

Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico

Diagnosing eating disorders in men: a clinical challenge

Paula Melin^{a,b} e Alexandra M Araújo^b

^aEscola Paulista de Medicina, Unifesp. São Paulo, SP, Brasil. ^bSetor de Transtornos Alimentares e Obesidade (TAO) do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo Poucos transtornos na medicina em geral e na psiquiatria em particular têm uma distribuição por gênero tão assimétrica quanto os transtornos alimentares (TA), 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 TA em homens. Embora tenha crescido o interesse pelos TA nas últimas décadas, seu reconhecimento no sexo masculino ainda é pobre e limitado por estereótipos. O presente estudo tem como objetivo discutir as semelhanças e diferenças dos TA em homens e mulheres, enfatizando os tópicos que têm implicações práticas para os profissionais de saúde mental.

Descritores Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Transtornos alimentares. Masculino. Diagnóstico. Homossexualismo. Atletas. Suicídio. Peso corporal. Imagem corporal. Comorbidade. DSM-IV. CID-10.

Abstract *Eating disorders are far more prevalent in women than men, with only 10% of cases occurring in males. This discrepancy may be partially explained by biological and cultural factors, but it also suggests diagnostic difficulties. This article compares diagnostic features of eating disorders in both genders, emphasizing the most common pitfalls to its recognition in men, in order to reduce the number of undiagnosed cases.*

Keywords *Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Eating disorders. Male. Diagnosis. Homosexuality. Athletes. Suicide. Body weight. Body image. Comorbidity. DSM-IV. ICD-10.*

Introdução

Apesar do crescente número de estudos publicados sobre os transtornos alimentares (TA) nas três últimas décadas, a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) em homens permanecem pouco compreendidas. A baixa frequência dos TA no sexo masculino contribuiu para que fossem por diversas vezes menosprezados e até mesmo ignorados, chegando-se inclusive à crença de que homens não sofrem desses distúrbios. A falta de familiaridade de profissionais de saúde com o assunto tem dificultado o diagnóstico, atrasado o tratamento e, conseqüentemente, aumentado o risco de complicações clínicas dos TA em pacientes masculinos¹. O objetivo do presente estudo é revisar as características desses transtornos em ho-

mens e alertar para as armadilhas que costumam levar ao subdiagnóstico na clínica.

Histórico

Os homens são citados em artigos e tratados científicos desde o início da história médica dos TA.² Em 1689, Richard Morton relatou o primeiro caso de AN, que chamou de *nervous consumption*, em um jovem de dezesseis anos juntamente com um outro caso em paciente do sexo feminino. No século XVIII foram relatados mais dois casos. Robert Whytt, em 1764, publicou um estudo de caso de um menino de quatorze anos que alternava comportamento anoréxico e bulímico. Denominou a doença “atrofia nervosa”. Em 1790, Robert William publicou

Trabalho realizado no Setor de Transtornos Alimentares e Obesidade (TAO) do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Trabalho apresentado no IV Encontro Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade / Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil, em junho de 2001.

em Londres o relato *Remarkable Case of Abstinence* em que descreveu a morte de um rapaz que ficou 78 dias em jejum. William Gull, um dos primeiros a descrever a anorexia nervosa, também relatou, em 1874, um caso de anorexia nervosa em um paciente masculino.

Entretanto, de Gull até a década de sessenta do século passado, com raras exceções, os homens ficaram teoricamente excluídos do diagnóstico de TA.^{3,4} Entre as possíveis razões para essa exclusão, ao longo de quase um século, podemos citar: o baixo número de casos, 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 excluiu os homens; e a falsa crença de que o TA é um distúrbio limitado ao gênero feminino.^{4,5}

Epidemiologia

A taxa exata de TA no sexo masculino ainda não foi completamente estabelecida,⁶⁻¹⁰ até porque os homens são excluídos de muitos estudos em razão do baixo número de casos.^{11,12} A proporção de homens com TA relatada na literatura é, via de regra, 1:10, variando de acordo com os critérios utilizados entre 1:6 e 1:20.^{11,13,14} Para alguns autores, entretanto, o número está consideravelmente subestimado.¹⁴ Tal como ocorre no sexo feminino, entre os homens, a BN é mais freqüente do que a AN.^{15,16} Não há conhecimento de nenhuma publicação de estudos epidemiológicos sobre TA em homens na América Latina. Na experiência do Setor de TA e Obesidade do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 150 pacientes consecutivos, 13 (8,67%) eram homens – três com AN, três com BN e sete com outros TA não especificados.

A idade de início do quadro é um ponto controverso. Para alguns pesquisadores não há diferença entre os gêneros,¹⁷ mas outros afirmam que os homens desenvolvem os TA mais tardiamente do que as mulheres, entre 18 e 26 anos.⁶⁻⁸ O início tardio estaria associado ao fato da puberdade começar e terminar cerca de um ano e meio a dois anos mais tarde nos meninos do que nas meninas. Alguns afirmam que o início da puberdade é mais assustador e traumático para as meninas do que para os meninos; outros associam às mudanças hormonais causadas pela AN a responsabilidade por adiar ou reverter a puberdade.^{4,18} O desenvolvimento tardio de AN em homens¹⁹ pode também estar relacionado ao medo de envelhecer.

Alguns grupos de homens apresentam maiores chances de desenvolver um TA. Destacam-se aqueles cujas profissões estão ligadas a uma preocupação exagerada com o peso ou a forma corporal – bailarinos, modelos, jôqueis, ginastas, nadadores, fisiculturistas, corredores e lutadores de luta livre. A relação entre profissões que exigem um baixo peso corporal e os TA já foi amplamente discutida na literatura sobre mulheres. Vale acrescentar que a BN é o TA mais freqüente entre atletas que precisam desenvolver grande massa muscular, mas que dependem de um peso mais baixo para apresentarem um melhor desempenho.^{7,14,20}

Outro importante fator de risco para o desenvolvimento de TA em homens é a homossexualidade.^{7,8,13,15} Nos EUA, cerca de 20% da população de homossexuais masculinos sofre de um

TA.¹³ Sugere-se que entre as mulheres, ao contrário, a orientação homossexual teria um papel protetor,^{13,21} entretanto o número limitado de estudos não permite fazer qualquer afirmação nesse sentido.²² Estima-se que 42% dos homens com BN sejam homossexuais ou bissexuais.¹⁵ Já na AN as taxas são imprecisas, pois mais da metade dos pacientes são “assexuados”, ao invés de terem uma opção sexual definida.^{13,15}

Existem várias explicações possíveis para o alto índice de homossexualismo entre homens com TA. Primeiro, os homossexuais podem estar super representados em amostras clínicas porque os TA ainda são vistos como uma doença feminina, o que pode tornar difícil para os homens heterossexuais admitir que estão doentes e, conseqüentemente, levá-los a não buscar ajuda profissional. Segundo, os homens que apresentam comportamentos estereotipados são confundidos com *gays*.²³ Por último, é preciso lembrar que a magreza, a forma do corpo e os músculos trabalhados são muito valorizados pelos homossexuais.¹³

Finalmente, as evidências sugerem que homens com TA têm uma prevalência mais alta de obesidade pré-mórbida do que as mulheres. Muitos pacientes alegam, inclusive, que começaram a fazer dieta porque não queriam mais ter que conviver com críticas e apelidos de infância relacionados ao excesso de peso.^{3,18}

Quadro clínico

Os TA são bastante similares em pacientes do sexo masculino e feminino, tanto em termos clínicos como na resposta ao tratamento.^{17,18,24,25} Algumas pesquisas demonstram que homens com TA possuem mais semelhanças com mulheres que sofrem da mesma doença do que com homens sem TA.^{17,26} Homens com AN restritiva constituem um grupo muito similar às pacientes do sexo feminino, inclusive ficam com uma aparência feminina.^{10,13} Apesar disso, os TA em homens apresentam algumas peculiaridades que precisam ser ressaltadas.

Em geral, os homens estão mais satisfeitos com seus corpos e os percebem com menos distorção.¹⁰ Eles tendem a se considerar com sobrepeso quando estão cerca de 15% acima do peso que as mulheres já consideram sobrepeso.⁹ Num estudo recente, somente 2% dos homens se percebiam erroneamente com sobrepeso, enquanto 40% das mulheres percebiam um excesso de peso inexistente.¹⁸ Essas diferenças justificam especulações sobre a contribuição dos fatores culturais para o desenvolvimento dos TA em homens e mulheres que, entretanto, fogem ao escopo do presente trabalho. As distorções acentuadas da imagem corporal no sentido inverso – i.e., quando o paciente relata excessiva preocupação com o volume e a musculatura do corpo e, mesmo estando forte, percebe-se pequeno são características da dismorfia muscular.

Além disso, ao contrário das mulheres que estão mais preocupadas com o peso, os homens relatam maior preocupação com a forma física e a massa corporal. Pacientes bulímicos, em especial, expressam uma preocupação com a imagem corporal mais no sentido de se obter uma aparência masculina do que pelo desejo de serem magros. Relatam vontade de ganhar peso, aumentar o tamanho do corpo. Contudo, isso não significa que querem ficar gordos, o que lhes causa grande medo. Buscam, especificamente, um aumento da massa muscular, com o chamado torso em

forma de V. Por isso, fazem mais exercícios físicos.^{14,19}

Outra diferença significativa entre os gêneros refere-se ao fato de os homens usarem menos laxantes e pímulas para emagrecer do que as mulheres. Acredita-se que o fato esteja relacionado ao metabolismo masculino, que faz com que os homens tenham maior facilidade para perder peso sem ter de recorrer a medicamentos e fórmulas “milagrosas”.^{7,18}

Ainda, diferente das mulheres, os pacientes masculinos geralmente apresentam um relacionamento difícil com o pai.²³ Esses pacientes começariam a fazer dieta como o propósito de não ficar parecidos com o progenitor.⁴ Longas relações familiares negativas, particularmente quando relacionadas a experiências de agressões físicas e abuso sexual, também podem elevar o risco de um TA.^{4,24}

Quanto às comorbidades, os TA em homens freqüentemente estão associados a outros transtornos psiquiátricos, especialmente depressão e abuso de álcool e drogas,^{7,8,15,17} tal como ocorre com o sexo feminino. Cabe notar que é maior o índice de tentativa de suicídio entre homens,⁸ além de apresentarem risco significativamente mais elevado de comorbidade com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.²⁷ A comorbidade com transtornos da personalidade no sexo masculino costuma ser semelhante a do feminino.⁴ No que diz respeito aos traços de personalidade, adolescentes do sexo masculino com sintomas bulímicos crônicos apresentam mais perfeccionismo e desconfiança interpessoal do que mulheres com quadro de mesma gravidade.²⁸

Com relação às complicações médicas, pacientes masculinos com AN sofrem mais rapidamente de problemas circulatórios decorrentes de desidratação. Isso pode estar relacionado ao fato de as meninas terem mais gordura corporal, o que as protegeria da desidratação.²⁹ Além disso, homens com AN e, sobretudo BN, apresentam maior perda óssea do que as pacientes do sexo feminino com os mesmos distúrbios.³⁰

Dificuldades diagnósticas

Vários fatores contribuem para diminuir o número de diagnósticos de TA em homens. Entre eles estão os motivos que levam os homens a fazer dieta, que podem parecer razoáveis e até medicamente plausíveis. No sexo masculino os TA são mais freqüentes em atletas, especialmente entre aqueles cujo esporte exige um rígido controle de peso. Outras vezes, a dieta é iniciada defensivamente, após uma contusão, para impedir ganho de peso em decorrência da inatividade física.⁴

A necessidade de fazer uma rigorosa dieta a fim de evitar uma doença da qual esteja sofrendo o pai, ou algum outro parente, é outro motivo apresentado com freqüência por homens com TA. O paciente personaliza um conselho dado ao familiar e faz dieta

defensivamente, para evitar a possibilidade de ter a mesma doença. Isso ocorre principalmente quando o diagnóstico refere-se a doenças cardíacas, diabetes, ou obesidade.³ Já as mulheres com TA raramente começam a fazer dieta por medo de doenças médicas, presentes ou futuras. Isso leva a pensar que os pacientes masculinos que adotam dietas defensivas para evitar doenças possam ter traços obsessivos, o que ainda não foi confirmado empiricamente.

Também dificultam o diagnóstico de TA os termos que os homens empregam para expressar seus conflitos em relação a tamanho e forma corporais, geralmente diferentes dos usados pelas mulheres. O sexo feminino, por exemplo, relata ter pavor de mudar do manequim 38 para o 42 e, geralmente, quer pesar menos de 50 Kg. Já os homens raramente se queixam do tamanho das roupas que vestem ou do número de quilos que pesam, mas expressam desejos intensos de perder a flacidez e de ter um corpo forte e musculoso.

Outra dificuldade refere-se a um claro viés de gênero presente no DSM-IV.³¹ Tal classificação requer, para o diagnóstico de AN, três meses de amenorréia em mulheres, sem que haja um requerimento análogo para homens. A CID-10 minorra este problema ao pedir “um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como perda de interesse e potência sexuais”.³² Isso remove o viés de gênero, mas não resolve a questão. As alterações endócrinas da AN em homens não têm manifestações semelhantes à amenorréia das mulheres.³ Homens com AN apresentam queda dos níveis de testosterona, o que causa uma diminuição gradual no desejo e no desempenho sexual. Assim, o critério seria mais adequado para os homens se exigisse a diminuição (e não a perda) do impulso ou do funcionamento sexual, ou a redução dos níveis de testosterona comprovada laboratorialmente.

Por fim, os instrumentos utilizados para investigar os TA também apresentam “bias” de gênero. Tanto testes de “screening”, como o EAT, quanto 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.²¹

Conclusão

A literatura sobre transtornos alimentares em homens é marcada mais por controvérsias e dúvidas do que por fortes evidências. Entretanto, já está claro que muitos são os pontos que podem dificultar e confundir o diagnóstico da anorexia nervosa e da bulimia nervosa no sexo masculino. Os profissionais de saúde devem estar atentos para identificar estas condições graves e ainda pouco reconhecidas.

Referências

1. Keel PK, Klump KL, Leong L, Fulkerson JA. Disordered eating in adolescent males from a school-based sample. *Int J Eat Disord* 1998;23:125-32.
2. Silverman JA. Anorexia nervosa in the male: early historic cases. In: Andersen AE, editor. *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel, Publishers; 1990. p. 3-7.

3. Andersen AE, Holman JE. Males with eating disorders: challenges for treatment and research. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:391-7.
4. Andersen AE. Males with eating disorders. In: Yager J, Gwirtzman HE, Edelstein CK, editors. *Special problems in managing eating disorders*. 1ªed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1992. p. 87-118.
5. Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books; 1973.
6. Crisp AH, Burns T. Primary anorexia nervosa in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. In: Andersen AE, editor. *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel; 1990. p. 77-99.
7. Carlat DJ, Camargo Jr-CA. Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry* 1991;148(7):831-43.
8. Bramon-Bosch E, Troop NA, Treasure JL. Eating disorders in males: a comparison with female patients. *Eur Eat Disorders Rev* 2000;8(4):321-28.
9. Andersen AE. Eating disorders in males. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Publications; 1995. p. 177-82.
10. Woodside DB, Garner DM, Rockert W, Garfinkel PE. Eating disorders in males: insights from a clinical and psychometric comparison with female patients. In: Andersen AE, editor. *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel, Publishers; 1990. p. 100-15.
11. Copperman J. Review of the provision of health care services for men with eating disorders. United Kingdom: Eating Disorders Association; 2000.
12. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry* 2000;157(1):1-39.
13. Andersen AE. Eating disorders in gay males. *Psychiatric Annals* 1999;29:206-12.
14. Andersen AE, Cohn L, Holbrook T, editors. *Making weight: men's conflicts with food, weight, shape & appearance*. Carlsbad: Gürze Books; 2000.
15. Carlat DJ, Camargo Jr CA, Herzog DB. Eating disorders in males: report on 135 patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1127-32.
16. McNulty PA. Prevalence and contributing factors of eating disorders among active duty navy men. *Mil. Med* 1997;162(11):753-8.
17. Woodside B, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, 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;158:570-4.
18. Braun DL, Sunday SR, Huang A, Halmi KA. More males seek treatment for eating disorders. *Int J Eat Disord* 1999;25(4):415-24.
19. Gupta MA. Concerns about aging and a drive for thinness: a factor in the biopsychosocial model of eating disorders? *Int J Eat Disord* 1995;18:351-7.
20. Olivardia R, Pope Jr-HG, Hudson JI. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2000;157(8):1291-6.
21. Andersen AE. Gender-related aspects of eating disorders: a guide to practice. *J Gend Specif Med* 1999;2(1):47-54.
22. Heffernan K. Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nervosa: a review. *Int J Eat Disord* 1994;16:335-47.
23. Herzog DB, Bradburn IS, Newman K. Sexuality in males with eating disorders. In: Andersen AE, editor. *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel; 1990. p. 40-53.
24. Kinzl JF, Mangweth B, Traweger CM, Biebl W. Eating-disordered behavior in males: the impact of adverse childhood experiences. *Int J Eat Disord* 1997;22:131-8.
25. Eliot AO, Baker CW. Eating disordered adolescent males. *Adolescence* 2001;36(143):535-43.
26. Fassino S, Abbate-Daga G, Leombruni P, Amianto F, Rovera G, Rovera GG. Temperament and character in Italian men with anorexia nervosa: a controlled study with the temperament and character inventory. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:788-94.
27. Striegel-Moore RH, Garvin V, Dohm F, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *Int J Eat Disord* 1999;25(4):399-404.
28. Joiner Jr-TE, Katz J, Heatherton TF. Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *Int J Eat Disord* 2000;27(2):191-7.
29. Jonsson PH. A study of patients with anorexia nervosa in Gavleborg. More boys than girls required intensive care. *Läkartidningen* 2001;42:4578-82.
30. Andersen AE, Watson T, Schlechte J. Osteoporosis and osteopenia in men with eating disorders. *Lancet* 2000;355:1967-8.
31. American Psychiatric Association [DSM-IV]. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
32. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Correspondência: Alexandra M. Araújo

Av. das Américas, 4200/B.9/214A Barra da Tijuca - 22640-102 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Tel.: (0xx21) 3150-2631 Fax: (0xx21) 2434-0061 - E-mail: amajo@globocom