

## **Perturbações do comportamento alimentar em rapazes: que diferenças?**

Rita Moinho<sup>1</sup>, Inês Dias<sup>1</sup>, Alexandra Luz<sup>1</sup>, Pascoal Moleiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Leiria Pombal (CHLP)

### **Resumo/Abstract**

#### **Introdução:**

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) têm menor incidência em adolescentes do sexo masculino (M). A sua subvalorização leva frequentemente a um atraso diagnóstico.

#### **Objetivos:**

Caracterizar adolescentes do sexo masculino com PCA e compará-los com os do sexo feminino (F).

#### **Métodos:**

Estudo retrospectivo descritivo analítico realizado através de consulta de processos clínicos e questionários de primeira consulta de adolescentes seguidos por PCA no CHLP de agosto de 2005 a novembro de 2011. Utilizaram-se os critérios de diagnóstico da Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Edition para definição dos tipos de PCA.

Analisou-se: idade de início da clínica e primeira consulta, somatometria, comportamentos alimentares e compensatórios, queixas somáticas, perturbações psiquiátricas, antecedentes pessoais e familiares de risco, acompanhamento e tipo de distúrbio alimentar. Tratamento estatístico: PASW Statistics 18<sup>®</sup> ( $p<0,05$ ).

#### **Resultados:**

Incluíram-se 68 adolescentes, 10 (15%) do sexo M. A idade média (IM) de aparecimento da clínica no sexo M foi de  $14,1+/- 1,3$ A e no sexo F de  $13,8+/- 1,7$ A. A IM da primeira consulta foi de 15,4 A no M e 14,5 A no F ( $p= ns$ ), com atraso até a primeira consulta superior no M ( $p=ns$ ).

Dos rapazes, 4 (40%) tinham Anorexia Nervosa (AN) e 6 (60%) PCA Sem Outra Especificação (SOE). Das raparigas, 15 (25,8%) tinham AN, 5 (8,6%) Bulimia e 38 (65,6%) PCA SOE.

Apresentaram peso mínimo inferior a 85% do peso alvo: 40% do M e 25% do F (fisher=ns).

No sexo M, 80% (8) tinham distorção da imagem corporal comparativamente a 56% do F. A restrição alimentar foi igualmente prevalente em ambos os sexos. Dos comportamentos compensatórios: o excesso de exercício físico foi mais prevalente no M (fisher=0,03); no F, 5% referia vômitos e 4% uso de laxantes (ambos nulos no M). No M houve menos queixas somáticas (fisher=0,002) e o uso de psicotrópicos foi de 40% (F 48%).

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os dois性os na presença de fatores de risco pessoais e familiares para PCA.

#### **Discussão e conclusões:**

No sexo M confirmou-se a menor prevalência de PCA. Igualmente ao sexo F, foi mais frequente a PCA SOE assim como um conjunto de achados clínicos que devem levar à suspeição de PCA em ambos os sexos. Como principais diferenças nos rapazes, encontraram-se a maior percentagem de distorção da imagem corporal e de peso <85% do peso alvo, o uso exclusivo da atividade física excessiva como comportamento compensatório e a menor percentagem de queixas somáticas.

## Introdução

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são uma patologia psiquiátrica iniciando-se muitas vezes na adolescência<sup>1</sup>; a sua etiologia é multifatorial, existindo evidência crescente de uma predisposição genética, que tende em ser ativada durante a adolescência, em interação com fatores ambientais (socio-culturais e individuais)<sup>1-5</sup>.

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um aumento na incidência e prevalência das PCA no período da adolescência<sup>1,3,6</sup>, sendo a terceira doença crónica mais comum nesta faixa etária<sup>5-7</sup>.

Na nossa sociedade ocidental, a prevalência estimada da Anorexia Nervosa (AN) é de 0,4% e da Bulimia Nervosa (BN) de 1%<sup>2</sup>. Existe ainda um grande número de adolescentes que, apesar de não cumprir os critérios da DSM-IV para uma PCA específica, apresenta comportamentos alimentares similares, sendo então incluídos nas PCA sem outra especificação (SOE)<sup>2,6,8</sup>. As PCA SOE são mais frequentes do que as específicas na população adolescente<sup>3,6,7,9-11</sup>, estando a sua prevalência descrita entre 0,8 a 14% nesta faixa etária<sup>3,6</sup>.

Esta patologia tem menor incidência no sexo masculino, numa proporção que varia na literatura de um para seis a um para vinte<sup>4,6,8,12-15</sup>. Recentemente tem-se assistido a uma prevalência crescente nos rapazes e progressivamente em idades mais jovens<sup>1,3,11,12,16</sup>. Estima-se atualmente que o sexo masculino representa 1 a 10 % dos casos de AN e 5 a 15% dos casos de BN<sup>1,4,12,14</sup>.

Em geral, os estudos indicam que as manifestações clínicas das PCA são semelhantes em ambos os géneros<sup>10-14,17</sup>; tal como a população do sexo feminino com PCA, também o sexo masculino apresenta uma distorção da imagem corporal, no entanto, a preocupação do sexo masculino centra-se mais em ganhar massa muscular do que em perder massa gorda<sup>1,12,13, 17-19</sup>. Assim, no sexo masculino, a atividade física é mais pronunciada e há menor recurso a comportamentos purgativos em comparação com as raparigas<sup>1,12,13</sup>. Quanto a co-morbilidades, os rapazes com PCA têm mais frequentemente distúrbios psiquiátricos associados, especialmente depressão, transtornos psicóticos e abuso de substâncias como álcool e drogas<sup>10,12-14,20</sup>. Está ainda descrito que a taxa de suicídio em doentes com PCA é maior no sexo masculino<sup>13</sup>.

São considerados fatores de risco para desenvolver PCA no sexo masculino: antecedentes de excesso de peso ou obesidade, apresentar traços de personalidade obsessivos e perfeccionistas, ter atraso pubertário, transtornos de identidade sexual, bissexualidade ou homossexualidade já definida, ter sido vítima de bullying ou de experiências traumáticas na infância e ser praticante de desporto que exige um controlo rígido do peso<sup>1,4,11-14,16</sup>.

Apesar de se manifestar de forma semelhante em ambos os géneros, a doença é subdiagnosticada no sexo masculino, sendo genericamente considerada “doença própria das mulheres”<sup>1,4,13,18</sup>. Este fato leva a um maior atraso no diagnóstico e no tratamento, o que poderá cursar com pior prognóstico<sup>13,17</sup>.

Globalmente, as estratégias de tratamento poderão aplicar-se nas PCA em ambos os sexos, fazendo no entanto diferentes abordagens no que toca à imagem corporal desejada e fatores nutricionais<sup>12,13</sup>.

Este estudo teve como objetivos: caracterizar adolescentes do sexo masculino com PCA e compará-los com o sexo feminino.

## **Material e métodos**

Realizou-se um estudo retrospectivo descritivo analítico, através de consulta dos processos clínicos e questionários de primeira consulta de adolescentes seguidos por PCA na consulta de Medicina do Adolescente do CHLP de agosto de 2005 a novembro de 2011.

De cada processo clínico analisaram-se os seguintes dados: idade de início da clínica e primeira consulta, somatometria, comportamentos alimentares (restrição alimentar e compulsão alimentar) e compensatórios (aumento propositado da atividade física para perder peso, indução de vômito, uso de diuréticos, laxantes ou outros produtos de emagrecimento), queixas psicossomáticas, perturbações psiquiátricas, antecedentes pessoais e familiares de risco, acompanhamento multidisciplinar e tipo de distúrbio alimentar. Como antecedentes pessoais de risco foi possível analisar: antecedentes de excesso de peso ou obesidade, outra patologia psiquiátrica e serem praticantes de desporto de alta competição. Consideraram-se antecedentes familiares de risco de PCA: ocorrência de PCA em familiares, doença psiquiátrica nos familiares e família disfuncional.

Através do questionário de primeira consulta que cada adolescente preenche sozinho e de forma confidencial para avaliação biopsicossocial, foi possível avaliar a sua satisfação corporal e a restrição alimentar. Quando responderam afirmativamente a pelo menos uma das perguntas “Achas-te muito gordo(a)?” e “Há partes do teu corpo das quais não gostas?” foi considerada positiva a insatisfação corporal. Para avaliar a restrição alimentar na dieta, consideraram-se as perguntas “Estás a fazer algum tipo de dieta alimentar?” e “Acontece muitas vezes não fazeres certas refeições?”, definiu-se como restrição alimentar quando afirmaram pelo menos uma destas perguntas. Definiram-se ainda adolescentes com “distorção da imagem corporal” quando afirmaram considerarem-se gordo(a)s apesar de terem sempre tido índice de massa corporal (IMC)  $< P_{85}$  (ou seja, não tendo atualmente de excesso de peso ou obesidade).

Para determinar o peso alvo dos adolescentes, calculámos o peso correspondendo ao IMC no  $P_{50}$  para a idade e sexo, utilizando a seguinte fórmula: peso alvo = IMC no  $P_{50}$  x (estatura)<sup>2</sup>.

Utilizaram-se os critérios de diagnóstico da Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) – 4th Edition para definição dos tipos de PCA.

O tratamento estatístico foi feito através do programa de software PASW Statistics 18<sup>®</sup>. Com significado estatístico foram considerados os valores de  $p < 0,05$ .

## **Resultados**

Durante o período de tempo do estudo foram seguidos 68 adolescentes e, destes, 10 (15%) eram do sexo masculino (M), numa proporção de 1 rapaz para 6 raparigas. O início da sintomatologia ocorreu em média no sexo M aos 14,1 anos com mínimo aos 10 anos e 4 meses e máximo aos 16 anos. No sexo feminino (F), a idade de início da clínica foi em média 13,8 anos, com mínimo aos 9 anos e meio e máximo aos 16 anos e meio. A idade média da primeira consulta foi de 15,4 anos no M e 14,5 anos no F (sem diferença estatisticamente significativa:  $p=ns$ ), com tempo médio até a primeira consulta superior no M, sendo de um ano em média em comparação com meio ano no F ( $p=ns$ ).

A distribuição do tipo de PCA pelo sexo está representada na tabela 1.

Tipo de PCA	♂ n	♂ %	♀ n	♀ %
Anorexia Nervosa	4	40	15	25,8
Bulimia Nervosa	0	0	5	8,6
PCA SOE	6	60	38	65,6

**Tabela 1.** Distribuição dos tipos de PCA por sexo

Apresentavam antecedentes de excesso de peso (EP) ou obesidade ( $IMC \geq P85$ ) 20% dos rapazes em comparação com 40% das raparigas ( $p=ns$ ). Ao longo do seguimento em consulta, atingiram peso mínimo inferior a 85% do peso-alvo: 40% dos rapazes em comparação com 25% das raparigas (teste de Fisher não significativo). A média da variação percentual do peso foi de 22% no sexo M e de 16% no sexo F ( $p=ns$ ).

No sexo M, 80% mostraram ter distorção da imagem corporal (todos se consideravam gordos, mas só dois é que tinham antecedentes de EP ou obesidade) comparativamente a 56% do F. Com insatisfação corporal apresentaram-se todos os rapazes em comparação com 83% das raparigas.

A restrição alimentar foi igualmente prevalente em ambos os sexos: esteve presente em 90% dos rapazes em comparação com 100% das raparigas. Dos comportamentos compensatórios: o aumento da atividade física foi estatisticamente mais prevalente nos rapazes ( $fisher=0,03$ ); no sexo feminino, 5% admitiu induzir o vômito e 4% fazer uso de produtos de emagrecimento, tendo sido estes comportamentos purgativos inexistentes nos rapazes (ver tabela 2).

Comportamentos		♂ n	♂ %	♀ n	♀ %	p
Restrição alimentar		9	90	58	100	Ns
Comportamentos compensatórios	Aumento propositado da atividade física	9	90	29	50	<b>0,03</b>
	Vómitos	0	0	3	5	Ns
	Produtos emagrecimento, laxantes, diuréticos	0	0	2	3,4	Ns

**Tabela 2.** Comparação dos comportamentos alimentares e compensatórios dos adolescentes com PCA por sexo

Nas consultas, revelaram pelo menos uma queixa somática 50% dos rapazes em comparação com 93% das raparigas ( $fisher=0,002$ ) - ver tabela 3.

Apresentação clínica	♂ n	♂ %	♀ n	♀ %	p
Queixas somáticas ( $\geq 1$ ) (obstipação, cefaleias, mialgias, baixa tolerância ao frio, tonturas, astenia)	5	50	54	93	<b>0,002</b>
Alterações exame objetivo ( $\geq 1$ ) (Lanugo, bradicardia, unhas quebradiças, extremidades frias, hipotermia)	5	50	29	50	ns

**Tabela 3.** Comparação da apresentação clínica dos adolescentes com PCA por sexo

O seguimento em consulta de Pedopsiquiatria no nosso serviço ocorreu em 60% do sexo masculino em comparação com 72% das raparigas ( $p=ns$ ). O uso de psicotrópicos foi de 40% nos rapazes e de 48% nas raparigas (nomeadamente antidepressivos e ansiolíticos). Frequentaram consulta de dietética no nosso serviço 70% dos rapazes e 65% das raparigas ( $p=ns$ ) e consulta de psicologia 50% dos rapazes e 26% das raparigas ( $p=ns$ ).

Houve necessidade de internamento (em outra unidade hospitalar) em 20% dos rapazes em comparação com 15,5% das raparigas ( $p=ns$ ).

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos na presença de fatores de risco pessoais ou familiares para PCA (ver tabela 4).

<b>Fatores de Risco</b>		<b>♂ n</b>	<b>♂ %</b>	<b>♀ n</b>	<b>♀ %</b>	<b>p</b>
Fatores de risco pessoais	Antecedentes de excesso de peso/obesidade	2	20	24	40	Ns
	Desporto alta competição	2	20	3	5	Ns
	Outra patologia psiquiátrica concomitante	4	40	28	48	Ns
Fatores de risco familiares	Antecedentes familiares (AF) de PCA	1	10	3	5	Ns
	AF de patologia psiquiátrica	5	50	15	24	Ns
	Família disfuncional	3	30	33	57	Ns

**Tabela 4.** Comparação dos Fatores de risco (pessoais e familiares) dos adolescentes com PCA (por sexo)

Relativamente ao acompanhamento, 50% dos rapazes abandonaram as consultas em comparação com 26% das raparigas ( $p=ns$ ).

## Discussão

Neste estudo confirmou-se a menor incidência de PCA no sexo masculino, numa proporção não desprezível e que está de acordo com a descrita em outras séries<sup>4,6,8,12-15</sup>. Por se tratar de uma patologia mais ligada ao sexo feminino, é subvalorizada no masculino, havendo ainda poucos estudos sobre as PCA nos rapazes.

Alguns estudos descrevem o início da clínica das PCA mais tardia no sexo masculino, podendo estar relacionado com a puberdade tipicamente em idade mais tardia<sup>12</sup>; no entanto, tal fato não se confirmou no nosso estudo, sendo aos 14,1 anos em média no masculino e, muito próximo, aos 13,8 anos no feminino. O tempo médio desde os primeiros sinais de doença até à primeira consulta médica, embora sem significado estatístico, foi superior no sexo masculino; isto pode justificar-se por ser uma subvalorização da doença no masculino, levando a menor sensibilização dos profissionais de saúde e, em consequência, a maior dificuldade na sua deteção e encaminhamento precoce. Por outro lado, Também a estigmatização da doença ao sexo feminino pode afastar os rapazes e suas famílias na procura de ajuda.

Encontrou-se uma prevalência de AN superior à de BN, o que difere da maioria da informação descrita na literatura, mas semelhante a um estudo publicado por F. Salas et al 1. Comparável ao que está na maioria das séries<sup>3,6,7,9-11</sup>, manteve-se a maior prevalência de PCA SOE.

Em 20 % dos rapazes havia história de excesso de peso ou obesidade prévias, ainda assim em percentagem inferior ao descrito em outras séries<sup>1</sup>. Estes antecedentes foram mais frequentes no sexo feminino, embora sem significado estatístico. Houve tendência a mostrarem maior distorção da imagem corporal e insatisfação corporal no sexo masculino, o que deve preocupar os profissionais de saúde por estar provavelmente relacionado com pior adesão ao tratamento e consequentemente prognóstico agravado em relação às raparigas.

Quando avaliados os comportamentos alimentares e compensatórios típicos desta patologia, pode confirmar-se o descrito em vários estudos, que as manifestações clínicas das PCA são semelhantes em ambos os géneros<sup>10-14,17</sup>. Verificou-se que a maior diferença entre os sexos foi no aumento proposto da atividade física (em relação à que tinham previamente ao início da doença) no sexo masculino. Esteve presente em 90% dos rapazes, sendo superior ao relatado em outras séries como F. Salas et al. Este foi o único comportamento compensatório verificado no masculino, nenhum tendo admitido uso de produtos de emagrecimento nem indução de vômito. Em homens/rapazes, a busca da perfeição corporal está relacionada com aumento da massa muscular, o que leva os doentes do sexo masculino a

serem mais obsessivos em relação a aumento da atividade física mais do que fazerem dietas, usarem diuréticos ou laxantes para controlo ponderal<sup>1,12,13</sup>.

Na sua apresentação clínica, as queixas somáticas foram estatisticamente menos prevalentes no sexo masculino, não sendo no entanto um parâmetro comparável com outros estudos, na medida em que não é habitualmente avaliado. Isto poderá explicar-se por maior resistência dos homens a variações ponderais ou por vergonha em admitirem queixas somáticas. As alterações detetadas no exame objetivo foram igualmente prevalentes em ambos os sexos.

Idealmente pretendia-se que o seguimento em consulta de Pedopsiquiatria tivesse ocorrido em todos os doentes, mas houve recusa por parte de algumas famílias e outras já eram seguidas no exterior. Ao contrário do relatado em alguns estudos<sup>10,12-14,20</sup>, não se verificou mais psicopatologia nem uso de psicofármacos no sexo masculino. O abandono à consulta ocorreu em metade dos rapazes, o que pode levar a pensar numa maior dificuldade de adesão ao tratamento no sexo masculino, devendo constituir um desafio para os profissionais de saúde conseguirem no futuro cativá-los e motivá-los ao seu tratamento.

Quanto aos fatores de risco, alguns não foram possíveis de avaliar retrospectivamente, nomeadamente orientação sexual e traços de personalidade. Comparados em ambos os sexos, os fatores de risco foram estatisticamente prevalentes em ambos os sexos; no entanto, de realçar que em metade dos rapazes com PCA havia história de distúrbios psiquiátricos na família em comparação com 24% das raparigas. A família disfuncional como fator de risco familiar foi considerada presente se antecedentes de violência doméstica assistida pelos doentes, conflitos parentais ou familiares frequentes, ausência parental ou problemas como alcoolismo ou abuso de substâncias por parte de familiares presentes; a presença deste fator de risco foi marcante em ambos os sexos (30% no masculino e 57% no feminino), reforçando a problemática de ter famílias disfuncionais e ambiente familiar desfavorável na precipitação de psicopatologia.

É assim uma patologia que cursa com comorbilidades relevantes, podendo levar mesmo a mortes, sendo importante a sensibilização dos profissionais de saúde igualmente para o sexo masculino, de forma a levar a um diagnóstico o mais precoce possível.

Este estudo apresentou, no entanto, limitações: o fato de ter sido uma análise retrospectiva, não permitindo ter controlo sobre todas as variáveis e de se ter obtido uma amostra pequena do sexo masculino.

## Bibliografia

1. Salas F, Hodgson MI, Figueroa D, Urrejola P. Características clínicas de adolescentes de sexo masculino com trastornos de la conducta alimentaria. Estudio de casos clínicos. Rev Med Chile 2011;139: 182-188
2. Fonseca H. Perturbações do comportamento alimentar na adolescência. Ver Port Clin Geral 2011; 27: 203-207
3. Rosen D, et al. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics 2010;126: 1239-1253
4. Dominé F, Berchtold A, Akré C, et al. Disordered Eating Behaviors: What About Boys? Journal of Adolescent Health 44 (2009); 111–117
5. Salcedo L, Gómez J, Beltrán A, et al. Transtornos de la conducta alimentaria en niños e adolescentes. MedUNAB, Vol 12, No 3 (2009): 129-143
6. Bacalhau S, Moleiro P. Perturbações do comportamento alimentar em adolescentes: o que procurar? Acta Med Port 2010; 23: 777-784
7. Robinson A, Boachie A. Assessment and Treatment of Pediatric Eating Disorders: A Survey of Physicians and Psychologists. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry, 2012 Feb; 21(1):45-52

8. Hudson L, Court A. What paediatricians should know about eating disorders in children and young people. *J Paediatr Child Health*, 2012 Mar 7, 1440-1754
9. Smink F, Hoeken D, Hoek H. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012 Aug;14(4):406-14
10. Woodside D, Garfinkel P, Lin E. 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: 570-574
11. Baum A. Eating Disorders in the Male Athlete. *Sports Med* 2006; 36 (1): 1-6
12. Núñez-Navarro A, Agüera Z, Krug I, Jiménez-Murcia S, et al. Do Men with Eating Disorders Differ from Women in Clinics, Psychopathology and Personality? *Eur. Eat. Disorders Rev.* 20 (2012) 23-31
13. Melin P, Araújo A. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Ver Bras Psiquiatr* 2002; 24(Supl III): 73-6
14. Carlat,DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. *Am J Psychiatry* 1997 :154:8
15. Boulé, C. J., & McSherry, J. A. Patients with eating disorders. How well are family physicians managing them? *Can Fam Physician* 2002 Nov;48:1807-13
16. Rome E. Eating Disorders in Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, February 2012
17. Darcy AM, Doyle, AC, Lock J, et al. The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: how does it compare to adolescent females? *Int J Eat Disord* 2012; 45:110–114
18. National Institute of Mental Health. *Eating Disorders*. Acessível em: <http://www.nimh.nih.gov>
19. Petroski E, Pelegrini A, Glaner M. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(4): 1071-1077. (20)
20. Peebles R, Wilson J, Lock J. How Do Children with Eating Disorders Differ from Adolescents with Eating Disorders at Initial Evaluation? *J Adolesc Health*, 2006;39(6):800-5