



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2011/2012

Rui Fernando Almeida Arrais de Castro
Anorexia e Bulimia Nervosa: Diferenças de género

março, 2012

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Rui Fernando Almeida Arrais de Castro
Anorexia e Bulimia Nervosa: Diferenças de género

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria e Saúde Mental

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Dra. Isabel Brandão

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Arquivos de Medicina

março, 2012

FMUP

Eu, Rui Fernando Almeida Arrais de Castro, abaixo assinado, nº mecanográfico 060801121, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 26/3/2012

Assinatura:



Nome: Rui Fernando Almeida Arrais de Castro

Endereço eletrónico: rui.arrais.castro@gmail.com **Telefone ou Telemóvel:** 914262417

Número do Bilhete de Identidade: 13399622

Título da Monografia: Anorexia e Bulimia Nervosa: Diferenças de género.

Orientador: Dra. Isabel Brandão

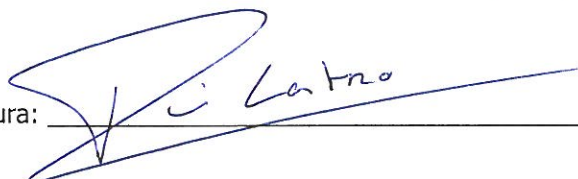
Ano de conclusão: 2012

Designação da área do projeto: Psiquiatria e Saúde Mental.

É autorizada a reprodução integral desta Monografia para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 26/3/2012

Assinatura: _____



Título: Anorexia e Bulimia Nervosa: Diferenças de género.

Title: Anorexia and Bulimia Nervosa: Gender differences.

Género e os Distúrbios Alimentares.

Autores: Rui Castro*, Isabel Brandão†

Afiliação:

* Aluno do 6º Ano do Mestrado Integrado de Medicina, Faculdade de Medicina do Porto

† Professora associada, Faculdade de Medicina do Porto

Correspondência:

Rui Fernando Almeida Arrais de Castro

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. João.

Alameda Professor Hernâni Monteiro

4200-319 Porto – Portugal

Contacto Telefónico: 914262417

Correio electrónico: rui.arrais.castro@gmail.com

Dra. Isabel Brandão

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. João.

Alameda Professor Hernâni Monteiro

4200-319 Porto – Portugal

Contagem de Palavras:

Resumo – 183 palavras

Abstract – 161 palavras

Texto Principal – 4917 palavras

RESUMO

Nas últimas três décadas, o interesse pelos distúrbios alimentares tem vindo a aumentar, resultando num maior investimento nos mesmos por parte da comunidade científica. Deste modo, existe um número considerável de estudos que se debruçam sobre estas patologias. Apesar desta atualização na investigação, a disparidade na distribuição por géneros dos distúrbios alimentares permanece praticamente a mesma há mais de meio século, sendo que as mulheres superam os homens numa proporção de 10:1. Tal situação pode dever-se não só a fatores biológicos e sociais, mas também ao fato de grande parte dos estudos se focarem quase exclusivamente em indivíduos do sexo feminino o que faz com que os distúrbios alimentares entre os homens permaneçam ainda mal compreendidos.

Neste trabalho foi feita uma revisão da bibliografia disponível com objetivo de evidenciar as principais diferenças entre homens e mulheres que sofrem de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa. Evidenciando essas mesmas diferenças, quer na forma de apresentação, sintomatologia e fatores de risco, pretende-se melhorar a compreensão e facilitar a deteção precoce destas patologias no sexo masculino por parte dos profissionais de saúde e da restante comunidade científica.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Distúrbios alimentares. “Binge-eating”. “Body checking”. Comorbilidades psiquiátricas. Obesidade. Homossexualidade. DSM-IV.

ABSTRACT

In the past three decades, there's been an increasing interest about eating disorders, leading to a great research by scientific community on this subject. As a result, the amount of studies concerning these pathologies has risen considerably. However, the disparity of distribution by gender of eating disorders remains almost the same for more than half a century, where women overcome men in a ration of 10:1. This fact might be not only due to biological and social factors, but also because of the great focus on female individuals, which results in a poor understanding of these pathologies in males.

In this work, a review of the available bibliography was made, trying to light out the main differences between men and women affected by Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. By showing these differences, like forms of presentation, symptoms and risk factors, it's expected to improve the knowledge of these disorders on male gender, as well as to ease their early detection by health-care providers and remaining scientific community.

Keywords: Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Eating disorders. "Binge-eating". "Body checking". Psychiatric comorbidity. Obesity. Homosexuality. DSM-IV.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende evidenciar as principais diferenças dependentes do género de dois dos mais mediáticos distúrbios alimentares do mundo atual: a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. Desta forma, serão apresentados e discutidos alguns parâmetros de ambas as doenças sem os quais não seria possível a realização de tal objetivo, incluindo dados epidemiológicos, formas de apresentação, sintomatologia, fatores de risco e prognóstico.

O Manual de Estatística e diagnóstico de perturbações mentais (DSM-IV) define três categorias de distúrbios alimentares: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e distúrbios alimentares que não preenchem os critérios de AN ou BN [1]. No presente trabalho, vamos focar-nos apenas nos dois primeiros: AN e BN.

A justificação para a escolha do tema e a motivação para a realização desta monografia assentam em dois pressupostos. Por um lado, a AN e BN são duas entidades cada vez mais mediáticas, e o interesse suscitado por estas tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Porém, estes dois distúrbios permanecem pouco compreendidos, havendo confusão de conceitos e desconhecimento dos critérios de diagnóstico na maior parte da população em geral e nos profissionais de saúde (fora do campo de psiquiatria) em particular. Por outro lado, estes dois distúrbios apresentam uma distribuição por género surpreendentemente assimétrica, em que as mulheres superam largamente os homens. Deste modo, uma melhor compreensão destas patologias, principalmente no caso do sexo masculino, poderá ajudar a retificar esta desproporção.

O DSM-IV define a Anorexia Nervosa como uma recusa na manutenção do peso corporal acima dos valores normais mínimos de peso (menos de 85%) para a idade e altura, associada a um medo intenso de ganho ponderal apesar do baixo peso e um distúrbio na forma como o peso, o tamanho e os contornos corporais são experienciados/vivenciados [1]. A Bulimia Nervosa é definida no DSM-IV como um distúrbio alimentar em que ocorrem episódios recorrentes de binge-eating caracterizados pelo consumo de uma quantidade excessiva de comida num curto período de tempo e pela sensação de falta de controlo durante os mesmos. Na BN existe ainda um comportamento compensatório recorrente e

inapropriado para prevenir o ganho de peso, incluindo o vômito autoinduzido, abuso de laxantes, enemas, diuréticos e outros medicamentos, jejuns prolongados e exercício excessivo [1].

Apesar do crescente número de estudos publicados sobre os distúrbios alimentares nas três últimas décadas, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa em homens permanecem pouco compreendidas [2]. Maior parte dos estudos de campo foca-se exclusivamente em mulheres. Consequentemente, há muito menos informação acerca dos comportamentos alimentares problemáticos entre os homens [3]. Até à década de sessenta do século passado, com raras exceções, os homens ficaram teoricamente excluídos do diagnóstico de distúrbio alimentar [2]. Entre as possíveis razões para essa exclusão encontram-se: o baixo número de casos evidenciados, que eliminava os homens de qualquer estatística; a compreensão psicanalítica, na década de 40, da anorexia como sintoma de um suposto medo de fecundação oral, o que também exclui os homens; e a falsa crença de que os distúrbios alimentares são limitados ao género feminino [2].

A falta de familiaridade de profissionais de saúde com o assunto tem dificultado o diagnóstico, atrasado o tratamento e, conseqüentemente, aumentando o risco de complicações clínicas dos distúrbios alimentares em pacientes do sexo masculino [4].

No entanto, o interesse pelos distúrbios alimentares nos homens tem vindo a aumentar devido a várias razões:

- 1) Os centros de tratamentos têm registado um incremento na procura de ajuda por parte dos homens, principalmente nas últimas duas décadas [5]. Na ausência de dados epidemiológicos recolhidos ao longo do tempo, não é claro se esta tendência reflete um verdadeiro aumento na incidência e prevalência dos distúrbios alimentares no sexo masculino. Muitos autores têm sugerido que este aumento se deve a uma maior atenção para com os distúrbios alimentares entre os prestadores de cuidados de saúde e entre os homens acometidos pelas mesmas [3].

- 2) Vários investigadores influentes reconhecem a existência de Síndromes parciais (SP) que não preenchem todos os critérios de AN ou BN mas que não deixam de representar um importante fator de risco para a saúde [6]. Os poucos estudos epidemiológicos que incluíram ambos os sexos e tiveram em conta estas síndromes parciais, evidenciaram que, de entre a população com SP, uma quantidade substancial era composta por homens [7].

3) As síndromes do DSM-IV: AN e BN foram definidas tendo em conta a apresentação clínica dos mesmos em pacientes do sexo feminino [8]. Vários estudos têm demonstrado diferenças comportamentais importantes e características do homem com distúrbios alimentares. Por exemplo, entre os homens com AN, o exercício excessivo é visto como um dos problemas predominantes [9].

MÉTODOS

Tendo em conta o crescente interesse da comunidade científica e consequente investigação sobre distúrbios alimentares, vários estudos têm sido publicados ao longo dos últimos anos. Dada a natureza do trabalho proposto, foi efetuada uma revisão bibliográfica com base numa pesquisa de artigos científicos, pelo que as evidências aqui presentes constituem maioritariamente dados secundários. Para uma melhor compreensão destes distúrbios, a informação foi Numa primeira fase, de 15/12/2011 a 22/12/2011, realizou-se uma pesquisa baseada em publicações referenciadas nas bases de dados MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) e Scopus (<http://www.scopus.com/home.url>).

Complementada com a leitura de vários livros, tais como “New Oxford Textbook of Psychiatry” e “The Handbook of Eating Disorders”. Os critérios de diagnóstico das duas entidades apresentadas foram retirados do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), tendo em conta a sua mais recente revisão.

Foram utilizadas basicamente duas queries, com vista a encontrar tanto artigos de revisão e meta-análises descritivos da base etiológica e desenvolvimento de cada uma das principais doenças em questão (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa), bem como aqueles respeitantes às diferenças encontradas entre os géneros para ambas, o cerne da presente monografia.

Queries utilizadas:

1. "eating disorders"[Title/Abstract] OR "anorexia nervosa"[Title/Abstract] OR "bulimia nervosa"[Title/Abstract]
2. (“eating disorders” [MeSH] OR “anorexia nervosa” [All Fields] OR “bulimia nervosa” [All Fields]) AND (“gender differences” [All Fields] OR “gender disparity” [All Fields] OR “sex differences” [All Fields] OR “sex disparity” [All Fields])

Foi feita uma restrição de língua, tendo apenas sido considerados artigos escritos em Português ou Inglês.

Com o objetivo de aumentar a fiabilidade e atualidade de informação, foi realizada uma restrição temporal para seleção dos artigos publicados nos últimos 10 anos.

Critérios de exclusão aplicados:

1. Estudos baseados em grupos sociais ou classes laborais muito restritos.

Exemplo: Distúrbios alimentares em dançarinos de Ballet ou em Alunos de uma escola do sul da Itália.

2. Estudos com informação contraditória à de outro mais recente e cientificamente fundamentada.

Vários artigos foram ainda excluídos, após leitura integral, devido à falta de pertinência para o objetivo deste trabalho. Por outro lado, não foi possível aceder a alguns trabalhos (não disponíveis de forma gratuita) apesar de Título e resumo prometedores.

Também durante a data supracitada, os artigos selecionados foram lidos e a informação relevante colhida. Explorando ainda as referências bibliográficas de alguns artigos selecionados, a presente monografia foi então redigida no mês de Fevereiro de 2012 e teve como base cerca de 50 artigos.

RESULTADOS

Epidemiologia

Nos últimos anos tem ocorrido um aumento substancial na realização de estudos epidemiológicos dos distúrbios alimentares, que recorrem a diversos desenhos metodológicos de investigação. Existe uma necessidade crescente para a deteção precoce destas perturbações, bem como a respetiva prevenção, que afeta uma percentagem considerável da população adolescente, e com um aparecimento cada vez mais precoce [10].

Em Portugal, os dados epidemiológicos são muito escassos. Um estudo desenvolvido por Machado e colaboradores (2004) revelou uma proporção de pacientes anoréticos e bulímicos, do sexo feminino, muito semelhante, embora os pacientes anoréticos fossem mais jovens que os bulímicos. Na Anorexia Nervosa verificou-se um pico de incidência aos 18 anos sendo que, para a Bulimia Nervosa, esse pico ocorre por volta dos 24 anos.

No entanto, são poucas as perturbações na medicina em geral e na psiquiatria em particular que apresentam uma distribuição por género tão assimétrica como a que ocorre nos distúrbios alimentares, com apenas 10% dos casos ocorrendo no sexo masculino. Esta disparidade pode ser atribuída a fatores biológicos e culturais mas também indica a existência de dificuldades no diagnóstico dos distúrbios alimentares em homens.

Uma proporção significativa de homens está insatisfeita com os seus corpos, e esta insatisfação tem início em idades bastante precoces [11].

Quando os critérios do DSM-IV para AN e BN são aplicados a adolescentes do sexo masculino, tendem a mostrar uma prevalência relativamente baixa em comparação com os do sexo feminino. Porém, se as Síndromes parciais foram incluídas à equação, a diferença nas prevalências é atenuada [11].

Por outro lado, vários fatores contribuem para diminuir o número de diagnósticos de distúrbios alimentares em homens. Entre eles estão os motivos que levam os homens a fazer dieta, que podem

parecer razoáveis já que no sexo masculino os distúrbios alimentares são mais frequentes em atletas, especialmente entre aqueles cujo desporto exige um rígido controlo de peso [2].

Outra dificuldade refere-se a um claro viés de género presente no DSM-IV [1]. Tal classificação requer, para o diagnóstico de Anorexia Nervosa, três meses de amenorreia em mulheres. Farrow chama a atenção para o facto de que os pacientes do sexo masculino com AN não apresentam marcadores de restrição alimentar como a amenorreia própria dos pacientes do sexo feminino [12]. A CID-10 minimiza este problema ao requerer para o diagnóstico uma “afeção endócrina envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal que se manifesta em mulheres como amenorreia e em homens como perda de interesse e potência sexuais” [2]. Nos homens com Anorexia Nervosa há uma queda dos níveis de testosterona que causa uma diminuição da libido, mas ao contrário do que acontece com a amenorreia no sexo feminino, este marcador vai-se instalando de forma mais lenta e gradual. Assim, o critério seria mais adequado para os homens se exigisse a diminuição (e não a perda) do desejo e desempenho sexuais ou a redução dos níveis de testosterona comprovada laboratorialmente [2].

Por último, os instrumentos utilizados para investigar os distúrbios alimentares apresentam algumas limitações no caso do sexo masculino. Quer os testes de “screening”, como o EAT, como os testes clínicos, como o EDI, não contêm questões representativas de preocupações masculinas e refletem a influência de fatores sociais e culturais, o que resulta em pontuações menores em homens [13].

Anorexia Nervosa

Nas últimas três décadas, as taxas de prevalência estritamente definidas para a AN, com diferentes tipos de amostras, variaram de 0,0% a 0,9% [14].

A AN é considerada incomum nos homens, apresentando uma prevalência entre mulher e homem de 10:1 [15]. Num estudo desenvolvido por Woodside e colaboradores, encontraram uma relação entre mulher e homem de 2:1, no entanto, ambos os grupos demonstravam sofrer de comorbidades psicossociais semelhantes [16]. Desta forma, os estudos epidemiológicos têm vindo a demonstrar que a AN, bem como a BN, são mais prevalentes nas mulheres do que nos homens [10]. Nielsen, em extensa revisão de estudos epidemiológicos, estima que, entre mulheres, a incidência de AN é de

aproximadamente 8 por 100 mil indivíduos e, em homens, seria de menos de 0,5 por 100 mil indivíduos por ano [17].

Bulimia Nervosa

As taxas de prevalência da BN são maiores que as da AN, variando de 0,0% para 4,5% [18]. No estudo de revisão desenvolvido por Hoek e Hoeken, conclui-se que a incidência da BN era superior comparativamente à AN [14]. Segundo Nielsen, a incidência de BN é de 13 por 100 mil indivíduos numa população pareada por ano [17].

Uma das revisões mais abrangente da literatura sobre a BN em crianças e adolescentes foi desenvolvida por Steiner e Lock em 1998, porém esta revisão continha escassas informações sobre os homens [19]. Tal não significa que a BN não ocorre em rapazes adolescentes, pelo contrário, existe uma prevalência de 10% a 15% de todos os casos [20].

Sintomatologia e Formas de Apresentação

Foram encontradas diferenças significativas entre géneros na maioria dos comportamentos sintomáticos dos distúrbios alimentares [21]. Mais mulheres do que homens reportaram incapacidade de controlar o que e o quanto comiam. Os comportamentos compensatórios também diferem consoante o género, sendo que as mulheres recorrem mais frequentemente ao vômito, ao abuso de laxantes e diuréticos e a jejuns prolongados, ao contrário dos homens que têm como principal mecanismo compensatório o exercício físico excessivo. Nas mulheres, existe uma maior tendência para adotar comportamentos de “body checking”, tais como pesagens ritualísticas e experimentar roupas especiais que lhes favoreçam a silhueta. Por outro lado, também estão mais vulneráveis do que os homens a adotar comportamentos de evicção corporal, tais como usar roupa larga para esconder a sua forma corporal [21].

Anorexia Nervosa

De um modo geral, as formas de apresentação e a sintomatologia da anorexia nervosa são semelhantes entre ambos os géneros. Em ambos os sexos está presente um padrão similar de comorbilidades psiquiátricas, incluindo história de depressão major (55%), perturbações de personalidade (24%) e abuso de substâncias (17%) [20]. O desejo de magreza está associado de forma significativa a depressão major e ansiedade [3].

No entanto, para estabelecer o diagnóstico em determinados casos é necessário ter em consideração algumas diferenças que podem estar presentes.

Anderson descobriu diferenças no tipo de preocupações com a imagem corporal sendo que os homens demonstram menor preocupação com o peso exato e com o número das roupas, preocupando-se principalmente em atingir a silhueta masculina ideal: ombros largos, anca e cintura estreitas [22].

Crisp e colaboradores estudaram as características clínicas de um grupo de 136 pacientes com o diagnóstico de AN, 36 homens e 100 mulheres e concluiu que a idade de apresentação da doença é

semelhante entre ambos os géneros, sendo que, em média, as mulheres antecedem os homens em apenas 2 meses (17,1 anos vs 17,3 anos) [23].

Outras conclusões mais específicas foram relatadas por Siegel e colaboradores, que identificaram um aumento da incidência de taquicardia e sinais de IC nos pacientes do sexo masculino com AN. Evidenciou-se ainda uma maior prevalência de atrofia cortical comparativamente aos pacientes do sexo feminino. [24]

Em relação às complicações médicas, os pacientes do sexo masculino com AN sofrem mais rapidamente de problemas circulatórios decorrentes de desidratação. Isto pode estar relacionado com o facto de as mulheres terem mais gordura corporal, o que as protegeria da desidratação [25]. Além disso, homens com AN apresentam maior perda óssea do que as pacientes do sexo feminino com o mesmo distúrbio [26].

Bulimia Nervosa

A apresentação clínica e as complicações médicas associadas com a BN têm sido revistas sem que se encontre diferenças significativas entre géneros [27]. Num estudo desenvolvido por Carlat e colaboradores, em que foram incluídos cerca de 62 pacientes do sexo masculino com o diagnóstico de BN, evidenciou-se que estes se assemelhavam aos pacientes do sexo oposto no que toca a complicações médicas tais como: erosão do esmalte dentário, aumento das glândulas parótidas, esofagites e distúrbios eletrolíticos [20].

Neste mesmo estudo foi determinada uma média de idade de 19,5 anos (desvio de 5,5 anos) no estabelecimento da perturbação no sexo masculino, o que aponta para um aparecimento atrasado em relação ao sexo feminino (18-26 anos vs 15 – 18 anos). Para além disto, foi evidenciada uma disparidade significativa no sexo masculino entre a idade do aparecimento da sintomatologia e a idade do primeiro tratamento (26,9 anos) o que não acontece nos pacientes do sexo feminino [20]. Este facto foi atribuído à relutância dos homens em discutir de forma aberta os seus problemas alimentares. De uma forma geral, os homens nos seus estudos de grupo, expressam vergonha por sofrerem de uma doença “estereotipicamente” feminina [11].

A presença e o número de episódios de “binge eating” entre homens e mulheres com BN não diferenciam significativamente. Comparativamente com o sexo masculino, é mais provável que um paciente do sexo feminino apresente sentimentos de culpa após os episódios de “binge eating” (89% vs. 38%), relate perda de controlo da quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos (68% vs. 30%) e admita que os seus hábitos alimentares são anormais (68% vs. 27%) [3]. Indo de encontro a estes resultados, também Carlat e Camargo determinaram que homens com BN são menos perturbados pelos seus episódios de “binge eating” e pelo controlo rigoroso do peso corporal em comparação com pacientes do sexo feminino [28]. Maior parte dos Homens com BN tem desejo de possuir um peso corporal muito semelhante ao ideal para a estatura e idade. Já nas mulheres, este desejo fica-se pelos 80-90% do peso corporal ideal [20].

No que toca à comorbilidade psiquiátrica, ao contrário do que acontece com AN, têm sido evidenciadas algumas diferenças entre géneros nos pacientes com BN. A Bulimia nervosa está associada com depressão major, dependência e abuso de álcool em ambos os sexos. No caso das mulheres, a perturbação bipolar parece ter também alguma associação [3].

Carlat e colaboradores determinaram que os homens com BN apresentavam bastantes semelhanças com o sexo oposto, apresentando história de depressão major (54%), perturbações de ansiedade (20%) e perturbações de personalidade (31%). Contudo, a percentagem evidenciada para o consumo de substâncias (álcool e cocaína) nos homens com BN era superior à das mulheres [20].

Por outro lado, Bramon-Bosh e colaboradores compararam 30 pacientes do sexo masculino com 30 pacientes do sexo feminino com AN e BN e identificou comorbilidades psiquiátricas (maioritariamente perturbações de ansiedade e depressão) em 66,7% dos homens mas apenas em 13% das mulheres, contrariando os resultados obtidos por Carlat [29].

No que diz respeito a traços de personalidade, adolescentes do sexo masculino com sintomas bulímicos crónicos apresentam mais perfeccionismo e desconfiança interpessoal do que mulheres com quadro de mesma gravidade [30]. Cabe notar que o índice de tentativas de suicídio é maior entre os homens bulímicos comparativamente ao sexo oposto [29]. Os homens apresentam ainda um risco

significativamente mais elevado de comorbilidade com esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos

[31]

Fatores de Risco

O género feminino ainda continua a ser o principal fator de risco para desenvolver um distúrbio alimentar. No entanto, é importante reconhecer outras condições que aumentam a tendência para o desenvolvimento destas mesmas perturbações [2].

Alguns estudos de revisão têm sugerido que o envolvimento em desportos pode contribuir para um aumento do risco de desenvolver uma destas perturbações tanto em homens e mulheres [9, 23]. Destacam-se aqueles cujas profissões estão ligadas a uma preocupação exagerada com o peso ou a forma corporal – bailarinos, modelos, jóqueis, ginastas, nadadores, fisiculturistas, corredores e lutadores das mais variadas artes marciais [28, 32, 33].

Porém, alguns grupos de homens apresentam maior probabilidade de desenvolver um distúrbio alimentar [2]. Braun e colaboradores [43] compararam pacientes do sexo masculino e sexo feminino admitidos no “serviço de perturbações alimentares” do New York Hospital entre 1984 e 1997. Cerca de 36,7 % dos seus pacientes do sexo masculino admitiram estar envolvidos numa “atividade/ocupação” ou numa equipa desportiva em que o controlo de peso era necessário para atingir uma boa performance. Mas apenas 13% das suas pacientes do sexo feminino admitiram o mesmo [5].

Longas relações familiares negativas, particularmente quando relacionadas a experiências de agressões físicas e abuso sexual, também podem elevar o risco de desenvolvimento de distúrbios alimentares [34, 35]. Ainda, diferentemente das mulheres, os pacientes do sexo masculino geralmente apresentam um relacionamento difícil com o pai [36].

Num novo milénio marcado por o aparecimento de novos conceitos de beleza, moda e aceitação social, a pressão da opinião pública é apontada como um forte fator de risco para o desenvolvimento dos mais variados distúrbios alimentares [37].

Por fim temos a orientação sexual, grande condicionante do aparecimento de distúrbios alimentares, que será discutida de forma mais exaustiva para cada uma das desordens (AN e BN). Nos EUA, cerca de 20% da população de homossexuais masculinos sofre de um distúrbio alimentar [38]. De maneira

diferente, sugere-se que entre as mulheres, a orientação homossexual teria um papel protetor [13, 38], no entanto, o número limitado de estudos não permite fazer qualquer afirmação nesse sentido [39].

Existem várias explicações possíveis para o alto índice de homossexualidade entre homens com distúrbios alimentares. Primeiro, os homossexuais podem estar excessivamente representados em amostras clínicas, porque os distúrbios alimentares ainda são vistos como afeições próprias do sexo feminino, o que pode tornar difícil para os homens heterossexuais admitir que estão doentes e, conseqüentemente levá-los a não procurar ajuda profissional. [2] Segundo, os homens que apresentam comportamentos estereotipados são confundidos com gays [36]. Por último, a magreza, a forma do corpo e os músculos trabalhados são muito valorizados pelos homossexuais [38].

Anorexia Nervosa

De entre os vários distúrbios alimentares, a AN é aquela em que o sexo feminino constitui o maior fator de risco. O desejo de magreza, promovido em grande parte pela moda contemporânea, e o desejo de controlo sobre o corpo são uns dos principais catalisadores desta patologia. A modificação dos ideais de beleza na mulher e a procura de silhuetas delgadas e contornos pouco acentuados tornam-nas mais suscetíveis ao desenvolvimento de anorexia nervosa comparativamente ao sexo masculino. Mais do que a magreza, os homens procuram ter um corpo robusto e musculado [2].

Como já referido anteriormente, um dos achados mais impressionantes foi a forte relação entre AN e o comportamento homossexual ou Bissexual no sexo masculino. Esta relação parece ser ainda mais forte no caso da BN. Apesar de uma grande proporção dos homens com AN ser considerada assexual (falta de interesse sexual por cerca de um ano), cerca de 27% destes pacientes especificam uma orientação homossexual ou bissexual. Já nas mulheres acometidas por PA, a prevalência de homossexualidade ou bissexualidade é de cerca de 2% [20].

Crispe e colaboradores evidenciaram que os homens apresentam uma maior proporção de prática desportiva pré-mórbida, principalmente o “jogging” (50% vs 24%) do que as mulheres [23].

Bulimia Nervosa

Homens com BN têm maior prevalência de obesidade pré-mórbida do que as suas semelhantes do sexo feminino e têm tendência a ser mais pesados à altura do diagnóstico [28]. Estes resultados são corroborados num estudo mais recente: 60% da amostra masculina reportava história excesso de peso anteriormente ao desenvolvimento de BN e uma percentagem significativa dos mesmos apresentava-se com excesso de peso há data do estudo (em média, cerca de 118% do peso corporal ideal) [20].

Uma grande percentagem dos pacientes incluídos no estudo de Carlat e colaboradores foi identificada como sendo homossexual ou bissexual (42%). O autor sugere que a orientação homossexual ou bissexual é um fator de risco específico para desenvolver uma PA em geral e BN em particular [20]. Nos seus estudos, Bramon-Bosh e colaboradores corroboram os resultados de Carlat, evidenciando que a presença de homossexualidade estava aumentada nos homens com BN em relação às mulheres com BN e à população em geral [29].

A BN é a perturbação alimentar mais frequente entre atletas que precisam de desenvolver grande massa muscular, mas que dependem de um peso mais baixo para apresentar um melhor desempenho [28, 32, 33]. No caso dos homens há uma maior preocupação com a imagem corporal mais no sentido de obter uma aparência masculina do que pelo desejo de serem magros. Relatam vontade de ganhar peso e aumentar o tamanho do corpo. Contudo, isso não significa que querem ficar gordos, o que lhes causa medo e grande ansiedade [2]. Este desejo, faz com que vários indivíduos (atletas e não atletas) adotem dietas extremam no sentido de maximizar os ganhos musculares e a performance. Dado o rigor destes regimes, um pequeno deslize comporta grandes sentimentos de culpa que, muitas das vezes, levam os indivíduos a fazerem ainda mais exercício físico como forma de compensação [32, 40].

Prognóstico

Como ocorre na maior parte das patologias, o prognóstico dos distúrbios alimentares depende de vários fatores, tais como: a gravidade e a duração da doença, a idade de apresentação, a adesão ao regime terapêutico bem como o apoio familiar.

Dado ao seu forte componente psicocognitivo e comportamental, os distúrbios alimentares apresentam prognóstico muito variável de indivíduo para indivíduo, mesmo que os fatores supracitados sejam semelhantes. Por este fato, o objetivo do tratamento destas afeções centra-se mais numa melhoria dos sintomas e numa alteração dos comportamentos do indivíduo do que numa cura definitiva, sendo importante uma reavaliação prospectiva dos casos. Não são raras as vezes em que ocorrem recidivas ou evolução de uma síndrome para o outro.

A maior parte dos estudos sobre o prognóstico dos distúrbios alimentares apresenta os resultados sem diferenciação por géneros. Por outro lado, muitas das ferramentas psicométricas e dos critérios de prognóstico usados para os distúrbios alimentares só têm sido validados no caso do sexo feminino [41].

Num estudo prospetivo de Michael Strober e colaboradores, participaram 99 pacientes com o diagnóstico de AN admitidos no serviço de distúrbios alimentares do “Resnick UCLA Neuropsychiatric Hospital” [42]. Esta amostra era constituída por 85 indivíduos do sexo feminino e 14 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos de idade. Vários parâmetros foram avaliados à data da admissão dando-se especial importância aos comportamentos e às preocupações dos doentes no que toca a forma e peso corporais e a ansiedade produzida pelos alimentos. A todos os doentes foi prestado o mesmo regime terapêutico. Numa primeira fase, o tratamento foi efetuado inteiramente em ambiente hospitalar até estabilização do quadro clínico e numa segunda fase através de cuidados multidisciplinares num programa hospitalar parcial. Este regime manteve-se até que cada um dos indivíduos alcançasse um mínimo de 90% do peso ideal, sendo que o tempo médio de tratamento nesta amostra foi de 3,9 meses. As consequências desta abordagem foram medidas prospectivamente através de um sistema de pontuação que estratificava os

99 pacientes por grupos, desde o grupo dos “muito piores” até aos “muito melhores”. Como todos os doentes atingiram o objetivo de 90% do peso ideal, nenhum foi colocado no grupo dos “muito piores”. Foi então considerado um grupo intermédio “sem alterações” que correspondia aqueles indivíduos que, apesar de terem atingido o peso pretendido, mantiveram as mesmas atitudes e características psicológicas, próprias de anorexia nervosa, com igual intensidade e frequência daquelas da altura da admissão [42].

No conjunto, 11 (78,6%) dos 14 indivíduos do sexo masculino e 65 (76,5%) dos indivíduos do sexo feminino foram classificados como “melhores” ou “muito melhores”. Apenas 7 pacientes receberam a classificação de “sem alterações”, todas mulheres. Contudo, quando se reavaliou a amostra um ano depois, foram encontradas diferenças significativas nas atitudes e preocupações dos pacientes do sexo feminino no que toca ao peso, forma corporal e alimentação sendo que várias participantes foram mesmo incapazes de manter o peso desejado. Paralelamente com estes achados, ao aplicar-se o sistema de pontuação supracitado registou-se um decréscimo no grupo de mulheres classificadas como “melhores” ou “muito melhores”. Das 65 à altura da alta, apenas 55 (64,7% considerando o total de 85) permaneceram no grupo. No caso dos homens, não se registaram alterações, mantendo-se os 11 (78,6%) no grupo dos “melhores” ou “muito melhores”. Sendo assim, apesar das semelhanças entre géneros à altura da admissão no que toca à gravidade e comorbilidades impostas pelos distúrbios alimentares, o sexo feminino parece apresentar um percurso mórbido mais marcado após o período terapêutico [42].

Num grande estudo retrospectivo: “the Funen Anorexia Nervosa Study” (FANS) foram incluídos um total de 1015 pacientes [41]. Destes, 356 (35%) tinham sido diagnosticados com AN, 361 (36%) com BN e 298 (29%) com um distúrbio alimentar não especificado. Sendo a remissão destes distúrbios definida como a restauração de peso corporal para, pelo menos 85% do ideal (tendo em conta o IMC) e pela ausência de episódios de “binge-eating” ou comportamentos purgativos no espaço de seis meses, o tempo médio desde o diagnóstico até à remissão para pacientes com AN foi significativamente menor para os homens: 3 anos nos homens contra 7 anos nas mulheres. De entre os pacientes com história de AN de pelo menos 5 anos, as taxas de remissão foram de 39% para o sexo

feminino e de 59% para o sexo masculino. Sendo assim, este estudo corrobora o enunciado anteriormente. No que toca à restauração do peso corporal ideal e à remissão de comportamentos purgativos, os indivíduos do sexo masculino parecem ter um melhor prognóstico do que as suas semelhantes do sexo feminino [41].

DISCUSSÃO

Com as conclusões retiradas neste trabalho, é evidente que existem, de facto, diferenças entre géneros no que toca aos distúrbios alimentares. No entanto, apenas uma pequena parte dessas diferenças são abordadas de forma sistemática num número significativo de estudos. Algumas conclusões, principalmente nos estudos mais pequenos, chegam a ser contraditórias. Sendo assim, é necessário que se continue esta onda de trabalho relativamente aos distúrbios alimentares com a realização de mais estudos e a utilização de amostras populacionais maiores. Desta forma seria possível perceber se todas as conclusões alcançadas são reprodutíveis.

Com esses novos dados, seria mais fácil um aumento da sensibilização dos profissionais de saúde em geral, principalmente no sector de medicina geral e familiar, o que permitiria uma suspeição e consequente deteção precoce dos indivíduos afetados, bem como uma melhor abordagem a estes casos.

Outro aspeto merecedor de revisão é a questão das síndromes parciais que não cumprem todos os critérios de diagnóstico do DSM-IV para AN ou BN. Estas síndromes são responsáveis por uma alta taxa de morbilidade e são particularmente frequentes no sexo masculino, pelo que uma revisão dos critérios de DSM-IV ou um provável alargamento das fronteiras do que é considerado patológico poderá ser necessário.

Talvez a maior dificuldade na realização deste trabalho tenha sido o facto de muitos artigos não se encontrarem disponíveis de forma gratuita. As várias tentativas de os obter usando diversas bases de dados, motores de busca e até mesmo através do servidor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto revelaram-se, em grande parte, infrutíferas.

BIBLIOGRAFIA

1. Association, A.P., Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.1994: Washington, DC: American Psychiatric Association.

2. Melin P, A.A., Diagnosing eating disorders in men: a clinical challenge. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2002. 24: p. 6-73.

3. Lewinsohn, P.M., et al., Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *Int J Eat Disord*, 2002. 32(4): p. 426-40.

4. Keel, P.K., et al., Disordered eating in adolescent males from a school-based sample. *Int J Eat Disord*, 1998. 23(2): p. 125-32.

5. Braun, D.L., et al., More males seek treatment for eating disorders. *Int J Eat Disord*, 1999. 25(4): p. 415-24.

6. MD, k., Eating disorders in a general practice population: Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine Suppl.*, 1989. 14: p. 1-34.

7. Garfinkel, P.E., et al., Bulimia nervosa in a canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 1995. 152: p. 1052-1058.

8. Striegel-Moore, R.H. and M. Marcus, Eating disorders in woman: Current issues and debates. *Psychology of women's health*, 1995: p. 445-487.
9. Touyz, S.W., E.M. Kopec-Schrader, and P.J. Beumont, Anorexia nervosa in males: A report of 12 cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1993. 27: p. 512-517.
10. Sancho, C., et al., Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2007. 16(8): p. 495-504.
11. Muise, A.M., D.G. Stein, and G. Arbess, Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *J Adolesc Health*, 2003. 33(6): p. 427-35.
12. Farrow, J.A., The adolescent male with an eating disorder. *Pediatr Ann*, 1992. 21: p. 769-74.
13. Andersen, A.E., Gender-related aspects of eating disorders: a guide to practice. *J Gend Specif Med*, 1999. 2(1): p. 47-54.
14. Hoek, H.W. and D. van Hoeken, Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 2003. 34(4): p. 383-96.

15. Hsu, L.K., Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 1996. 19(4): p. 681-700.
16. Woodside, D.B., et al., Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry*, 2001. 158(4): p. 570-4.
17. Nielsen, S., Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 2001. 24(2): p. 201-14, vii-viii.
18. Gual, P., et al., Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *Int J Eat Disord*, 2002. 31(3): p. 261-73.
19. Steiner, H. and J. Lock, Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998. 37(4): p. 352-9.
20. Carlat, D.J., C.A. Camargo, Jr., and D.B. Herzog, Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatry*, 1997. 154(8): p. 1127-32.
21. Striegel-Moore, R.H., et al., Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *Int J Eat Disord*, 2009. 42(5): p. 471-4.
22. Andersen, A.E., Anorexia nervosa and bulimia in adolescent males. *Pediatr Ann*, 1984. 13(12): p. 901-4, 907.

23. Crisp, A.H., T. Burns, and A.V. Bhat, Primary anorexia nervosa in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. *Br J Med Psychol*, 1986. 59 (Pt 2): p. 123-32.
24. Siegel, J.H., et al., Medical complications in male adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health*, 1995. 16(6): p. 448-53.
25. Jonsson, P.H., A study of patients with anorexia nervosa in Gavleborg. More boys than girls required intensive care. *Läkartidningen*, 2001. 42: p. 4578-4582.
26. Andersen, A.E., T. Watson, and J. Schlechte, Osteoporosis and Osteopenia in men with eating disorders. *Lancet*, 2000. 355: p. 1967-1968.
27. Andersen, A.E., *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel, 1990.
28. Carlat, D.J. and C.A. Camargo, Jr., Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry*, 1991. 148(7): p. 831-43.
29. Bramon-Bosch, E., N.A. Troop, and J.L. Treasure, Eating disorders in males: A comparison with female patients. *Eur Eating Disorders*, 2000. 8: p. 321-328.

30. Flament, M., S. Ledoux, and P. Jeamment, A population study of bulimia nervosa and subclinical eating disorder in adolescence. New York: De Gruyter, 1995: p. 21-26.
31. Striegel-Moore, R.H., et al., Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *Int J Eat Disord*, 1999. 25(4): p. 399-404.
32. Andersen, A.E., et al., *Making Weight: men's conflicts with food, shap & appearance*. Carlsbad: GürzeBooks, 2000.
33. Olivardia, R., H.G. Pope, Jr., and J.I. Hudson, Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psychiatry*, 2000. 157(8): p. 1291-6.
34. Andersen, A.E., *Males with eating disorders*. American Psychiatric Press, 1992: p. 87-118.
35. Kinzl, J.F., et al., Eating-disordered behavior in males: the impact of adverse childhood experiences. *Int J Eat Disord*, 1997. 22(2): p. 131-8.
36. Herzog, D.B., I.S. Bradburn, and K. Newman, *Sexuality in males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel, 1990: p. 40-53.
37. Field, A.E., et al., Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 2001. 107(1): p. 54-60.

38. Andersen, A.E., Eating disorders in gay males. *Psychiatric Annals*, 1999. 29: p. 206-212.

39. Heffernan, K., Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nervosa: a review. *Int J Eat Disord*, 1994. 16(4): p. 335-47.

40. Gupta, M.A., Concerns about aging and a drive for thinness: a factor in the biopsychosocial model of eating disorders? *Int J Eat Disord*, 1995. 18(4): p. 351-7.

41. Stoving, R.K., et al., Gender differences in outcome of eating disorders: a retrospective cohort study. *Psychiatry Res*, 2011. 186(2-3): p. 362-6.

42. Strober, M., et al., Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*, 2006. 39(7): p. 570-5.

ANEXOS

Normas de Publicação da Revista “Arquivos de Medicina”

Instruções aos Autores

Estas instruções seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (disponível em URL: www.icmje.org).

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam investigação original nas diferentes áreas da medicina, favorecendo investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.

Os manuscritos são avaliados inicialmente por membros do corpo editorial e a publicação daqueles que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores externos. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Todos os artigos solicitados serão submetidos a avaliação externa e seguirão o mesmo processo editorial dos artigos de investigação original.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma língua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêm publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total) e até 15 referências.

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

Os comentários não devem apresentar resumos.

Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 120 palavras cada.

Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experiência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado à esquerda.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.

Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção. Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés. Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra. Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

- 1) o título (conciso e descritivo);
- 2) um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
- 3) os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
- 4) a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
- 5) o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
- 6) os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradores que não cumpram critérios para autoria;
- 7) contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal (não incluindo referências, tabelas ou figuras).

Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", a autoria requer uma contribuição substancial para:

- 1) concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu o estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras-chave, em português e em inglês, nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras-chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

- 1) a amostra em estudo;
- 2) a localização do estudo no tempo e no espaço;
- 3) os métodos de recolha de dados;
- 4) análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de p, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (www.wma.net).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever as principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou χ^2 , e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de p devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de p=NS, p<0,05 ou p>0,05, na medida em que a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em

que o valor de p é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-se como $p < 0,0001$.

Tabelas e figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figuras e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

1. Artigo

• Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

2. Artigo com Organização como Autor

• The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

3. Artigo publicado em Volume com Suplemento

• Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

4. Artigo publicado em Número com Suplemento

payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

5. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

6. Livro (Editor(s) como Autor(es))

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone;1996.

7. Livro (Organização como Autor e Editor)

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.

8. Capítulo de Livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

9. Artigo em Formato Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em <http://www.nlm.nih.gov>.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

Conflitos de interesse

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

Autorizações

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;
- consentimento informado de cada indivíduo presente em fotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;
- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;
- autorizações para utilização de material previamente publicado;
- autorizações dos colaboradores mencionados na secção de agradecimentos.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.

Carta de apresentação

Deve incluir a seguinte informação:

- 1) Título completo do manuscrito;
- 2) Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
- 3) Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável;
- 4) Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
- 5) Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
- 6) Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
- 7) Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
- 8) Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
- 9) Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (submit@arquivosdemedicina.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074374) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 – 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

MANUSCRITOS ACEITES

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word[®], formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas.

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.