



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

ANDRÉ MIGUEL CASTRO DIAS OLIVEIRA SILVA

***Correlatos Psicológicos do Comportamento Alimentar Perturbado no Sexo  
Masculino***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:

DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA

MESTRE MARIA JOÃO FRANCO GOMES DE BRITO

ABRIL/2023

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

# Correlatos Psicológicos do Comportamento Alimentar Perturbado no Sexo Masculino

---

André Miguel Castro Dias Oliveira Silva

Endereço eletrónico: [amcdosilva@gmail.com](mailto:amcdosilva@gmail.com)

**Partes deste trabalho foram submetidas para apresentação na forma de poster em congresso internacional:**

Referências:

- Pereira AT, **Silva AM**, Brito MJ, Marques C, Araújo A, Macedo A (2023). The Portuguese version of the Screen for Disordered Eating: validity and reliability in men across multiple ages. Abstract submetido ao 3rd WPA World Congress of Psychiatry, a realizar em Vienna, Austria, 28th September – 1st October 2023. (**Anexo 1**)
- **Silva AM**, Macedo A, Brito MJ, Marques C, Pereira AT (2023). The Portuguese short version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: validity and reliability in men across multiple ages. Abstract submetido ao 3rd WPA World Congress of Psychiatry, a realizar em Vienna, Austria, 28th September – 1st October 2023. (**Anexo 1**)
- **Silva AM**, Macedo A, Brito MJ, Marques C, Pereira AT (2023). Muscle Dysmorphia subscale of Eating Disorder Assessment for men: validity and reliability of the Portuguese version in men across multiple ages. Abstract submetido ao 3rd WPA World Congress of Psychiatry, a realizar em Vienna, Austria, 28th September – 1st October 2023. (**Anexo 1**)
- **Silva AM**, Macedo A, Marques C, Brito MJ, Pereira AT (2023). The Portuguese version of the Body Image Concern Inventory: validity and reliability in men across multiple ages. Abstract submetido ao 3rd WPA World Congress of Psychiatry, a realizar em Vienna, Austria, 28th September – 1st October 2023. (**Anexo 1**)

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	3
LISTA DE ABREVIATURAS .....	4
RESUMO .....	6
ABSTRACT .....	7
INTRODUÇÃO .....	8
MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
Procedimentos.....	10
Amostra .....	10
Instrumentos.....	11
Análise Estatística .....	13
RESULTADOS.....	15
1.Estudo Psicométrico .....	15
1.1 Versão Portuguesa Preliminar da DM-EDAM.....	15
1.2. Versão Portuguesa Reduzida do EDE-Q7 .....	16
1.3 Versão Portuguesa do SDE .....	19
1.4 Validade concorrente/de critério entre a escala SDE e EDE-Q7 .....	20
1.5 Validade convergente da escala DM-EDAM .....	20
1.6 Versão Portuguesa do BICI .....	21
2. Estudo descritivo e correlacional.....	24
2.1 Estatística descritiva das variáveis avaliadas.....	24
2.2 Correlação entre variáveis psicológicas e níveis de patologia alimentar em homens..	25
2.3 Comparação dos níveis de Patologia Alimentar entre homens com idade inferior vs. igual ou superior a 30 anos.....	27
2.4 Comparação dos níveis de patologia alimentar entre homens com vs. sem história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida.....	28
3. Análises de Mediação.....	29
DISCUSSÃO e CONCLUSÕES .....	35
Agradecimentos .....	39
Referências.....	40
Anexos .....	44

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**$\alpha$**  – Coeficiente alfa de Cronbach

**AB** – Auto-bondade

**AC** – Auto-compassão

**AFC** – Análise fatorial confirmatória

**AJ** – Auto-julgamento

**AN** – Anorexia Nervosa

**CF** – Carga fatorial

**CITC** – Correlação item-total corrigido

**CITDC** – Correlação item-total dimensional corrigido

**DC** – Dismorfia corporal

**DM** – Dismorfia Muscular

**DR** – Dieta restritiva

**HC** – Humanidade comum

**IIC** – Insatisfação com a imagem corporal

**I** – Isolamento

**IM** – Índice de modificação

**IMC** – Índice de massa corporal

**IS** – Interferências dos sintomas

**MF** - *Mindfulness*

**PA** – Psicopatologia alimentar

**PAC** – Perfeccionismo autocrítico

**PCA** – Perturbações do comportamento alimentar

**PIAC** – Perturbação de ingestão alimentar compulsiva

**PN** – Perfeccionismo narcísico

**PR** – Perfeccionismo rígido

**PRN** – Pensamento repetitivo negativo

**SD** – Sintomas de dismorfia

**SI** – Sobre-identificação

**SPFC** – Sobrevalorização do peso e forma corporal

## RESUMO

**Introdução:** As síndromes alimentares, apesar de menos reconhecidas e estudadas no sexo masculino, têm apresentado prevalência crescente neste grupo. Importa que a investigação contemple não apenas mulheres e, para isso, é necessário dispor de instrumentos validados.

**Objetivo:** 1. analisar as propriedades psicométricas das versões Portuguesas do *Screen for Disordered Eating* (SDE), da *Eating Disorder Examination – Questionnaire* (EDE-Q7), da sub-escala de Dismorfia Muscular da *Eating Disorder Assessment for Men* (DM-EDAM) e da versão preliminar do *Body Image Concern Inventory* (BICI) numa amostra de homens da população geral; 2. comparar os níveis de patologia alimentar, em homens com idade inferior vs. 30 ou mais anos e com vs. sem história de patologia psiquiátrica ao longo da vida/HPPLV; 3. analisar o papel do perfeccionismo, das preocupações com a imagem corporal e do afecto nos níveis de psicopatologia alimentar em homens.

**Materiais e Métodos:** 227 homens da população geral, com idade média de 30.41 anos ( $\pm 13.96$ ; variação: 14-73), preencheram um inquérito online que incluía, além dos instrumentos já referidos, o BIG-3 Perfectionism Scale/BTPS-16 e o Profile of Mood States/PoMS-12.

**Resultados:** A análise fatorial confirmatória do SDE, EDE-Q7, DM-EDAM e BICI revelou a sua boa validade de construto; os coeficientes alfa de *Cronbach* globais foram .621; .857; .891 e  $>.900$ , respetivamente. Todas as escalas apresentaram correlação significativa e positiva entre elas, exceto entre SDE e DM-EDAM. As pontuações médias BICI e DM-EDAM e na subescala de Sobrevalorização do peso e forma corporal/SPFC da EDEQ-7, foram significativamente superiores nos homens com idade inferior a 30 anos. Homens com vs. sem PPLV apresentaram pontuações significativamente mais elevadas na BICI e EDE-Q7 (excetuando a Dieta restritiva). O perfeccionismo e o Afeto negativo correlacionaram-se significativa e positivamente com todas as variáveis relacionadas com a psicopatologia alimentar. Nas análises de mediação, a Dismorfia Corporal demonstrou mediação total da relação entre perfeccionismo e psicopatologia alimentar, excetuando com a dimensão SPFC, em que a mediação foi parcial. Todos os modelos tiveram um efeito total significativo, exceto na predição da DM-EDAM.

**Conclusão:** Os homens com idade inferior a 30 anos demonstraram maior sobrevalorização da imagem corporal. Destaca-se o das preocupações com a imagem corporal como via preditora pela qual o perfeccionismo influencia os níveis de psicopatologia alimentar. Sendo a dismorfia corporal e a sobrevalorização da imagem corporal potencialmente modificáveis, nomeadamente através de estratégias baseadas em *mindfulness* e autocompaixão, importa investir neste tipo de intervenção.

**Palavras-chave:** Psicopatologia Alimentar; Sexo masculino; Perfeccionismo; Afeto Negativo.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Despite being less recognized and studied in males, eating disorders have been increasingly prevalent in this group. It is important that research includes not only women, and for this, validated instruments are necessary.

**Objective:** 1. To analyze the psychometric properties of the Portuguese versions of the Screen for Disordered Eating (SDE), Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q7), Muscle Dysmorphia sub-scale of the Eating Disorder Assessment for Men (DM-EDAM), and the preliminary version of the Body Image Concern Inventory (BICI) in a sample of men from the general population; 2. To compare levels of eating disorder pathology in men under 30 years old vs. 30 or older, and with vs. without a history of psychiatric pathology throughout their life/PPTL; 3. To analyze the role of perfectionism, concerns with body image, and negative affect in levels of eating disorder psychopathology in men.

**Materials and Methods:** 227 men from the general population, with a mean age of 30.41 years ( $\pm 13.96$ ; range: 14-73), filled out an online survey that included, in addition to the already mentioned instruments, the BIG-3 Perfectionism Scale/BTPS-16 and the Profile of Mood States/PoMS-12.

**Results:** Confirmatory factor analysis of SDE, EDE-Q7, DM-EDAM, and BICI showed good construct validity; global Cronbach's alpha coefficients were .621; .857; .891; and  $>.900$ , respectively. All scales presented significant and positive correlations with each other, except for SDE and DM-EDAM. BICI and DM-EDAM mean scores and the Weight and Shape Overvaluation/WSOV sub-scale of the EDE-Q7 were significantly higher in men under 30 years old. Men with vs. without PPTL had significantly higher scores on BICI and EDE-Q7 (except for the Restrictive Diet subscale). Perfectionism and Negative Affect were significantly and positively correlated with all variables related to eating disorder psychopathology. In mediation analyses, Muscle Dysmorphia fully mediated the relationship between perfectionism and eating disorder psychopathology, except for the WSOV dimension, where mediation was partial. All models had a significant total effect, except in predicting DM-EDAM.

**Conclusion:** Men under 30 years old demonstrated greater overvaluation of body image. Concerns with body image were highlighted as a predictor of how perfectionism influences levels of eating disorder psychopathology. As Muscle Dysmorphia and Weight and Shape Overvaluation are potentially modifiable, particularly through mindfulness and self-compassion-based strategies, investing in such interventions is important.

**Keywords:** Eating Disorder Psychopathology; Male Gender; Perfectionism; Negative Affect.

## INTRODUÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar/PCA representam um grupo de doenças psiquiátricas com um elevado grau de mortalidade e de morbilidade, que acarretam graves custos individuais e sociais.(1)

Embora originalmente fossem consideradas exclusivas do sexo feminino, na última década têm vindo a demonstrar a sua presença crescente no sexo masculino. Esta disparidade pode ser explicada por vários motivos, como o uso de meios de diagnóstico centrados na mulher (2) , a falta de recursos disponíveis aos profissionais de saúde (3), o receio em procurar ajuda devido à vergonha e ao estigma associados a ter uma doença considerada feminina. (4)

Apesar das pontuações nos questionários de avaliação de psicopatologia alimentar/PA serem inferiores às das mulheres, o uso de estratégias desadaptativas para controlo de peso e forma corporal (como o exercício físico excessivo, restrição alimentar, vômito, laxantes e diuréticos) a sobrevalorização da imagem corporal e a compulsão alimentar, não apresentam diferenças significativas entre géneros. (5) No entanto, nos homens, parece existir uma aspiração a um corpo musculado e tonificado em contraste com o ideal emaciado nas mulheres. (6)

Sabe-se também que a prevalência de PCA é inferior em pessoas com mais de 30 anos, comparativamente aos jovens. No entanto o grau de insatisfação com a imagem corporal, que é simultaneamente um preditor e um elemento nuclear das PCA, não diminui com a idade, em ambos os sexos.(7)

À semelhança das alterações que ocorrem na mulher no período da peri-menopausa, os homens também sofrem alterações na andropausa, decorrentes da diminuição da testosterona, que condicionam alterações na forma corporal, metabolismo e distribuição da gordura (8) e que podem contribuir para o início ou agravamento de patologia do comportamento alimentar, principalmente se tiverem sujeitos ao efeito de outros fatores preditores.

Foi demonstrado que pessoas com PA, tendem a apresentar níveis elevados de perfeccionismo (9) , de afeto negativo/AN (10) e usar estratégias desadaptativas de *coping* emocional, envolvendo pensamento repetido negativo/PRN (11) e auto-criticismo (12). A auto-compaixão/AC, por outro lado, parece ter um efeito protetor no desenvolvimento de PA, diminuindo os efeitos nocivos dos outros fatores de risco. (13)

O papel destes traços de personalidade no desenvolvimento e psicopatologia das PCA ainda não foi aprofundado, principalmente em indivíduos mais velhos e do sexo masculino. É

imperativo investigar as potenciais vias de influência nestes grupos, nomeadamente considerando fatores psicológicos, pois estes, sendo potencialmente modificáveis, podem ser alvos terapêuticos e de prevenção. Para além disso, existe evidência de que as pessoas mais velhas, estão tão ou mais vulneráveis à influência negativa de quem os rodeia, dos *media* e das redes sociais no desenvolvimento de ideais disformes relativos à imagem corporal. (14) Acresce que, e pela sua menor reserva fisiológica, as pessoas mais velhas estão mais suscetíveis aos efeitos deletérios das PCA. (15)

Entretanto, para que a investigação deste tópico seja válida, importa analisar até que ponto os instrumentos desenvolvidos para a avaliação da patologia alimentar com foco no sexo feminino são ou não válidos para a deteção e mensuração dos sintomas e preocupações alimentares no sexo masculino. Além disso, tem sido sugerido complementar a avaliação psicopatológica com domínios sindromáticos mais relevantes nos homens, como a dismorfia muscular/DM. (16)

Assim, pretende-se, primeiro, analisar as propriedades psicométricas (validade e fidelidade) dos questionários EDE-Q7; SDE; DM-EDAM e BICI no sexo masculino. Estes, exceto o BICI e DM-EDAM, já se revelaram válidos e adequados para a avaliação da patologia alimentar em diversas amostras de mulheres portuguesas da população geral, (17) estando a sua adequação ao sexo masculino ainda por analisar.

Depois, pretende-se utilizar as suas versões portuguesas validadas para o sexo masculino, para comparar os níveis de patologia alimentar em função da idade, índice de massa corporal e história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida, bem como para analisar o papel de traços e processos psicológicos já identificados como preditores de psicopatologia alimentar no sexo feminino, como o Perfeccionismo, as preocupações relacionadas com a imagem corporal e o afecto negativo.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo foi realizado no âmbito do projeto de investigação “Patologia do Comportamento Alimentar, Género e Idade” [Ref. CE-136/2022], aprovado pela Comissão de Ética e Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. (Anexo 3).

### **Procedimentos**

A recolha dos dados foi feita através das redes sociais, através de um convite para participação num estudo sobre comportamento alimentar. Os participantes acederam a um formulário *online*, no *Google Forms*, no qual constava o consentimento informado (Anexo 4) e os questionários. (Anexo 5) Os dados foram recolhidos durante o ano letivo de 2022/2023, no primeiro trimestre de 2023.

### **Amostra**

Os questionários para a participação neste estudo foram divulgados e preenchidos entre 22 de Fevereiro e 21 de março de 2023.

A amostra é composta por 227 pessoas do sexo masculino, tendo idades compreendidas entre os 14 e os 73 anos, uma média de 30.41 anos e um desvio padrão de 13.96 anos. Do total de inquiridos, 65.2% apresentam idade inferior a 30 anos e 34.8% idade superior a 30 anos. 2.2% apresentam IMC <18.5; 29.1% IMC ≥ 18.5 e < 22.5; 28.6% IMC ≥ 22.5 e < 25; 32.2% IMC ≥ 25 e < 30; 5.7% IMC ≥ 30 e <35 e 2.2% IMC > 35. Grande parte da amostra é composta por estudantes (52.9%), especialistas das atividades intelectuais e científicas (22%) e por técnicos e profissões de nível intermédio (9.7%), estando as restantes profissões descritas segundo a Classificação Portuguesa das Profissões/CPP (Anexo 2)

Destas pessoas, 85.8% nasceram em Portugal, 9% em Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e as restantes noutros países da União Europeia. Atualmente, 94.3% dos inquiridos reside em território português. 71.4% são solteiros e 27.3% são casados ou vivem em união de facto. Desta amostra, 38.8% dos homens têm habilitações literárias equivalentes ao ensino secundário, 38.3% correspondentes ao grau de licenciatura e 17.2% têm habilitações equivalentes ao grau de mestre ou doutor. Dos indivíduos do sexo masculino contabilizados 62.6% estão atualmente a trabalhar, 13.2% estão desempregados e uma minoria está em regime de baixa ou atestado. Dos inquiridos, 71.8% refere viver em meio urbano e, por oposição, 28.2% refere viver em meio rural. No momento da recolha dos dados, 78.4% dos homens consideraram-se saudáveis, sem qualquer doença diagnosticada pelo médico, enquanto 21.6% referem uma situação de doença atual.

Dos que referem ter uma doença atualmente, a maioria refere ter asma. As restantes respostas distribuem-se por distúrbios do foro psíquico, cardiovascular, gastrointestinal e metabólico. Na maioria dos casos de doença atual, o diagnóstico foi feito há menos de dez anos. Relativamente ao passado, 89.4% referem nunca ter sido diagnosticado com nenhuma outra doença, enquanto 10.6% referem um diagnóstico prévio de outras patologias. Em termos de patologia psiquiátrica prévia 83.3% não reporta alterações e 16.7% refere diagnóstico no passado de ansiedade, depressão e *burnout*, na sua maioria.

### **Instrumentos**

O formulário de autopreenchimento, a responder on-line, incluía questões sociodemográficas como a idade, escolaridade, profissão, estado civil e área de residência; peso e altura para cálculo do índice de massa corporal/IMC; variáveis clínicas, nomeadamente história médica (doenças prévias e atuais) e história de perturbações psicológicas ou psiquiátricas.

Para análise das variáveis psicológicas foram usadas as seguintes escalas validadas ou a validar no âmbito deste projeto, relativamente aos quais foi concedida autorização pelos autores das respetivas versões originais. As que não foram validadas no âmbito deste trabalho demonstraram propriedades psicométricas adequadas para avaliar personalidade e regulação emocional:

- **Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q7)**

Esta escala, uma das mais usadas a nível mundial para avaliação de PA, foi adaptada da versão original com 28 itens, (18) derivada da entrevista EDE. Aquela versão apresenta, no entanto, uma estrutura fatorial que varia consideravelmente, causando uma limitação na sua validade de construto. (19) Esta tem sido colmatada na versão de 7 itens, (17) apresentando validade e fidelidade em amostras de mulheres portuguesas da população geral.

Nesses estudos os 7 itens da escala avaliam: Dieta Restritiva/DR, Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal/SPFC e Insatisfação com a Imagem Corporal/IIC.

Os participantes reportam quantos dias nas últimas 4 semanas ou, numa escala de 7 pontos tipo *Likert*, o grau com que tiveram certos comportamentos e sentimentos, sendo que as pontuações mais elevadas refletem uma maior gravidade de PA.

- **Screen for Disordered Eating (SDE)**

É um instrumento recente, criado para permitir um rastreio adequado de PCA nos cuidados de saúde primários, incluindo a perturbação de ingestão alimentar compulsiva/PIAC.

Utiliza 5 itens extraídos de outras escalas validadas para avaliação de PA, num modelo de resposta dicotómico (sim ou não), onde o “sim” reflete maior gravidade de PA. (20)

Numa vasta amostra de mulheres portuguesas, esta escala apresentou boas propriedades psicométricas. (20,21)

- **Sub-escala de Dismorfia Muscular da Eating Disorder Assessment for Men (DM-EDAM)**

Foi retirada da versão original EDAM com 50 itens e 4 dimensões diferentes. Esta escala foi criada com o objetivo de screening de PCA em homens, uma vez que os métodos tradicionais eram pouco inclusivos, por serem demasiado focados na mulher. (22)

A subescala de DM (ou seja, a preocupação em ter um corpo mais musculado, mesmo quando a sua massa muscular já é bastante desenvolvida). A resposta é numa escala tipo *Likert* de 5 pontos que avalia a frequência da sintomatologia, sendo que valores mais altos refletem maior persistência de PA.

- **BIG Three Perfectionism Scale – 16 – Portuguese Short Version (BIG3-16)**

Adaptada da versão original com 45 itens (23), esta versão mais curta tem também uma estrutura de três fatores: Perfeccionismo rígido/PR (com 6 itens); Perfeccionismo autocrítico/PAC (com 4 itens) e Perfeccionismo narcísico/PN (com 6 itens), cujos itens são respondidos numa escala do tipo *Likert*, com 5 pontos, onde maior concordância com os itens indicam valores mais altos.

O PR engloba uma atitude inflexível em que o indivíduo exige de si um desempenho pessoal e profissional livre de erros e falhas, e onde o perfeccionismo orientado ao próprio, “ser perfeito”, é algo fulcral e que reflete o valor intrínseco da pessoa.

O PAC reflete uma preocupação exagerada relativa aos erros cometidos, com reações desproporcionalmente negativas e autocríticas, fruto das perceções erradas associadas ao “medo de falhar”. Esta postura leva à sensação de incapacidade

perante atitudes a tomar e, concomitantemente, existe uma noção dos outros exigirem perfeição do próprio.

O PN está associado à crença de superioridade, merecedora de tratamento especial, onde todos que não se aproximam desse padrão desproporcional de perfeição, são desvalorizados e criticados.

A BIG-3-16 apresenta propriedades psicométricas validadas para a população portuguesa, com boa fidelidade e validade. (24)

- **Body Image Concern Inventory (BICI)**

Esta escala foi criada com o objetivo de avaliar o grau de dismorfia corporal/DC, que consiste na preocupação excessiva com uma percepção de defeito na aparência pessoal, que muitas vezes, não é percebida pelos outros. Esta preocupação leva à hiper-vigilância do defeito e à tentativa de o ocultar, culminando, frequentemente, no evitamento social. (25)

Na sua versão original, os seus dois fatores: sintomas de dismorfia/SD e interferência dos sintomas/IS são compostos, respetivamente por 12 e 7 itens; na sua validação em espanhol, obtida com população de origem hispânica que reside nos EUA, a distribuição fatorial é diferente. (26) A escala é do tipo *Likert*, de 5 pontos, onde valores mais altos indicam maior frequência de sentimentos ou comportamentos.

- **Profile of Mood States – Versão de 12 itens (PoMS-12)**

Adaptada da versão de 36 adjetivos, permite avaliar três estados emocionais (Depressão, Ansiedade/Hostilidade e Amabilidade/Vigor), que são consideradas medidas válidas de afeto negativo (soma dos dois primeiros) e de afeto positivo. (27) Utiliza-se uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que valores mais altos indicam maior concordância com o item.

### **Análise Estatística**

A análise estatística foi realizada no programa *IBM® SPSS® Statistics*, versão 28 para Windows, possibilitando a determinação de estatísticas descritivas, medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (mínimo e máximo e desvio padrão) e de estatísticas inferenciais: teste\_T para comparação de médias em grupos independentes e correlações de Pearson.

Calcularam-se coeficientes  $\alpha$  de Cronbach para avaliar a consistência interna das escalas e dimensões utilizadas. Para confirmar a fiabilidade das medidas (totais e dimensionais) os coeficientes devem ser superiores a 0.7 (28). Nas análises de correlação foi usado o coeficiente de Pearson, para explorar as relações entre as variáveis. Para avaliar a magnitude usamos os critérios de Cohen: de .10 a .29 – ligeira; de .30 a .49 – moderada; a partir de .50 – elevada. (29)

Para estudar os modelos de mediação simples foi usado o modelo 4 da macro PROCESS para SPSS, versão 3.5, desenvolvido por Andrew F. Hayes. Esta macro utiliza o método *bootstrapping* para calcular os intervalos de confiança para os efeitos direto (c'), indireto (c) e total (a soma dos anteriores). O efeito direto resulta do impacto da variável independente na variável dependente, e o efeito indireto representa o impacto da variável mediadora (afeto negativo) na relação entre a variável independente e a dependente. Se o intervalo de confiança do efeito indireto não contiver o valor zero, admite-se que a diferença entre o efeito total e o direto é diferente de zero, e, portanto, o efeito indireto é significativo. (30)

# RESULTADOS

## 1. Estudo Psicométrico

### 1.1 Versão Portuguesa Preliminar da DM-EDAM

#### Validade de Construto - AFC

De forma a testar a estrutura fatorial do DM-EDAM foi elaborada uma AFC, partindo do modelo unifatorial original.

O primeiro ensaio de AFC resultou num índice de ajustamento problemático (Tabela 1). (31) Com o intuito de melhorar o ajustamento, identificámos o Índice de Modificação/IM do modelo, tendo correlacionado um par de erros de itens com  $IM > 11.000$ : par de itens 4 (“Verifico o meu corpo várias vezes ao dia para ver como estão os músculos”) e 5 (“Penso em ganhar massa muscular quando decido quais alimentos comer”) -  $IM = 15,7083$ . Este procedimento resultou em melhores índices de ajustamento (Tabela 1).

Tabela 1 – Índices de ajustamento dos modelos testados – DM-EDAM					
	X <sup>2</sup> /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo unifatorial	4.2624	.1196	.9736	.9471	.9623
Interpretação de valores (ajustamento)	Aceitável	Inaceitável	Muito Bom	Bom	Muito Bom
Modelo unifatorial com 1 par de erros correlacionados	.6829	.0000	1.0000	1.0051	.9951
Interpretação de valores (ajustamento)	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom

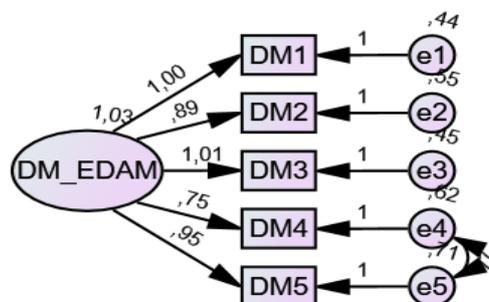


Figura 1 – DM-EDAM – Modelo fatorial.

#### Fidelidade – Consistência Interna

A Tabela 2 apresenta a carga fatorial/CF (representa a magnitude da relação entre cada item da escala com o fator latente/dimensão; valores > .3 são considerados relevantes na maior parte dos casos),(32) o  $\alpha$  para cada item se este for excluído (se for inferior ao valor de  $\alpha$  total indica boa consistência) e a correlação item-total corrigido/CITC (valores altos indicam que o item avalia aspectos da dimensão avaliada pelos outros itens; valores > .2 são bons para escalas grandes que medem múltiplos construtos e >.4 bons para escalas mais pequenas).(33) O  $\alpha$  da escala global (5 itens) foi de **.891**. Verifica-se, com base na Tabela 2, que os itens da escala contribuem para a consistência interna total.

<b>Tabela 2 – Carga fatorial e validade Interna dos itens – DM-EDAM</b>					
	<b>CF</b>	<b>CITC</b>	<b><math>\alpha</math>1</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
1. Sinto que preciso de parecer mais musculoso/a	.823	.763	.860	1.61	1.21
2. Gostaria que meus músculos abdominais fossem mais definidos	.759	.704	.873	1.84	1.17
3. Penso em ganhar mais massa muscular	.824	.763	.860	2.07	1.22
4. Verifico o meu corpo várias vezes ao dia para ver como estão os músculos	.738	.697	.875	1.00	1.09
5. Penso em ganhar massa muscular quando decido quais alimentos comer	.790	.742	.865	1.15	1.27
<b>Notas: M</b> - Média; <b>DP</b> - Desvio Padrão; <b>CITC</b> – Correlação item-total corrigido; <b>CF</b> – Carga fatorial; <b><math>\alpha</math>1</b> – $\alpha$ (total) excluindo o item					

## 1.2. Versão Portuguesa Reduzida do EDE-Q7

### Validade de Construto – AFC

Partindo do modelo de três fatores, o primeiro ensaio da AFC resultou em índices de ajustamento aceitáveis (Tabela 3), tanto para o modelo de primeira ordem, como para o de segunda ordem (Figura 2). Por este motivo, não foi necessário correlacionar pares de erros. (31)

Tabela 3 – Índices de ajustamento dos modelos testados – EDE-Q7					
	X <sup>2</sup> /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo de três fatores	2.4371	.0794	.9863	.9739	.9670
Interpretação de valores (ajustamento)	Aceitável	Aceitável	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom
Modelo de três fatores de segunda ordem	2.4371	.0794	.9863	.9739	.9670
Interpretação de valores (ajustamento)	Aceitável	Aceitável	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom

A matriz de correlações de Pearson entre as pontuações fatoriais e a pontuação total do EDE-Q7 (Tabela 4) revelou que estas são elevadas e significativas ( $p < .001$ ), sendo de **.774** (entre o EDE-Q7\_Total e DR), **.812** (entre o EDE-Q7\_Total e SPFC) e **.784** (entre o EDE-Q7\_Total e IIC). A correlação entre os fatores (SPFC-DR; IIC-DR) foi significativa e moderada, de **.355** e **.299**, respetivamente. A correlação entre SPFC-IIC, foi significativa e elevada, de **.696**.

Tabela 4 – Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as pontuações totais e fatoriais no EDE-Q7				
	EDE-Q7_TOTAL	DR	SPFC	IIC
EDE-Q7_TOTAL	1			
DR	.774**	1		
SPFC	.812**	.355**	1	
IIC	.784**	.299**	.696**	1

Notas: \*\* =  $p < .01$

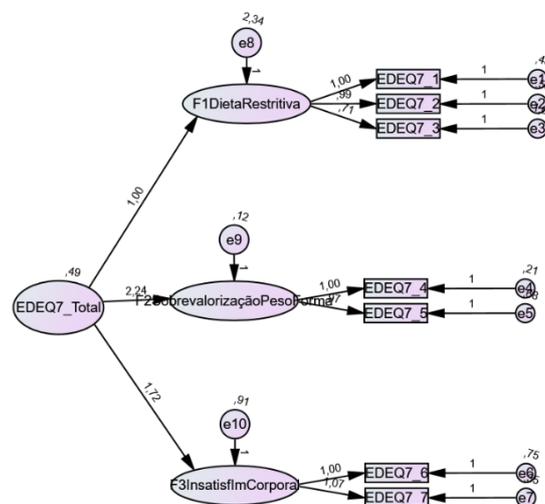


Figura 2 - EDE-Q7 – Modelo fatorial de segunda ordem.

## Fidelidade – Consistência Interna

A Tabela 5 apresenta a CF, o  $\alpha$  para cada item se este for excluído, a CITC e a Correlação item-total dimensional corrigido/CITDC. O  $\alpha$  da escala global (7 itens) foi de **.856** e o de cada fator encontra-se entre **.85** e **.95**, apesar do reduzido número de itens.

Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional (Tabela 5). Apesar de o  $\alpha_2$  do item 3 ser superior ao alfa dimensional, essa diferença é ligeira e o  $\alpha_1$  continua inferior ao valor do  $\alpha$  total, não sendo uma diferença significativa.

Tabela 5 – Carga fatorial e validade Interna dos itens – EDE-Q7							
	CF	CITC	$\alpha_1$	CITDC	$\alpha_2$	M	DP
1. Limitar propositadamente a quantidade de comida para influenciar o seu peso ou forma corporal.	.924	.602	.839	.825	.765	1.13	1.82
2. Evitar comer alimentos que gosta para influenciar o peso ou forma corporal.	.911	.618	.837	.811	.778	1.26	1.82
3. Seguir regras rígidas relativamente à alimentação para influenciar o peso ou forma corporal.	.685	.476	.856	.655	.915	.910	1.74
<b>DR: <math>\alpha=.876</math></b>							
4. Peso influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa.	.960	.737	.820	.849		1.28	1.67
5. Forma corporal influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa.	.883	.640	.833	.849		1.47	1.76
<b>SPFC: <math>\alpha=.917</math></b>							
6. Insatisfeita com o seu peso.	.870	.648	.832	.819		1.63	1.76
7. Insatisfeita com a sua forma corporal.	.940	.632	.834	.819		1.67	1.74
<b>IIC: <math>\alpha=.900</math></b>							
<b>Notas:</b> M - Média; DP - Desvio Padrão; CITC – Correlação item-total corrigido; CITDC – Correlação item-total dimensional corrigido CF – Carga fatorial; $\alpha_1$ – $\alpha$ (total) excluindo o item; $\alpha_2$ – $\alpha$ (dimensional) excluindo o item							

### 1.3 Versão Portuguesa do SDE

#### Validade de Construto – AFC

Partindo do modelo unifatorial, o primeiro ensaio da AFC resultou em índices de ajustamento muito bons (Tabela 6) para o modelo fatorial (Figura 3). Por este motivo, não foi necessário correlacionar pares de erros. (31)

Tabela 6 – Índices de ajustamento dos modelos testados – SDE					
	X <sup>2</sup> /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo unifatorial	1.4833	.0460	.9804	.9607	.9878
Interpretação de valores (ajustamento)	Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom

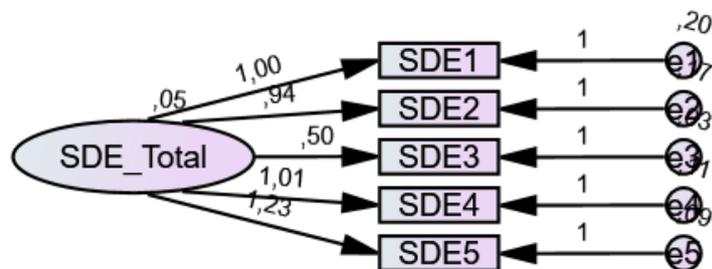


Figura 3 – SDE – Modelo fatorial

#### Fidelidade – Consistência interna

A Tabela 7 apresenta a CF, o  $\alpha$  total excluindo o item e a CITC. O  $\alpha$  da escala global (5 itens) foi de **.621**. Apesar de ser inferior a .7, constitui uma medida de consistência uma vez que, sendo um método de rastreio, o SDE avalia PA presente em várias PCA, o que torna os seus itens mais abrangentes. Com base nos resultados obtidos, podemos concluir que os itens da escala contribuem para a consistência interna total.

Tabela 7 – Carga fatorial e validade Interna dos itens – SDE					
	CF	CITC	$\alpha$ 1	Sim (%)	Não (%)
1. Vontade de comer quando está emocionalmente incomodada ou ansiosa.	.434	.339	.599	43.6	56.4
2. Controlar a quantidade de comida queingere.	.446	.368	.574	29.5	70.5
3. Provocar o vómito.	.499	.377	.593	4.4	95.6
4. Preocupada com desejo de ser mais magra.	.550	.411	.550	19.4	80.6

5. Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magra.	.665	.472	.518	19.4	80.6
<b>Notas:</b> M - Média; DP - Desvio Padrão; CITC – Correlação item-total corrigido; CF – Carga fatorial; $\alpha_1$ – $\alpha$ (total) excluindo o item					

#### 1.4 Validade concorrente/de critério entre a escala SDE e EDE-Q7

Para analisar a validade concorrente destes dois questionários, apreciamos os coeficientes de correlação de Pearson (Tabela 8) entre as suas pontuações e entre as subdimensões da escala EDEQ-7, tendo verificado que foram significativos, positivos e de magnitude ligeira a moderada, variando de **.186** a **.408**. A correlação menor, embora significativa, foi entre o SDE e a subdimensão DR.

Tabela 8 – Correlações entre SDE e EDE-Q7				
	EDEQ7_Total	EDEQ7_DR	EDEQ7_SPF	EDEQ7_IIC
SDE	.360**	.186**	.301**	.408**
<b>Notas:</b> ** = $p < .01$				

#### 1.5 Validade convergente da escala DM-EDAM

Para analisar a validade convergente da escala DM-EDAM, correlacionámos a sua pontuação total com a das escalas SDE e EDEQ-7 (e as suas subdimensões). Os coeficientes de correlação de Pearson (Tabela 9) foram significativos, positivos e de magnitude ligeira a moderada variando de **.215** a **.416**, excetuando para a SDE, que não se correlacionou significativamente.

Tabela 9 – Correlações entre DM-EDAM e SDE/EDE-Q7					
	SDE	EDEQ7_Total	EDEQ7_DR	EDEQ7_SPF	EDEQ7_IIC
DM-EDAM	.072	.382**	.215**	.416**	.313**
<b>Notas:</b> ** = $p < .01$					

## 1.6 Versão Portuguesa do BICI

### Validade de Construto - AFC

De forma a testar a estrutura fatorial do BICI foi elaborada uma AFC, partindo da estrutura de 2 fatores obtida na validação da versão espanhola. (26) O primeiro ensaio de AFC resultou num índice de ajustamento aceitável (Tabela 10). (31). No entanto, identificamos e correlacionamos 12 pares de erros (e1-e8; e1-e10; e1-e8; e2-e6; e3-e4; e5-e8; e6-e7; e8-e14; e8-e12; e12-e13; e16-e17; e16-e19). Este procedimento resultou em melhores índices de ajustamento, tanto para o modelo de 1ª ordem como para o de 2ª ordem (figura 4).

Tabela 10 – Índices de ajustamento dos modelos testados – BICI					
	X <sup>2</sup> /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo de 2 fatores	3.799	.111	.870	.852	.771
Interpretação de valores (ajustamento)	Aceitável	Inaceitável	Aceitável	Aceitável	Mau
Modelo de 2 fatores com 12 pares de erros correlacionados	2.709	.087	.927	.910	.847
Interpretação de valores (ajustamento)	Aceitável	Aceitável	Bom	Bom	Aceitável

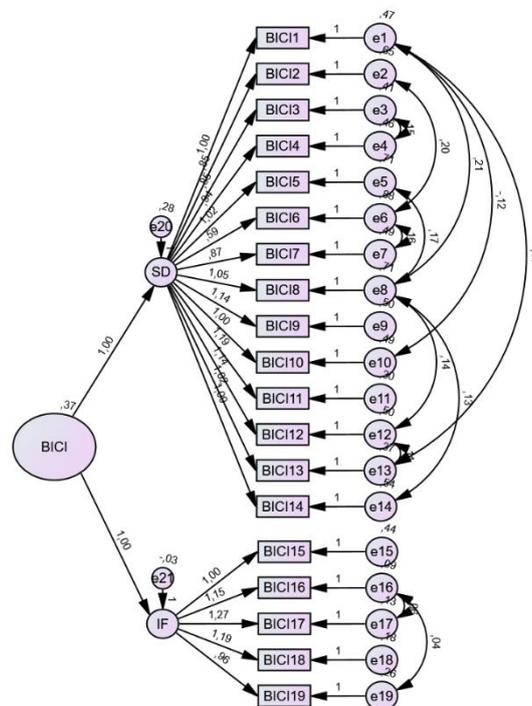


Figura 4 – BICI – Modelo fatorial de 2ª ordem

A matriz de correlações de Pearson entre as pontuações fatoriais e a pontuação total do BICI (Tabela 11) revelou que estas são elevadas e significativas ( $p < .001$ ), sendo de **.986** (entre o BICI\_TOTAL e SD); **.827** (entre o BICI\_TOTAL e IS) e **.722** (entre SD e IS).

Tabela 11 – Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as pontuações totais e fatoriais no BICI			
	BICI_TOTAL	SD	IS
BICI_TOTAL	1		
SD	.986**	1	
IS	.827**	.722**	1

**Notas:** \*\* =  $p < .01$

### Fidelidade – Consistência Interna

A Tabela 12 apresenta a CF, o  $\alpha$  para cada item se este for excluído, a CITC e a Correlação item-total dimensional corrigido/CITDC. O  $\alpha$  da escala global (19 itens) foi de **.952** e o de cada fator encontra-se entre **.90** e **.95**.

Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional (Tabela 12).

Tabela 12 – Carga fatorial e validade Interna dos itens – BICI							
	CF	CITC	$\alpha_1$	CITDC	$\alpha_2$	M	DP
1.Estou insatisfeito(a) com algum aspeto da minha aparência	.763	.724	.949	.751	.939	2.44	1.06
2.Passo uma quantidade significativa de tempo a verificar a minha aparência ao espelho	.652	.643	.951	.662	.941	2.08	1.06
3.Sinto que os outros falam negativamente da minha aparência	.734	.735	.949	.718	.940	1.78	.944
4.Fico relutante em envolver-me em atividades sociais quando não estou satisfeito(a) com a minha aparência	.746	.747	.949	.742	.939	1.75	1.02
5.Sinto que há certos aspetos da minha aparência que são extremamente não atraentes	.698	.692	.950	.704	.940	2.11	1.18
6.Compro produtos cosméticos para tentar melhorar a minha aparência	.456	.471	.953	.483	.946	1.80	1.06

7.Procuro tranquilização de outras pessoas sobre a minha aparência	.708	.704	.950	.691	.940	1.71	.997
8.Sinto que há certos aspetos da minha aparência que eu gostaria de mudar	.710	.711	.950	.749	.939	2.60	1.21
9.Tenho vergonha de alguma parte do meu corpo	.794	.767	.949	.766	.938	1.89	1.16
10.Comparo a minha aparência com a de modelos ou outros	.757	.732	.949	.712	.940	1.71	1.07
11.Tento camuflar certas falhas na minha aparência	.868	.829	.948	.836	.936	1.85	1.11
12.Examino falhas na minha aparência	.795	.752	.949	.768	.938	2.14	1.17
13.Comprei roupas para esconder um certo aspeto da minha aparência	.805	.762	.949	.710	.940	1.57	1.02
14.Sinto que os outros são fisicamente mais atraentes do que eu	.767	.737	.949	.744	.939	2.11	1.14
<b>SD: <math>\alpha</math>=.944</b>							
15.Considerei consultar/consultei algum tipo de especialista médico sobre as falhas na minha aparência	.661	.593	.951	.632	.909	1.44	.882
16.Tenho sentido vergonha de sair de casa por causa da minha aparência	.913	.715	.950	.841	.862	1.33	.735
17.Temo que os outros descubram as minhas falhas na aparência	.899	.751	.949	.801	.869	1.42	.824
18.Perdi atividades sociais por causa da minha aparência	.850	.654	.951	.793	.870	1.35	.814
19.Tenho evitado olhar para a minha aparência no espelho	.739	.649	.951	.728	.885	1.32	.756
<b>IS: <math>\alpha</math>=.901</b>							
<b>Notas: M</b> - Média; <b>DP</b> - Desvio Padrão; <b>CITC</b> – Correlação item-total corrigido; <b>CITDC</b> – Correlação item-total dimensional corrigido <b>CF</b> – Carga fatorial; <b><math>\alpha</math>1</b> – $\alpha$ (total) excluindo o item; <b><math>\alpha</math>2</b> – $\alpha$ (dimensional) excluindo o item							

## 2. Estudo descritivo e correlacional

### 2.1 Estatística descritiva das variáveis avaliadas

A tabela 13 mostra medidas de tendência central e dispersão das variáveis estudadas, assim como o  $\alpha$  dimensional e total das escalas utilizadas.

Tabela 13 – Estatística descritiva e medidas de consistência interna								
	M	DP	Min-Máx	Assimetria	Assimetria DP	Curtose	Curtose DP	$\alpha$
<b>1. Perf_Total</b>	34.64	11.44	16-65	.239	.162	-.721	.322	<b>.919</b>
<b>2. PAC</b>	8.920	3.416	4-18	.447	.162	-.430	.322	<b>.762</b>
<b>3. PR</b>	14.77	5.523	6-28	.247	.162	-.734	.322	<b>.887</b>
<b>4. PN</b>	10.95	4.209	6-24	.694	.162	-.261	.322	<b>.849</b>
<b>5. BICI_Total</b>	34.40	14.27	19-90	1.34	.162	1.69	.322	<b>.952</b>
<b>6. SD</b>	27.54	11.62	14-65	1.08	.162	.744	.322	<b>.944</b>
<b>7. IS</b>	6.863	3.402	5-25	2.35	.162	5.95	.322	<b>.901</b>
<b>8. PoMS_AP</b>	9.885	3.249	0-16	-.442	.162	.497	.322	<b>.838</b>
<b>9. PoMS_AN</b>	8.295	5.541	0-29	.721	.162	.346	.322	<b>.861</b>
<b>10. EDE-Q7_Total</b>	9.348	9.088	0-39	.984	.162	.310	.322	<b>.856</b>
<b>11. DR</b>	3.299	4.842	0-18	1.68	.162	1.96	.322	<b>.876</b>
<b>12. SPFC</b>	2.740	3.317	0-12	1.13	.162	.256	.322	<b>.917</b>
<b>13. IIC</b>	3.308	3.364	0-12	.914	.162	-.104	.322	<b>.900</b>
<b>14. SDE</b>	1.163	1.270	0-5	1.04	.162	.428	.322	<b>.621</b>
<b>15. DM_EDAM</b>	7.713	4.992	0-20	.341	.162	-.572	.322	<b>.891</b>

**Notas:**  $\alpha$  – Alfa de Cronbach; **Perf\_Total** – Pontuação total BIG-3; **PAC** – Perfeccionismo Autocrítico; **PR** – Perfeccionismo Rígido; **PN** – Perfeccionismo Narcísico; **BICI\_Total** – Pontuação total *Body Image Concern Inventory*; **SD** – Sintomas Dismórficos; **IS** – Interferência dos sintomas; **PoMS\_AP** – Afeto Positivo; **PoMS\_AN** – Afeto Negativo; **EDE-Q7\_Total** – Pontuação total *Eating Disorders Examination Questionnaire*; **DR** – Dieta Restritiva; **SPFC** – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; **IIC** – Insatisfação com a Imagem Corporal; **SDE** – *Screen for Disordered Eating*; **DM-EDAM** – Escala de Dismorfia Muscular da *Eating Disorder Assessment for Men*; **M** – média; **DP** – desvio padrão;

## 2.2 Correlação entre variáveis psicológicas e níveis de patologia alimentar em homens

Tabela 14 - Correlação entre variáveis psicológicas e níveis de patologia alimentar em homens																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<b>1. Perf_Total</b>	1															
<b>2. PAC</b>	.871**	1														
<b>3. PR</b>	.910**	.734**	1													
<b>4. PN</b>	.817**	.592**	.564**	1												
<b>5. BICI_Total</b>	.549**	.600**	.489**	.364**	1											
<b>6. SD</b>	.565**	.616**	.514**	.360**	.986**	1										
<b>7. IS</b>	.375**	.413**	.295**	.297**	.827**	.722**	1									
<b>8. PoMS_AP</b>	-.050	-.148*	.012	-.033	-.195**	-.166*	-.251**	1								
<b>9. PoMS_AN</b>	.510**	.567**	.432**	.359**	.663**	.668**	.498**	-.181**	1							
<b>10. EDE-Q7_Total</b>	.326**	.382**	.316**	.161*	.465**	.491**	.274**	-.040	.417**	1						
<b>11. DR</b>	.086	.115	.099	.009	.143*	.159*	.056	.056	.166*	.775**	1					
<b>12. SPFC</b>	.412**	.470**	.387**	.230**	.527**	.548**	.340**	-.074	.434**	.813**	.356**	1				
<b>13. IIC</b>	.351**	.402**	.329**	.196**	.532**	.558**	.325**	-.117	.459**	.785**	.302**	.697**	1			
<b>14. SDE</b>	.137*	.135*	.107	.122	.317**	.329**	.206**	-.204**	.275**	.361**	.181**	.303**	.417**	1		
<b>15. DM-EDAM</b>	.357**	.364**	.328**	.243**	.522**	.543**	.337**	.055	.368**	.384**	.215**	.419**	.313**	.074	1	
<b>16. IMC</b>	.026	-.005	-.022	.102	.058	.061	.033	-.077	.076	.257**	.248**	.108	.230**	.306**	-.140*	1

**Notas:** \*\*\* =  $p < .001$ ; \*\* =  $p < .01$ ; \* =  $p < .05$ ; **Perf\_Total** – Pontuação total BIG-3; **PAC** – Perfeccionismo Autocrítico; **PR** – Perfeccionismo Rígido; **PN** – Perfeccionismo Narcísico; **BICI\_Total** – Pontuação total *Body Image Concern Inventory*; **SD** – Sintomas Dismórficos; **IS** – Interferência dos sintomas; ; **PoMS\_AP** – Afeto Positivo; **PoMS\_AN** – Afeto Negativo; **EDE-Q7\_Total** – Pontuação total *Eating Disorders Examination Questionnaire*; **DR** – Dieta Restritiva; **SPFC** – Sobrealimentação do Peso e Forma Corporal; **IIC** – Insatisfação com a Imagem Corporal; **SDE** – *Screen for Disordered Eating*; **DM-EDAM** – Escala de Dismorfia Muscular da Eating Disorder Assessment for Men

As variáveis que avaliam PA correlacionaram-se significativa e positivamente, ainda que com magnitude moderada, com o afeto negativo. Os coeficientes de correlação com as dimensões de perfeccionismo foram significativos, positivos e de um modo geral moderados, exceto entre o PR e SDE; PN e SDE e todas as dimensões do perfeccionismo e DR. O AP correlacionou-se negativamente e significativamente com o PAC, a escala BICI, a SDE e o AN; O IMC correlacionou-se significativa e positivamente com as medidas de PA, exceto com a SPFC do EDE\_Q7 e negativa e significativamente com a DM-EDAM. Nas restantes variáveis os coeficientes de correlação foram significativos, positivos e de magnitude moderada. (Tabela 14)

## 2.3 Comparação dos níveis de Patologia Alimentar entre homens com idade inferior vs. igual ou superior a 30 anos

Os dois grupos etários distinguiram-se significativamente relativamente às pontuações médias de sintomas de PCA quando avaliadas pelo BICI, a sua subdimensão SD, a subdimensão SPFC do EDEQ-7 e a escala DM-EDAM, sendo estas pontuações mais elevadas no grupo etário mais jovem (Tabela 15).

Tabela 15 – Teste t de <i>Student</i> para comparação das pontuações médias nas variáveis de PA por grupos etários.						
Variáveis	Idade < 30 anos (n=152)		Idade ≥ 30 anos (n=75)		t	p
	M	DP	M	DP		
1. Perf_Total	34.92	11.73	34.08	10.87	.524	NS
2. PAC	9.230	3.660	8.293	2.779	2.14	*
3. PR	14.85	5.580	14.60	5.440	.327	NS
4. PN	10.84	4.361	11.18	3.903	-.579	NS
5. BICI_Total	36.50	14.68	30.17	12.46	3.20	**
6. SD	29.42	11.90	23.73	10.07	3.56	***
7. IS	7.072	3.566	6.440	3.023	1.31	NS
8. PoMS_AP	10.11	3.284	9.426	3.150	1.49	NS
9. PoMS_AN	8.592	5.554	7.693	5.501	1.15	NS
10. EDE-Q7_Total	9.743	9.246	8.546	8.766	.933	NS
11. DR	3.039	4.693	3.826	5.123	-1.15	NS
12. SPFC	3.118	3.442	1.973	2.922	2.47	*
13. IIC	3.585	3.373	2.746	3.296	.885	NS
14. SDE	1.157	1.287	1.173	1.245	-.860	NS
15. DM-EDAM	9.250	4.711	4.600	4.016	7.33	***

**Notas:** \*\*\* =  $p < .001$ ; \*\* =  $p < .01$ ; \* =  $p < .05$ ; NS – não significativo; M – média; DP – desvio padrão; Perf\_Total – Pontuação total BIG-3; PAC – Perfeccionismo Autocrítico; PR – Perfeccionismo Rígido; PN – Perfeccionismo Narcísico; BICI\_Total – Pontuação total *Body Image Concern Inventory*; SD – Sintomas Dismórficos; IS – Interferência dos sintomas; ; PoMS\_AP – Afeto Positivo; PoMS\_AN – Afeto Negativo; EDE-Q7\_Total – Pontuação total *Eating Disorders Examination Questionnaire*; DR – Dieta Restritiva; SPFC – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; IIC – Insatisfação com a Imagem Corporal; SDE – *Screen for Disordered Eating*; DM-EDAM – Escala de Dismorfia Muscular da Eating Disorder Assessment for Men

## 2.4 Comparação dos níveis de patologia alimentar entre homens com vs. sem história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida

Os homens com história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida/HPPLV, em comparação com os homens sem HPPLV, apresentaram pontuações médias significativamente mais elevadas na pontuação total da EDE-Q7 bem como nas suas subdimensões (excetuando a DR). O mesmo se verificou para o BICI e suas subdimensões (Tabela 16).

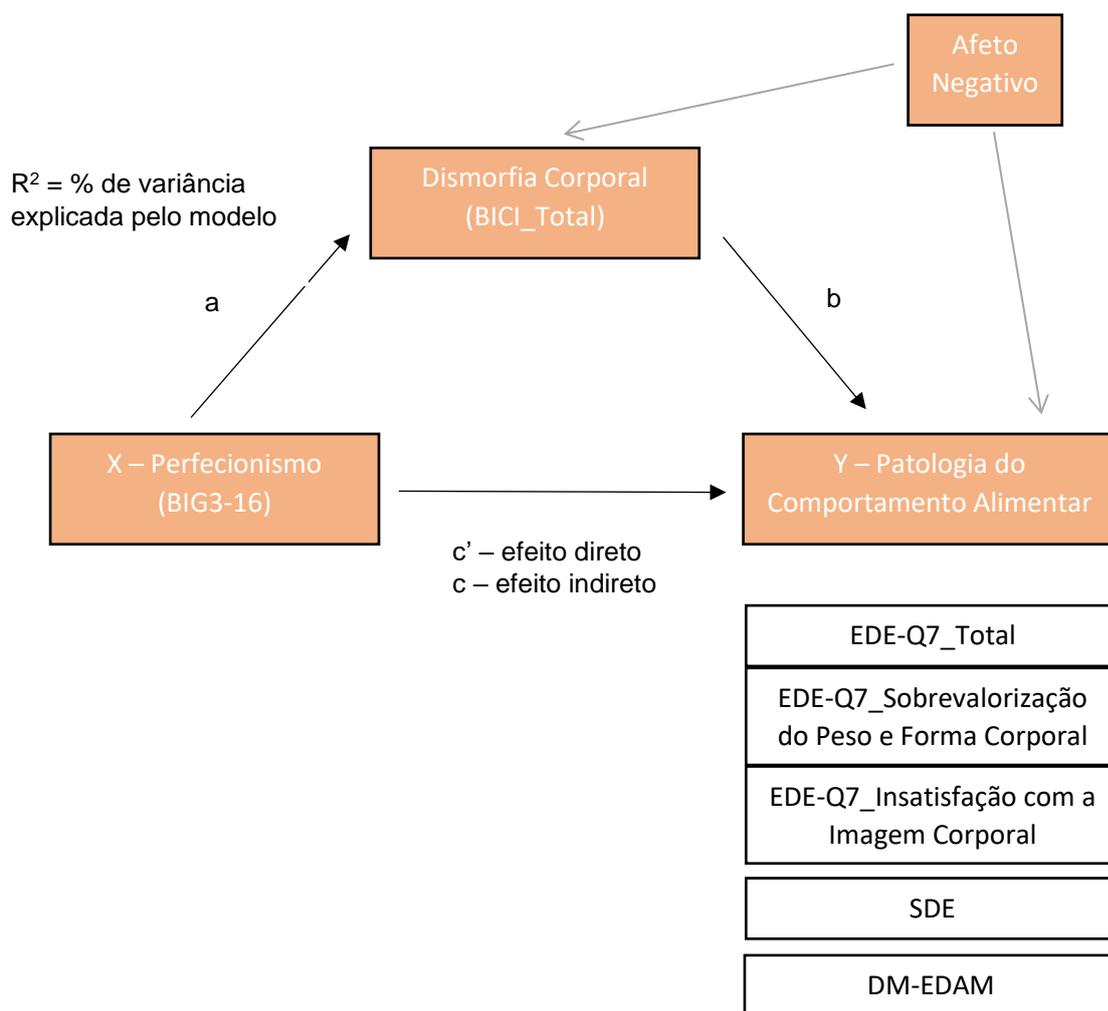
Tabela 16 – Teste t de Student para comparação das pontuações médias nas variáveis de PA por grupos de HPPLV						
Variáveis	Sem HPPLV (n=189)		Com HPPLV (n=38)		t	p
	M	DP	M	DP		
1. Perf_Total	33.73	11.21	39.18	11.59	-2.71	**
2. PAC	8.582	3.187	10.60	4.023	-2.92	**
3. PR	14.29	5.331	17.13	5.923	-2.93	**
4. PN	10.85	4.221	11.44	4.170	-.788	NS
5. BICI_Total	32.61	12.02	43.31	20.28	-3.14	**
6. SD	26.17	10.18	34.36	15.51	-3.12	**
7. IS	6.444	2.658	8.947	5.427	-2.77	**
8. PoMS_AP	9.883	3.346	9.894	2.758	-.019	NS
9. PoMS_AN	7.502	4.945	12.23	6.643	-4.16	***
10. EDE-Q7_Total	8.476	8.432	13.68	10.95	-2.77	**
11. DR	3.148	4.794	4.052	5.072	-1.05	NS
12. SPFC	2.396	3.100	4.447	3.846	-3.09	**
13. IIC	2.931	3.014	5.184	4.317	-3.07	**
14. SDE	1.105	1.288	1.447	1.155	-1.51	NS
15. DM-EDAM	7.497	4.959	8.789	5.083	-1.45	NS

**Notas:** \*\*\* = p<.001; \*\* = p<.01; \* = p<.05; **NS** – não significativo; **M** – média; **DP** – desvio padrão; **Perf\_Total** – Pontuação total BIG-3; **PAC** – Perfeccionismo Autocrítico; **PR** – Perfeccionismo Rígido; **PN** – Perfeccionismo Narcísico; **BICI\_Total** – Pontuação total *Body Image Concern Inventory*; **SD** – Sintomas Dismórficos; **IS** – Interferência dos sintomas; ; **PoMS\_AP** – Afeto Positivo; **PoMS\_AN** – Afeto Negativo; **EDE-Q7\_Total** – Pontuação total *Eating Disorders Examination Questionnaire*; **DR** – Dieta Restritiva; **SPFC** – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; **IIC** – Insatisfação com a Imagem Corporal; **SDE** – *Screen for Disordered Eating*; **DM-EDAM** – Escala de Dismorfia Muscular da *Eating Disorder Assessment for Men*

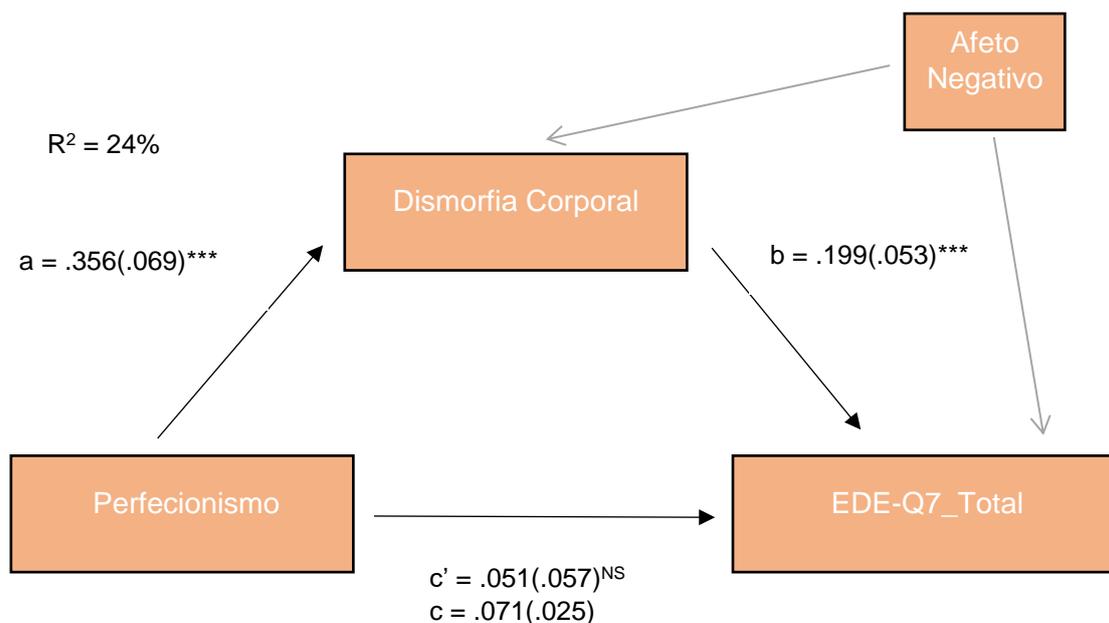
### 3. Análises de Mediação

Com base no padrão de resultados obtido nas correlações, foram realizados diversos modelos de mediação simples (modelo 4) com a DC, dada pela pontuação total no BICI, como mediador da relação entre o perfeccionismo (Y, variáveis independentes) e as dimensões de PA (X, variáveis dependentes). Como se verificaram coeficientes de correlação significativos entre todas estas variáveis e o AN, este foi controlado estatisticamente nos modelos testados. O modelo 0, apresentado de seguida, esquematiza os diversos testes de mediação efetuados.

São apresentados os diagramas relativos aos modelos de mediação testados (Figura 5 a 10). Nas Tabelas 17.1 a 17.5 apresenta-se o resumo dos resultados das análises de mediação, com indicação dos efeitos diretos ( $c'$ ) e indiretos ( $c$ ) que foram estimados para todas as mediações.

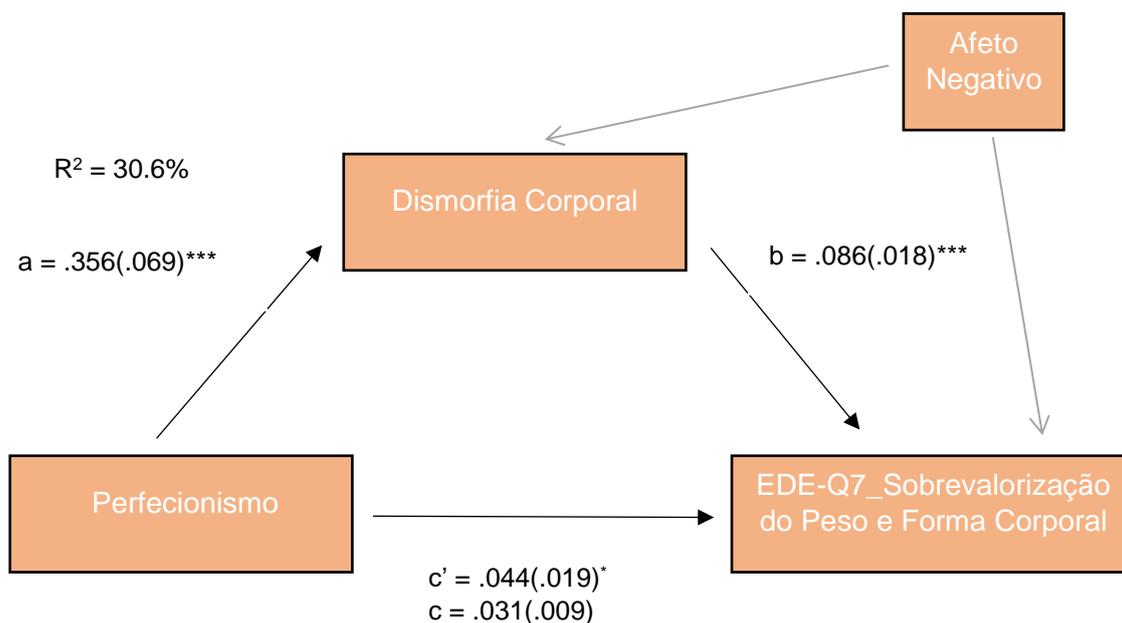


**Figura 5** - Modelo 0: Esquema ilustrativo dos vários modelos de mediação simples



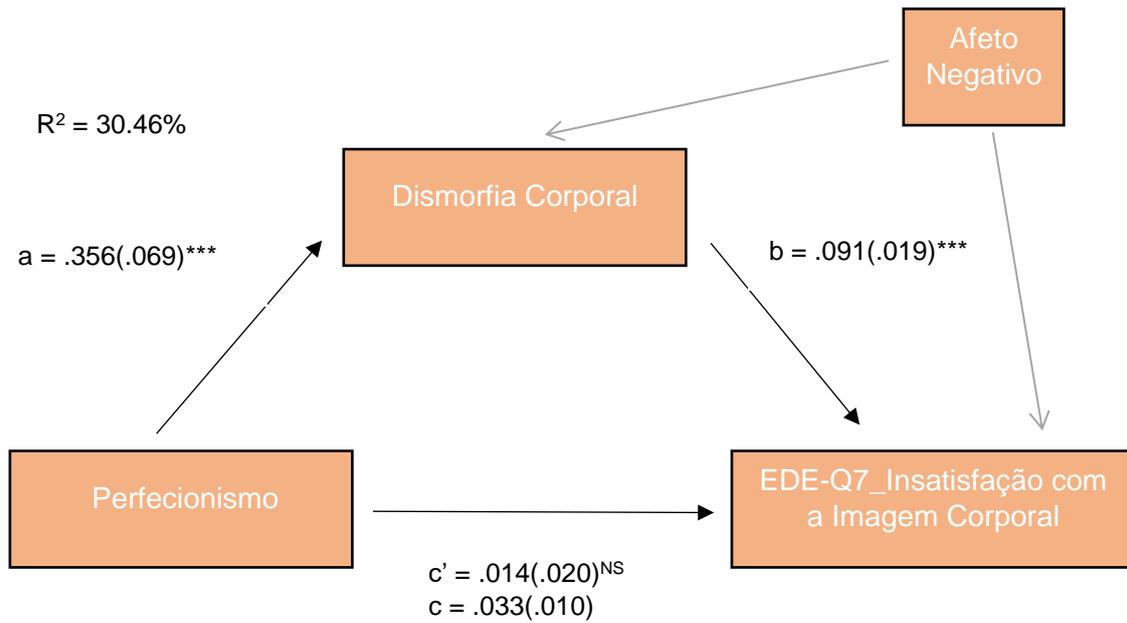
Nota: **NS**: não significativo; \* =  $p < 0.05$ ; \*\* =  $p < 0.01$ ; \*\*\* =  $p < 0.001$ .

**Figura 6** – Papel da Dismorfia Corporal na mediação entre o Perfeccionismo e o EDE-Q7\_Total, controlando o Afeto Negativo



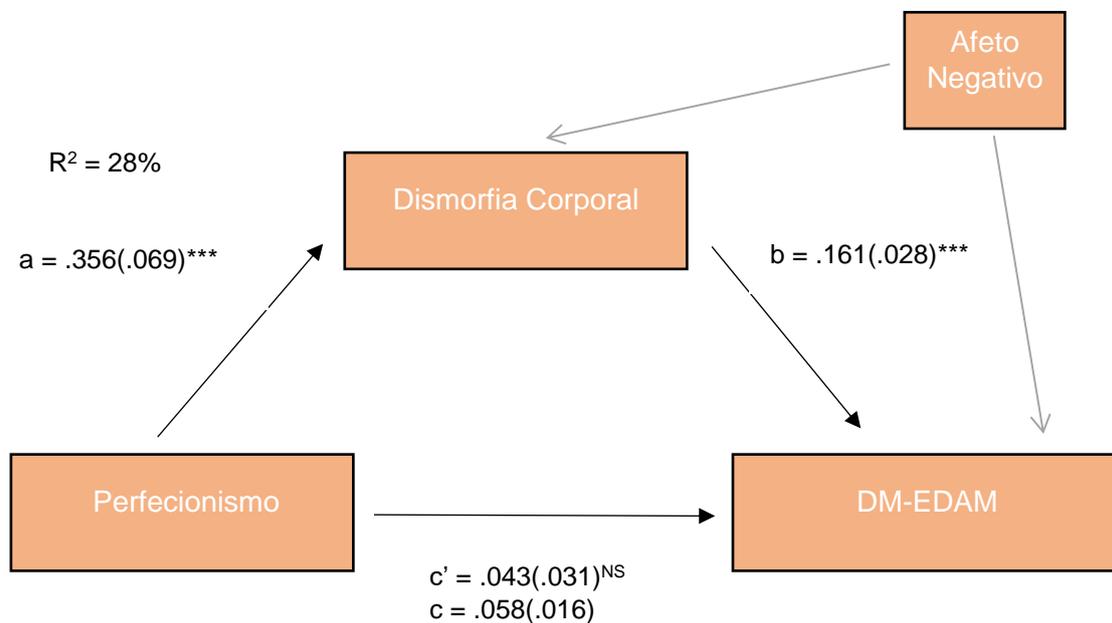
Nota: **NS**: não significativo; \* =  $p < 0.05$ ; \*\* =  $p < 0.01$ ; \*\*\* =  $p < 0.001$ .

**Figura 7** – Papel da Dismorfia Corporal na mediação entre o Perfeccionismo e o EDE-Q7\_Sobrealimentação do Peso e Forma Corporal, controlando o Afeto Negativo



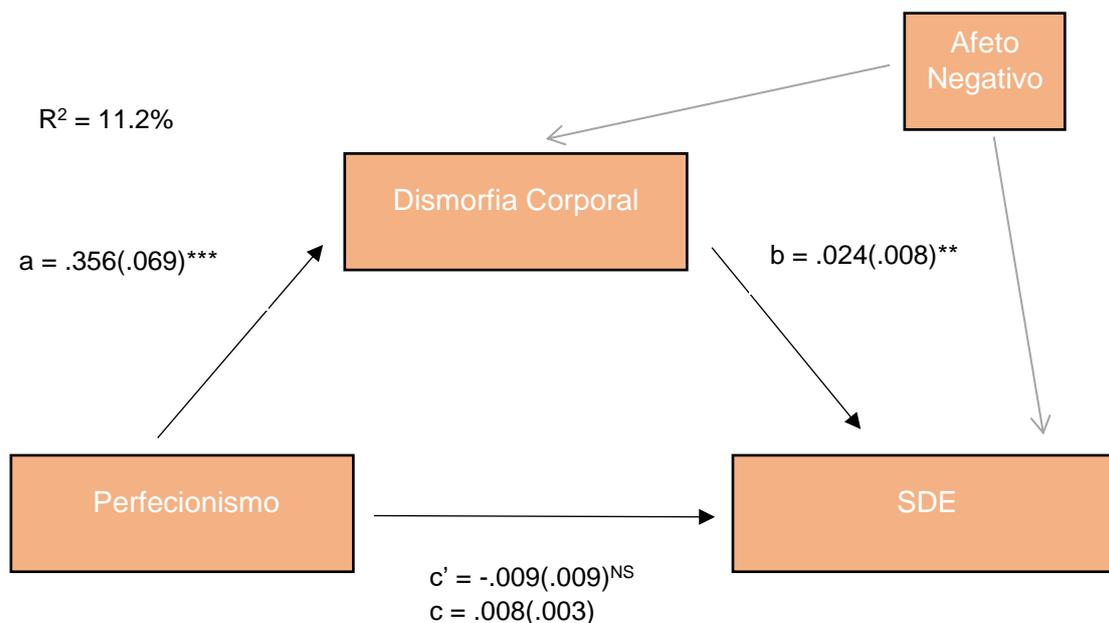
Nota: **NS**: não significativo; \* =  $p < 0.05$ ; \*\* =  $p < 0.01$ ; \*\*\* =  $p < 0.001$ .

**Figura 8** – Papel da Dismorfia Corporal na mediação entre o Perfeccionismo e o EDE-Q7\_Insatisfação com a Imagem Corporal, controlando o Afeto Negativo



Nota: **NS**: não significativo; \* =  $p < 0.05$ ; \*\* =  $p < 0.01$ ; \*\*\* =  $p < 0.001$ .

**Figura 9** – Papel da Dismorfia Corporal na mediação entre o Perfeccionismo e o DM-EDAM, controlando o Afeto Negativo



Nota: **NS**: não significativo; \* =  $p < 0.05$ ; \*\* =  $p < 0.01$ ; \*\*\* =  $p < 0.001$ .

**Figura 10** – Papel da Dismorfia Corporal na mediação entre o Perfeccionismo e a SDE, controlando o Afeto Negativo

**Tabela 17 – Efeito total, direto e indireto dos modelos de mediação aplicados às diferentes dimensões**

**Tabela 17.1 – Efeito total, direto e indireto dos modelos de mediação aplicados ao EDE-Q7\_Total**

Papel da Dismorfia Corporal na mediação entre o Perfeccionismo e as medidas de psicopatologia alimentar avaliadas pelo EDE-Q7\_Total ( $R^2=24\%$ ), controlando o Afeto Negativo [.290(.132)\*]

<i>Bootstrapping</i>					
	<b>Coeficiente</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>p</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Efeito total	.122	.056	.029	.012	.231
Efeito direto (c')	.051	.057	.376	-.062	.163
Efeito indireto (c)	.071	.025	---	.029	.128
Interpretação	<b>Mediação Total</b>				

\* =  $p < .05$

**Tabela 17.2 – Efeito total, direto e indireto dos modelos de mediação aplicados ao SPFC**

Papel da Dismorfia Corporal na mediação entre o Perfeccionismo e as medidas de psicopatologia alimentar avaliadas pelo EDE-Q7\_Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal ( $R^2=30.6\%$ ), controlando o Afeto Negativo [.067(.046)<sup>NS</sup>]

**Bootstrapping**

	<b>Coeficiente</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>p</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Efeito total	.075	.020	< .001	.036	.113
Efeito direto (c')	.044	.020	.028	.005	.083
Efeito indireto (c)	.031	.009	---	.014	.051
Interpretação	<b>Mediação Parcial</b>				

NS = não significativo

**Tabela 17.3 – Efeito total, direto e indireto dos modelos de mediação aplicados ao IIC**

Papel da Dismorfia Corporal na mediação entre o Perfeccionismo e as medidas de psicopatologia alimentar avaliadas pelo EDE-Q7\_Insatisfação com a Imagem Corporal ( $R^2=30.46\%$ ), controlando o Afeto Negativo [.108(.047)\*]

**Bootstrapping**

	<b>Coeficiente</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>p</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Efeito total	.046	.020	.022	.007	.086
Efeito direto (c')	.014	.020	.493	-.026	.054
Efeito indireto (c)	.033	.010	---	.015	.054
Interpretação	<b>Mediação Total</b>				

\* =  $p < .05$

**Tabela 17.4 – Efeito total, direto e indireto dos modelos de mediação aplicados ao DM-EDAM**

Papel da Dismorfia Corporal na mediação entre o Perfeccionismo e as medidas de psicopatologia alimentar avaliadas pelo DM-EDAM ( $R^2=28\%$ ), controlando o Afeto Negativo [.012(.070)<sup>NS</sup>]

**Bootstrapping**

	<b>Coeficiente</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>p</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Efeito total	.100	.031	< .001	.039	.161
Efeito direto (c')	.042	.031	.166	-.018	.103
Efeito indireto (c)	.057	.016	---	.028	.091
Interpretação	<b>Mediação Total</b>				

NS = não significativo

**Tabela 17.5 – Efeito total, direto e indireto dos modelos de mediação aplicados ao SDE**

Papel da Dismorfia Corporal na mediação entre o Perfeccionismo e as medidas de psicopatologia alimentar avaliadas pelo SDE ( $R^2=11.2\%$ ), controlando o Afeto Negativo  
 $[.032(.020)^{NS}]$

***Bootstrapping***

	<b>Coeficiente</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>p</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Efeito total	-.001	.008	.952	-.017	.016
Efeito direto (c')	-.009	.009	.293	-.026	.008
Efeito indireto (c)	.009	.003	---	.003	.016
Interpretação	<b>Mediação Total</b>				

**NS** = não significativo

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A maioria dos estudos relacionados com PCA têm sido realizados no sexo feminino, o que pode limitar nossa compreensão das especificidades de género no desenvolvimento e manifestação dessas condições. Perante isto, com este estudo pretendeu-se em primeiro lugar, analisar a validade e fidelidade de instrumentos originalmente desenvolvidos para o sexo feminino, de modo a concluir acerca da sua adequação também para o sexo masculino, já que se verificam algumas diferenças de género ao nível da expressão das síndromes alimentares. (34)

Posteriormente, comparou-se níveis de PA em homens com idade inferior e superior a 30 anos, e com versus sem HPPLV.

Em último lugar, nas análises de mediação, informadas pelas de correlação, foram analisados traços de personalidade e processos psicológicos previamente identificados como preditores de PA no sexo feminino, para perceber o seu efeito no sexo masculino. (35)

O estudo psicométrico do EDE-Q7 revelou boa validade de construto e fidelidade, tal como nos estudos dos grupos que a propuseram como sendo uma versão mais robusta do que a original de 28 itens (36,37). Ao nível da validade fatorial, apesar de mais curta (38,39), demonstrou boas propriedades psicométricas em estudos com amostras de mulheres portuguesas. (19,35) Assim, a sua validação no âmbito deste trabalho veio preencher uma importante lacuna, já que, tanto quanto é do nosso conhecimento, ainda não havia estudos psicométricos realizados em Portugal, com participantes do sexo masculino.

O SDE, apesar de apresentar um número reduzido de itens e de todos avaliarem construtos diferentes, demonstrou boas características psicométricas, sendo que estas também já tinham sido demonstradas com uma vasta amostra da população portuguesa, mas que só incluía mulheres (21); sendo um método de rastreio de várias PCA, incluído a PIAC, importa continuar a investigação da escala, para analisar as suas propriedades operativas, como a sensibilidade, especificidade e poder preditivo.(17) As correlações positivas, significativas e moderadas entre o SDE e o EDE-Q7 demonstraram boa validade concorrente destas duas escalas.

A DM-EDAM demonstrou resultados muito bons quanto à sua validade de construto e fidelidade. A sua validação enquanto instrumento independente da escala multidimensional ainda não tinha sido testada (22); Precisamente por avaliar um construto importante, para o qual não dispúnhamos de medida validada em Portugal, é que a seleccionámos. De resto, confirmou-se o seu relevante papel na explicação dos níveis de PA no sexo masculino.(40) A sua validade convergente foi revelada através das correlações com a EDE-Q7 e as suas

subdimensões. Já com o SDE não apresentou correlação significativa, o que, possivelmente, advirá do facto de a escala de DM avaliar um construto muito específico, naturalmente não contemplado e diferente dos avaliados pela SDE, que, enquanto instrumento de rastreio, e apesar dos seus poucos itens, é muito abrangente, já que remete para as principais áreas problemáticas da psicopatologia alimentar – restrição, compulsão, purgação e sobrevalorização da imagem corporal.

A escala BICI, que, até ao momento, ainda não tinha sido alvo de estudos psicométricos com amostras da população portuguesa, demonstrou boas propriedades psicométricas e correlações positivas e significativas com todas as medidas utilizadas, nomeadamente de PA, Afeto Negativo e Perfeccionismo. Aqui reside, portanto, mais um contributo inovador, tanto para a investigação como para a prática clínica, já que permite avaliar, com validade e fidelidade, processos cognitivos implicados no desenvolvimento e manutenção das PCA. (41)

O estudo psicométrico destes quatro instrumentos – rápidos, válidos e fidedignos – pode ser um incentivo à realização de mais e melhor investigação com este grupo específico e insuficientemente estudado. Além disso, a disponibilidade destes instrumentos e a confirmação de que se podem também aplicar ao sexo masculino, pode melhorar a sua detecção e, portanto, o seu diagnóstico e tratamento atempados

Confirma-se que os níveis de PA, medidos pelo EDE-Q7 e SDE, não se distinguiram significativamente entre homens com idade inferior a 30 anos *versus* idade superior ou igual a 30 anos. Foi escolhido este limite de idade por já ter demonstrado ser um bom ponto de corte nas diferenças relativas à idade nas manifestações de PCA. (7)

De acordo com a maioria dos estudos realizados no sexo feminino (35), mas não com a totalidade (8) a psicopatologia alimentar tende a diminuir com a idade, mesmo que os processos cognitivos potenciadores destas patologias permaneçam em níveis elevados, até devido ao carácter estável dos traços de personalidade.

No entanto, verificou-se que nos indivíduos mais novos, a sobrevalorização da imagem corporal é significativamente mais elevada e possivelmente reforçada por uma atitude mais autocrítica, ela própria potenciada pelos valores culturais do culto da beleza, da imagem e da magreza, que nos últimos anos têm vindo a afetar mais os homens. (6) Além disso, sabe-se que as redes sociais, mais usadas pelos jovens, têm um papel importante na veiculação de mensagens que enfatizam a importância da imagem corporal e, portanto, contribuir para a insatisfação com a imagem corporal e no comportamento alimentar perturbado. (42)

Com efeito, as pontuações médias foram mais elevadas nos mais jovens, não apenas no SPFC, mas também na BICI, SD e DM-EDAM, o que corrobora os achados de outros estudos. (7) Outros fatores potencialmente implicados nestas diferenças podem ser a maior pressão imposta pelos pares em idades mais jovens e a melhoria das estratégias de regulação emocional nos homens mais velhos. (43) e, de um modo geral, também pela evolução dos papéis de género na sociedade moderna, menos conservador e tradicional do que há algumas décadas. (44)

Em contraste, a SPFC, nas mulheres, parece permanecer mais estável ao longo da vida (17); e a IIC pode até ser superior nas mulheres mais velhas. (7) Isto coaduna-se com a posição de outros autores que consideram que, em contraste com as mulheres, o processo central no desenvolvimento de PCA em homens advém da DC e não do ideal emaciado. (43) Outro aspeto importante são as estratégias utilizadas para atingir o objetivo, que na mulher passam por uma dieta restritiva, uso de laxantes e indução do vômito para emagrecer; no homem o exercício físico excessivo e uma alimentação rica em proteína parecem ser os mais preponderantes para o ganho muscular (45) Assim, o diagnóstico de PCA nos homens pode ser dificultado visto que o exercício físico excessivo poderá não ser reconhecido como um aspeto patológico numa primeira abordagem. (15)

A comparação dos níveis de patologia alimentar entre homens com vs. sem HPPLV, revelou que os homens com HPPLV apresentam pontuações médias significativamente mais elevadas na pontuação total da EDE-Q7 e suas subdimensões (excetuando a DR), nas pontuações do BICI e subdimensões, nas medidas de Perfeccionismo (excetuando o PN) e no Afeto Negativo. É de relevar que nenhum indivíduo da amostra reportou diagnóstico prévio de PCA. Este achado pode indiciar que ter história psiquiátrica prévia é um fator de risco para comportamento alimentar perturbado em homens e levanta a questão do papel do perfeccionismo e do afeto negativo como fator transdiagnóstico no desenvolvimento e manutenção destas patologias.

Na análise correlacional, todas as variáveis apresentaram correlações significativas entre si, excetuando a DR, que apenas se correlacionou positiva e ligeiramente com o BICI, EDE-Q7, SDE e DM-EDAM e elevadamente com o Afeto negativo. Como já discutido, este achado pode derivar da menor prevalência de comportamentos restritivos nos homens, que adoptam diferentes estratégias para influenciar a imagem corporal – imagem essa que tendencialmente idealizam como muscular (não emaciada), ao contrário das mulheres. (46,47)

O IMC correlacionou-se significativa e positivamente com o EDE-Q7 e as suas subdimensões, excetuando a SPFC e com o SDE, algo já demonstrado noutros estudos. (7,46,48) O IMC correlacionou-se significativa e negativamente com o DM-EDAM o que pode

ser explicado pelo facto de indivíduos com mais massa gorda não serem tipicamente os mais predispostos a um corpo musculado, pois tendencialmente são mais sedentários e ingerem comida com teor de gordura elevado.

O Afeto Negativo correlacionou-se significativa e positivamente, com moderada a elevada magnitude, com o Perfeccionismo, o BICI, e todas as medidas de avaliação de PA, o que reitera a sua relevância para a compreensão da PA. Pensa-se que indivíduos com mais dificuldade na regulação de emoções negativas, têm mais tendência a ter comportamentos alimentares desadaptativos, com a expectativa de diminuir essas emoções.(45)

O AP correlacionou-se significativa e negativamente com o PAC, BICI e subdimensões e com o SDE, o que pode indiciar que o reforço da auto-compassão, de *mindfulness* e de outras competências de regulação emocional, poderá beneficiar as pessoas com PA, também pela via do aumento das emoções positivas. (49)

Com as análises de mediação, verificamos que a DC é um aspeto importante na psicopatologia das PCA, demonstrado pela sua mediação total em todos os modelos testados, excetuando a SPFC, sugerindo que o Perfeccionismo tem um efeito direto sobre a SPFC, para além do efeito mediado pela DC. Todos os modelos propostos tiveram um efeito total significativo, exceto o DM-EDAM. Podemos extrapolar que esta é uma via fundamental pela qual o perfeccionismo impacta negativamente as PCA.

Apesar dos contributos já mencionados, existem algumas limitações inerentes a este trabalho, nomeadamente o facto de ter um desenho transversal, o que limita a retirada de conclusões quanto a eventuais relações de causalidade. Para testar se os correlatos identificados neste e noutros estudos podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de Patologia do Comportamento Alimentar seria importante a realização de mais investigação, nomeadamente de estudos longitudinais.

Outra eventual limitação prende-se com a sobrerrepresentação dos estudantes, que constituem mais de metade da amostra, o que poderá limitar a generalização de algumas das conclusões à população geral.

O presente estudo responde a algumas questões, mas levanta outras que importa investigar, nomeadamente relativas ao potencial papel protetor do *mindfulness* e da autocompaixão na relação entre o perfeccionismo, a DC e a patologia alimentar em homens. Para isso será útil realizar estudos observacionais e experimentais (ensaio clínico), que incluam também amostras clínicas.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora, Investigadora Doutora Ana Telma Pereira e à minha coorientadora, Mestre Maria João Brito, por me guiarem neste projeto, pela disponibilidade, pelos ensinamentos e acima de tudo pelo caráter bondoso que sempre demonstraram.

Aos meus pais, porque sem o apoio e o encaminhamento, não teria realizado este sonho.

Por fim, a todos os meus amigos, alguns de longa data, outros mais recentes, que foram o pilar do meu percurso em Coimbra, sem eles e sem todos os momentos passados, não me teria tornado na pessoa que sou hoje.

## REFERÊNCIAS

1. van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. Vol. 33, *Current opinion in psychiatry*. NLM (Medline); 2020. p. 521–7.
2. Gorrell S, Murray SB. Eating Disorders in Males. Vol. 28, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 641–51.
3. Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D. Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eat Disord*. 2012 Oct;20(5):346–55.
4. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. Vol. 27, *Current Opinion in Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 426–30.
5. Timko CA, DeFilipp L, Dakanalis A. Sex Differences in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa: Beyond the Signs and Symptoms. Vol. 21, *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1; 2019.
6. Nagata JM, Brown TA, Murray SB, Lavender JM. Eating Disorders in Boys and Men.
7. Quittkat HL, Hartmann AS, Düsing R, Buhlmann U, Vocks S. Body Dissatisfaction, Importance of Appearance, and Body Appreciation in Men and Women Over the Lifespan. *Front Psychiatry*. 2019 Dec 17;10.
8. Smolak L, Levine MP. *The Wiley handbook of eating disorders*.
9. Dahlenburg SC, Gleaves DH, Hutchinson AD. Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. Vol. 52, *International Journal of Eating Disorders*. John Wiley and Sons Inc.; 2019. p. 219–29.
10. Peixoto-Plácido C, Soares MJ, Pereira AT, Macedo A. Perfectionism and disordered eating in overweight woman. *Eat Behav*. 2015 Aug 1;18:76–80.
11. Palmieri S, Mansueto G, Scaini S, Caselli G, Sapuppo W, Spada MM, et al. Repetitive negative thinking and eating disorders: A meta-analysis of the role of worry and rumination. Vol. 10, *Journal of Clinical Medicine*. MDPI; 2021.
12. Bardone-Cone AM, Thompson KA, Miller AJ. The self and eating disorders. *J Pers*. 2020 Feb 1;88(1):59–75.
13. Scardera S, Sacco S, di Sante J, Booij L. Body image-related cognitive fusion and disordered eating: the role of self-compassion and sad mood. *Eating and Weight Disorders*. 2021 Mar 1;26(2):483–90.

14. Sánchez-Cabrero R, León-Mejía AC, Arigita-García A, Maganto-Mateo C. Improvement of Body Satisfaction in Older People: An Experimental Study. *Front Psychol.* 2019 Dec 12;10.
15. Mangweth-Matzek B, Hoek HW. Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. Vol. 30, *Current Opinion in Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. 446–51.
16. Schaefer LM, Thompson JK. Self-objectification and disordered eating: A meta-analysis. Vol. 51, *International Journal of Eating Disorders*. John Wiley and Sons Inc.; 2018. p. 483–502.
17. Vasco R, Duarte B. Correlatos psicológicos e psiquiátricos da patologia alimentar em mulheres na meia-idade e mais velhas. 2022.
18. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of Eating Disorders: Interview or Self-Report Questionnaire? 1994.
19. Pereira AT, Peixoto C, Martins H, Marques C, Carvalho F, Macedo A. Eating disorder examination-questionnaire – 7: Construct validity in a sample of portuguese overweight women. *European Psychiatry.* 2021 Apr;64(S1):S360–S360.
20. Maguen S, Hebenstreit C, Li Y, Dinh J V., Donalson R, Dalton S, et al. Screen for Disordered Eating: Improving the accuracy of eating disorder screening in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018 Jan 1;50:20–5.
21. Pereira AT, Brito MJ, Duarte RV, Marques C, Cabaços C, Pereira D, et al. The Portuguese version of the Screen for Disordered Eating: Validity and reliability in middle aged and older women. 2023.
22. Stanford SC, Lemberg R. Measuring Eating Disorders in Men: Development of the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). Vol. 20, *Eating Disorders*. 2012. p. 427–36.
23. Smith MM, Saklofske DH, Stoeber J, Sherry SB. The Big Three Perfectionism Scale: A New Measure of Perfectionism. *J Psychoeduc Assess.* 2016 Oct 1;34(7):670–87.
24. Pereira A T, Brito MJ, Marques C, Araújo A, Cabaços C, Carneiro M, et al. Development and first validation of the Portuguese version of the Big Three Perfectionism Scale-Short Form (BTPS-SF). 2023.
25. Littleton HL, Axsom D, Pury CLS. Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy.* 2005 Feb;43(2):229–41.
26. Littleton H, Breitkopf CR. The Body Image Concern Inventory: Validation in a multiethnic sample and initial development of a Spanish language version. *Body Image.* 2008 Dec;5(4):381–8.
27. Pereira<sup>1</sup> AT, Araújo<sup>1</sup> AI, Cabaços<sup>1</sup> C, Brito<sup>1</sup> MJ, Fernandes<sup>4</sup> M, Rodrigues<sup>4</sup> A, et al. PROFILE OF MOOD STATES-12: SAME VALIDITY, MORE USABILITY. 2023.

28. Pereira AT, Marques C. FUNDAMENTOS DA PSICOMETRIA.
29. Cohen J. Statistical Power Analysis. *Curr Dir Psychol Sci.* 1992;1(3):98–101.
30. Hayes AF, Rockwood NJ. Conditional Process Analysis: Concepts, Computation, and Advances in the Modeling of the Contingencies of Mechanisms. *American Behavioral Scientist.* 2020 Jan 1;64(1):19–54.
31. Marôco J. *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações.* . ReportNumber, Lda; 2010.
32. Fabrigar LR, Wegener DT, Maccallum RC, Strahan EJ. Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research. Vol. 4, *Psychological Methods.* 1999.
33. Streiner DL. Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency STREINER COEFFICIENT ALPHA. 2003.
34. Spratt CJ, MacKenzie Myles LA, Merlo EM. Eating Disorders in Men: A Comprehensive Summary. *Journal of Mind and Medical Sciences.* 2022 Oct 23;9(2):249–54.
35. Ward ZJ, Rodriguez P, Wright DR, Austin SB, Long MW. Estimation of Eating Disorders Prevalence by Age and Associations with Mortality in a Simulated Nationally Representative US Cohort. *JAMA Netw Open.* 2019 Oct 9;2(10).
36. Peixoto C, Pereira AT, Soares MJ, Bos SC, Marques M, Nogueira V, et al. 1749 – Psychometric properties of the eating disorder examination questionnaire in a portuguese sample of overweight women. *European Psychiatry.* 2013 Jan;28:1.
37. Laskowski NM, Halbeisen G, Braks K, Huber TJ, Paslakis G. Factor structure of the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) in adult men with eating disorders. *J Eat Disord.* 2023 Dec 1;11(1).
38. Grilo CM, Reas DL, Hopwood CJ, Crosby RD. Factor structure and construct validity of the eating disorder examination-questionnaire in college students: Further support for a modified brief version. *International Journal of Eating Disorders.* 2015 Apr 1;48(3):284–9.
39. Machado PPP, Grilo CM, Crosby RD. Replication of a Modified Factor Structure for the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Extension to Clinical Eating Disorder and Non-clinical Samples in Portugal. *European Eating Disorders Review.* 2018 Jan 1;26(1):75–80.
40. Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D. Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eat Disord.* 2012 Oct;20(5):346–55.
41. Rodgers RF, Melioli T. The Relationship Between Body Image Concerns, Eating Disorders and Internet Use, Part I: A Review of Empirical Support. Vol. 1, *Adolescent Research Review.* Springer; 2016. p. 95–119.

42. Jiotsa B, Naccache B, Duval M, Rocher B, Grall-Bronnec M. Social media use and body image disorders: Association between frequency of comparing one's own physical appearance to that of people being followed on social media and body dissatisfaction and drive for thinness. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 2;18(6):1–14.
43. Manzato E, Gravina G. Body Image in Males with Eating and Weight Disorders. In: *Body Image, Eating, and Weight*. Springer International Publishing; 2018. p. 247–60.
44. Moya M, Moya-Garófano A. Evolution of gender stereotypes in Spain: From 1985 to 2018. *Psicothema*. 2021;33(1):53–9.
45. Marques C, Santos T, Martins MJ, Rodrigues I, Pereira AT, Macedo A. Negative affect and eating psychopathology: the moderator effect of gender. *Eating and Weight Disorders*. 2019 Oct 1;24(5):879–85.
46. Brown TA, Forney KJ, Klein KM, Grillo C, Keel PK. A 30-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating pathology across women and men from late adolescence to later midlife. *J Abnorm Psychol*. 2020 May 1;129(4):376–86.
47. Mantilla EF, Birgegård A. Eating disorder examination questionnaire: Norms and clinical reference data from adolescent boys and girls in Sweden. *Psychiatry Res*. 2016 May 30;239:156–62.
48. Lavender JM, De Young KP, Anderson DA. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate men. *Eat Behav*. 2010 Apr;11(2):119–21.
49. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers*. 2007 Aug;41(4):908–16.
50. Laskowski NM, Halbeisen G, Braks K, Huber TJ, Paslakis G. Factor structure of the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) in adult men with eating disorders. *J Eat Disord*. 2023 Dec 1;11(1).
51. Collison J, Mahlberg J. Psychometric evaluation of the Body Image Concern Inventory in an undergraduate sample. *Clinical Psychologist*. 2019 Jul 1;23(2):112–23.

**ANEXOS**

**ANEXO 1.** Abstracts submetidos 3rd WPA World Congress of Psychiatry

## **THE PORTUGUESE VERSION OF THE SCREEN FOR DISORDERED EATING: VALIDITY AND RELIABILITY IN MEN ACROSS MULTIPLE AGES**

Ana Telma Pereira<sup>1,2</sup>, André Miguel Silva<sup>3</sup>, Maria João Brito<sup>4,5</sup>, Cristiana Marques<sup>1,2</sup>, Ana Araújo<sup>1,2</sup>, António Macedo<sup>1,2</sup>

1 Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal

2 Coimbra Institute for Biomedical Imaging and Translational Research, Portugal

3 Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal

4 Department of Psychiatry, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

**Background and objectives:** The Screen for Disordered Eating/SDE was created as a primary care screening method for eating disorders, including binge eating disorder. (20) The SDE comprises five items (yes/no answers), extracted from other validated self-reported questionnaires assessing eating psychopathology. Its validity and reliability have been proved in a Portuguese psychometric study that only included women. (21) Its psychometric properties have yet to be evaluated in men. We aim to assess the psychometric properties of the Portuguese version of SDE in males.

**Methods:** Participants were 227 male individuals with a mean age of 30.41 years ( $\pm 13.96$ ; range: 14-73). They answered an online survey including the Portuguese preliminary versions of the seven-item Eating Disorder Examination Questionnaire/EDE-Q7; the Body Image Concern Inventory/BICI and the Muscle Dysmorphia subscale of the Eating Disorder Assessment for Men/DM-EDAM.

**Results:** Confirmatory Factor Analysis showed good fit for the unidimensional model ( $\chi^2/df=1.483$ ; RMSEA=.0460; CFI=.980 TLI=.961, GFI=.988). Cronbach's alpha was .621 which although inferior to .7 can be explained by the small number of items and the fact that each one assesses different dimensions. All items contributed to the internal consistency and presented high internal validity. Pearson's correlations of SDE with BICI (.317) and EDE-Q7 (.361) were significant and moderate. The correlation with DM-EDAM was non-significant, probably due to its focus on muscle dysmorphia, which is not included in SDE's items.

**Conclusions:** The Portuguese version of SDE demonstrated adequate validity (construct and convergent) and reliability.

# THE PORTUGUESE SHORT VERSION OF THE EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE: VALIDITY AND RELIABILITY IN MEN ACROSS MULTIPLE AGES

André Miguel Silva<sup>1</sup>, António Macedo<sup>2,3,4</sup>, Maria João Brito<sup>2,3</sup>, Cristiana Marques<sup>2,4</sup>, Ana Telma Pereira<sup>2,4</sup>

1 Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal

2 Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal

3 Department of Psychiatry, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

4 Coimbra Institute for Biomedical Imaging and Translational Research, Portugal

**Background and Objectives:** The Eating Disorder Examination Questionnaire short version (EDE-Q7) presented better psychometric properties than the Fairburn's 28-items original version, not only in girls, (39) but also in older women. (17,19) It comprises 7 items in three subscales: Dietary Restraint/DR; Shape and Weight Overvaluation/SWO and Body Dissatisfaction/BD. In a more recent clinical study in men (50) the factors associated with body concerns and dissatisfaction weren't fully represented in the questionnaire, possibly indicating differences in body ideals, specially relating to musculature. We aimed to analyze the psychometric properties of the Portuguese version of EDE-Q7 in males.

**Methods:** Participants were 227 male individuals with a mean age of 30.41 years ( $\pm 13.96$ ; range: 14-73 years). They answered an online survey including the Portuguese versions of the Screen for Disordered Eating/SDE; the Body Image Concern Inventory/BICI and the Muscle Dysmorphia subscale of the Eating Disorder Assessment for Men/DM-EDAM.

**Results:** Confirmatory Factor Analysis showed that the second order model presented good fit ( $\chi^2/df=2.437$ ; RMSEA=.0794; CFI=.986 TLI=.974, GFI=.967). Cronbach's alpha was .856 for the total, .876 for DR and .917 for SWO and .900 for BD. All items contributed to internal consistency and presented high internal validity. Pearson's correlations of EDE-Q7 with BICI (.465), DM-EDAM (.384) and SDE (.361) were significant ( $p < .001$ ) and moderate.

**Conclusions:** Also in men, the Portuguese version of EDE-Q7 demonstrates good validity (construct and convergent) and reliability.

# MUSCLE DYSMORPHIA SUBSCALE OF EATING DISORDER ASSESSMENT FOR MEN: VALIDITY AND RELIABILITY OF THE PORTUGUESE VERSION IN MEN ACROSS MULTIPLE AGES

André Miguel Silva<sup>1</sup>, António Macedo<sup>2,3,4</sup>, Maria João Brito<sup>2,3</sup>, Cristiana Marques<sup>2,4</sup>, Ana Telma Pereira<sup>2,4</sup>

1 Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal

2 Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal

3 Department of Psychiatry, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

4 Coimbra Institute for Biomedical Imaging and Translational Research, Portugal

**Background and Objectives:** Although symptom presentation varies by gender, almost all eating disorder/ED instruments have been developed and validated on females. The Eating Disorder Assessment for Men/EDAM (22) is a male specific self-report measure, composed of four sub-scales, proved to be useful to assess gender differences in ED presentations. (6) The muscle dysmorphia/MD comprises 5 items relating to the overwhelming concern with muscularity and the false perception of having an underdeveloped body. Having already valid measures of body image and eating behaviors in men, we now aim to analyze the psychometric properties of the Portuguese version of MD, to have a quick and rigorous measure of this specific construct.

**Methods:** Participants were 227 male individuals (mean age=30.41 years±13.96; range: 14-73 years). They answered an online survey including the preliminary DM, the Portuguese validated versions of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q7) and the Body Image Concern Inventory (BICI).

**Results:** Confirmatory Factor Analysis showed that the unidimensional model presented good fit indexes ( $\chi^2/df=.6829$ ; RMSEA=.0000; CFI=1.00 TLI=1.01, GFI=.995). Cronbach's alfa was .891; all the items contributed to the internal consistency and had high internal validity. Pearson correlations of DM with EDE-Q7 and BICI were significant ( $p<.001$ ) and moderate-high, respectively, .384 and .522.

**Conclusions:** The Portuguese preliminary version of DM-EDAM demonstrated validity (construct and convergent) and reliability. It can be used for clinical and research purposes, namely in an ongoing project about body image, disordered eating, gender and age.

## THE PORTUGUESE VERSION OF THE BODY IMAGE CONCERN INVENTORY: VALIDITY AND RELIABILITY IN MEN ACROSS MULTIPLE AGES

André Miguel Silva<sup>1</sup>, António Macedo<sup>2,3,4</sup>, Cristiana Marques<sup>2,4</sup>, Maria João Brito<sup>2,3</sup>, Ana Telma Pereira<sup>2,4</sup>

1 Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal

2 Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal

3 Department of Psychiatry, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

4 Coimbra Institute for Biomedical Imaging and Translational Research, Portugal

**Background and Objectives:** Although body image dissatisfaction is somewhat normalized,<sup>(51)</sup> it can disrupt psychosocial functioning. The Body Image Concern Inventory/BICI is a self-report measure of dysmorphic appearance concern, present in multiple eating disorders. <sup>(25)</sup> Its 19-items are distributed in two internally consistent subscales - Dysmorphic Symptoms/DS and Functional Interferences/FI. We aimed to analyze the psychometric properties of the Portuguese version of BICI in males.

**Methods:** Participants were 227 male individuals with a mean age of 30.41 years ( $\pm 13.96$ ; range: 14-73 years). They answered an online survey including the Portuguese versions of the Screen for Disordered Eating/SDE; the seven-item Eating Disorder Examination – Questionnaire/EDE-Q7 and the Muscle Dysmorphia subscale of the Eating Disorder Assessment for Men/DM-EDAM.

**Results:** The confirmatory factor analysis of the bi-factorial model found for Hispanics <sup>(26)</sup> showed good fit indexes (second order:  $\chi^2/df=2.709$ ; RMSEA=.0087; CFI=.927 TLI=.910, GFI=.847). Cronbach's alpha was .952 for the total, and  $>.900$  for DS and .901 for FI. All the items contributed to the internal consistency and presented high internal validity. Pearson's correlation of BICI with SDE, EDE-Q7 and DM-EDAM were significant ( $p<.001$ ) and moderate-high, respectively, .317, .465 and .522.

**Conclusions:** The Portuguese version of BICI demonstrated good validity (construct and convergent) and reliability. It will be useful both in both clinical and research settings of disordered eating behavior and muscle dysmorphia in males, conditions whose prevalence and incidence has increased.

## ANEXO 2. Classificação Portuguesa das Profissões

<b>Classificação Portuguesa das Profissões (Pordata, 2010)</b>	<b>N = 227(%)</b>
0 – profissionais das forças armadas	2.6
1 – representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	1.8
2 – especialistas das atividades intelectuais e científicas	22.0
3 – técnicos e profissões de nível intermédio	9.7
4 – pessoal administrativo	2.6
5 – trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	3.5
6 – agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	0
7 – trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3.5
8 – operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	.4
9 – trabalhadores não qualificados	0
10 - estudantes	52.9
11 - reformados	.4
12 - desempregados	.4

### **ANEXO 3.** Aprovação da Comissão de Ética e Conselho Científico da FMUC

Exma. Senhora

Doutora Ana Telma Fernandes Pereira,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. com o título **“Patologia do comportamento alimentar, género e idade”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 20 de dezembro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

**“Correções e informações recebidas e aceites. A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável à sua realização”.**

Cordiais cumprimentos.

**Helena Craveiro**

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)

## ANEXO 4. Informação e consentimento informado



# PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR AO LONGO DA VIDA

## INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

No Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), estamos a realizar um estudo sobre patologia do comportamento alimentar ao longo da vida, cujo objectivo geral é melhorar a compreensão e detecção da patologia do comportamento alimentar em ambos os géneros e em várias faixas etárias.

Convidamo-lo/a a participar neste estudo. Este procedimento é chamado **consentimento informado** e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos.

Se aceitar participar iremos solicitar-lhe o preenchimento de um conjunto de questionários, cujas perguntas são sobre a sua maneira de ser, pensamentos, emoções, saúde e comportamentos alimentares. O preenchimento demora cerca de 25 minutos.

A sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de a abandonar. A sua participação não acarreta qualquer risco. Se não estiver interessado em participar, a sua relação com os investigadores não será prejudicada.

Aos interessados em participar, pedimos para lerem atentamente todas as questões e responderem segundo as instruções. Não há respostas certas ou erradas.

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e serão protegidos através de um código, de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional. Ao participar neste estudo, permite que as suas informações sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Após submeter as suas respostas, poderemos ou não vir a convidá-lo/a participar na segunda fase desta investigação, daqui a alguns meses, para responder a uma entrevista sobre o seu comportamento e atitudes alimentares ao longo da vida (também nesta fase poderá ou não aceitar participar). Por essa razão, iremos pedir-lhe os seus contactos.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

### **CONTACTOS**

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Doutora Ana Telma Fernandes Pereira e/ou Dra. Maria João Brito

Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Rua Larga, 3004-504 Coimbra

Telefone: 239857700; Telemóveis: 964404676; 966956050

E-mails: [apereira@fmed.uc.pt](mailto:apereira@fmed.uc.pt); [psicomed@fmed.uc.pt](mailto:psicomed@fmed.uc.pt)

### **CONSENTIMENTO INFORMADO:**

**Li atentamente e compreendi a informação acerca do estudo e da minha participação. Compreendo que a participação neste estudo é voluntária e confidencial. Compreendo que os dados recolhidos serão analisados apenas para fins de investigação. Reservo o direito de desistir da minha participação a qualquer momento. Aceito participar neste estudo voluntariamente.**

**Ao assinalar aqui, dou o meu consentimento informado e desejo prosseguir para o estudo.**

### **OS SEUS CONTACTOS:**

**Telemóvel:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 5. Instrumentos utilizados

### Questões sociodemográficas:

1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ Anos      Género: Masculino  Feminino

2. Em que país nasceu?

3. Em que país reside?

4. Qual é o seu estado civil actual?

Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

Solteiro/a

Casado/a/ Em união de facto

Divorciado/a/Separado/a

Viúvo/a

Outro, qual?

5. Qual é o seu grau de escolaridade?

Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

1º Ciclo (até ao quarto ano)

2º Ciclo (até ao sexto ano)

3º Ciclo (até ao nono ano)

Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro qual? \_\_\_\_\_

6. Qual é a sua profissão? \_\_\_\_\_

6.1. Situação actual perante o trabalho:

A trabalhar

Desempregado/a

Reformado/a

De baixa/atestado

Outra, qual? \_\_\_\_\_

7. Como caracteriza  
o seu local de  
residência:

Urbano

Rural

## HISTÓRIA MÉDICA

1. Actualmente, sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico?

Não  Sim

**Se assinalou “sim”, por favor indique:**

Doença: \_\_\_\_\_

Ano em que foi diagnosticada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. No passado, sofreu de alguma doença diagnosticada pelo médico?

Não  Sim

**Se assinalou “sim”, por favor indique:**

Doença: \_\_\_\_\_

Ano em que foi diagnosticada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?

Não  Sim

**Se “sim”, por favor descreva brevemente:**

(Exemplos: Depressão; Ansiedade; Stresse; Burnout; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Psicose; Perturbação Afectiva Bipolar; Esquizofrenia; Outra...)

**Se “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:**

a. Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
a1. Se “sim”, por favor indique qual/quais: Médico de família <input type="checkbox"/> Médico psiquiatra <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____		
b. Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
c. Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

c1. Se “sim”, por favor indique qual/quais medicamentos:

\_\_\_\_\_

## PESO e ALTURA

Qual é o seu peso? \_\_\_\_\_ Kg

Qual é a sua altura? \_\_, \_\_ metros

## EDE-Q-7

As questões que se seguem dizem respeito **APENAS** às últimas 4 semanas (28 dias).

Por favor responda a cada questão fazendo um círculo à volta do número apropriado.

Quantos dias nos últimos 28 dias...	Nenhum	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os dias
1. <u>Tentou</u> limitar propositadamente (com ou sem sucesso) a quantidade de comida que ingeriu para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
2. <u>Tentou</u> evitar comer alimentos que gosta (tendo ou não conseguido) para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
3. <u>Tentou</u> seguir regras rígidas relativamente à sua alimentação (por exemplo, um limite máximo de calorias) para influenciar o seu peso ou forma corporal (tendo ou não conseguido)?	0	1	2	3	4	5	6

Nos últimos 28 dias...	Nada		Ligeiramente		Moderadamente		Extremamente
4. O seu peso influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
5. A sua forma corporal influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
6. Até que ponto se sentiu insatisfeita com o seu <u>peso</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
7. Até que ponto se sentiu insatisfeita com a sua <u>forma corporal</u> ?	0	1	2	3	4	5	6

### SDE

As questões seguintes são sobre a si e a sua alimentação.

Por favor, para cada uma, assinale se “sim” ou “não”.

1. É frequente sentir vontade de comer quando está emocionalmente incomodado(a) ou ansioso(a)?	Sim	Não
2. É frequente sentir que não consegue controlar a quantidade de comida que ingere?	Sim	Não
3. Por vezes, para controlar o seu peso corporal, provoca o vómito?	Sim	Não
4. Sente-se frequentemente preocupado(a) desejo de ser mais magro(a)?	Sim	Não
5. Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magro(a)?	Sim	Não

### DM\_EDAM

As questões seguintes são sobre si e o seu corpo. Por favor, para cada uma, assinale a resposta que mais se aplica a si, utilizando a seguinte escala de resposta:

Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
0	1	2	3	4

1. Sinto que preciso de parecer mais musculoso/a	0	1	2	3	4
2. Gostaria que meus músculos abdominais fossem mais definidos	0	1	2	3	4
3. Penso em ganhar mais massa muscular	0	1	2	3	4
4. Verifico o meu corpo várias vezes ao dia para ver como estão os músculos	0	1	2	3	4
7. Penso em ganhar massa muscular quando decido quais alimentos comer	0	1	2	3	4

### BIG3-16

Para cada afirmação, assinale um **círculo**, à volta do número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, desde 1 a 5. Use a seguinte escala de avaliação.

Utilize a seguinte escala de resposta:

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito
1	2	3	4	5

1.	Toda a gente espera que eu seja perfeito.	1	2	3	4	5
2.	Tenho uma forte necessidade de ser perfeito.	1	2	3	4	5

3.	Critico-me duramente quando faço alguma coisa que não esteja perfeita.	1	2	3	4	5
4.	Para me sentir bem comigo preciso constantemente de procurar alcançar a perfeição.	1	2	3	4	5
5.	Tenho dúvidas sobre tudo o que faço.	1	2	3	4	5
6.	Sinto incerteza em relação à maior parte das coisas que faço.	1	2	3	4	5
7.	Fico desapontado comigo quando não faço as coisas de modo perfeito.	1	2	3	4	5
8.	Tenho o direito de ser tratado de forma especial.	1	2	3	4	5
9.	Para mim, é importante ser perfeito em tudo o que tento fazer.	1	2	3	4	5
10.	Sinto-me insatisfeito com as outras pessoas, mesmo quando sei que estão a tentar fazer o seu melhor.	1	2	3	4	5
11.	Os outros admiram secretamente a minha perfeição.	1	2	3	4	5
12.	Espero que as outras pessoas abram uma exceção às regras para mim.	1	2	3	4	5
13.	Espero que os que me são próximas sejam perfeitos.	1	2	3	4	5
14.	A opinião que tenho de mim está ligada a ser perfeito.	1	2	3	4	5
15.	Fico frustrado quando os outros cometem erros.	1	2	3	4	5
16.	Cometer um pequeno erro, mesmo que pequeno, iria incomodar-me.	1	2	3	4	5

### BICI

Por favor, responda a cada item assinalando com que frequência experiencia os sentimentos descritos ou com que frequência realiza os comportamentos descritos.

		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1.	Estou insatisfeito(a) com algum aspeto da minha aparência	1	2	3	4	5
2.	Passo uma quantidade significativa de tempo a verificar a minha aparência ao espelho	1	2	3	4	5
3.	Sinto que os outros falam negativamente da minha aparência	1	2	3	4	5
4.	Fico relutante em envolver-me em atividades sociais quando não estou satisfeito(a) com a minha aparência	1	2	3	4	5
5.	Sinto que há certos aspetos da minha aparência que são extremamente não atraentes	1	2	3	4	5
6.	Compro produtos cosméticos para tentar melhorar a minha aparência	1	2	3	4	5

7.	Procuro tranquilização de outras pessoas sobre a minha aparência	1	2	3	4	5
8.	Sinto que há certos aspetos da minha aparência que eu gostaria de mudar	1	2	3	4	5
9.	Tenho vergonha de alguma parte do meu corpo	1	2	3	4	5
10.	Comparo a minha aparência com a de modelos ou outros	1	2	3	4	5
11.	Tento camuflar certas falhas na minha aparência	1	2	3	4	5
12.	Examino falhas na minha aparência	1	2	3	4	5
13.	Comprei roupas para esconder um certo aspeto da minha aparência	1	2	3	4	5
14.	Sinto que os outros são fisicamente mais atraentes do que eu	1	2	3	4	5
15.	Considerarei consultar/consultei algum tipo de especialista médico sobre as falhas na minha aparência	1	2	3	4	5
16.	Tenho sentido vergonha de sair de casa por causa da minha aparência	1	2	3	4	5
17.	Temo que os outros descubram as minhas falhas na aparência	1	2	3	4	5
18.	Perdi atividades sociais por causa da minha aparência	1	2	3	4	5
19.	Tenho evitado olhar para a minha aparência no espelho	1	2	3	4	5

## POMS-12

A seguir encontrará uma lista de palavras que descrevem sentimentos que as pessoas têm. À frente de cada palavra coloque um círculo (O) no algarismo que melhor descreve o como se sentiu durante o último mês.

		De maneira nenhuma		Um pouco		Moderadamente		Muito		Muitíssimo
		↓		↓		↓		↓		↓
5. Irritado(a)	0	1	2	3	4					
6. Triste	0	1	2	3	4					
3. Animado(a)	0	1	2	3	4					
8. Enervado(a)	0	1	2	3	4					
13. Descontraído(a)	0	1	2	3	4					
16. Chateado(a)	0	1	2	3	4					
17. Desanimado(a)	0	1	2	3	4					
20. Alegre	0	1	2	3	4					

22. Ansioso(a)	0	1	2	3	4
23. Pessimista	0	1	2	3	4
24. Desesperado(a)	0	1	2	3	4
31. Cheio(a) de vida	0	1	2	3	4