.*, 2002). Existe uma evidência cada vez mais forte entre o P e a depressão (Blatt, 1995; Hill *et al.*, 1997; Lynd-Stevenson & Hearne, 1999). O P tem sido encarado como factor predisponente para a depressão, quer pelas perspectivas cognitivas, quer pelas perspectivas psicanalíticas (Bibring, 1953; Beck, 1967). No contexto das teorias cognitivas, a depressão tem sido associada a desesperança (*hopelessness*) e à percepção de incontrolabilidade (Alloy *et al.*, 1988; Beck, 1976). O P por um lado e a depressão por outro, podem estabelecer uma “ponte” entre estes dois conceitos, por um lado o perfeccionista tem medo de cometer erros (não ter o completo controlo dos resultados) e de ser rejeitado pelos outros, por não ser perfeito, tornando-se mais vulnerável a sentimentos depressivos. O papel do P como factor de vulnerabilidade psicológica e predição para o surgimento de perturbações do humor tem vindo a ser suportada pela investigação. Amostras clínicas e em populações estudantis encontraram uma maior associação entre a depressão e o P, nomeadamente uma das suas dimensões - *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* (PSP) (Enns & Cox, 1999; Flett, *et al.*, 1991). O PSP correlacionou-se com um *locus* de controlo externo, grande necessidade de obter aprovação e medo de avaliações negativas (Hewitt & Flett, 1991). As pessoas com PSP elevado, percebem os padrões elevados como sendo impostos por fontes externas; existindo uma correlação entre a atribuição do controlo das fontes externas e a depressão (Benassi *et al.*, 1988).

Outra dimensão do P relacionada com a depressão é o *Perfeccionismo Auto-Orientado* (PAO). Numa amostra de estudantes dos 10 aos 15 anos, Hewitt *et al.* (2002) descobriram que o PAO e o PSP estavam associados à depressão, tal como referido na literatura concernente aos adultos (Hewitt & Flett, 1991). Os autores sugeriram que o PAO podia estar relacionado com a depressão devido à auto-avaliação perfeccionista punitiva, auto-culpabilização e sobregeneralização do fracasso percebido, as quais podiam influenciar experiências de stresse (Hewitt & Flett, 2001). Do mesmo modo, a associação entre o PSP e a depressão é conceptualizada como sendo devida à forte

necessidade de aprovação, ao medo de avaliação negativa e à incapacidade percebida para atingir as expectativas dos outros (Hewitt & Flett, 1991). Este raciocínio é consistente com o modelo de depressão de Cole (1991), o qual sugere que as crianças desenvolvem auto-percepções baseadas no *feedback* que recebem das outras pessoas.

2.6)2. Comportamento suicida

O comportamento suicida (CS) compreende um espectro de fenómenos, desde o suicídio consumado à tentativa de suicídio e na sua forma mais leve, a ideação suicida, constituindo um preocupante problema de saúde pública que, em vários países, contribui para uma proporção significativa da mortalidade total (Macedo *et al.*, 2002). Em mais de 90% dos casos, o suicídio é uma complicação de uma perturbação psiquiátrica, sendo a mais comum uma perturbação afectiva, responsável por 60% dos casos. Assim, a compreensão da relação entre a depressão e o CS constitui um tema de grande relevância.

Existe uma relação forte entre algumas dimensões do perfeccionismo e a ideação suicida. Baumeister (1990), sugeriu que os elevados padrões pessoais (PAO) e a crença de que os outros têm elevadas expectativas relativamente ao indivíduo (PSP) constituem importantes dimensões na iniciação do CS. Vários estudos demonstraram que tanto o PSP, como o PAO, estão associados ao aumento da ideação suicida em amostras de estudantes e em amostras psiquiátricas (Hamilton & Schweitzer, 2000; Hewitt, Flett & Weber, 1994; Hewit *et al.*, 1997).

Embora o P seja um dos focos de pesquisa na população adulta, existem já estudos neste âmbito com crianças (Hewitt *et al.*, 1997). Hewitt *et al.*, (2002) desenvolveram a *Child and Adolescent Perfectionism Scale* (CAPS) que avalia o PSP e o PAO, em termos relevantes para a criança. Apesar da pesquisa empírica relativa ao impacto do perfeccionismo nas crianças ser ainda recente, há estudos que sugerem que as dimensões do perfeccionismo são variáveis relevantes e preditores diferenciais de, mau ajustamento e *distress* nas crianças. A título de exemplo, dois estudos relevantes que usaram a CAPS focaram-se na ideação suicida e nos comportamentos em adolescentes, e de modo consistente com o que se verifica na população adulta, estes estudos sugeriram que o PSP é um preditor significativo dos comportamentos suicidas. Mais especificamente, numa amostra de pacientes adolescentes não psiquiátricos, Hewitt *et al.* (1997) descobriram que o PSP e o PAO estavam associados ao desânimo, enquanto apenas o PSP se mostrava associado com ideação suicida. Do mesmo modo,

numa amostra de adolescentes que tinham tentado o suicídio, Boergers, Spirito e Donaldson (1998) descobriram que o PSP se diferenciava entre indivíduos que tinham tentado o suicídio com uma elevada intenção de morrer, de indivíduos que o haviam tentado, mas sem essa intencionalidade.

2.6)3. Distúrbios de Ansiedade

O P tem sido associado às perturbações de ansiedade (Antony *et al.*, 1998; Flett *et al.*, 1989), sendo os mais estudados a fobia social e o distúrbio obsessivo compulsivo.

2.6)3.1. Fobia social

A Fobia Social traduz-se por um medo marcado e persistente de situações sociais ou de desempenho, nas quais possa ocorrer embaraço. Das perturbações da ansiedade, a fobia social e a perturbação obsessivo-compulsiva são as que se encontram mais associadas ao perfeccionismo (Antony *et al.*, 1998).

A ansiedade social é considerada como a incerteza na capacidade pessoal para atingir a impressão desejada face aos outros (Leary, 1983). Consequentemente, é hipotetizado que as pessoas que desejam apresentar uma impressão perfeita às outras, experienciam uma maior ansiedade social. Uma das crenças fundamentais às quais as pessoas com fobia social se prendem é de que as situações sociais são potencialmente perigosas (isto é, humilhantes). Tal está associado a crenças disfuncionais de que esse perigo social apenas pode ser evitado por um desempenho social perfeito; por exemplo “eu só posso evitar uma humilhação social, se atingir um elevado padrão de desempenho social” (Heimberg *et al.*, 1995). Se este padrão não for atingido, o fóbito social tem uma maior probabilidade de experienciar pensamentos automáticos negativos, considerando que falhou no alcance do padrão de desempenho necessário para evitar o perigo, o que reforça a crença central. Em amostras clínicas de doentes com fobia social têm-se verificado que os sujeitos apresentam maior preocupação com os erros, mais dúvidas acerca das suas próprias acções e um juízo crítico mais elevado (Juster *et al.*, 1996). Os autores sugerem que as pessoas com fobia social, predizem que irão cometer erros graves duvidando sempre das suas capacidades de interacção social e têm mais atenção aos erros e sobrevalorizando-os, envergonhando-se a si próprios pelos resultados obtidos (Juster *et al.*, 1996).

A ansiedade social, tem sido relacionada fortemente com PSP e com preocupação excessiva sobre os erros e incertezas perante os outros (Blanstein *et al.*,

1993; Saboonchi & Lundh, 1997). Em estudantes universitários, o PSP elevado estava relacionado com problemas de adaptação, com maior isolamento, timidez e medo de uma avaliação negativa, assim como com níveis mais baixos de auto-estima social. As pessoas com PSP, têm uma auto-percepção social negativa, o que os torna susceptíveis de problemas psicossociais, de adaptação e de interacção social, principalmente em mulheres (Flett *et al.*, 1996; Flett *et al.*, 1997).

2.6)3.2. Distúrbio Obsessivo-compulsiva (DOC)

O DOC é uma perturbação psiquiátrica que se caracteriza pela presença de obsessões e compulsões (Macedo & Pocinho, 2000). Uma obsessão é “um pensamento, imagem ou impulso, intrusivo, repetitivo, inaceitável ou indesejado e que origina resistência subjectiva” (Rachman & Hodgson, 1980). Por sua vez, as compulsões são actos (ou fenómenos mentais) essencialmente repetitivos e estereotipados: “podem ser inaceitáveis ou mais frequentemente aceitáveis, mas são vistas pelo indivíduo como excessivas ou exageradas. São precedidas ou acompanhadas por uma experiência subjectiva de compulsão e geralmente provocam resistência subjectiva” (Rachman e Hodgson, 1980).

O P tem sido sugerido como “um traço necessário, mas insuficiente para o desenvolvimento do DOC” (Rhéaume *et al.*, 1995) e o *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (1997) considera que o perfeccionismo é um factor de risco para o desenvolvimento desta perturbação

Os pacientes com DOC têm sido descritos como atormentados por uma necessidade de certeza e perfeição (Rasmussen & Eisen, 1992). A ausência desta certeza perfeita aumenta a oportunidade dos pacientes duvidarem se efectuaram uma acção correctamente. Estas dúvidas acerca da acção têm sido consideradas com parte do constructo do perfeccionismo (Frost *et al.*, 1990) e são claramente uma parte da fenomenologia do DOC. Tal é postulado por Frost, o qual refere que “duvidar da qualidade das próprias acções tem sido uma característica distintiva do DOC e, de facto, pode reflectir sintomas de pacientes com rituais de verificação (Frost & Steketee, 1997).

O pensamento e o comportamento perfeccionista representam uma tentativa de evitar algo indesejável, isto é, a crítica, incerteza ou perda do controlo. O perfeccionismo desenvolve-se numa tentativa de evitar a incerteza ou numa tentativa de estabelecer controlo, ou o perfeccionismo está no âmago e produz incerteza e desejo de controlo sobre o próprio ambiente. Em qualquer dos casos, a característica principal é o

evitamento de erros, mais do que o alcance dos objectivos. Esta descoberta é consistente com investigação recente que sugere que a “preocupação com os erros” é a dimensão principal do perfeccionismo (Frost *et al.*, 1990).

3) PERFECCIONISMO E DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O perfeccionismo é um traço de personalidade, que tem sido descrito como uma característica central dos DCA (Bruch, 1973, 1978; Garner, 1986; Hewitt *et al.*, 1995) e como tendo um papel importante na sua patogénese, manutenção e na resposta ao tratamento (Bruch, 1973, Casper, 1983, Hewitt *et al.*, 1995; Heatherton & Baumeister, 1991; Sutandar-Pinnock *et al.*, 2003; Bardone-Cone, 2007). Shafran *et al.* (2002) sugerem que a AN e a BN não só tem em comum o P patológico, como ainda, em muitos casos, são a expressão do P no domínio alimentar. Por isso, algumas características centrais da AN e BN são inerentemente perfeccionistas. Por exemplo, a definição de padrões pessoais excessivamente elevados relacionados com o atingir da perfeição a nível da alimentação, da atracção física e da magreza (a procura de um padrão irrealista de magreza, de uma forma corporal perfeita, do peso “ideal”, da dieta perfeita, do regime de exercício perfeito) e ainda da dificuldade em aceitar qualquer afastamento dos padrões que definiram e aos quais aderiram rigidamente. Face a qualquer desvio, caso os objectivos não sejam seguidos rigidamente ou não sejam atingidos, a pessoa tem tendência a experimentar sentimentos de fracasso, de insatisfação, de auto-depressão, de inferioridade, de vergonha e de baixa auto-estima (Goldner *et al.*, 2002).

Tanto na prática clínica como a nível da investigação empírica, o P tem sido desde há muito tempo, associado aos DCA. A procura da perfeição, foi identificada nos primeiros casos conhecidos de distúrbios alimentares (Brumberg, 1988) e os primeiros estudos empíricos demonstraram que o P é uma característica da personalidade pré-mórbida dos doentes com DCA (Dally 1969; Halmi *et al.*, 1979; Fairburn *et al.*, 1998).

O P para além de constituir um factor de risco para o início dos DCA, contribui para a manutenção da doença, para a diminuição da adesão ao tratamento e maior dificuldade na recuperação da mesma. Assim, nos doentes com AN, o P é um factor que contribui para a persistência da restrição alimentar, requerida para manter o peso num limiar muito baixo (Fairburn *et al.*, 1999). A eficácia do tratamento e a recuperação da doença foi analisada noutro estudo longitudinal, realizado por Sutandar-Pinnock *et al.* (2003) numa amostra de doentes com AN (do tipo restritivo e bulímico). Neste estudo foram considerados como critérios de boa recuperação a ausência de sintomas e a

normalização do peso. Os autores verificaram que o P estava relacionado com a sintomatologia. Também, os casos que apresentaram valores mais baixos da subescala de P do EDI na altura da admissão, tinham uma melhor resposta ao tratamento e uma melhor recuperação no seguimento.

Segundo alguns autores (Habke, 1997; Nielson *et al.*, 1997) o P pode ter um papel não facilitador, na procura de ajuda terapêutica. A natureza egossintónica dos sintomas e a necessidade de dar uma imagem perfeita de si, podem contribuir para a negação da doença e conseqüentemente do tratamento, pelo que é mais frequente a procura de ajuda por parte dos familiares (Goldner *et al.*, 2002). Também, o P pode interferir negativamente com o estabelecimento da aliança terapêutica. A necessidade do doente de dar uma imagem perfeita de si, a auto-crítica elevada, a natureza egossintónica de alguns sintomas, particularmente relacionados com a restrição alimentar e a perda de peso, a ambivalência relativamente ao tratamento, podem dificultar o estabelecimento da relação terapêutica. Uma vez iniciado o tratamento, as pessoas com DCA podem ainda ter dificuldade em estabelecer objectivos de tratamento realistas e apropriados. No que respeita aos progressos do tratamento, apresentam uma tendência para a atenção selectiva para os fracassos e para o pensamento dicotómico (“tudo-ou-nada”), sentem-se insatisfeitos com os resultados “imperfeitos” e relutantes em persistir em tratamentos demorados, que não promovem uma cura rápida. Algumas pessoas podem abandonar o tratamento prematuramente, para não se exporem repetidamente ao que percebem como um fracasso pessoal (Hewitt & Flett, 2002).

3.1) Perfeccionismo e Distúrbios do Comportamento Alimentar - Estudos empíricos em amostras não clínicas

Os estudos efectuados com amostras comunitárias, têm sugerido uma associação entre o P e atitudes/comportamentos alimentares alterados, fortalecendo a hipótese do P como factor de risco para o desenvolvimento dos DCA, na população em geral (Hewitt *et al.*, 1995; Davidson, 1989; Plinner & Haddock, 1995; Macedo *et al.*, 2007). No estudo realizado por Hewitt *et al.*, (1995), numa amostra de estudantes universitárias em que analisaram a relação entre as várias dimensões do P e os sintomas dos DCA, a imagem corporal, a aparência física e a auto-estima; encontraram que o PAO e o PSP estavam significativamente e positivamente correlacionados com a pontuação total do EAT e com as pontuações da dimensão *dieta* (Garner & Garfinkel, 1979). Adicionalmente os autores encontraram uma relação significativa entre o PSP e o comportamento bulímico,

mas não com a dimensão *Comportamento Bulímico* do EAT (Garner & Garfinkel, 1979). O estudo realizado por Davidson, (1989), que analisou a relação das dimensões do P e os comportamentos alimentares numa amostra de estudantes do ensino secundário, aplicando o EAT (Garner & Garfinkel, 1979) e a *Child and Adolescent Perfectionism Scale*, (Flett & Hewitt, 1992); encontrou uma relação entre o PAO e o PSP e a pontuação total do EAT, confirmando a relevância destas duas dimensões do P para a compreensão dos comportamentos e atitudes alimentares disfuncionais na adolescência. Sherry *et al.*, (2003) encontrou uma relação directa entre o PAO e o PSP e comportamentos alimentares disfuncionais em universitários de ambos os sexos. Forbush *et al.*, (2007) num estudo populacional de grandes dimensões (N= 2482), encontrou uma forte relação entre o P e os comportamentos alimentares alterados nomeadamente a AN e BN. Outro estudo recente realizado por Chang *et al.*, (2008) verificou a mesma relação em estudantes universitárias dos Estados Unidos da América. Bardone-Cone, (2007), estudou a relação entre o PAO e o PSP e comportamentos alimentares disfuncionais em estudantes universitárias, encontrando uma forte relação entre as duas dimensões do P e a AN e a BN.

Um estudo realizado na nossa população (Macedo *et al.*, 2007), de grandes dimensões (N=1163), analisou a relação entre o P e o comportamento alimentar em ambos os sexos. Os autores aplicaram as versões portuguesas da *Multidimensional Perfectionism Scale* (Hewitt & Flett, 1991; Soares *et al.*, 2003) e o *Eating Attitude Test-40* (Garner & Garfinkel, 1979; Soares *et al.*, 2004) a uma amostra de 1163 estudantes universitários com idades entre os 17 e os 25 anos e encontraram uma associação significativa entre os níveis mais elevados de perfeccionismo e comportamentos alimentares mais disfuncionais. Também os autores encontraram níveis elevados de PSP nos indivíduos com comportamentos alimentares mais disfuncionais, em ambos os sexos, enquanto o PAO tinha um papel mais relevante no sexo feminino. Um estudo longitudinal realizado no nosso país por Soares *et al.* (aguarda publicação), analisou o perfeccionismo e os comportamentos alimentares em universitárias, aplicando os mesmos instrumentos atrás referidos. Os autores verificaram que o PAO e o PSP prévios estavam associados ou eram factores de risco para o desenvolvimento de comportamentos alimentares perturbados. O PAO era o preditor das preocupações e comportamentos de dieta, a longo prazo e estava associado ao exercício físico para perder peso. O PSP estava sobretudo associado à perturbação global dos padrões alimentares desempenhando um papel importante no risco de desenvolver episódios de

ingestão compulsiva. Os autores concluíram que tanto o PAO como o PSP constituem um factor de risco da perturbação alimentar global a curto, médio e longo prazo.

3.2) Perfeccionismo e Distúrbios do Comportamento Alimentar - Estudos empíricos em amostras clínicas.

Os estudos sobre a relação entre o P e os DCA em amostras clínicas, têm utilizado uma diversidade de instrumentos de avaliação psicométrica do P. Em todos esses estudos se verificou que os doentes com DCA, apresentavam pontuações mais elevadas de P do que os grupos sem DCA (Bastiani *et al.*, 1995; Hewitt *et al.*, 1995; Halmi *et al.*, 2000; Castro *et al.*, 2004; Maia, 2006). Castro *et al.* (2004) aplicaram a *Child and Adolescent Perfectionism Scale* de Hewitt and Flett, a *Perfectionistic Self-Presentation Scale* (Hewitt *et al.*, 1995) e o *Eating Attitude Test* (Garner & Garfinkel, 1979; Castro *et al.*, 1991) a 71 estudantes com AN e a 113 estudantes controlo. Os autores encontraram que as doentes com AN apresentavam pontuações mais elevadas do que as estudantes do grupo controlo. No estudo realizado no nosso país por Maia (2006) sobre o P e as perturbações do espectro obsessivo-compulsivo (POC) em que comparou um grupo de estudantes universitários com doentes com POC, na qual estavam representados os DCA (doentes com DCA e doentes com DCA e POC), encontrou pontuações significativamente mais elevadas nos doentes com POC, nos doentes com DCA e nos que apresentavam ambos os distúrbios. No estudo realizado por Bastiani *et al.* (1995), que utilizou vários instrumentos de avaliação do P: as 2 *Escala Multidimensionais de Perfeccionismo*, Frost *et al.*, (1990); Hewitt & Flett, (1991a) e a *Sub-escala de perfeccionismo do EDI* de Garner *et al.*, (1983) foram comparados os níveis de P em doentes com AN antes e após a recuperação do peso e nestes doentes, com controlos saudáveis. Foram encontradas diferenças significativas nas pontuações do P, entre cada um dos grupos de doentes com AN (grupo baixo peso e com peso restabelecido) e o grupo controlo – i.e., as mulheres com AN com baixo peso e com peso restabelecido, são mais perfeccionistas do que as mulheres saudáveis.

As dimensões do P mais relacionadas com os DCA são o PAO e PSP (Hewitt & Flett, 1991b), mas nem todos os estudos replicam esta afirmação. Alguns estudos não encontram diferenças significativas nos níveis de P entre aquelas amostras (Garner *et al.*, 1984) e outros indicaram diferenças apenas ao nível do PAO (Castro *et al.*, 2004). O

estudo de Bastiani *et al.*, (1995), encontrou elevados níveis de PAO e PSP nos doentes com AN. A comparação entre os doentes com AN (peso normal *versus* baixo peso após a recuperação) verificou que os doentes com baixo peso tinham níveis de PAO mais elevados, sendo a única característica que se mantém após a recuperação do peso. No estudo realizado por Maia (2006), a amostra normal apresentava níveis mais baixos de P no total assim como de PAO e PSP do que cada sub-amostra do espectro. Assim, este estudo apontou para a relação entre os distúrbios alimentares em fase sintomática e as duas dimensões do P (PAO e PSP).

Assim, no conjunto da investigação da relação entre o perfeccionismo e os DCA, quer em amostras não-clínicas, quer clínicas, podemos dizer que existe uma associação que sugere que o perfeccionismo possa constituir um factor de risco para o desenvolvimento de alterações do comportamento alimentar e no extremo, `contribuir também para os DCA.

CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

1. OBJECTIVOS

A finalidade do presente capítulo é descrever procedimentos e métodos utilizados para efectuarmos este estudo, tendo em vista permitir uma avaliação da validade, fidelidade e interesse dos resultados encontrados. A investigação realizada enquadra-se no domínio de um estudo de nível III, ou seja, da investigação descritivo-correlacional. Convencidos da pertinência que tem este estudo, definimos os nossos objectivos e iniciámos a nossa investigação a partir deles.

Os objectivos procuraram dar resposta a estas considerações e são os seguintes:

- Identificar as atitudes e comportamentos alimentares dos adolescentes que frequentam o 8º, 9º, 10º, 11º e 12º ano, dos concelhos de Cantanhede e Coimbra;
- Verificar se existem diferenças entre as atitudes e comportamentos alimentares em função da localização geográfica dos jovens (Coimbra: população urbana; Cantanhede: população preferencialmente rural).
- Verificar se existem diferenças entre as atitudes e comportamentos alimentares em função do género e da idade.
- Verificar se existem diferenças entre as atitudes e comportamentos alimentares em função índice de massa corporal.
- Conhecer a relação entre os níveis de perfeccionismo dos jovens e as atitudes e comportamentos alimentares.

2. INSTRUMENTOS e VARIÁVEIS

Os instrumentos utilizados para tentar dar resposta aos objectivos definidos e avaliar as variáveis necessárias para tal foram os seguintes:

2.1) Questões Sócio-Demográficas

2.1)1. Idade

A idade trata-se de uma variável quantitativa e contínua.

2.1)2. Sexo

Variável dicotómica: masculino e feminino, além das diferenças anatómicas e fisiológicas que caracterizam homens e mulheres, cada um vive experiências específicas. Do ponto de vista epidemiológico a diversidade biológica e social implica disparidades quanto à exposição e riscos.

2.1)3. Zona de Residência

A zona de residência é uma variável qualitativa, e foi operacionalizada como: rural (alunos da Escola Secundária de Cantanhede) e urbana (alunos da Escola Secundária D. Maria – Coimbra).

Coimbra: Cidade, capital de Distrito, possui uma área de 319,4 Km² e uma população de 139.083 habitantes (INE: 2007). Possui 31 Freguesias, 13 das quais urbanas ou maioritariamente urbanas. A Escola Secundária Dona Maria está localizada no interior da cidade e recebe alunos das freguesias urbanas da cidade.

Cantanhede: Concelho do Distrito de Coimbra que possui uma área de 392,18 Km² e uma população de 38.860 habitantes (INE: 2007), sendo que cerca de 7100 moram na cidade de Cantanhede. A Escola Secundária de Cantanhede está localizada no interior da cidade é a única Escola Secundária do Concelho e recebe alunos da cidade e das zonas rurais das várias Freguesias e Vilas do Concelho.

2.1)4. Índice de Massa Corporal

O Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet é o processo mais utilizado para avaliar o excesso de peso/obesidade. O IMC calcula-se a partir da seguinte fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / (\text{altura} \times \text{altura}) \text{ (m)}$. Para as crianças e adolescentes os resultados obtidos são aplicados em tabelas percentis do Índice de Massa Corporal consoante a idade. Utilizamos as *Center of Disease Control and Prevention 2000 Growth Charts* (Ogden, 2002). Considera-se magreza quando o IMC se encontra abaixo do percentil 5 para a idade, normal quando se situa entre o percentil 5 e 85 para idade, excesso de peso quando o IMC se encontra acima do Percentil 85 e obesidade quando o IMC é superior ao percentil 95.

| IMC | Classificação |
|---------|-----------------|
| <p5 | Magreza |
| p5-p85 | Peso normal |
| p85-p95 | Excesso de peso |
| >p95 | Obesidade |

Quadro 2.1- Classificação do IMC por percentis (*segundo o CDC-2000*)

2.2) Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25)

O Teste de Atitudes Alimentares 25 (TAA-25) é a versão abreviada do Teste de Atitudes Alimentares – TAA-40 (EAT-40; Eating Attitudes Test-40, Garner *et al.*, 1979; Soares *et al.*, 2004), desenvolvida para a população Portuguesa por Pereira *et al.* (2006; 2008).

O TAA-25 é um questionário de auto-resposta, constituído por 25 itens, com um formato de resposta tipo “*likert*” com 6 opções de resposta: “nunca”, “raras vezes”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “muitíssimas vezes” e “sempre”. Como convém aos questionários deste género (Almeida, 2001), os itens são frases curtas, simples e contendo uma só ideia, formulada com linguagem simples, apropriada aos destinatários da escala e evitando a dupla negação. Uma resposta “sempre” recebe a cotação de 3 pontos; “muitíssimas vezes” recebe a cotação de 2 pontos; “muitas vezes” cotação de 1 ponto; as restantes categorias de resposta não são cotadas (zero pontos). Não existem respostas de cotação invertida. A pontuação total é calculada somando a pontuação de cada item, sendo que quanto maior for a pontuação global, mais disfuncionais serão as atitudes e comportamentos alimentares. No estudo original, o instrumento apresentou boa fidelidade (consistência interna) e todos os seus itens, à excepção do item 15 (*vomito depois de comer*), demonstraram excelente validade discriminativa entre raparigas doentes e controlos. Os itens que compõem o TAA-25 foram seleccionados através da análise factorial do TAA-40, retendo aqueles que apresentaram pesos factoriais (*loadings*) elevados ($>0,30$) nos respectivos factores (Pereira *et al.*, 2006, 2008). Esta estrutura factorial do TAA-40 que serviu de base ao desenvolvimento da versão reduzida compõe-se de 3 factores: Factor 1 – *Dieta*, relacionado com o evitamento de comidas calóricas e com a preocupação com magreza; Factor 2 – *Bulimia e Preocupação com Comida*, relacionado com pensamentos acerca da comida e com a bulimia; Factor 3 – *Pressão Social para Comer*, relacionado com o auto-controlo sobre a comida e com a pressão social para aumentar de peso. Os itens que compõem cada um destes factores e, portanto, o TAA-25 apresentam-se abaixo.

Tendo por base os dados recolhidos, procedeu-se à análise psicométrica do instrumento (análise factorial e consistência interna), através do programa SPSS.

Relativamente à estrutura factorial, todos os itens do TAA-25 foram analisados factorialmente nos 997 indivíduos do estudo, através do método de análise de componentes principais para extracção de factores e o Critério de Kaiser para a sua

retenção – consideração dos factores com valor próprio igual ou superior a um; ambas as soluções foram rodadas ortogonalmente utilizando o procedimento Varimax.

No nosso estudo, a análise factorial em componentes principais evidenciou a existência de três factores (quadro 2.1) que explicam, no conjunto, 39,38% da variância total e cuja constituição, em termos de itens, é bastante aproximada da obtida pelos autores da versão original. Consideramos como critério mínimo de inclusão dos itens em cada factor, o peso igual ou superior a 0,30, assim foram excluídos os itens 3, 4, 11 e 19.

Quadro 2.2 - Rotação Varimax (Rotated Component Matrix) da escala TAA-25

| TAA-25 | FACTORES | LOADINGS |
|---|--|----------|
| <p>FACTOR I MOTIVAÇÃO PARA A MAGREZA</p> | 14. Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo | 0,812 |
| | 10. Ando preocupada(o) com o desejo de ser mais magra(o). | 0,790 |
| | 2. Ter peso a mais, aterroriza-me. | 0,787 |
| | 22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces. | 0,698 |
| | 12. Penso em queimar calorias quando faço exercício. | 0,628 |
| | 9. Sinto-me muitíssimo culpada(o) depois de comer. | 0,618 |
| | 21. Dedico tempo e preocupação demais à comida. | 0,517 |
| | 24. Gosto de sentir o meu estômago vazio. | 0,506 |
| | 18. Sinto que a comida controla a minha vida | 0,318 |
| <p>FACTOR II COMPORTAMENTOS BULÍMICOS</p> | 8. Vômito depois de comer. | 0,785 |
| | 1. Fico nervosa(o) antes de comer. | 0,735 |
| | 25. Tenho vontade de vomitar depois das refeições. | 0,624 |
| | 17. Como comida de dieta. | 0,539 |
| | 23. Ocupo-me em coisas para fazer dieta. | 0,492 |
| | 16. Evito comidas que tenham açúcar. | 0,465 |
| | 15. Tomo laxantes. | 0,459 |
| | 5. Conheço o valor calórico das comidas que como. | 0,369 |
| | 6. Evito especialmente comidas ricas em hidratos de carbono (ex.: pão, bolachas, arroz, etc.). | 0,349 |
| <p>FACTOR III PRESSÃO SOCIAL PARA COMER</p> | 7. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais. | 0,824 |
| | 13. As outras pessoas acham que estou demasiado magra(o). | 0,774 |
| | 20. Sinto que os outros me pressionam para comer. | 0,709 |

A consistência interna (homogeneidade dos itens) foi avaliada utilizando o coeficiente Alpha de Cronbach (0,772), revelador da qualidade deste parâmetro (Quadro 2.2).

Quadro 2.3 – Consistência interna dos factores do Teste de Atitudes Alimentares aplicado à nossa amostra (TAA-25).

| TAA-25 | Consistência Interna (α) |
|--|---|
| Factor 1 Motivação para a magreza | 0,824 |
| Factor 2 Comportamentos bulímicos | 0,685 |
| Factor 3 Pressão Social para comer | 0,712 |
| Total | 0,772 |

2.3) Escala de Perfeccionismo de Crianças e Adolescentes (EPCA)

O perfeccionismo dos jovens foi avaliado através da escala *Escala de Perfeccionismo de Crianças e Adolescentes - EPCA* (versão experimental), traduzida do original (*Child and Adolescent Perfectionism Scale- CAPS*) (Hewitt and Flett, 1993). Reflete o aspecto multidimensional da “*Multidimensional Perfectionism Scale*”. A “*Child and Adolescent Perfectionism Scale- (CAPS)*”, foi traduzida para Português e aplicada a um pequeno grupo de adolescentes, inquirindo os mesmos acerca das dificuldades no entendimento do texto. Antes de começar a ser administrado no âmbito do nosso estudo, procedeu-se à correcção dos aspectos que suscitaram dúvidas. É um questionário de auto-resposta composto por 22 itens, com um formato de resposta tipo “*Likert*”, com 5 opções de resposta: “Completamente Falso”, “Mais Falso do que Verdadeiro”, “Nem Verdadeiro nem Falso”, “Mais Verdadeiro que Falso”, “Completamente Verdadeiro”. A cotação das perguntas é de 1 “Completamente Falso” a 5 “Completamente Verdadeiro”, sendo a cotação invertida para três itens (itens 3,9 e 18). A pontuação total obtém-se somando a pontuação de cada item, sendo que quanto mais elevada a pontuação global, mais elevado será maior grau de perfeccionismo do inquirido. Na sua versão original, a CAPS é composta por dois factores: *Perfeccionismo Auto-orientado*: definição de padrões excessivamente elevados para o próprio; e *Perfeccionismo Socialmente Prescrito*: as exigências perfeccionistas são impostas ao indivíduo pelos outros, particularmente pelas pessoas significativas.

Procedemos também a uma análise factorial dos itens da EPCA, seguindo a mesma metodologia descrita para o TAA-25. A solução factorial final permitiu a selecção de 2 factores (coincidente com o proposto pelos autores da escala) que, na totalidade, explicam 41,69% da variância total. Assim, através da análise do quadro 2.4 podemos verificar o peso de cada item por factor.

Quadro 2.4 - Rotação Varimax (Rotated Component Matrix) da escala EPCA

| EPCA | Item | Loadings |
|---|--|-----------------|
| Factor I <i>Perfeccionismo</i> <i>Auto-orientado</i> | 2. Quero ser o(a) melhor em tudo o que faço. | 0,677 |
| | 1. Tento ser perfeito(a) em tudo o que faço. | 0,676 |
| | 16. Quando faço alguma coisa tem que ficar perfeita. | 0,666 |
| | 4. Sinto que tenho de fazer sempre o meu melhor. | 0,653 |
| | 7. Fico muito aborrecido(a) se não dou sempre o meu melhor. | 0,651 |
| | 6. Tento sempre conseguir a nota mais alta num teste. | 0,615 |
| | 9. Nem sempre tento ser o(a) melhor. | 0,594 |
| | 14. Fico aborrecido(a) se encontrar nem que seja uma falha no meu trabalho | 0,520 |
| | 11. Fico zangado(a) comigo quando cometo um erro. | 0,492 |
| | 22. Não suporto ser menos do que perfeito(a). | 0,368 |
| | 20. Mesmo quando passo, sinto que falhei se não conseguir uma das melhores notas da turma. | 0,477 |
| | 18. Não tenho que ser o(a) melhor em tudo o que faço. | 0,332 |
| Factor II <i>Perfeccionismo</i> <i>Socialmente</i> <i>Prescrito</i> | 13. Os outros esperam sempre que eu seja perfeito(a). | 0,809 |
| | 8. A minha família espera que eu seja perfeito(a). | 0,755 |
| | 15. As pessoas à minha volta esperam que eu seja o(a) melhor em tudo. | 0,742 |
| | 5. Há pessoas na minha vida que esperam que eu seja perfeito(a). | 0,688 |
| | 21. Sinto que as pessoas exigem demais de mim. | |
| | 19. Esperam sempre que eu faça melhor que os outros. | 0,684 |
| | 12. As outras pessoas pensam que eu falhei se não fizer sempre o meu melhor. | 0,627 |
| | 10. As pessoas esperam mais de mim do que eu posso dar. | 0,626 |
| | 17. Os meus professores esperam que o meu trabalho seja perfeito. | 0,569 |
| | 3. Os meus pais nem sempre esperam que seja perfeito(a) em tudo o que faço. | 0,482 |
| | 0,405 | |

No seu conjunto, os índices de consistência interna obtidos para o global da escala podem ser considerados bons ($\alpha=0,811$), bem como para o seu factor II ($\alpha=0,801$). O factor I apesar de ter 12 itens apresenta um valor mais baixo ($\alpha=0,658$).

3. POPULAÇÃO/AMOSTRA

A amostra em estudo consiste num conjunto de jovens estudantes, que frequentam o 8º, 9º, 10º, 11º e 12º anos das Escolas Secundária de Cantanhede e Secundária D. Maria – Coimbra.

Depois de terem sido obtidas as necessárias autorizações (Comissão Nacional de Protecção de Dados e Direcção Regional de Educação do Centro), procedeu-se à listagem dos alunos que no ano lectivo de 2006-2007 se encontravam a frequentar as respectivas escolas.

Dos 1465 adolescentes, alunos das Escolas Secundárias: de Cantanhede e D. Maria (Coimbra), obtivemos 1086 elementos que responderam ao questionário num tempo lectivo do Director de turma, destes eliminámos 89, por não cumprirem os critérios de inclusão na amostra (idade maior 20 anos) ou por o seu preenchimento estar consideravelmente incompleto. Deste modo, a amostra total foi de 997 jovens.

Relativamente à idade, é compreendida entre os 14 e os 20 anos, a média de idades é de 16,38 anos, com um desvio padrão de 1,19. A moda e a mediana foram de 16 anos. A maior parte dos jovens (30,4%) tinham 16 anos.

Quadro 3.1 - Distribuição dos jovens segundo a idade

| IDADE | n | % |
|----------------|----------|----------|
| 14 anos | 6 | 0,6 |
| 15 anos | 258 | 25,9 |
| 16 anos | 303 | 30,4 |
| 17 anos | 282 | 28,3 |
| 18 anos | 95 | 9,5 |
| 19 anos | 33 | 3,3 |
| 20 anos | 20 | 2,0 |
| Total | 997 | 100,0 |

O quadro 3.2 mostra a distribuição dos jovens quanto ao sexo, sendo evidente a maioria de raparigas (55,8%).

Quadro 3.2 - Distribuição dos jovens segundo o sexo

| SEXO | n | % |
|------------------|----------|----------|
| Masculino | 441 | 44,2 |
| Feminino | 556 | 55,8 |
| Total | 997 | 100.0 |

Como se pode constatar pelo Quadro 3.3, os adolescentes maioritariamente (57,5%), estudam na Escola Secundária de Cantanhede (residentes em zona predominantemente rural), sendo que 42,5% residem em meio urbano (estudantes da Escola Secundária D. Maria - Coimbra).

Quadro 3.3 - Distribuição dos jovens segundo a escola

| ESCOLA | n | % |
|---|----------|----------|
| Escola Secundária D. Maria Coimbra | 424 | 42,5 |
| Escola Secundária Cantanhede | 573 | 57,5 |
| Total | 997 | 100,0 |

No que concerne ao ano de escolaridade frequentado pelos adolescentes, (Quadro 3.4), constatou-se que a maior parte (34,3%) frequentam o 10º ano, seguido por 32,6% a frequentar o 12º ano, sendo que 29,5% frequenta o 11º ano de escolaridade, apenas 2,2% frequentam o 9º ano e somente 1,4 % o 8º ano escolaridade (*curriculum paralelo*).

Quadro 3.4 - Ano de escolaridade

| Ano de Escolaridade | n | % |
|----------------------------|----------|----------|
| 8º Ano | 14 | 1,4 |
| 9º Ano | 22 | 2,2 |
| 10º Ano | 342 | 34,3 |
| 11º Ano | 294 | 29,5 |
| 12º Ano | 325 | 32,6 |
| Total | 997 | 100,0 |

A conjugação do peso com a altura dos jovens em estudo, permitiu calcular o índice de massa corporal e proceder à sua categorização (Para as crianças e adolescentes os resultados obtidos foram aplicados em tabelas de percentis do Índice de Massa Corporal consoante o sexo e a idade. Utilizámos a *CDC Growth Charts*) (Quadro 3.5).

Em ambos os sexos a maior parte dos jovens tinham o peso dentro dos parâmetros normais (feminino:88,6%; masculino:83,6%). Na população masculina, 12% dos rapazes tinham excesso de peso, 2,5% eram obesos e 1,8% eram magros. Na população feminina, 5,8% tinham excesso de peso, 1,1% eram obesas e 4,5% eram magras.

Quadro 3.5 - Índice de massa corporal por sexo

| Índice massa corporal | Raparigas | | Rapazes | | Total amostra |
|---------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|---------------|
| | n | % | n | % | % |
| Magreza (< p5) | 26 | 4,5 | 10 | 1,8 | 3,1 |
| Peso Normal (p5-p85) | 490 | 88,6 | 364 | 83,6 | 86,2 |
| Excesso de Peso (p85-p95) | 33 | 5,8 | 54 | 12,0 | 8,9 |
| Obesidade (> p95) | 7 | 1,1 | 13 | 2,5 | 1,8 |
| Total | 556 | 100,00 | 441 | 100,00 | 100 |
| | Média: 20,62 DP: 3,07 | | Média: 21,75 DP: 2,73 | | |
| | Média: 21,12 DP: 3,06 | | | | |

Quadro 3.6 - Índice de massa corporal por sexo e zona de residência

| Escola | Raparigas | Rapazes |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Escola Secundária de Coimbra | Média:19,89 DP: 2,66 | Média: 21,53 DP: 2,86 |
| Escola Secundária de Cantanhede | Média: 21,12 DP: 3,23 | Média: 21,93 DP: 2,98 |

4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para a realização do trabalho de recolha de dados, tendo em vista o cumprimento dos procedimentos éticos necessários. O questionário e a declaração de consentimento para o preenchimento do respectivo, foram aprovados pela Comissão Nacional de Protecção de Dados e pela Direcção Regional de Educação do Centro. Seguidamente foram apresentados aos Presidentes do Conselho Executivo das Escolas Secundárias, que o fizeram chegar aos Directores de Turma.

Um problema ético, que uma investigação desta natureza coloca, prende-se com a invasão de privacidade dos adolescentes. A protecção do direito dos estudantes à privacidade foi assegurada através da garantia do anonimato.

Outra questão que se reveste de alguma importância, prende-se com o que habitualmente se designa por “consentimento informado”. No presente estudo o “consentimento informado” obteve-se através da solicitação ao director de turma que transmitisse aos pais a notícia da realização de um inquérito sobre “os comportamentos dos jovens e a saúde” e pedisse o seu consentimento assinado, para que os menores de 18 anos pudessem participar. Durante o preenchimento os alunos davam o seu consentimento activo para o preenchimento do inquérito.

5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Depois da recolha dos questionários, os dados foram introduzidos e tratados no programa estatístico SPSS (STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE), versões 13.0.0 e 16.0.0

O tratamento estatístico foi efectuado em dois níveis:

5.1) Análise estatística descritiva - que permitiu fazer uma descrição geral da amostra e a apresentação dos dados em quadros. Recorremos aos seguintes testes estatísticos:

- FREQUÊNCIAS: absolutas (n) e relativas (%);
- MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL: médias aritméticas (\bar{x}) e modas (M_o);
- MEDIDAS DE DISPERSÃO OU VARIABILIDADE: desvios padrão (DP)

5.2) Análise estatística inferencial - que permitiu testar as hipóteses de Investigação e a possibilidade de generalização dos resultados para a população.

Verificámos que a distribuição da pontuação total do TAA-25 e das respectivas pontuações factoriais não era normal, pois a simetria e a curtose não se encontravam entre -1 e 1 (Almeida e Freire, 2003). No entanto, sempre que o número de observações se revelou superior a 30 em cada grupo, consideramos não ser necessário que as variáveis tivessem distribuição normal para se aplicar medidas e testes paramétricos (Pestana & Gageiro, 2003). Foram calculados coeficientes de correlação e aplicados os testes T de Student para duas amostras independentes (e o equivalente não paramétrico U de *Mann-Whitney*) e ANOVA para três ou mais amostras independentes (e o equivalente não paramétrico *Kruskal-Wallis*).

Realizaram-se análises factoriais através da análise de componentes principais seguidas de rotação ortogonal de tipo *Varimax* (com normalização de *Kaiser*) para componentes com *eigenvalues* iguais ou superiores a um calcularam-se coeficientes *alpha de Cronbach* para análises da consistência interna.

6. RESULTADOS

Os resultados são apresentados em quadros antecidos da respectiva análise. Foi considerado um nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).

6.1) Comportamentos e atitudes alimentares

O Quadro 6.1 descreve as “*atitudes e comportamentos alimentares*” dos jovens em estudo (avaliado pelo TAA-25). O teste de atitudes e comportamentos alimentares permite um *score* mínimo de zero pontos e máximo de 75. O valor médio observado, para o global da escala, foi de 4,97 com um desvio padrão de 6,33. A versão original do TAA-26 (Garner et al., 1982), considera que um resultado cujo valor é superior ou igual a vinte é considerado de risco (ponto de corte). O nosso estudo foi o primeiro em que foi aplicado o TAA-25 (versão portuguesa), cujo ponto de corte ainda não foi estudado com as metodologias requeridas para tal análise.

Em relação ao factor I “*motivação para a magreza*”, podemos verificar que a média observada foi de 2,06 sendo o desvio-padrão de 3,74. Em relação ao factor II “*comportamentos bulímicos*”, a média calculada foi de 0,82 com um desvio padrão de 1,8. Em relação ao factor III “*pressão social para comer*” o valor médio observado foi de 0,39 com um desvio-padrão de 1,13.

Quadro 6.1. Estatística descritiva do TAA-25

| TAA - 25 | \bar{X} | DP | Mínimo Possível | Máximo Possível |
|---|-----------|-----------|------------------------|------------------------|
| Factor I Motivação para a magreza | 2,06 | 3,74 | 0,0 | 27,0 |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,82 | 1,80 | 0,0 | 27,0 |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,39 | 1,13 | 0,0 | 9,0 |
| Total | 4,97 | 6,33 | 0,0 | 75,0 |

Através da média e do desvio padrão obtidos para a variável “atitudes e comportamentos alimentares”, e utilizando a seguinte fórmula ($\bar{X}+1DP$), foi possível categorizar a variável (grupos de corte), assim consideramos os valores superiores a ($\bar{X}+1DP$) como pontuações elevadas de atitudes e comportamentos alimentares, e os valores inferiores a ($\bar{X}+1DP$) como pontuações de atitudes e comportamentos alimentares reduzidas.

O quadro 6.2 permite constatar que é no sexo feminino que as atitudes e comportamentos alimentares elevadas ($\bar{X}+1DP$) tiveram uma maior prevalência (13,8%) quando comparados com o sexo masculino (8,3%).

Quadro 6.2. Pontuações no TAA-25 por sexo.

| Atitudes e Comportamentos Alimentares (TAA-25) | SEXO | | SEXO | |
|---|------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| | Masculino | | Feminino | |
| | n | % | n | % |
| Pontuações reduzidas | 404 | 91,7 ^φ | 497 | 86,2 ^φ |
| Pontuações elevadas | 36 | 8,3 ^φ | 77 | 13,8 ^φ |
| Total | 441 | 100,0 | 556 | 100,0 |

^φDiferenças significativas por sexo, teste X^2 , $p < .001$

Quando analisamos de forma detalhada todos os itens do teste de atitudes alimentares (Quadro 6.3), podemos verificar que em relação ao factor I (motivação para a magreza) os itens que mais contribuíram para atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais (médias mais elevadas) foram: “preocupo-me com a ideia de ter gordura

no meu corpo” (0,44); “penso em queimar calorias quando faço exercício” (0,44), ter peso a mais, aterroriza-me (0,38) e “ando preocupada(o) com o desejo de ser mais magra(o)” (0,24).

Quadro 6.3. Média dos itens do TAA-25

| TAA-25 | FACTORES | MÉDIA | DP |
|--|--|-------|-------|
| FACTOR I MOTIVAÇÃO PARA A MAGREZA | 14. Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo | 0,44 | 0,858 |
| | 12. Penso em queimar calorias quando faço exercício. | 0,44 | 0,885 |
| | 2. Ter peso a mais, aterroriza-me. | 0,38 | 0,842 |
| | 10. Ando preocupada(o) com o desejo de ser mais magra(o). | 0,24 | 0,669 |
| | 22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces. | 0,20 | 0,603 |
| | 18. Sinto que a comida controla a minha vida | 0,15 | 0,554 |
| | 24. Gosto de sentir o meu estômago vazio. | 0,08 | 0,397 |
| | 9. Sinto-me muitíssimo culpada(o) depois de comer. | 0,07 | 0,361 |
| | 21. Dedico tempo e preocupação demais à comida. | 0,06 | 0,530 |
| FACTOR II COMPORTAMENTOS BULÍMICOS | 5. Conheço o valor calórico das comidas que como. (ex.: pão , bolachas, arroz, etc.). | 0,37 | 0,558 |
| | 16. Evito comidas que tenham açúcar. | 0,14 | 0,489 |
| | 17. Como comida de dieta. | | |
| | 6. Evito especialmente comidas ricas em hidratos de carbono (ex.: pão , bolachas, arroz, etc.). | 0,09 | 0,370 |
| | 23. Ocupo-me em coisas para fazer dieta. | 0,08 | 0,354 |
| | 1. Fico nervosa(o) antes de comer. | 0,07 | 0,326 |
| | 15. Tomo laxantes. | 0,03 | 0,256 |
| | 25. Tenho vontade de vomitar depois das refeições. | 0,02 | 0,192 |
| | 8. Vomito depois de comer | 0,01 | 0,134 |
| FACTOR III PRESSÃO SOCIAL PARA COMER | 7. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais. | 0,16 | 0,540 |
| | 13. As outras pessoas acham que estou demasiado magra(o). | 0,15 | 0,486 |
| | 20. Sinto que os outros me pressionam para comer. | 0,09 | 0,412 |
| ITENS QUE NÃO SATURAM NENHUM FACTOR | 3. Preocupo-me com comida | 0,65 | 0,954 |
| | 4. Tenho episódios de comer demais, em que me sinto incapaz de parar. | 0,51 | 1,567 |
| | 11. Faço exercício energeticamente, para queimar calorias. | 0,45 | 0,894 |
| | 19. Controlo-me em relação à comida | 0,12 | 0,440 |

Em relação ao factor II (comportamentos bulímicos), os itens com médias mais elevadas foram: “conheço o valor calórico das comidas que como” (0,37), “evito comidas que tenham açúcar” (0,14) e “como comida de dieta”(0,09).

Por último em relação à pressão social para comer (factor III), o item “sinto que os outros gostariam que eu comesse mais” (0,16) foi o que mais contribuiu para as atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais.

6.2) Atitudes e comportamentos alimentares e idade

Ao relacionarmos as pontuações totais no TAA-25 com a idade (correlação de Pearson) (quadro 6.4) verificou-se que o coeficiente não foi estatisticamente significativo ($r_s = -0,022$; $p=0,494$). Relativamente à relação entre a idade e as pontuações factoriais também não foi encontrada qualquer associação estatisticamente significativa.

Quadro 6.4. Coeficiente de Correlação de Pearson entre a idade e as atitudes e comportamentos alimentares.

| IDADE | rs | p |
|---|-----------|----------|
| Factor I - Motivação para a magreza | 0,006 | 0,848 |
| Factor II - Comportamentos bulímicos | 0,043 | 0,178 |
| Factor III - Pressão Social para comer | -0,08 | 0,803 |
| Total | 0,022 | 0,494 |

A comparação das pontuações médias totais e factoriais por grupos etários (Anova), revelou também a não existência de diferenças significativas entre estes (Quadro 6.5).

Quadro 6.5. Teste *Anova* – comparação de médias de atitudes e comportamentos alimentares por grupos etários.

| Comportamentos Alimentares | Grupo etário | | 14 e 15 anos n = 264 | | 16 e 17 anos n = 595 | | 18 - 20 anos n = 148 | | F | p |
|--|--------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|-------|---|---|
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 2,05 | 3,77 | 2,05 | 3,67 | 2,14 | 4,00 | 0,36 | 0,965 | | |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,77 | 1,46 | 0,79 | 1,78 | 1,06 | 2,32 | 1,45 | 0,233 | | |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,39 | 1,04 | 0,41 | 1,20 | 0,34 | 0,99 | 0,18 | 0,835 | | |
| Total | 4,77 | 5,57 | 5,02 | 6,44 | 4,98 | 6,34 | 0,236 | 0,790 | | |

6.3) Atitudes e comportamentos alimentares e sexo

Ao avaliarmos a diferença nas atitudes e comportamentos alimentares dos jovens em estudo, tendo em conta o seu género (quadro 6.6), verificámos que as raparigas, apresentaram um valor médio significativamente mais elevado (5,64) que os seus colegas rapazes (4,14) tanto ao nível das pontuações totais no TAA-25 como em todos os factores.

O teste estatístico utilizado (teste *t* de Student de diferença de médias para amostras independentes) (Quadro 6.6), permitiu constatar que a diferença entre os dois grupos foi altamente significativa ($p < 0,001$) para o total da escala e para o factor I “motivação para a magreza”. Por outro lado, verificamos que em relação ao factor II “comportamentos bulímicos” e factor III “pressão social para comer” as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Quadro 6.6. Teste *t* – Comparação das pontuações médias de atitudes e comportamentos alimentares por sexo

| Género | Masculino n = 441 | | Feminino n = 556 | | t | p |
|--|----------------------|------|---------------------|------|------|--------|
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | |
| TAA-25 | | | | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,11 | 2,29 | 2,82 | 4,43 | 7,83 | <0,001 |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,72 | 1,60 | 0,90 | 1,94 | 1,51 | 0,129 |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,38 | 1,07 | 0,40 | 1,18 | 0,26 | 0,798 |
| Total | 4,14 | 4,82 | 5,64 | 7,26 | 3,81 | <0,001 |

6.4) Atitudes e comportamentos alimentares e zona de residência

Cruzando a informação referente à zona de residência dos jovens em estudo (zona urbana - alunos da Escola Secundária D. Maria e zona predominantemente rural – alunos da Escola Secundária de Cantanhede) com as suas atitudes e comportamentos alimentares (quadro 6.7), podemos constatar que nas pontuações totais os jovens residentes em meio urbano obtiveram médias mais elevadas (5,26) do que os seus colegas residentes em meio predominantemente rural (4,76). Quando fazemos a análise por factores, verificamos que esta tendência se manteve para os factores I e II e no factor III as pontuações médias foram muito idênticas.

A fim de verificarmos se existia ou não diferença significativa entre os valores apresentados e os dois grupos de jovens, utilizámos o teste *t* de Student de diferença de médias para amostras independentes, que identificou a existência de uma diferença no limiar da significância ($p=0,06$) no factor II (comportamentos bulímicos), não sendo significativa a comparação para o resto dos grupos.

Quadro 6.7. Teste *t* – Comparação das pontuações médias de atitudes e comportamentos alimentares por zona de residência

| Zona Residência | Urbano | | Rural | | t | p |
|---|-----------|------|-----------|------|--------|-------|
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | |
| TAA-25 | | | | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 2,09 | 3,92 | 2,04 | 3,61 | 0,214 | 0,831 |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,95 | 2,32 | 0,72 | 1,26 | 1,831 | 0,068 |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,395 | 1,05 | 0,398 | 1,18 | -0,044 | 0,965 |
| Total | 5,26 | 7,27 | 4,76 | 5,53 | 1,159 | 0,247 |

Comparando a zona de residência dos jovens do sexo feminino em estudo, com as suas atitudes e comportamentos alimentares (quadro 6.8), podemos observar que as raparigas residentes em meio urbano apresentaram um valor médio mais elevado do que as residentes em meio rural para o total da escala e para os factores I e II. O factor III teve um valor médio mais elevado nas residentes em meio rural. A fim de verificarmos se existia ou não diferença significativa entre os valores apresentados e os grupos de jovens, utilizámos o teste *t* que não identificou estatisticamente significativas entre os grupos.

Quadro 6.8. Teste t – Comparação das pontuações médias de atitudes e comportamentos alimentares por zona de residência (Sexo feminino)

| Zona Residência/Sexo | Feminino | | | | t | p |
|---|-------------------|------|------------------|------|--------|-------|
| | Urbano n = 228 | | Rural n = 328 | | | |
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | |
| TAA-25 | | | | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 3,00 | 4,80 | 2,70 | 4,16 | 0,773 | 0,440 |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 1,10 | 2,54 | 0,76 | 1,36 | 1,846 | 0,066 |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,36 | 1,05 | 0,43 | 1,26 | -0,670 | 0,503 |
| Total | 6,24 | 8,47 | 5,22 | 6,24 | 1,50 | 0,133 |

Em relação ao sexo masculino, verificamos que foram os adolescentes residentes em Cantanhede que tiveram médias ligeiramente mais elevadas no total do TAA-25 e no seu factor I. A aplicação do teste t (Quadro 6.9), não evidenciou diferenças significativas entre os grupos de jovens.

Quadro 6.9. Teste t – Comparação das pontuações médias de atitudes e comportamentos alimentares por zona de residência (Sexo masculino)

| Zona Residência/Sexo | Masculino | | | | t | p |
|---|-------------------|------|------------------|------|-------|-------|
| | Urbano n = 196 | | Rural n = 245 | | | |
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | |
| TAA-25 | | | | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,03 | 2,09 | 1,16 | 2,45 | -0,60 | 0,549 |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,78 | 2,05 | 0,68 | 1,12 | 0,684 | 0,495 |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,43 | 1,06 | 0,35 | 1,08 | 0,757 | 0,45 |
| Total | 4,12 | 5,34 | 4,16 | 4,37 | -0,08 | 0,936 |

6.5) Atitudes e comportamentos alimentares e índice de massa corporal

O cálculo do índice de massa corporal ao longo do crescimento varia consoante o sexo e a idade. Assim não consideramos correcto fazer a correlação das atitudes e

comportamentos alimentares em função do seu índice de massa corporal do total de adolescentes em análise, mas sim entrando em linha de conta simultaneamente com o sexo e a idade. Para a realização desta operação formamos uma variável que contemplasse as 4 categorias avaliadas no IMC (magreza, peso normal, excesso de peso e obesidade) tendo em conta os percentis em função do sexo e da idade. Posteriormente analisamos a correlação entre o IMC e as atitudes e comportamentos alimentares dos jovens em estudo.

Ao relacionarmos o TAA-25 com o IMC dos jovens do sexo masculino (Quadro 6.10), verificamos que não existiu relação significativa para o total do TAA-25 nem para os factores I e II. No entanto, encontramos uma relação negativa e altamente significativa, apesar de pequena, para o factor III, isto é, quanto maior o IMC, menor a pressão social para comer e vice-versa.

Quadro 6.10. Correlação de pearson entre o índice de massa corporal e as suas atitudes e comportamentos alimentares (sexo masculino).

| TAA-25 | r | p |
|--|---------------|--------------|
| Factor I Motivação para a magreza | <i>0,079</i> | <i>0,105</i> |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,046 | <i>0,348</i> |
| Factor III Pressão Social para comer | <i>-0,159</i> | <i>0,001</i> |
| Total | 0,036 | 0,465 |

Para verificar se existiam diferenças nas pontuações de atitudes e comportamentos alimentares entre os grupos de IMC, aplicamos o Teste de Kruskal Wallis (Quadro 6.11). Verificamos que, para o sexo masculino, existiam diferenças estatisticamente significativas no factor I e estatisticamente muito significativa no factor III. Para identificarmos entre que grupos se localizavam as diferenças, utilizámos o teste de Mann-Whitney. Este revelou que, no factor III pressão social para comer, o grupo 1 (Magreza) apresentava pontuações significativamente superiores aos grupos 2 (peso normal), 3 (excesso de peso) e 4 (obesidade); os restantes grupos não se distinguiram entre si.

Quadro 6.11. Teste de Kruskal Wallis - atitudes e comportamentos alimentares por grupos de IMC (sexo masculino).

| Sexo IMC TAA-25 | Masculino | | | | | | | | X ² | P | U* |
|---|-------------------|------|------------------------|------|---------------------------|------|--------------------|------|----------------|--------|---------------|
| | Magreza (n=25) | | Peso Normal (n=489) | | Excesso Peso (n=32) | | Obesidade (n=6) | | | | |
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,00 | 1,19 | 1,01 | 2,28 | 1,68 | 2,61 | 1,36 | 1,56 | 8.53 | 0,036 | N.S |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,50 | 1,06 | 0,68 | 1,60 | 1,03 | 1,60 | 0,50 | 0,84 | 6,59 | 0,08 | --- |
| Factor III Pressão Social para comer | 2,00 | 2,26 | 0,40 | 1,08 | 0,13 | 0,59 | 0,00 | 0,00 | 25.33 | <0.001 | 1>2**,3**,4** |
| Total | 5,00 | 3.85 | 3,95 | 4,84 | 5,16 | 4,88 | 3,50 | 3,02 | 5.52 | 0.13 | --- |

*Teste U de Mann-Whitney para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

1:(Magreza); 2 (Peso normal); 3: (Excesso de peso); 4 (Obesidade)

**p<0,001

No sexo feminino, verificamos que todas as correlações eram semelhantes às encontradas no sexo masculino ($r = -0,155$; $p < 0,001$). (Quadro 6.12)

Quadro 6.12. Correlação de pearson entre o índice de massa corporal e as suas atitudes e comportamentos alimentares (sexo feminino).

| TAA-25 | r | p |
|---|--------|--------|
| Factor I Motivação para a magreza | 0,056 | 0,191 |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,034 | 0,430 |
| Factor III Pressão Social para comer | -0,155 | <0,001 |
| Total | 0,047 | 0,284 |

Da mesma forma que para o sexo masculino, procuramos conhecer se existiam diferenças entre os grupos de IMC nas pontuações do TAA, pelo que aplicamos o Teste

de Kruscal Wallis (Quadro 6.13). Verificamos para também no sexo feminino houve diferenças estatisticamente muito significativas entre os grupos no factor III (Teste U de Mann-Whitney).

Quadro 6.13. Teste de Kruscal Wallis - atitudes e comportamentos alimentares por grupos de IMC (sexo feminino).

| Sexo IMC TAA-25 | Feminino | | | | | | | | X ² | P | U* |
|--|-------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|--------------------|------|----------------|--------|-------------|
| | Magreza (n=24) | | Peso Normal (n=477) | | Excesso Peso (n=32) | | Obesidade (n=6) | | | | |
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,32 | 3,18 | 2,87 | 4,51 | 3,40 | 4,33 | 2,50 | 3,98 | 5,94 | 0,115 | --- |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,92 | 2,11 | 0,87 | 1,95 | 1,31 | 1,74 | 1,00 | 1,26 | 5,98 | 0,115 | --- |
| Factor III Pressão Social para comer | 1,33 | 1,57 | 0,39 | 1,18 | 0,00 | 0,00 | 0,16 | 0,40 | 31,84 | <0,001 | 1>2**,3**,4 |
| Total | 2,91 | 2,79 | 5,77 | 7,54 | 5,09 | 5,79 | 5,00 | 5,01 | 3,69 | 0,299 | --- |

*Teste U de Mann-Whitney para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

1:(Magreza); 2 (Peso normal); 3: (Excesso de peso); 4 (Obesidade)

**p<0,001

6.6) Perfeccionismo

O Quadro 6.14 permite-nos observar a o nível de perfeccionismo dos jovens em estudo (avaliado através da escala de Perfeccionismo de Crianças e Adolescentes, EPCA), sendo o valor médio observado de 68,96 com um desvio padrão de 11,40. De referir que o mínimo valor possível é de 22 e o máximo de 110. As estatísticas descritivas relativas às pontuações factoriais estão referidas no quadro seguinte.

Quadro 6.14. Estatísticas descritivas dos resultados do nível de perfeccionismo dos jovens

| Perfeccionismo | \bar{X} | DP | Mínimo Possível | Máximo Possível |
|---------------------------------|-----------|-------|-----------------|-----------------|
| P. Auto – Orientado | 40,56 | 6,2 | 12,0 | 60,0 |
| P. Socialmente Prescrito | 28,40 | 7,27 | 10,0 | 50,0 |
| Total | 68,96 | 11,40 | 22,0 | 110,0 |

Atitudes e comportamentos alimentares e perfeccionismo

Ao relacionarmos as pontuações factoriais na EPCA com o TAA-25 (Quadro 6.15), verificamos que existe correlação positiva e altamente significativa entre as pontuações totais ($r_s=0,24$; $p<0,001$) e no perfeccionismo auto-orientado ($r_s=0,25$; $p<0,001$) e o socialmente prescrito ($r_s=0,89$; $p<0,001$). Esta tendência verifica-se em os factores I e II do TAA-25 e significativa para o factor III.

Quadro 6.15. Coeficiente de Correlação de Pearson entre perfeccionismo e atitudes e comportamentos alimentares

| Perfeccionismo | Auto-Orientado | | Socialmente Prescrito | | Perfeccionismo (Total) | |
|---|----------------|--------|-----------------------|--------|------------------------|--------|
| | rs | p | rs | p | rs | p |
| TAA-25 | | | | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 0,23 | <0,001 | 0,64 | <0,001 | 0,25 | <0,001 |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,18 | <0,001 | 0,63 | <0,001 | 0,17 | <0,001 |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,85 | 0,009 | 0,21 | <0,001 | 0,09 | 0,004* |
| Total | 0,25 | <0,001 | 0,89 | <0,001 | 0,24 | <0,001 |

* $p<0,05$

Através dos resultados obtidos para a variável “níveis de perfeccionismo” e para os seus dois factores, dos seus valores médios e do desvio padrão, e utilizando a

seguinte formula ($\bar{X}-1DP$; $\bar{X}+1DP$), foi possível categorizar a variável (grupos de corte), assim:

- Níveis baixos Perfeccionismo $\leq \bar{X}-1DP$;
- Níveis moderados Perfeccionismo [$\bar{X}-1DP$; $\bar{X}+1DP$]
- Níveis elevados Perfeccionismo $\geq \bar{X}+1DP$

A comparação das pontuações da EPCA por grupos de corte com o TAA-25, relativamente ao total e aos seus factores; permitiu-nos verificar que os jovens com níveis de perfeccionismo elevado apresentam atitudes e comportamentos alimentares mais disfuncionais (médias mais elevadas), tanto para os valores totais como nos seus factores I e II (Quadro 6.17).

O teste Anova (Quadro 6.16), permitiu constatar a existência de diferenças altamente significativas entre os grupos, para o total da escala e factores I e II, sendo que em relação ao factor III a diferença foi significativa ($p=0,015$). Os testes Pos Hoc confirmaram as diferenças para o total do TAA-25 e para os factores I e II mas não para o factor III entre os grupos descritos no quadro.

Quadro 6.16. teste ANOVA- pontuações de atitudes e comportamentos alimentares por grupos de perfeccionismo (total)

| Perfeccionismo (Total) | Baixo (n=144) | | Moderado (n=604) | | Elevado (n=134) | | F | p | Pos Hoc© |
|---|------------------|------|---------------------|-------|--------------------|------|-------|--------|----------------------|
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| TAA-25 | | | | | | | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,08 | 2,35 | 1,83 | 3,30 | 4,43 | 5,61 | 36,52 | <0,001 | 1<2*,<3**; 2<3** |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,44 | 1,00 | 0,76 | 1,58 | 1,56 | 3,04 | 15,29 | <0,001 | 1<2*,<3**; 3>1** |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,23 | 0,72 | 0,38 | 1,07 | 0,61 | 1,59 | 4,23 | 0,015* | N.S. |
| Total | 3,10 | 3,91 | 4,67 | 5,779 | 8,78 | 9,41 | 32,14 | <0,001 | 1<2**,<3**; 3>1** |

©Teste Tamhane para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.
1(Perf. Baixo); 2 (Perf. Moderado); 3 (Perf. Elevado)
 $p<0,05$ *; $p<0,001$

Em relação ao perfeccionismo auto-orientado (Quadro 6.17), o teste Anova permitiu constatar a existência de diferenças altamente significativas entre os grupos, para o total da escala e factores I e II, sendo que em relação ao factor III a diferença não foi significativa ($p=0,149$). Os testes Pos Hoc mostraram entre que grupos se verificavam as diferenças para o total da escala e para os factores I e II.

Quadro 6.17. teste ANOVA- pontuações de atitudes e comportamentos alimentares por grupos de perfeccionismo (Auto - orientado)

| Perfeccionismo Auto-Orientado | Baixo (n=144) | | Moderado (n=648) | | Elevado (n=147) | | F | p | Pos Hoc [©] |
|---|---------------|-------|------------------|------|-----------------|-------|-------|--------|----------------------|
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| TAA-25 | | | | | | | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,00 | 1,88 | 1,89 | 3,51 | 3,96 | 5,27 | 27,02 | <0,001 | 1<2**, <3**, 2<3** |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,415 | 0,932 | 0,76 | 1,32 | 1,56 | 3,44 | 16,83 | <0,001 | 1 <2*; <3**, 2<3* |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,31 | 0,91 | 0,37 | 1,10 | 0,55 | 1,37 | 1,9 | 0,149 | --- |
| Total | 3,00 | 3,65 | 4,63 | 5,45 | 8,6 | 10,04 | 32,85 | <0,001 | 1<2**, <3**, 2<3** |

©Teste Tamhane para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.
1(Perf. Baixo); 2 (Perf. Moderado); 3 (Perf. Elevado)
p<0,05*; p<0,001

As relações foram idênticas em relação ao perfeccionismo socialmente prescrito (Quadro 6.18) e o teste Anova permitiu constatar a existência de diferenças altamente significativas entre os grupos, para o total da escala e para os factores I e II e significativa para o Factor III, de maneira semelhante ao observado para o total da EPCA e para o perfeccionismo auto-orientado. No entanto, os testes Pos Hoc não identificaram diferenças entre os grupos no factor III; para as outras medidas distinguiram-se significativamente os grupos 1 vs. 3 e 2 vs. 3.

Quadro 6.18 Teste ANOVA- pontuações de atitudes e comportamentos alimentares por grupos de perfeccionismo (Socialmente Prescrito)

| Perfeccionismo Socialmente Prescrito | Baixo (n=183) | | Moderado (n=653) | | Elevado (n=161) | | F | p | Pos Hoc [©] |
|---|---------------|------|------------------|------|-----------------|------|-------|--------|----------------------|
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| TAA-25 | | | | | | | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,43 | 2,94 | 1,90 | 3,37 | 3,86 | 5,49 | 19,46 | <0,001 | 1<3*, 2<3* |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,68 | 2,01 | 0,73 | 1,44 | 1,44 | 2,77 | 9,20 | <0,001 | 1<3**, 2<3** |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,36 | 0,97 | 0,33 | 1,00 | 0,65 | 1,66 | 4,47 | 0,012* | --- |
| Total | 4,05 | 5,5 | 4,72 | 5,7 | 7,7 | 9,01 | 14,57 | <0,001 | 1<3**, 2<3* |

©Teste Tamhane para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.
1(Perf. Baixo); 2 (Perf. Moderado); 3 (Perf. Elevado)
*p<0,05; p<0,001

Quanto à relação entre os níveis de perfeccionismo dos jovens (em função do sexo) com o TAA-25 (Quadros 6.19), observa-se que, em relação ao sexo feminino, as correlações são positivas e altamente significativas ($p < 0,001$) na pontuação total, bem como nos factores I e II e significativa ($p < 0,05$) para o factor III.

Quadro 6.19 – Coeficiente de Correlação de Pearson entre perfeccionismo e as atitudes e comportamentos alimentares (Sexo Feminino)

| Sexo | Feminino | | | | | | | |
|------------|---------------------------|------|----------------|------|-----------------------|------|------------------------|---|
| | Perfeccionismo | | Auto-Orientado | | Socialmente Prescrito | | Perfeccionismo (Total) | |
| | TAA-25 | | rs | P | rs | p | rs | p |
| Factor I | Motivação para a magreza | 0,28 | <0,001 | 0,27 | <0,001 | 0,32 | <0,001 | |
| Factor II | Comportamentos bulímicos | 0,22 | <0,001 | 0,18 | <0,001 | 0,23 | <0,001 | |
| Factor III | Pressão Social para comer | 0,11 | 0,010* | 0,10 | 0,021 | 0,12 | 0,004* | |
| Total | | 0,29 | <0,001 | 0,23 | <0,001 | 0,30 | <0,001 | |

* $p < 0,05$; $p < 0,001$

Quanto ao sexo masculino (Quadro 6.20), em relação ao perfeccionismo no total e as pontuações totais no TAA-25, as correlações encontradas foram significativas ($p < 0,05$), para o total da escala e para o factor I e não significativas para os factores II e III.

Quadro 6.20. Coeficiente de Correlação de Pearson entre perfeccionismo e as atitudes e comportamentos alimentares (Sexo Masculino)

| Sexo | Masculino | | | | | | | |
|------------|---------------------------|------|----------------|------|-----------------------|------|------------------------|---|
| | Perfeccionismo | | Auto-Orientado | | Socialmente Prescrito | | Perfeccionismo (Total) | |
| | TAA-25 | | rs | p | rs | p | rs | p |
| Factor I | Motivação para a magreza | 0,14 | 0,004* | 0,10 | <0,001 | 0,15 | 0,002* | |
| Factor II | Comportamentos bulímicos | 0,11 | 0,027 | 0,01 | 0,010* | 0,07 | 0,149 | |
| Factor III | Pressão Social para comer | 0,04 | 0,330 | 0,02 | 0,022* | 0,05 | 0,321 | |
| Total | | 0,19 | <0,001 | 0,05 | <0,001 | 0,14 | 0,006* | |

* $p < 0,05$; $p < 0,001$

No sexo feminino, a comparação das pontuações médias totais e factoriais, foram muito semelhantes tanto para o perfeccionismo no total, como para os grupos de perfeccionismo auto-orientado e socialmente prescrito (Quadros 6.21, 6.22 e 6.23).

Verificamos que para o total do TAA-25, e para os factores I e II as diferenças encontradas foram muito significativas e para o factor III foram significativas. Os testes Pos Hoc evidenciaram entre que grupos se localizavam as diferenças para o total do TAA-25 e para os factores I e II.

Quadro 6.21. Teste ANOVA- pontuações de atitudes e comportamentos alimentares por grupos de perfeccionismo (Sexo Feminino)

| SEXO FEMININO TAA-25 | Perfeccionismo (Total) | | | | | | | | Pos Hoc© |
|---|------------------------|------|---------------------|------|-------------------|-------|-------|--------|--------------------|
| | Baixo (n=83) | | Moderado (n=356) | | Elevado (n=81) | | F | p | |
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,18 | 2,21 | 2,45 | 3,88 | 5,93 | 6,41 | 30,62 | <0,001 | 1<2**, <3**, 2<3** |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,34 | 0,94 | 0,82 | 1,45 | 1,86 | 3,66 | 13,88 | <0,001 | 1<2**, <3**, 2<3** |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,22 | 0,66 | 0,36 | 1,03 | 0,66 | 1,84 | 3,20 | 0,041* | N.S. |
| Total | 2,93 | 3,31 | 5,19 | 6,41 | 10,55 | 11,10 | 25,86 | <0,001 | 1<2**, <3**, 2<3** |

©Teste Tamhane para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

1(Perf. Baixo); 2 (Perf. Moderado); 3 (Perf. Elevado)

*p<0,05; p<0,001

Quadro 6.22. Teste ANOVA- pontuações de atitudes e comportamentos alimentares por grupos de perfeccionismo Auto-orientado (Sexo Feminino)

| SEXO FEMININO TAA-25 | Perfeccionismo Auto-Orientado | | | | | | | | Pos Hoc© |
|---|-------------------------------|------|---------------------|------|-------------------|-------|-------|--------|-------------------|
| | Baixo (n=90) | | Moderado (n=346) | | Elevado (n=93) | | F | p | |
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,09 | 1,96 | 2,68 | 4,19 | 4,98 | 5,98 | 19,77 | <0,001 | 1<2**, <3**, 2<3* |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,35 | 0,90 | 0,85 | 1,44 | 1,68 | 3,52 | 11,49 | <0,001 | 1<2**, <3* |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,27 | 0,85 | 0,36 | 1,09 | 0,58 | 1,52 | 1,81 | 0,164 | ---- |
| Total | 2,94 | 3,47 | 5,27 | 6,20 | 9,67 | 11,38 | 21,76 | <0,001 | 1<2**, <3**, 2<3* |

©Teste Tamhane para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

1(Perf. Baixo); 2 (Perf. Moderado); 3 (Perf. Elevado)

*p<0,05; p<0,001

Quadro 6.23 – Teste ANOVA- pontuações de atitudes e comportamentos alimentares por grupos de perfeccionismo Socialmente Prescrito (Sexo Feminino)

| SEXO FEMININO TAA-25 | Perfeccionismo Socialmente Prescrito | | | | | | | | Pos Hoc© |
|---|--------------------------------------|------|---------------------|------|-------------------|-------|-------|--------|--------------------|
| | Baixo (n=105) | | Moderado (n=350) | | Elevado (n=72) | | F | p | |
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,62 | 3,09 | 2,66 | 4,03 | 5,42 | 6,49 | 17,75 | <0,001 | 1<2*,<3**; 2<3* |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,59 | 1,26 | 0,82 | 1,65 | 1,77 | 3,44 | 8,93 | <0,001 | 1<3* |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,26 | 0,73 | 0,37 | 1,05 | 0,69 | 1,92 | 3,09 | 0,046 | N.S. |
| Total | 3,77 | 4,78 | 5,51 | 6,70 | 9,41 | 11,02 | 13,17 | <0,001 | 1<2*,<3**; 2<3* |

©Teste Tamhane para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

1(Perf. Baixo); 2 (Perf. Moderado; 3 (Perf. Elevado)

*p<0,05; p<0,001

Quanto aos jovens do sexo masculino, o teste utilizado (Anova) (Quadro 6.24), evidenciou diferenças altamente significativas no total da escala e no seu factor I e não significativas nos factores II (p=0,096) e III (p=0,418).

Quadro 6.24. Teste ANOVA- pontuações de atitudes e comportamentos alimentares por grupos de perfeccionismo (Sexo Masculino)

| SEXO MASCULINO TAA-25 | Perfeccionismo (Total) | | | | | | | | Pos Hoc© |
|---|------------------------|------|---------------------|------|-------------------|------|------|-------|---------------|
| | Baixo (n=58) | | Moderado (n=270) | | Elevado (n=58) | | F | p | |
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,06 | 2,69 | 0,96 | 1,98 | 2,27 | 3,22 | 6,62 | 0,001 | 1<3*;2<3** |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,54 | 1,08 | 0,69 | 1,72 | 1,15 | 1,78 | 2,36 | 0,096 | ---- |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,28 | 0,84 | 0,38 | 1,10 | 0,54 | 1,19 | 0,87 | 0,418 | ---- |
| Total | 3,56 | 4,83 | 3,91 | 4,67 | 6,38 | 5,76 | 6,62 | 0,001 | 1<3*;2<3* (∞) |

©Teste Tamhane para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

(∞) Teste LDS para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

1(Perf. Baixo); 2 (Perf. Moderado; 3 (Perf. Elevado)

*p<0,05; p<0,001

Em relação ao perfeccionismo auto-orientado (Quadro 6.25), verificamos diferenças estatisticamente significativas para o total da escala e nos seus factores I “motivação para a magreza” e II “comportamentos bulímicos”. Os testes Pos Hoc evidenciaram entre que grupos se localizavam as diferenças para o total do TAA-25 e para os factores I e II.

Quadro 6.25. Teste ANOVA- pontuações de atitudes e comportamentos alimentares por grupos de perfeccionismo Auto-orientado (Sexo Masculino)

| SEXO MASCULINO TAA-25 | Perfeccionismo Auto-Orientado | | | | | | | | Pos Hoc© |
|---|-------------------------------|------|---------------------|------|-------------------|------|------|-------|--------------|
| | Baixo (n=58) | | Moderado (n=271) | | Elevado (n=58) | | F | p | |
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 1,06 | 2,69 | 0,96 | 1,98 | 2,27 | 3,22 | 7,72 | 0,001 | 2<3* |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,54 | 1,08 | 0,69 | 1,72 | 1,15 | 1,78 | 2,36 | 0,001 | 1<3*(∞) |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,28 | 0,84 | 0,38 | 1,10 | 0,54 | 1,19 | 0,87 | 0,096 | --- |
| Total | 3,56 | 4,83 | 3,91 | 4,67 | 6,38 | 5,76 | 6,62 | 0,001 | 1<3*;2<3*(∞) |

©Teste Tamhane para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

(∞) Teste LDS para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

1(Perf. Baixo); 2 (Perf. Moderado); 3 (Perf. Elevado)

*p<0,05; **p<0,001

Para o perfeccionismo socialmente prescrito (Quadro 6.26), verificamos também diferenças estatisticamente significativas para o total da escala e no seu factor I. Os testes Pos Hoc mostraram entre que grupos se localizavam as diferenças para o total do TAA-25 e para o factor I.

Quadro 6.26. Teste ANOVA- pontuações de atitudes e comportamentos alimentares por grupos de perfeccionismo Socialmente Prescrito (Sexo Masculino)

| SEXO MASCULINO TAA-25 | Perfeccionismo Socialmente Prescrito | | | | | | | | Pos Hoc© |
|---|--------------------------------------|------|---------------------|------|-------------------|------|-------|--------|------------|
| | Baixo (n=50) | | Moderado (n=301) | | Elevado (n=57) | | F | p | |
| | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | \bar{X} | DP | | | |
| Factor I Motivação para a magreza | 0,82 | 1,74 | 0,96 | 2,15 | 2,24 | 3,16 | 8,10 | <0,001 | 1<3*;2<3** |
| Factor II Comportamentos bulímicos | 0,52 | 0,97 | 0,65 | 1,15 | 1,37 | 3,33 | 5,17 | 0,006 | ---(∞) |
| Factor III Pressão Social para comer | 0,38 | 1,01 | 0,39 | 1,12 | 0,50 | 1,11 | 0,27 | 0,759 | --- |
| Total | 3,12 | 4,00 | 3,89 | 4,35 | 6,89 | 7,09 | 10,49 | <0,001 | 1<3*;2<3* |

©Teste Tamhane para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

(∞) Teste LDS para identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si.

1(Perf. Baixo); 2 (Perf. Moderado); 3 (Perf. Elevado)

*p<0,05; **p<0,001

7. DISCUSSÃO

A execução deste trabalho teve em consideração várias questões metodológicas, para minimizar possíveis erros, passíveis de enviesar os resultados.

Seguindo as recomendações de vários autores (Almeida & Freire, 2001; Kline, 2000), consideramos que a nossa amostra possuía um tamanho adequado para as análises de fidelidade e factorial do TAA-25 e da EPCA. Também a nossa amostra incluía sujeitos de ambos os sexos, distribuídos por faixas etárias que compreendessem as idades em que os DCA são mais prevalentes (adolescência e o adulto jovem). Tivemos a preocupação de incluir sujeitos de origens socioculturais diferentes, pelo que esta foi composta por estudantes residentes na cidade de Coimbra e estudantes residentes em Cantanhede, um meio predominantemente rural.

Como seria de esperar, a realização deste estudo, obedeceu a todos os requisitos éticos e legais.

Apesar de não ser um dos objectivos do nosso trabalho considerámos importante fazer a análise psicométrica do TAA-25, com base na nossa amostra. Esta análise, mostrou uma consistência interna (homogeneidade dos itens) de 0,772; valor mais baixo que o obtido pelos autores da escala original, que foi de 0,839 (Pereira *et al.*, 2006). Apesar disso o nosso resultado situou-se entre os valores considerados razoáveis (alpha entre 0,7 e 0,8) (Pestana e Gageiro, 2003).

A nossa amostra foi a primeira a quem foi aplicada a versão portuguesa do TAA-25, pelo que ainda não existem estudos que indiquem qual o ponto de corte mais adequado, [Assim; o ponto de corte de 20 (Garner *et al.*, 1982) ainda não pode ser considerado válido para a nossa população]. Com base nos nossos resultados, os quais situaram a média em 11,30 (abaixo do ponto de corte da versão original do TAA-26), achámos mais correcto considerar a média + 1DP, o ponto de corte a partir do qual, existiam atitudes e comportamentos alimentares alterados. Macedo *et al.* (2007), utilizaram a média + dp para discriminar os estudantes com e sem atitudes alimentares alteradas. Praticamente todos os estudos publicados que analisámos, usam o ponto de corte da versão original de Garner, 1982. Apesar disso, consideramos correcto comparar as médias + desvio padrão desses estudos com o nosso.

A análise psicométrica da EPCA com base na nossa amostra, revelou uma consistência interna de 0,811. Hewitt, (2002) obteve um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,85; bastante aproximado com o nosso estudo. Os resultados que obtivemos

revelaram a qualidade deste parâmetro. A análise factorial em componentes principais resultou em *loadings* superiores a 0,30 em todos os itens que compõe a escala.

Relativamente à EPCA, seguimos o mesmo raciocínio que o utilizado para o TAA-25 e considerámos os resultados da média + 1DP, aqueles com perfeccionismo elevado, passíveis de comparação mais real entre as escalas.

Os resultados do nosso trabalho vêm corroborar a bem conhecida presença de atitudes e comportamentos alimentares alterados em estudantes do ensino secundário, principalmente no sexo feminino. Utilizando como ponto de corte o valor de 11,30 (média + DP); verificámos que 113 Alunos (11,33%) tinham atitudes e comportamentos alimentares alterados (13,8% das raparigas e 8,3% dos rapazes). Nos trabalhos em que foi possível aceder ao valor média + desvio padrão em ambos os sexos, para compará-los com o nosso estudo, verificamos que os valores observados nesses trabalhos, foram substancialmente mais elevados. Jorquera et al., (2006) em Espanha, apurou um valor de 16,10. Wendy Nelson (1999), encontrou num trabalho realizado em estudantes dos Estados Unidos um valor de 22,4. Os estudos internacionais com valores substancialmente mais elevados, fez-nos pensar que existem diferenças socioculturais, que podem justificar estes resultados. Infelizmente não podemos justificar cientificamente esta afirmação, pela inexistência de estudos nacionais com o mesmo instrumento e metodologias.

Apesar de utilizar o ponto de corte mais baixo, e considerando que é arriscado comparar estudos em que foram utilizadas metodologias diferentes, apenas podemos dizer que a percentagem de alunos com atitudes e comportamentos alimentares alterados se situou dentro dos valores médios para a população ocidental (11,33%). Segundo alguns autores (Flates *et al.*, 2001; Benavente *et al.*, 2003), valores de sintomas na ordem dos 9% ou inferiores são considerados abaixo da média, indicando uma característica positiva da população estudada em relação aos transtornos alimentares. Por outro lado, valores superiores a 20% são bastante preocupantes.

Na nossa amostra, observou-se uma taxa de comportamentos alimentares alterados 1,6 vezes mais elevada no sexo feminino, que no sexo masculino (13,8% vs. 6,3%) diferença que foi estatisticamente significativa. Estes resultados são similares aos encontrados na literatura, que corroboram que as atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais são muito mais frequentes no sexo feminino. Num trabalho realizado em duas escolas de Coimbra sobre hábitos comportamentais de risco em adolescentes, foi verificado um predomínio de comportamentos de dieta e de provocação do vómito no

sexo feminino (Bento *et al.*; 2003). Em Madrid, Gonzales-Juáres, (2007) verificou que as atitudes alimentares disfuncionais eram 2,5 vezes mais frequentes no sexo feminino. Outros autores como Maor, em Israel (2006); Vilela, no Brasil (2004) e Miotto na Itália (2003); Hoerr nos estados Unidos (2002), confirmam estes resultados.

Ao avaliarmos a relação entre a idade e a pontuação no TAA-25, verificámos que é na faixa etária dos 16 e 17 anos que os adolescentes apresentam valores ligeiramente mais elevados do que os seus restantes colegas. Apesar disso, esta relação não foi estatisticamente significativa. Miotto (2003) obteve resultados semelhantes numa amostra de adolescentes de Itália, em que a faixa etária dos 16-17 anos tinha valores mais elevados no TAA.

Na nossa amostra, ao avaliarmos as diferenças nas atitudes e comportamentos alimentares, tendo em conta o sexo (teste t), verificámos que as raparigas, apresentaram um valor médio mais elevado (5,64) que os seus colegas rapazes (4,14), sendo esta diferença altamente significativa ($p < 0,001$) para o total do TAA-25. Estes resultados são semelhantes aos observados em trabalhos populacionais publicados por Tan *et al.*, (2007); Preti *et al.* (2007); Abbate-Daga (2006); Macedo *et al.* (2007); Maor (2006); Yannakoulia *et al.* (2004); Vilela (2004); entre outros; que encontraram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos, com franco predomínio no sexo feminino. Também, as raparigas apresentaram um valor médio mais elevado (2,82) e estatisticamente significativo que os seus colegas rapazes (1,11) para o factor I “Motivação para a magreza”. No trabalho nacional realizado em universitários por Soares *et al.*, apesar de utilizar o TAA-40, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nos itens de motivação para a magreza.

No que diz respeito à relação entre as atitudes/comportamentos alimentares e a zona de residência, verificámos que os alunos que frequentavam a Escola Secundária de Cantanhede, obtiveram valores mais baixos no TAA-25; no entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa nem para o total da escala nem para os factores que compõe o TAA-25. Ao comparar as pontuações médias do TAA-25 por zona de residência e sexo, verificamos que as raparigas residentes em meio urbano apresentam valores ligeiramente mais elevados para o total da escala e para os factores I e II, mas não para o III, sem significado estatístico. Apuramos também que as raparigas residentes em meio urbano apresentaram um IMC médio mais baixo que as suas colegas residentes em meio rural (19,89 vs. 21,12). O valor mais alto no factor III “Pressão social para comer” nas raparigas residentes em meio rural, tendo um IMC mais elevado,

poderá dever-se a que estas jovens estão inseridas num meio onde o ditado e crença popular “*gordura é formosura*” ainda é muito forte, principalmente nos parentes mais velhos (pais, tios, avós). O nosso estudo foi dirigido exclusivamente aos adolescentes, pelo que apesar de nos parecer uma explicação possível, não a conseguimos comprovar cientificamente.

Em relação as atitudes/comportamentos alimentares e a zona de residência no sexo masculino, verificamos que foram os adolescentes residentes em Cantanhede que tiveram médias ligeiramente mais elevadas no total do TAA-25 e no seu factor I. A comparação das pontuações médias do TAA-25 por zona de residência não mostrou diferenças significativas entre os adolescentes residentes em meio urbano e rural. Verificamos também no sexo masculino, que os residentes em meio rural tinham um IMC ligeiramente mais elevado, que os seus colegas residentes em Coimbra. Apesar de não ter sido significativa esta diferença, estes adolescentes poderão ter mais motivação para adoptar comportamentos de dieta.

Os valores mais elevados na população urbana do sexo feminino, vão de encontro aos observados num estudo comparativo entre populações urbanas e rurais de Itália por Preti (2007) em que a população urbana obteve valores mais elevados no TAA-26.

Os valores do IMC encontravam-se dentro da normalidade em 86,2% dos adolescentes do nosso estudo; 8,9 % tinham excesso de peso e 1,8% eram obesos e 3,1% eram magros. O estudo de Abbate-Daga, *et al.* (2006), realizado em Itália, com adolescentes entre os 14 e os 18 anos, revelou que 17% dos adolescentes tinham baixo peso e 11% excesso de peso. Amaral, (2007); num estudo sobre a prevalência de obesidade em adolescentes das Escolas públicas do Distrito de Viseu, constatou uma prevalência de excesso de peso de 13,7% e de obesidade de 3,4% com predomínio no sexo masculino. Outro estudo realizado com 5708 crianças e adolescentes entre os 10 e os 18 anos no Distrito de Lisboa por Sousa (2003), revelou que 22,6% da amostra apresentava excesso de peso e 7,8% era obesa, com predomínio no sexo feminino. Podemos dizer que os adolescentes do nosso estudo apresentaram percentagens mais baixas de excesso de peso e obesidade que os valores apresentados noutros estudos nacionais e de outros países europeus.

O valor de IMC médio encontrado para o total da amostra do sexo feminino foi de 20,62. Nos estudos de Nunes (2001) e Alves (2008) no Brasil; Toro (2006) em Espanha e Jennings (2006) na Austrália, os valores do IMC foram semelhantes aos

encontrados no nosso estudo (entre 19,5 e 21,9) para o sexo feminino. No sexo masculino a média do IMC foi de 21,75. Estudos em dois países mediterrânicos, obtiveram resultados que não diferiram muito dos nossos. Assim, Miotto (2003) num estudo populacional na Itália e Gil Garcia (2007) em Espanha obtiveram valores no IMC semelhantes nos rapazes (entre 21,2 e 22,2).

Quanto à relação entre os valores no TAA-25 e o IMC (correlação de Pearson), verificamos que, em ambos os sexos, não houve relações estatisticamente significativas entre os grupos de IMC e as pontuações totais do TAA-25 e nos seus factores I e II. Estes resultados são opostos aos observados em vários estudos publicados. Gil Garcia, (2007) na Andaluzia; Abbate-Daga *et al.* 2006; na Itália e Yannakoulia (2004) na Grécia; encontraram atitudes alimentares disfuncionais nos adolescentes com IMC mais elevado. A correlação entre o IMC e o factor III do TAA-25 “Pressão Social para comer” foi negativa e altamente significativa (apesar de pequena, pois se situou abaixo de 0,30) também em ambos os sexos. Estes resultados podem ser explicados, pois como seria de esperar, quanto maior o IMC, menor é a pressão social para comer, por parte dos familiares e dos pares e vice-versa.

Ao aplicarmos a Escala de Perfeccionismo de Crianças e Adolescentes (EPCA), encontrámos um valor médio de 68,96. Não existem actualmente estudos nacionais com a EPCA passíveis de comparação com os nossos resultados. Se comparado com estudos a nível internacional, o nosso resultado, foi ligeiramente mais elevado que os encontrados por Castro (2004; 2007) em dois estudos sobre o perfeccionismo em crianças e adolescentes com DCA, realizados em Espanha, nos quais os valores médios encontrados foram de 60,5 (2004) e 60,6 (2007) na EPCA no grupo dos adolescentes saudáveis.

Ao avaliarmos a relação entre o nível de perfeccionismo (P) e as atitudes e comportamentos alimentares, verificámos que aqueles adolescentes que tiveram resultados mais elevados no TAA-25 (atitudes e comportamentos alimentares mais disfuncionais), apresentaram também pontuações mais elevadas na EPCA (níveis mais elevados de perfeccionismo). Estes resultados vêm confirmar a relação entre comportamentos alimentares disfuncionais e elevados níveis de P. Existem muitos estudos em populações de adultos que relacionam altos níveis de perfeccionismo com padrões alimentares disfuncionais (Shafran & Mansell, 2001) no entanto, os estudos em adolescentes da população geral, são praticamente inexistentes. Num estudo populacional realizado em universitários por Macedo *et al.* (2007) (usando outra escala

de avaliação do perfeccionismo - Multidimensional Perfectionism Scale, Hewitt and Flett, 1991) foram encontrados elevados níveis de perfeccionismo nos jovens com atitudes alimentares alteradas. À semelhança com o nosso estudo, foram encontrados elevados de níveis de perfeccionismo nos jovens com atitudes alimentares mais disfuncionais, em ambos os sexos.

O estudo das correlações entre os níveis de perfeccionismo dos jovens e as atitudes e comportamentos alimentares foram diferentes entre os sexos. Assim, no sexo feminino, as correlações foram significativas tanto para o total da EPCA como para todos os seus factores. A maior parte dos trabalhos publicados, estuda a relação entre P e DCA no sexo feminino. Castro et al., 2007; fez um estudo comparativo entre raparigas adolescentes com DCA, adolescentes com outras doenças psiquiátricas e adolescentes saudáveis. A autora verificou que o grupo com níveis mais elevados de P foi o grupo dos doentes com DCA, tanto no perfeccionismo auto-orientado ($p < 0,001$), como para o perfeccionismo socialmente prescrito ($p = 0,009$), quando comparados com as adolescentes saudáveis. No nosso trabalho, os resultados obtidos, de elevados níveis de PAO e PSP, no sexo feminino, associados a atitudes alimentares disfuncionais, não é surpreendente, pois ambos estão frequentemente relacionados com psicopatologia (Shafran *et al.*, 2002; Dunkley *et al.*, 2006; Chang *et al.*, 2008; Bardone-Cone, 2007).

No sexo masculino, o estudo das correlações entre as pontuações do TAA-25 e a EPCA revelou diferenças significativas para o total da EPCA e para o factor I, mas não significativas para os factores II e III. Assim, os adolescentes com padrões perfeccionistas mais elevados, sentem maior preocupação com a magreza e com comportamentos de dieta. Estes achados são semelhantes aos observados por Bardone-Cone (2007) e McVey (2002). A análise das pontuações entre o TAA-25 e o perfeccionismo auto orientado, revelou diferenças estatisticamente significativas para os factores I “Motivação para a magreza” e II “Comportamentos bulímicos” nos grupos de perfeccionismo moderado e elevado. No perfeccionismo socialmente prescrito, as diferenças foram significativas apenas para o factor I. No estudo de Soares *et al.* (aguarda publicação) o perfeccionismo socialmente prescrito correlacionou-se com comportamentos bulímicos e com a pressão social para comer. No estudo de Macedo et al. (2007) em jovens universitários portugueses o perfeccionismo socialmente prescrito só se relacionou com a motivação para a magreza apenas no sexo feminino.

Independentemente do sexo, se por um lado, no PAO, as exigências perfeccionistas convergem no sentido da imagem corporal, pelo que os esforços vão no

sentido do peso e corpo ideais; no PSP, a percepção de padrões de peso e forma corporais impostos pelos outros e pela sociedade, constituem um importante factor ambiental para o desenvolvimento de comportamentos alimentares de risco.

8. CONCLUSÕES

A presente investigação epidemiológica é a primeira a estudar a prevalência de atitudes e comportamentos alimentares em adolescentes do ensino secundário no Distrito de Coimbra. Os nossos resultados não diferem muito dos estudos populacionais já publicados no mundo ocidental:

A prevalência de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais situou-se abaixo dos valores encontrados noutros estudos, permitindo-nos afirmar que felizmente as atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais, não são ainda tão preocupantes no nosso distrito, como noutros países ocidentais.

As atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais são mais frequentes no sexo feminino, como acontece nos trabalhos publicados sobre o mesmo tema, mas não encontramos diferenças entre as atitudes alimentares disfuncionais e o índice de massa corporal.

Os resultados mais elevados do TAA-25, nos adolescentes residentes em meio urbano, não nos surpreendem porque nos estudos conhecidos estas atitudes são mais frequentes em populações urbanas.

Devido à já conhecida relação entre Distúrbios do Comportamento Alimentar e elevados níveis de Perfeccionismo, os resultados encontrados no nosso trabalho eram esperados, apesar de existirem poucos estudos populacionais sobre atitudes alimentares e perfeccionismo.

São necessários mais estudos populacionais nos adolescentes, para conhecer a realidade nacional.

BIBLIOGRAFIA

- Abbate-Daga, G; Gramaglia, C; Malfi, G; Piero, A; Fassino, S (2007). Eating Problems and Personality Traits. An Italian Pilot Study among 992 High School Students. *Eur Eat Disord Rev.* Nov;15(6):471-8.
- Ablard, K.E.; Parker, W.D. (1997). Parents Achievement Goal and Perfectionism in their Academically Talented Children. *Journal of Youth and Adolescence.* 26: 651-667.
- Abuchaim, A.N. (1998). Aspectos históricos da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa. In M.A.A. Nunes, J.C. Appolinário, A.L., Abuchaim A.N. & W; Coutinho (Eds.). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp13-20). Porto Alegre: Artmed.
- Agras, S., Hammer, L., McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers and their children. *Int J Eat Disord*; 25: 253-262.
- Almeida, L.S., & Freire, T. (2001). Escalas de avaliação construção e validação. In E.M. Fernandes & L.S. Almeida (Eds.). *Métodos e Técnicas da Avaliação. Contributos para a prática e investigação psicológica.* (pp. 108-127). Braga: Psiquilíbrios.
- Alves, E; Guedes, F; Calvo, M.C.; Neves, J (2008). Prevalência de Sintomas de Anorexia Nervosa e Insatisfação Corporal em Adolescentes do Sexo Feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(3), 503-12.
- Amaral, O; Pereira, C.; Escoval, A. (2007). *Prevalência de Obesidade em Adolescentes do Distrito de Viseu.* Revista Portuguesa de Saúde Pública; 25 (1): 47-58.
- Andersen, A.E. (1991). Medical Complications of eating disorders. In: Yager, J. et al., (eds.). *Special problems in managing eating disorders.* American Psychiatric Press; 119-144.
- Andersen, A. & DiDomenico, L. (1992). Diet vs. Shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 11: 283-287.
- Andersen, A.E. & Cohn, L., Holbrook, T. (2000). *Making weight: men's conflicts with food, weight, shape & appearance.* Carlsbad: Gürze Books.
- Anderson, S.E., Dallal, G.E. & Must, A. (2003). Relative weight and race influence average age at menarche: Results from two nationally representative surveys of US girls studied 25 years apart. *Pediatrics*; 111(4): 844-850.
- Ando, T., Komaki, G., Karibe, M., Kawamura, N., Hara, S., Takii, M., Naruo, T., Kurokawa, N., Takei, M., Tatsuta, N., Ohba, M., Nozoe, S., Kubo, C., Ishikawa, T. (2001). 5-HT2A promoter polymorphism is not associated with anorexia nervosa in Japanese patients. *Psychiatr Genet.* Sep; 11(3):157-60.
- Antony, M.M., & Swinson, R.P. (1998). *When perfect isn't good enough: strategies for coping with perfectionism.* Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- APA- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* (3rd Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association) Practice Guidelines (2000). Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal Psychiatry* 157(1) suppl.
- Appolinário, J.C., Claudino, A.M. (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (supl. II); 28-31.

- Arana, F.G. (2003). Fobia social como problema de alto perfeccionismo: Estudio de caso aplicando un tratamiento cognitivo conductual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*; 11(3): 191-209.
- Ashby, J.S., Kottman, T. (1996). Inferiority As a Distinction Between Normal and Neurotic Perfectionism. *Individual Psychology*;52 (3): 237-245.
- Ashby, J.S. & Rice, K.G. (2002). Perfectionism, dysfunctional attitudes and self-esteem: a structural equations analysis. *Journal of Counselling and Development*, 80, 197-203.
- Attie, I. & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*; 25(1): 70-79.
- Azevedo, M.H. P.; Ferreira, C. P. (1992). Anorexia Nervosa and Bulimia: a prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 86, 432-436.
- Azevedo, M.H., Soares, M.J., Bos, S., Gomes, A; Maia, B., Marques, M., Pereira, A.T, Macedo, A. (2007). Perfectionism and Sleep Disturbance. *The World Journal of Biological Psychiatry*; 9: 1-9
- Bachner-Melan, M.A., Zohar, A., Nemanov, L., Heresco-Levi, U., Gritsenko, I., Ebstein, R. (2005). Association Between the Insulin-Like Growth Factor 2 Gene (*IGF2*) and Scores on the Eating Attitudes Test in Nonclinical Subjects: A Family-Based Study. *Am J Psychiatry*; 162: 2256-2262.
- Baiges, M.O.; Piñol Moreso, J.L.; Vergara, N; Garcia, M; Riera Solé, A; Bosh, J.M.; Castellarnau, R (2008). Prevalência de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y otros TCA en Adolescentes Femeninas de Reus. *An Pediatr (Barc)*; 68(1): 18-23.
- Baker, M.; Robinson, S.; Wilman, C. & Baker, D.J.P. (2000). Behaviour, Body Composition and Diet in Adolescents Girls. *Appetite*, 35: 161-70.
- Ballester, F.D.; De Garcia B.M.; Patino, M.J.; Sunol, G.C.; Ferrer, A.M.. (2002). Eating Attitudes and body satisfaction in adolescents: a prevalence study. *Actas Esp Psiquiatr*; 30: 207-12.
- Barry, A., Lipmann, B.B., Anorexia nervosa in males. *Postgraduate Medicine*. 24: 12-18.
- Bardone-Cone, A.M.(2007) Self-oriented and Socially-prescribed Perfectionism dimensions and their Relations with Disordered Eating. *Behavior Research and Therapy*; 45: 1977-1986.
- Bardone-Cone, A.M; Wonderlich, S.A; Frost, R.O; Bulik; C.M; Mitchell, J.E; Uppala, S; Simmonich; H (2007) Perfectionism and Eating Disorders: Current Status and Future Directions. *Clinical Psychology Review*; 27:384-405.
- Bastiani, A.M;Rao, R.; Weltzin,T.; Kaye, W.H. (1995). Perfectionism in Anorexia Nervosa. *Int J Eating Disord*; 17:147-152.
- Batista, F.; Sampaio, D.; Carmo, I.; Reis D.; Galvão-Teles, A. (1996).The prevalence of eating behavior in a portuguese female in university population. *European Eating Disorders Review*, 4,144:1-11.
- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 99, 90-113.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Manual* (2nd Ed.) Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Behar, R.; Alviña, M.; González, T.; Rivera; N. (2007). Detección de Actitudes y/o Conductas Predisponentes a Transtornos Alimentarios en Estudiantes de Enseñanza Media de Tres Colegios Particulares de Viña del Mar. *Rev Chil Nutr* Vol. 34, 3:

- Beker, A.E., Burwell, R.A., Gliman, S.E., Herzog, D.B., Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*; 180: 509-514.
- Berkowitz, R., Stunkard, A.J., Stallings, V.A.(1993). Binge eating disorder in obese adolescent girls. *Ann New York Acad Sci*; 699:200-6.
- Benassi, V.A., Sweeney, P.D. & Dufour, C.L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 357-367.
- Benavente M.D.; Morilla, F.R.; Leal, C.M.; Benjumea M.V.H. (2003) Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Aten Primaria*; 32: 403-9.
- Bento, C.; Lopes, J.C.; Milheiro, C. (2003). Estudo dos Hábitos de Risco dos Adolescentes. *Acta Pediatr Port*; 4, 34: 245-249.
- Beumont, P.V.(1991). The history of dieting and eating disorders. *Clinical Application Nutrition*, 1 9-20.
- Beumont, P.V. Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn, C.G., Brownell, K.D., (eds). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook, 2nd edition*. New York: Guildford Press, 2002: 162-170.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.). *Affective Disorders* (pp.13-48). New York: International Universities Press.
- Blankstein, K.R.; Flett, G.L.; Hewitt, P.L.; Eng, A. (1993). Dimensions of Perfectionism and Irrational Fears: An Examination with the Fear Survey Schedule. *Personality and Individual Differences*, 15: 323-328.
- Blatt, S.J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Blatt, S.J., Quinlan, D.M., Pilkonis, P.A., & Shea, M.T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The NIMH treatment of depression collaborative research program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Boergers, J., Spirito, A. & Donaldson, D. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: Associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1287-1293.
- Bouchard, L., Drapeda, V., Provencher V., Lemieux, S., Chagnon, Y., Rice, T., Rao, D.C., Vohl, M.C., Treblay, A., Bouchard, C., Pérusse, L.(2004). Neuromedin β : a strong candidate gene linking eating behaviors and susceptibility to obesity. *Am J Clin Nutr*; 80: 1478-86.
- Bramon-Bosh, N.A., & Treasure, J.L.(2000). Eating Disorders in Males: A comparison with female patients. *European Eating Disorders Review*, 8, 321-328.
- Brown, K.M.; Bujac, S.R., Mann, E.T., Campbell, D.A., Stubbins, M.J., Blundell, J. (2007). Further evidence of association of OPRD1 & HTR1D Polymorphisms with Susceptibility to Anorexia Nervosa.(2007). *Biol Psychiatry*; 61: 367-373.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Brumberg, J.J. (1988). *Fasting Girls: The Theory of Anorexia Nervosa*. In: Vigersky, R.A. (Ed.). *Anorexia Nervosa*, Raven Press, New York.

- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Wade, T.D., Kendler, K.S., Twin studies of eating disorders: A review.(2000). *International Journal of Eating Disorders*. 27(1):1-20.
- Bulik, C.M., Devlin, B., Bacanu, S., Thornton, L., Klump, K.L., Fichter, M., Halmi, K., Kaplan, A.S., Strober, M., Woodside, D.B., Bergen, A.W., Ganjei, J.; Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Berrettini, W.H., Kaye, W.H. (2003). Significant Linkage on Chromosome 10p in Families with Bulimia Nervosa. *Am J Hum Genet*. 72: 200-207.
- Bulik, C.M., Tozzi, F.(2004). Contemporary thinking about the role of genes and environment in eating disorders. *Epidemiol Psychiatr Soc*; 13(2): 91-8.
- Bulik, C. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *J Psychiatry Neurosci*; 30(5): 335-9.
- Burns, D.D.(1980). The perfectionist script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-52.
- Carlat, D.J., Camargo, C.A., & Herzog, D.B. (1997). Eating disorders in males: report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1127-32.
- Carmo, I.; Reis, D.; Varandas, P.; Bouça, D.; Padre-Santo, D.; Neves, A.; André, I.; Sampaio, D.e Gavão-Teles, A. (1996). Prevalence of Anorexia Nervosa: A Portuguese population study. *European Eating Disorders Review*, 4,3:157-170.
- Carmo, I. ; Reis, D. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Coleção Teses/7.
- Cash, T.F. (1995). Developmental teasing about physical appearance: retrospective descriptions and relationships with body image. *Social Behaviour and Personality*; 23: 123-130.
- Casper, R.C. (1983). Some provisional ideas Concerning The Psychologic Structure in Anorexia Nervosa and Bulimia. In Darby, P.L.; Garfinkel, P.F; Garner, DM; Coscina (Eds.). *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*. Alan R. Liss, New York.
- Cassin, S.E., von Ranson, K.M. (2005). Personality and Eating Disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*; 25:895-916.
- Castro, J.; Toro, J.; Salamero,M. *et al.* (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish Version. *Evaluación Psicol/ Psychol. Assess*: 7: 175-190.
- Castro, J.; Gila, A.; Gual, P.; Lahortiga, F.; Saura, B.; Toro, J. (2004). Perfectionism Dimensions in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*; 35: 392-398.
- Castro-Fornieles, J.; Gual, P.; Lahortiga, F.; Gila, A.; Casulà, V.; Fuhrmann, C.; Imirizaldu, M.; Saura, B.; Martinez, E.; Toro, J. (2007). Self Oriented Perfectionism in Eating Disorders. *Int J Eat Disord*.
- Chang, E.C. (2000). Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes. Examining a mediation model in younger and older adults. *Journal of Counseling Psychology*; 47: 18-26.
- Chang, E.C. (2002). Examining the Link Between Perfectionism and Psychological Maladjustment Social Problem Solving as a Buffer. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (5): 581-595.
- Chang, E.C; Ivesaj, V.; Donney, C.A.; Kashima, Y.; Morady, A.R. (2008). Complexities of Measuring Perfectionism: Three Popular Perfectionism Measures and Their Relations With Eating Disturbances and Health Behaviors in a Female Students College Sample. *Eating Behaviors*; 9: 102-110.
- Celikel, FC; Cumurcu, BE; Koc, M; Etikan, I; Yucel, B. (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students 1: Compr Psychiatry. 2008 Mar-Apr;49(2):188-94.

- Chiddini, J; Marques de Oliveira, M.R. (2004). Comportamento Alimentar de Adolescentes: Aplicação do EAT-26 em uma Escola Pública. *Saúde Rev*; 5(9):53-8.
- Chinchila-Moreno, A., Ed. *Anorexia y Bulimia Nerviosas*. Barcelona: Masson, 1994.
- Claudino, A.M. e Borges, M.B.F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 24: 7-12.
- Cohane, G.H., Pope, H.G. Jr. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *Int J Eat Disord*; 29: 373-9.
- Cockell, S.J., Hewitt, P.L., Seal, B., Sherry, S. Goldner, E., Flett, G. & Remick, R. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*; 27 (6): 745-758.
- Cole, D.A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology*; 100: 181-190.
- Collins, W.A. & Kuczaj, S.A. (1991). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. New York: Macmillan.
- Cooper, M.(1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In: K.D. Brounell & C.G. Fairburn (Eds.). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. (pp.159-164). New York: Guilford Publications.
- Cooper, M., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *Br J Psychiatry*; 184: 210-215.
- Cordás T., Negrão A. (1994) Anorexia Nervosa. In: *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Ed Santos; 283-290.
- Cordás, T.A. & Claudino, A. M. (2002). Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 24: 25-32.
- Corcos, M., Taieb, O., Benoit-Lamy, S., Patemiti, S., Janet, P.; Flament, MF. (2002). Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinav*. 106: 381-386.
- Crisp, A.H., & Burns T. (1990). Primary anorexia nervosa in the male and the female: a comparison of clinical features and prognosis. *Journal Medical Psychology*; 59: 23-32.
- Dacynger, I.F. & Garfinkel, P.E. (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*; 25: 1019-1025.
- Dally, P. (1969). *Anorexia nervosa*. London: William Heinemann Medical Books Limited.
- Davidson, L. (1989). Perfectionism and Measures of Concern with Body Image, Appearance and Self-esteem in Adolescents. *Cit. por Hewitt, P. L.; Flett, G.L.; Ediger, E. (1995) Perfectionistic Traits and Perfectionistic Self-Presentation in Eating Disorders Attitudes, Characteristics and Symptoms. Int J Eating Disord*; 18: 317-326.
- Davis, C. & Robertson-Scott, L. (2000). A psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: body shape ideal in the extreme. *Eating Behaviours*; 1: 33-46.
- Davis, C., Claridge, G., Fox, J. (2000-b). Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *Int J Eat Disord*; 27: 67-73.
- Dingemans, A.E., Bruna M.J., van Furth, E.F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity*; 26: 299-307.

- Duchesne, M., Mattos, P., Fontenelle, L.F., Veiga, H., Rizo, L., Appolinario, J.C.(2004). Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 26(2): 107-117.
- Ductor Recuerda, M.J. (2005). Perfil clínico de la población con trastorno de la conducta alimentaria atendida en una Unidad de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*; 23(1): 83-100.
- Dunker, K.L.; Philippi S.T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev. Nutr*; 16:51-60.
- Dunker, K.L.; Philippi S.T. (2005). Differences in diet composition of Brazilian adolescent girls with positive or negative score in the Eating Attitudes Test. *Eat Weight Disord. Sep*; 10 (3):70-5.
- Dunkley, D.; Blankstein K.; Masheb, R. & Grilo, C (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of “clinical” perfectionism: A reply to Shafran et al (2002-2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research Therapy*; 44, 63-84.
- Eapen, V.; Mabrouk, A.A.; Bin-Othman, S. Disordered Eating Attitudes and Symptomatology among Adolescent girls in the United Arab Emirates (2006) *Eat Behav*; Jan; 7(1): 53-60.
- Eddy, K.T., Kell, P.K., & Dorer, D.J. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 191-201.
- Elysio de Moura (2005). *Anorexia Mental*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Enns, M.W. & Cox, B.J. (1999). *Affective state dependence of perfectionism personality dimensions*. Association for Advancement of Behaviour Therapy, Toronto (poster presentation).
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J.(1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*; 147: 401-408.
- Fairburn, C.G. & Bohn, K.:(2005). Eating Disorders NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DMS-IV. *Behaviour Research and Therapy*; 43: 691-701.
- Fairburn, C.G. e Walsh, B.T. (1995). Atypical eating disorders. In Brownell KD, Fairburn CG, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. 135-140. New York: Guildford Press.
- Fairburn, C.G., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies, B.A. & O’Connor, M.E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*; 55: 425-432.
- Fairburn, C.G., Safran, R. & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural model of anorexia nervosa. *Behavioural Research Therapy*; 37: 1-13.
- Fairburn, C.G. e Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*; 361: 407-416.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research Therapy*; 37: 1-13.
- Favaro, A., Santonastaso, P. (1997). Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatrica Scandinav* ; 95: 508-514.
- Favaro, A., Ferrara, S., Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med*; 65: 701-708.
- Ferreira C. (2003). *Anorexia Nervosa. A expressão visível do invisível*. Contributos para a avaliação de atitudes e comportamentos em relação ao peso e à imagem corporal. Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra.

- Flates, GMR, Salles RK. (2001). Factores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr*; 14 Suppl: 3-6.
- Fleitlich BW. (1997) Transtornos alimentares na adolescência: o papel dos pediatras. *Pediatria Moderna*; 33: 56-62.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L. & Dyck, D.G. (1989). Self oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. *Personality and Individual Differences*; 10: 731-735.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Blankstein, K.R. & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*; 12: 61-68.
- Flett, G.L., Blankstein, K.R., Hewitt, P.L. & Koledin (1992). Components of perfectionism and procrastination in college students. *Social Behaviour and Personality*; 20: 85-94.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L.; DeRosa, T. (1996). Dimensions of Perfectionism, Psychosocial adjustment and Social Skills. *Personality and Individual Differences*; 20: 143-150.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L.; Garshowitz, M. & Thomas, M.R. (1997). Personality- Negative Social Interactions and Depressive Symptoms. *Canadian Journal of Behavioral Science*; 29: 28-37.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L. (2002). Perfectionism and Maladjustment: An Overview o Theoretical, Definitional, and Treatment Issues. In: *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. 5-31. American Psychological Association; Washington, DC.
- Fichter, M. & Krenn, H. (2003). Eating Disorders in Males. In J. Treasure, U. Schmidt & E. Furth (Eds.). *Handbook of eating disorders (Second Edition)*. 369-383. England; Wiley & Sons.
- Forbush, K; Heatherton, T; Keel, P (2007). Relationship between Perfectionsim and Specific Disordered Eating Behaviours. *Int J Eat Disord*; 40: 37-41.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Diaz, J.M., Vazquez-Arévalo, R., Alvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: a review of the literature. *European eating disorders review*; 13: 61-70.
- Frieling, H.; Romer, K.D., Wilhelm, J., Hillemacher, T.; Kornhuber, J.; de Zwaan, M., Jacoby, G.E.; Bleich, S. (2006). Association of catecholamine-O-methyltransferase and 5-HTTLPR genotype with eating disorder-related behaviour and attitudes in females with eating disorders. *Psychiatr Genet*; Oct; 16(5):205-8.
- Frost, R.O., Lahart, C.M., & Rosenblate, R. (1991). The development of perfectionism: a study of daughters and their parents. *Cognitive Therapy and Research*; 15, 469-489.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*; 14: 449-468.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C.M. & Rosemplate, R. (1991). The dimensions of perfectionism: a Study of Daughters and Their Parents. *Cognitive Therapy and Research*; 15: 469-48.
- Frost, R.O. & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*; 35: 291-296.
- Furnham, A. & Alibhai, N. (1983). Cross-cultural differences in the perception of female body shape. *Psychological Medicine*; 13: 829-837.
- Garner, DM., Garfinkel, PE. (1980). Sociocultural- cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*; 10: 647-656.
- Garner, DM; Olmsted, MP; Bohr, Y; Garfinkel; PE. (1982). Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*; 12: 871-878.

- Garner, D.M., Olmstead, M.P. & Polivy, L. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*; 2: 15-34.
- Garner, D.M. (1986). Cognitive Therapy for Anorexia Nervosa. In: Brownell, K.D.; Foreyt, J.P. (Eds.). *Handbook of eating disorders: Physiology, Psychology and treatment of obesity, Anorexia and Bulimia*. Basic Books, New York.
- Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*; 341: 1631-1635.
- Garfinkel, P.E. (1995). Classification and diagnosis of eating disorders. In: K.D. Brownell, C.G. Fairburn (Eds.) *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. (pp 125-134). New York: Guilford Publications.
- Gil Garcia, E; Ortiz Gómez, T; Fernandes, ML (2007). Social profiles, Diet and Prediction of Eating Disorders in Urban Andalusian Adolescents. *Aten Primaria*; 39 (1): 7-13.
- Goldfein J.A., Walsh, B.T., LaChaussee, J.L., Kissileff, H.R. Eating behaviour in binge eating disorder. (1993). *Int J Eat Disord*; 14: 427-431.
- Goldner, E.M.; Cockel, S.J.; Srikamenswaren, S. (2002). Perfectionism and Eating Disorders. In: Flett, G.L.; Hewitt, P.L. (Eds.). *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Gonzales-Juárez, C.; Pérez-Perez, E.; Martín Cabrera, B.; Mitja Pau, I.; Roy de Pablo, R.; Vazquez de la Torre Escalera, P. (2007). Detection of Adolescents at Risk of Suffering Eating Disorders. *Aten Primaria*; Apr; 39(4): 189-94.
- Grice, D.E., Halmi, K.A., Fitcher, M.M., Strober, M., Woodside, D.B., Treasure, J.K., Kaplan, A.S., Magistretti, P.J., Goldman, D., Bulik, C.M., Kaye, W.H., Berrettini, W.H. (2002). Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Hum Genet*; 70(3): 787-92.
- Grinspoon, S., Thomas, E., Pitts, S. *et al* (2000). Prevalence and predictive factors for regional osteopenia in women with anorexia nervosa. *Annual International Medicine*. 133: 790-794.
- Gunewardene, A., Huon, G.F. & Zheng, R. (2001). Exposure to westernization and dieting: A cross-cultural study. *Int J Eat Disord*; 29: 289-293.
- Habermas T. (1989). The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. *Intl J Eat Disord*; 8: 259-273.
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res*; Dec 21(6): 770-782.
- Halmi, K.A.; Goldberg, S.C.; Eckert, E.; Casper, R. & Davis, J.M. (1979). Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*; 1: 209-215.
- Halmi, K.A.; Sunday, S.; Strober, M.; Kaplan, A.; Woodside, D.; Fitcher, M.; Treasure, J.; Berrettini, W.; Kaye, W. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality and Pathological Eating Behavior. *American Journal of Psychiatry*; 157:1799-1805
- Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*; 15: 27-33.
- Hamilton, T.K. & Schweitzer, R.D. (2000). The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 60: 456-470.
- Hausenblas, H.A., Downs, D.S. (2002). Relationship among sex, imagery and exercise dependence symptoms. *Psychol Addict Behav*; 16(2): 169-172.

- Hay, P., Fairburn, C. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *Int J Eat Disord*, 23; 7-15.
- Hay, P., (1998-b). The epidemiology of eating disorder behaviours: An Australian community-based survey. *Int J Eat Disord*; 23; 371-382.
- Heatherton, T.F. & Baumeister, R.F. (1991). Binge Eating as scape from Self-Awareness. *Psychological Bulletin*; 110: 86-108.
- Heimberg, R.G., Juster, H.R., Hope, D.A. & Mattia, J.I. (1995). Cognitive behavioral group treatment: description, case presentation and empirical support. In: M.B. Stein (Ed.), *Social phobia: clinical and research perspectives* (pp. 293-321). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hepertz S., Albus, C., Lichtblau, K., Kohle, K., Mann, K., Senf, W. (2000). Relationship of weight and eating disorders in type II diabetes patients: a multicenter study. *Int J Eat Disord*; 28: 68-77.
- Herman-Giddens, M.E., Wasserman, R.C., Bourdony, C.J., Bhapkar, M.V., Koch, G.G. & Hasemeier, C.M. (1997). Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: A study from the paediatric research in the office settings network. *Paediatrics*; 4:505-512.
- Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 5, 423-438.
- Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*; 60: 456-470.
- Hewitt, P.L.; Flett, G.L.; Turnbull-Donovan, W.; Mikail, S.F. (1991a). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity and Psychometric Properties in Psychiatric Sample *Psychological Assessment*; 3: 464-468.
- Hewitt, P.L.; Flett, G.L.; Turnbull-Donovan, W.; Mikail, S.F. (1991b). Perfectionism and Neuroticism in Psychiatric Patients and College Students. *Psychological Assessment*; 3: 464-468.
- Hewitt, P.L.; Flett, G.L.; Turnbull-Donovan, W. (1992). Perfections and Suicide Potencial. *British Journal of Clinical Psychology*; 9: 181-190.
- Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress and depression: a test of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*; 102: 58-65.
- Hewitt, P.L.; Flett, G.L.; Weber, C. (1994). Dimensions of Perfectionism and Suicide Ideation. *Cognitive Therapy and Research*; 18: 439-460.
- Hewitt, P.L.; Flett, G.L. e Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionism self-preservation in eating disorders attitudes, characteristics and symptoms. *Int J Eat Disord*; 18: 317-326.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L. & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*; 105: 276-280.
- Hewitt, P.L., Newton, J., Flett, G.L. & Callender, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 95-101.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L. Perfectionism and Stress Process in Psychopathology. In Flett, G.L., Hewitt, P.L. (2002). In: *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. American Psychological Association; Washington, DC.

- Hewitt, PL; Caelian, CF; Flett, GL; Sherry, SB; Collins, L; Flynn, CA (2002). Perfectionism in Children: Associations with Depression, Anxiety and Anger. *Personality and Individual Differences*; 32:1049-61.
- Hill, R.W., McIntyre, K., & Bacharach, V.R. (1997). Perfectionism and the big five factors. *Journal of Social Behaviour and Personality*; 12: 257-270.
- Hoek, H.W.(1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*; 5: 61-74
- Hoek, H.W., & Hoeken, D. (2003) Review of prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*; 34: 383-396.
- Hoeken ,D., Seidel, J. & Hoek, H.W.(2003). Epidemiology. In: J. Treasure & U. Schmidt Furth (eds.). *Handbook of eating disorders* (Second Edition). pp:11-34. England:Willey & Sons.
- Hoer,SL; Bokram, R; Lugo,B; Bivins,T; Keast, D (2002).Risk for Disordered Eating Relates to Both Gender and Ethnicity for College Students. *J Am Col Nutr*; 21 (4):307-14.
- Hollender; M.H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*; 6: 94-103.
- Hollender, M.H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*; 39: 384.
- Horesh, N., Apter, A., Lepkifker, E., Ratzoni, G., Weizmann, R., Tyano, S. (1995). Life events and severe anorexia in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 91:5-9.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C., Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*; 130: 19-65.
- Janout, V; Janoutová, G. (2004). Eating disorders Risk Groups in Czech Republic- Cross-Sectional Epidemiologic Pilot Study. *Biomed Papers*; 148(2): 189-93.
- Jarosz, P.A., Dobal, M.T., Wilson, F., Schram, C.A. (2006). Disordered eating and food cravings among urban obese African American women. *Eating Behaviors*.
- Jennings, P.; Forbes, D.; Mcdermott, B.; Hulse, G., Juniper, S. (2006) Eating disorder attitudes and psychopathology in Caucasian Australian, Asian Australian and Thai university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40:2, 143-149.
- Joiner, T.E., Jr., & Schmidt, N.B., (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, 165-183.
- Jones, JM; Bennett, S; Olmsted, MP; Lawson, ML & Rodin, G (2001). Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Teenaged Girls: A School Based Study. *Canadian Medical Association Journal*, 165:547-52.
- Jorquera, M.; Botella-Garneria,C.; Guillen V.; Marco, H; Baños, R; Botella, C.; Perpiña, C. (2006). El “Test de Actitudes hacia la comida – 26”: validación en una muestra española. *Interpsiquis*. Psiquiatria.com
- Juster, H.R., Heimberg, R.J., Frost, R.O. & Holt, C.S. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 21, 403-410.
- Kaplowitz, P.B., Slora, E.J., Wasserman, R.C., Pedlow, S.E. & Herman-Giddens, M.E. (2001). Earlier onset of puberty in girls: relation to increased body mass index and race. *Paediatrics*; 108(2): 347-353.

- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*; 161: 2215-2221.
- Kawamura, K.Y., Hunt, S.L., Frost, R.O., DiBartolo, P. (2001). Perfectionism, Anxiety and Depression: Are the Relationships Independent?. *Cognitive Therapy and Research*; 25(3): 291-301.
- Kearney-Cooke, A. & Stelchen-Asch, P. (1990). Men, body Image and eating disorders. In A. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders* (54-74). New York: Brunner/Mazel.
- Klein, DA., Walsh, T. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behaviour*. 81(2): 359-74.
- Kjelsas, E, Bjornstrom, C., & Götestam, K.G.(2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating Behaviours*; 5: 13-25.
- Klibanski, A., Biller, B.M.K., Schoenfel, D.A., Herzog, D., Saxe, V.C. (1995). Effects of estrogen administration on trabecular bone loss in young women with anorexia nervosa. *Journal Clinic Endocrinology and Metabolism*; 80: 898-904.
- Kline, P. (2000). *The Handbook of Psychological Testing* (2nd Edition). London and New York: Routledge.
- Klump, K.L., Kaye, W.H., Strober, M.(2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatric Clinic of North America*; 24(2):215-25.
- Kottman, T. (2000). Perfectionistic Children and Adolescents: Implications for School Counselors. *Professional School Counseling*; 3 (3): 182-188.
- Kuehnel, R.H., Wadden, T.A. (1994). Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *Int J Eat Disord*; 15: 321-329.
- Labre, M.P. (2002). Adolescent boys and the muscular male body ideal. *Journal of Adolescent Health*; 30: 233-242.
- Lake, A.J., Staiger, P.K. & Glowinski, H. (2000). Effect of western culture on women`s attitudes to eating and perception of body shape. *Int J Eat Disord*; 27: 83-89.
- Lambrischini N, Leis R, (2002). Transtornos de la conducta alimentária. In: *Protocolos diagnósticos e terapéuticos en Pediatría*, AEP; Tomo 5: 361-374.
- Leary, M.R. (1983). *Understanding social anxiety*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lieberman, M., Gauvin, L., Bukowski, W.M., White, D.M (2001). Interpersonal influence and disordered eating behaviours in adolescent girls: the role of peer modeling, social reinforcement, and body-related teasing. *Eating Behaviours*; 2(3): 215-236.
- Leit, R.A., Gray, J.J. & Pope, H.G. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of playgirl centrefolds. *Int J Eat Disord*; 29: 90-93.
- Leit, R.A., Gray, J.J. & Pope, H.G. (2002). The media´s representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia. *Int J Eat Disord*; 31: 334-338.
- Leung, F., Schwartzman, A., Steiger, H. (1996). Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: a structural equation modelling analysis. *Int J Eat Disord*; 20: 367-75.
- Levine, M.P., Smolak, L. & Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviours among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*: 14: 472-491.
- Lombardi, D.N., Florentino, M.C.; Lombardi, A.J. (1998). Perfectionism and Abnormal Behaviour. *Journal of Individual Psychology*; 54(1):61-71.

- López-Guimerà G, Fauquet J, Portell M, Sánchez-Carracedo D, Raich RM. (2008). Dieting in Spanish adolescent girls. *Eur Eat Disord Rev.* May;16(3):234-40.
- Lubrano-Berthelier, C., Dubern, B., Lacorte, J.M., Picard, F., Shapiro, A., Zhang, S., Bertraits, S., Hercberg, S., Basdevant, A., Clement, K., Vaisse, C. (2006). Melanocortin 4 receptor mutations in a large cohort of severely obese adults: prevalence, functional classification, genotype-phenotype relationship, and lack of association with binge eating. *J Clin Endocrinol Metab.* May; 91(5): 1811-8.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M., & Kurland, L.T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*; 148:917-922.
- Lucas, A.R., Crowson, C.S., O'Fallon, W.M. & Melton, L.J., 3rd (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*; 26; 397-405.
- Lynd-Stevenson, R.M. & Hearne, C.M. (1999). Perfectionism and depressive affect: the pros and cons of being a perfectionist. *Personality and Individual Differences*, 26, 549-562.
- Macedo, A., Pocinho, F. (2000). *Obsessões e Compulsões. As múltiplas faces de uma doença.* Editora Quarteto: Coimbra.
- Macedo, A., Soares, M.J., Azevedo, M. H., Pereira, A.T., Maia, B., Pato, M. (2007). Perfectionism and Eating Attitudes in Portuguese University Students. *European Eating Disorders Review*; 15, 296-304.
- Macedo, A., Pocinho, F., Soares, M.J., Dourado, A., Campos, C., Domingues, O. & Azevedo, M.H. (2002). Perfeccionismo – uma dimensão fenotípica comum aos fenómenos obsessivos e distúrbios alimentares. *Psiquiatria Clínica*, 23 (3), 163-74.
- Machado,P.P, Machado,B.C., Gonçalves, S., Hoek, H.W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord*; 40 (3):212-217.
- Maia, B.R., Pereira A.T., Soares M.J., Bos, S., Cabral, A., Valente, J., Macedo, A., Pocinho, F. & Azevedo, M.H.(2006). Perfeccionismo e Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo: Resultados Preliminares. *Psiquiatria Clínica*; 27(1): 63-69.
- Maia, B.R.; Pereira, A.T.; Soares, M.J.; Bos, S.; Cabral, A.; Valente, J.; Macedo, A.; Pocinho, F. E Azevedo, M.H.P. (2006). Perfeccionismo e Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo- Resultados Preliminares. *Psiquiatria Clínica*, 27,(1), pp.63-69.
- Maier, C., (2006). What is the Evidence of a Causal Relationship between Dieting, Obesity and Eating Disorders in Youth? *Am J Dietetic Association*; 106(9):1359-60.
- Mannucci, E., Bardini, G., Ricca, V., Tesi, F., Piani, F., Vannini, R., Rotella, CM. (1997). Eating attitudes and behaviour in patients with type II diabetes. *Diabet Nutr Metab* 10: 275-281.
- Maor, N.R.; Savag, S; Dahan, R; Hermoni, D (2006). Eating Attitudes among Adolescents. *Irs Med Assoc J*; Sep; 8(9):627-9.
- Martinez-Gonzalez, M.A., Gual, P., Labortiga, F., Alonso, Y., de Irala-Estevez, J. & Cervera, S. (2003). Parental factors, mass media influences and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Paediatrics*, 111(2): 315-320.
- McVey G L., Pepler D., Davis R., Flett G.L., & Abdoell M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 22, 75–95.
- Mehler, P. S.; Sabel, A. L.; Watson, T.; Andersen, A. E. (2008). High Risk of Osteoporosis in Male Patients with Eating Disorders. *Int J Eat Disord*; 41:666–672.

- Mikolajczyk, E.; Smiarowska, M.; Grzywacz, A.; Samochowiec, J.(2006). Association of eating disorders with catechol-o-methyltransferase gene functional polymorphism. *Neuropsychobiology*; 54(1): 82-6.
- Miller, M. & Pumariega, A.J. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry*; 64: 93-110.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., Fairburn, G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *British Journal of Psychiatry*; 187: 573-578.
- Minuchin; S., Rosman, B.L., Baker, L(1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Miotto, P.; De Coppi, M; Freza, M; Preti,A. (2003). The Spectrun of Eating Disorders: Prevalence in an Area of Northeast Italy. *Psychiatr Research*; 119: 145-54.
- Mitchel, J.E., Hatsukami, D., Eckert, E.D., Pyle, R.L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*; 142: 482-485.
- Monteleone, P., Tortorella, A., Castaldo, E., Di Filippo, C., Maj, M. (2006). No association of the Arg51Gln and Leu72Met polymorphisms of the ghrelin gene with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Nuerosci Lett*. May 8; 398(3): 325-7.
- Muela, E.G. (2002). Complicaciones médicas en los transtornos de la conducta alimentaria. In E. Garcia-Gamba (Ed.) *Avances en transtornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp 125-139). Madrid. Editorial Masson.
- Muela, E.G. (2002-b). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. In E. Garcia-Gamba (Ed.) *Avances en transtornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp 3-29). Madrid. Editorial Masson.
- Mussel M.P., Mitchell, J.E., de Zwaan M., Crosby, R.D. Seim H.C., Crow S.J. (1996). Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: a descriptive study. *Int J Obes Relat Metab Disord*; 20: 324-331.
- Myers, J.K., Weissman, M.N., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.J., Orvaschel H., et al.(1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Physhiatry*; 41: 959-67.
- Mynors-Wallis, L., Treasure, J., Chee, D. (1992). Life events and anorexia nervosa: differences between early and late onset cases. *Int J Eat Disord*; 11: 369-375.
- Nagata, T., Matsuyama, M., Kiriike, N *et al* (2000). Stress coping strategy in Japanese patients with eating disorders: relationship with bulimic and impulsive behaviours. *Journal Nervous Mental Diseases*; 188: 280-286.
- Nelson, W.; Hughes, H; Katz, B.; Searight, R. (1999). Anorexic eating and behaviours of male and female college students. *Adolescence*, 34; n°135: 621-33.
- Neumaker, K.J.; Bettel, N.; Bettel, O.; Dudeck, U.; Neumaker, U.(1998). The Eating Attitudes Test: comparative analysis of female and male students at the Public Ballet School of Berlin. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 7:19-23.
- Neumark-Sztainer, D.; Croll, J.; Story, M.; Hannan, P.J.; French, A.S.; Per,C. (2002). Ethic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from project EAT. *J Psychosom Res*; 53: 963-74.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S.J., Hannan, P., Stat, M., Haines, J., Story, M. (2006). Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *Journal of Adolescent Health*; 39: 244-251.

- Nielsen, S., Madsen, S. & Isager, T.(1998). Standardized mortality in eating disorders: a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*; 44: 413-434.
- Nunes, M.A.A., & Ramos, D.C. (1999). Anorexia Nervosa: Classificação Diagnóstica e Quadro Clínico. In M.A.A. Nunes, J.C. Appolinario, A.L. Abuchaim, & Coutinho, W. (Eds.). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. (pp21-30). Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, M.; Olinto, M.; Barros, F. e Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr*; 23(1):21-7.
- Ogden, C.; Kuczmarski, R.; Flegal, K.; Mei, Z.; Guo S.; Wei R.; Grummer-Strawn, L.; Curtin, L.; Roche, A. (2002) Centers for Disease Control and Prevention 2000 Growth Charts for the United States: Improvements to the 1977 National Center for Health Statistics Version. *Pediatrics*; 109:45-60.
- Pacht, A.R. (1984). Reflections on Perfection. *American Psychologist*; 39: 386-390.
- Parker, W.D. (1997). An empirical topology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Journal*; 34: 545-562.
- Parry-Jones, B. & Parry-Jones, W. History of Anorexia and Bulimia Nervosa. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.) *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. (pp145-150). New York: Guilford Publications.
- Paxton, S.J., Schutz, H.K., Wertheim, E.H. & Muir, S.L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight loss behaviours and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*; 108: 255-266.
- Pereira A.T., Maia, B.R. Cabral, A., Soares, M.J., Bos, S., Macedo, A., Azevedo, M.H. (2005). Distúrbios do Comportamento Alimentar no Sexo Masculino. *Psiquiatria Clínica*; 26(2):83-96.
- Pereira, A.T.; Soares, M.J.; Maia, B.; Cabral; A.; Macedo A.; Paz Ferreira, C.; Azevedo, M.H.P.(2006). A versão Portuguesa Reduzida do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clínica*, 27,(1), pp.51-61.
- Pereira A.T., Maia B, Bos S, Soares M.J., Marques M., Macedo A., Azevedo M.H. The Portuguese short form of the Eating Attitudes Test-40. *Eur Eat Disord Rev*. 2008 Jul;16(4):319-25.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS (3ª Edição Revista e Ampliada)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Phinney, J.S., Horenczyk, G., Liebkind, K. & Vedder, P. (2001). Ethnic identity, immigration and well-being: An international perspective. *Journal of Social Issues*; 57: 493-510.
- Pike, K.M. (1995). Bulimic symptomatology in high school girls: toward a model of cumulative risk. *Psychology of Women Quarterly*; 19: 373-396.
- Pinto Gouveia, J.(2000). Factores etiológicos e desenvolvimento nos distúrbios alimentares. In Soares (Ed.). *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao longo da vida*. (pp.263-314). Coimbra: Quarteto.
- Plinner,P.; Haddock, G. (1995). Perfectionism in Weight-Concerned and Unconcerned Women: An Experimental Approach. *Int Jour Eating Disord*; 19: 381-389.
- Pope, H.G., Philips, K.A. & Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex. The secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press.
- Posner, R. (2006). Early Menarche: A Review of Research on Trends in Timing, Racial Differences, Etiology and Psychosocial Consequences. *Sex Roles*; 54: 315-322.

- Preusser, K.J., Rice, K.G. & Ashby, J.S. (1994). The role of self-esteem in mediating the perfectionism-depression connection. *Journal of College Student Development*, 35, 88-93.
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M.V., Petretto, D.R., Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry*; 47: 475-481.
- Pretti, A ; Pinna, C; Nocco, S; Pilia, S; Mulliri, E; Micheli, V; Casta, MC; Petretto, DR; Masala, C (2007). Rural/ Urban Differences in the Distribution of Eating Disorder Symptoms among Adolescents from Community Samples. *Aust N Z J Psychiatry*; Jun 41 (6): 525-35.
- Rachman, S.J. & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ramacciotti, C.E., Coli, E., Passaglia, C., Lacorte, M., Pea, E., Dell'Osso L. (2000). Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiat Res*; 131-138.
- Rasmussen, S.A. & Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.
- Rauste-von Wright, M. (1988). Body image satisfaction in adolescent girls and boys: a longitudinal study. *SexRoles*; 30: 71-82.
- Reda, M.A., Carpiniello, B., Secchiaroli, L. & Blanco, S. (1985). Thinking, depression and antidepressants: Modified and unmodified depressive beliefs during treatment with amitriptyline. *Cognitive Therapy and Research*; 9: 135-143.
- Redgrave, G.W., Coughlin, J.W., Heinberg, L.J., Guarda, A.S. (2007). First-degree relative history of alcoholism in eating disorder patients: Relationship to eating and substance use psychopathology. *Eating Behaviour*; 8: 15-22.
- Rhéaume, J., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Letarte, H. & Ladoucer, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*; 33: 785-794.
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Cabras, P.L., Rotella, C.M. (2000). Screening for binge eating in obese outpatients. *Comp Psychiat*; 41: 111-115.
- Ricca, V., Nacmias, B., Boldrini, M., Cellini, E., di Bernardo, M., Ravaldi, C., Tedde, A., Bagnoli, S., Placidi, G.F., Rotella, C., Sorbi, S. (2004). Psychopathological traits and 5-HT_{2A} receptor promoter polymorphism (-1438 G/A) in patients suffering from Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Neuroscience Letters*; 365: 92-96.
- Rice, K.G. & Mirzadeh, S.A. (2000). Perfectionism, attachment and adjustment. *Journal of Counselling Psychology*, 47, 238-250.
- Robinson, N.S., Garber, J. & Hilsman, R. (1995). Cognitions and stress: Direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), 453-463.
- Rosen, J.C., Leitenberg, H. & Wilson, G.T. (1986). Binge eating episodes in bulimia nervosa: the amount and type of food consumed. *Int J Eat Disord*; 5: 255-267.
- Ross, C.A. (2006). Overestimates of the Genetic Contribution to Eating Disorders. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*; 8(2): 123-131.
- Rossenhan, D.L. & Seligman, M.E.P.(1995) *Abnormal psychology* (3rd. Ed) New York; W.W. Norton and Co.
- Rukabina, T.; Pokrajac-Bulian, A. (2006). Thin-ideal Internalization, Body Dissatisfaction and Symptoms of Eating Disorders in Croatian Adolescents Girls. *Eat Weight Disord* Mar; 11 (1):31-7.

- Russel, G.F.M. (1979). Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Russel, G.F.M. (1997). The history of bulimia nervosa. In: D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds). *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (pp11-24). New York-London. The Guildford Press.
- Russel, J.C. & Keel, P.K.(2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *Int J Eat Disord*; 31(3): 300-06.
- Rybakowski, F., Slopian, A., Dmitrzak-Weglarz, M., Czerski, P., Hauser, J., Rajewski, A. (2003). Association study of 5-HT2A receptor gene polymorphism in anorexia nervosa in Polish population. *Psychiatr Pol.* Jan-Feb; 37(1): 47-55.
- Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I., & Jorge, Z. (1999). *Doenças do Comportamento Alimentar. Manual para o Clínico Geral.* Lisboa: Laboratórios Bial.
- Saboonchi, F. & Lundh, L. (1997). Perfectionism, self-consciousness and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 22, 921-928.
- Shafran, R. & Mansell, W. (2001).Perfectionism and Psychopathology: a Review of Research and Treatment. *Clinical Psychology Review*, 21 (6), 879-906.
- Shafran, R.; Cooper, Z. e Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive behavioural analysis. *Behavior Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Segal, Z.V., Shaw, B.F., Vella, D.D. & Katz, R. (1992). Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients: test of the congruency hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 26-36.
- Silverman, J. (1993).Historical Development. In Halmi K.A. (Eds.). *Psychology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*.1st ed. Washington: American Psychiatric Press. P 3-17.
- Silverman, J. (1997). Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment. . In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York-London: The Guilford Press.
- Schmidt, U. (2005). Epidemiology and aetiology of eating disorders. *Psychiatry*. In: The Medicine Publishing Company, Lda; 4:5-9.
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B., Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa?. *Psychological Medicine*; 27: 523-530.
- Shafran, R. & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*; 21: 879-906.
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Sherry, S.B.; Hewitt, P.L.; Besser, A; McGee; B.J; Flett,G (2004). Self-Oriented and Socially Prescribed Perfectionism in the Eating Disorder Inventory Perfectionism Subscale. *Int J Eat Disord*; 35 (1): 69-79.
- Slade, P.D. & Owens, R.G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavioural Modification*; 22:372-390.
- Smolak, L., Mumen, S.K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*; 31: 136-150.
- Soares, M.J.; Gomes,A.A.; Macedo, A.F.; Santos, V.; Azevedo, M.H (2003): Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adaptação à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*; 5 (1): 46-55.

- Soares, M.J.; Macedo, A.F.;Gomes,A.A.; Azevedo, M.H (2004): A Versão Portuguesa do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clínica*; 18: 11-24.
- Soares, M.J.; Macedo, A.; Pereira, A.T.; Gomes, A.; Maia, B.; Marques, M.; Azevedo, M.A.; Pato, M.. Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review* (aguarda publicação).
- Soundy, T.J., Lucas, A.R., Suman, V.J. & Melton, M.J., 3rd (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine*; 25: 1065-1071.
- Sousa, J.M. (2003). Prevalência de Obesidade Juvenil nas Escolas do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico do Distrito de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Univ. Nova de Lisboa.
- Spitzer, R.L., Deviln, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, MD, Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W.S., Mitchell, J., Nonas, C., (1992). Binge eating disorder: a multisided field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*; 11: 191-203.
- Stice, E.; Presnell, K.; Shaw, H. & Rohde, P. (2006). Psychological and Behavioral Risk Factors for Obesity onset Adolescent Girls. A Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 73: 195-202.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-analytic Review. *Psychological Buletin*; 128: 825-48.
- Streigel-Moore, R.H., Wilson, G.T., Wifley, D.E., Elder, K.A., Brownell, K.D., (1998). Binge eating in an obese community sample. *Int J Eat Disord*; 23: 27-37.
- Streigel-Moore, R.H., Wifley, D.E., Pike, K.M., Dohm, F.A. & Fairburn. (2000). Recurrent binge eating in black American women. *Archives of the Family Medicine*; 9:83-87.
- Striegel-Moore, R.H., McMahon, R.P., Biro, F.M., Schreiber, G., Crawford, P. & Vooheers, C. (2001). Exploring the relationship between timing of menarche and eating disorder symptoms in black and white adolescent girls. *Int J Eat Disord*; 30(4):421-433.
- Strober, M. (1980).Personality and symptomatological features in young nonchronic anorexia nervosa patients. *J Psychosomat Res*; 24: 353-359.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Kaye, W.(2000). Controlled family study of anorexia and bulimia nervosa: evidence of share liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*; 157(3):393-401.
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1073-1074.
- Sundgot-Borgen, J., Torsveit, M.K., (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in general population. *Clin J Sport Med*; 14(1): 25-32.
- Sutandar-Pinnock, K; Blake, W.D.; Carter, J.C.; Olmsted.M.P. ; Kaplan,A.S. (2003). Perfectionism in Anorexia Nervosa: a 6-24 Months Follow-Up Study. *Int J Eat Disord*; 33: 225-229.
- Tan, CK; Ng, CF; Young, BW (2007). Disordered Eating Attitudes and Behaviours among Adolescents in Hong Kong: Prevalence and Correlates; *J Pediatr Child Health Dec*; 43 (12): 811-7.
- Thompson, T., Davis, H. & Davidson, J. (1998). Attributional and affective responses of imposters to academic success and failure outcomes. *Personality and Individual Differences*; 25: 381-396.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.

- Toro, J.; Gomes-Peresmitré, G.; Sentis, J.; Vallés, A.; Casulá, V.; Castro, J.; Pineda, G.; León, R.; Platas, S.; Rodriguez, R. (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Psychiatry Epidemiol*; 41:556-565.
- Tozzi, F.; Anderson, C.B.; Bulik, C.M.; Mazzeo, S.E.; Aggen, S.H.; Neale, B.M.; Neale, M.C.(2004). The Structure of Perfectionism: a Twin Study. *Behav. Genet*; 34(5): 483-494.
- Turnbull. S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H. & Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *British Journal of Psychiatry*; 169: 705-712.
- Varnado, P.J., Willianson, D.A., Bentz, B.G., Ryan, D.H., Rhodes, S.K., O'Neil, P.M., Sebastian, S.B.(1997). Prevalence of binge eating disorder in obese adults seeking weight loss treatment. *Eating Weight Disorder*; 2: 117-124.
- Vestergaard, P., Emborg, C., Stoving, R.K., *et al.*(2002). Fractures in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders: a nationwide register study. *Int J Eat Disord*; 32: 301-308.
- Vieth, A.Z., & Trull, T.J. (1999). Family patterns of perfectionism: an examination of college students and their parents. *Journal of Personality Assessment*; 72: 49-67.
- Vilela, JEM; Lamounier, JA; Dellaretti Filho, MA; Barros Neto, J; Horta, GM. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*; 80(1): 49-54.
- Villagonez L., Cortes J, Barrera E, Saucedo D, Alcocer L.(2003). Comorbidity of obesity and eating behavior disorders. *Rev Invest Clin*; Sep-Oct; 55(5): 535-545.
- Wade, T.D., Martin, N.G., Neale, M.C., Tiggemann, N., Treloar, S.A., Bucholz, K.K, Madden, P.A., Heath, A.C.(1999). The structure of genetic and environment risk factors for three measures of disordered eating. *Psychol Med*. 29(4): 925-934.
- Wang, Y. (2002). Is obesity associated with early sexual maturation? A comparison of the association in American girls versus boys. *Pediatrics*: 110(5): 903-910.
- Wang, J., Norman, G., Zabinski, M., Calfas, K., Patrick, K. (2007). Body Image and Self-Esteem among Adolescents Undergoing an Intervention Targeting Dietary and Physical Activity Behaviors. *Journal of Adolescent Health*; 40: 245-251.
- Walsh, B. T., & Garner, D.M. (1997).Diagnosis Issues. In Garner D.M. & Garfinkel P.E. (Eds.9 Handbook of Treatment for Eating Disorders. 2nd Edition. (pp 25-33) New York- London: The Guildford Press.
- Wardle, J., Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*; 19:421-40.
- Weissman, A.N., & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Chicago.
- Wildes, J., Emery, R. & Simons, A.D. (2001). The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*; 21: 521-551.
- Willianson, D.A., Zucker, N.L., Martin, C.K., Smeets, M.A.A.(2001). Etiology and management of eating disorders. In: Stutker P.B. & Adams HE (eds.) *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, 3rd ed. Dordrecht/New York Kluwer Academic / Plenum Publishers, 641-670.
- Williansom, D.A., Martin, C.K. & Stewart, T. (2004). Psychological aspects of eating disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*; 18: 1073-1088.

- Wilson, G.T., Fairburn, C.G. & Agras, W.S.(1997). Cognitive-Behavioural Therapy for Bulimia Nervosa. In: Garner D.M. & Garfinkel P.E. (Eds.). Handbook of treatment for Eating Disorders. 2nd Edition. (pp 67-93). New York-London: The Guildford Press.
- Wiseman, C., Gray, J., Mosimann, J. & Ahrens, A. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *Int J Eat Disord*; 11: 85-89.
- Whitehouse, A.M., Cooper, P.J., Vize, C.V., Hill, C. & Vogel, L. (1992). Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: Hidden and conspicuous morbidity. *British Journal of General Practice*; 42: 57-60.
- Woodside, D.B., Bulik, C.M., Thornton, L., Klump, K.I., Tozzi, F., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Strober, M., Devlin, B., Bacanu, S.A., Ganjei, K., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Berrettini, W.H. & Kay, W.H. (2004). Personality in men with eating disorders. *Psychosomatic Research*; 57: 273-8.
- Wolfer, A. (2002). Osteoporosis: prevention and treatment in anorexia nervosa. *Eating Weight Disorders*. 7: 72-81.
- Worobey, J. (2002). Early family mealtime experiences and eating attitudes in normal weight, underweight and overweight females. *Eat Weight Disord*; 7: 39-44.
- Wyatt, R. & Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: a study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Personality and Individual Differences*; 24: 71-79.
- Yager J., Andersen A., Devlin, M., Egger H., Herzog, D., Mitchell, J., *et al.* (2000). Practice guidelines for treatment of patients with eating disorders. 2nd Ed. In: *American Psychiatric Association practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium 2000*. 1st Ed. Washington (DC): American Psychiatric Association: 2000.
- Yannakoulia, M.; Matalas, A.L.; Yannakouris, N.; Papoutsakis, L.; Passos, M.; Klimis-Zacas, D. (2004). Disordered Eating Attitudes: an emerging health Problem among Adolescents. *Eat Weight Disord*; Jun; 9(2): 136-33.

ANEXOS

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES-25 (Versão Portuguesa)

(Pereira et al., 2006; 2008)

- | | | | | | | |
|--|--------|-------------------|--------------|---------------|-------------|-------|
| 1. Fico nervosa(o) antes de comer. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 2. Ter peso a mais, aterroriza-me. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 3. Preocupo-me com comida. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 4. Tenho tido episódios de comer de mais, em que me sinto incapaz de parar. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 5. Conheço o valor calórico das comidas que como. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 6. Evito especialmente comidas ricas em hidratos de carbono (ex.: pão , bolachas, arroz, etc.). | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 7. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 8. Vomito depois de comer. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 9. Sinto-me muitíssimo culpada(o) depois de comer. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 10. Ando preocupada(o) com o desejo de ser mais magra(o). | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 11. Faço exercício energicamente, para queimar calorias. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 12. Penso em queimar calorias quando faço exercício. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 13. As outras pessoas acham que estou demasiado magra(o). | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 14. Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 15. Tomo laxantes. | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |

| | | | | | | |
|------------|--|-------------------|--------------|---------------|-------------|-------|
| 16. | Evito comidas que tenham açúcar. | | | | | |
| | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 17. | Como comida de dieta. | | | | | |
| | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 18. | Sinto que a comida controla a minha vida. | | | | | |
| | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 19. | Controlo-me em relação à comida. | | | | | |
| | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 20. | Sinto que os outros me pressionam para comer. | | | | | |
| | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 21. | Dedico tempo e preocupação demais à comida. | | | | | |
| | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 22. | Sinto-me desconfortável depois de comer doces. | | | | | |
| | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 23. | Ocupo-me em coisas para fazer dieta. | | | | | |
| | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 24. | Gosto de sentir o meu estômago vazio. | | | | | |
| | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |
| 25. | Tenho vontade de vomitar depois das refeições. | | | | | |
| | Sempre | Muitíssimas vezes | Muitas vezes | Algumas vezes | Raras vezes | Nunca |

ESCALA DE PERFECCIONISMO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (Hewitt & Flett, 1991)

- 1.** Tento ser perfeito(a) em tudo o que faço.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 2.** Quero ser o(a) melhor em tudo o que faço.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 3.** Os meus pais nem sempre esperam que seja perfeito(a) em tudo o que faço.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 4.** Sinto que tenho de fazer sempre o meu melhor.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 5.** Há pessoas na minha vida que esperam que eu seja perfeito(a).
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 6.** Tento sempre conseguir a nota mais alta num teste.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 7.** Fico muito aborrecido(a) se não dou sempre o meu melhor.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 8.** A minha família espera que eu seja perfeito(a).
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 9.** Nem sempre tento ser o(a) melhor.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 10.** As pessoas esperam mais de mim do que eu posso dar.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 11.** Fico zangado(a) comigo quando cometo um erro.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 12.** As outras pessoas pensam que eu falhei se não fizer sempre o meu melhor.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 13.** Os outros esperam sempre que eu seja perfeito(a).
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.

- 14.** Fico aborrecido(a) se encontrar nem que seja uma falha no meu trabalho.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 15.** As pessoas à minha volta esperam que eu seja o(a) melhor em tudo.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 16.** Quando faço alguma coisa tem que ficar perfeita.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 17.** Os meus professores esperam que o meu trabalho seja perfeito.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 18.** Não tenho que ser o(a) melhor em tudo o que faço.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 19.** Esperam sempre que eu faça melhor que os outros.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 20.** Mesmo quando passo, sinto que falhei se não conseguir uma das melhores notas da turma.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 21.** Sinto que as pessoas exigem demais de mim.
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.
- 22.** Não suporto ser menos do que perfeito(a).
1) Completamente falso 2) Mais falso do que verdadeiro. 3) Nem verdadeiro nem falso.
4) Mais verdadeiro que falso. 5) Completamente verdadeiro.