

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM RAPAZES: QUE DIFERENÇAS?

EATING DISORDERS IN BOYS: WHAT ARE THE DIFFERENCES?

Rita Moinho¹, Inês Dias², Alexandra Luz², Pascoal Moleiro²

1. Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

2. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Leiria Pombal

Acta Pediatr Port 2014;45:124-129

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders (ED) are less common in adolescent males. Underestimation often leads to a delayed diagnosis. The objectives of this study were to characterize male adolescents with ED and to compare them with female adolescents.

Methods: In this cross-sectional analytical study, data were collected retrospectively from the medical records of each adolescent followed with ED between 2005 and 2011. The ED definition was that of the DSM-IV. We analyzed age at symptom onset and at medical appointment, weight, height, diet and compensatory behaviours, symptoms, psychopathology, background, follow-up and ED type.

Results: A total of 68 adolescents were included, 15% male. Median age of first symptoms in boys was 14.1 +/- 1.3 years and 13.8 +/- 1.7 years in girls. Forty percent of males had anorexia nervosa (AN) and 60% eating disorder not otherwise specified (ED NOS). Among adolescent females, 25.8% had AN, 8.6% had bulimia nervosa and 65.6% had ED NOS. Eighty percent of boys had a distorted body image compared to 56% of girls. Increased physical activity was more prevalent in boys ($p=0.03$) as the only compensatory behaviour. Boys showed fewer somatic complaints ($p=0.002$).

Conclusions: A lower incidence of ED was confirmed in males. As in girls, ED NOS was the most frequent ED type. The main differences in boys were more frequent distorted body image, exclusive use of excessive physical activity as a compensatory behaviour and fewer somatic complaints.

Keywords: eating disorders; male; adolescent.

RESUMO

Introdução: As perturbações do comportamento alimentar são menos frequentes no género masculino. A sua subvalorização leva frequentemente a atraso no diagnóstico.

O objetivo do presente estudo foi caracterizar adolescentes do género masculino com perturbações do comportamento alimentar e compará-los com os do género feminino.

Métodos: Estudo transversal analítico com colheita retrospectiva. Consulta de processos clínicos de adolescentes seguidos por perturbações do comportamento alimentar, entre 2005 e 2011. As variáveis analisadas foram a idade inicial da clínica e consulta, somatometria, comportamentos alimentares e compensatórios, sintomas, psicopatologia, antecedentes, acompanhamento e tipo de perturbação.

Resultados: Incluíram-se 68 adolescentes, 10 (15%) do género masculino. A idade média dos primeiros sintomas neste género foi $14,1 \pm 1,3$ anos e no género feminino foi $13,8 \pm 1,7$ anos. Dos rapazes, 40% tinham anorexia nervosa e 60% perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação. Das 58 (85%) raparigas, 25,8% tinham anorexia nervosa, 8,6% bulimia nervosa e 65,6% perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação. A distorção da imagem corporal estava presente em 80% dos rapazes e 56% das raparigas. Nos primeiros, o aumento da atividade física foi mais frequente ($p=0,03$), sem outros comportamentos compensatórios e apresentaram menos queixas somáticas ($p=0,002$).

Conclusões: Incluíram-se 68 adolescentes, 10 (15%) do género masculino. A idade média dos primeiros sintomas neste género foi $14,1 \pm 1,3$ anos e no género feminino foi $13,8 \pm 1,7$ anos. Dos rapazes, 40% tinham anorexia nervosa e 60% perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação. Das 58 (85%) raparigas, 25,8% tinham anorexia nervosa, 8,6% bulimia nervosa e 65,6% perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação. A distorção da imagem corporal estava presente em 80% dos rapazes e 56% das raparigas. Nos primeiros, o aumento da atividade física foi mais frequente ($p=0,03$), sem outros comportamentos compensatórios e apresentaram menos queixas somáticas ($p=0,002$).

Palavras-chave: transtornos da alimentação; masculino; adolescente.

INTRODUÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) constituem uma patologia psiquiátrica que se inicia mui-

tas vezes na adolescência¹. A sua etiologia é multifatorial, com evidência crescente da existência de uma predisposição genética; estudos em famílias apontam para um forte componente genético entre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, havendo uma maior probabilidade de desenvolver estes distúrbios na mesma família do que em controlos. Os genes envolvidos, bem como os mecanismos de ativação, ainda são desconhecidos, mas parecem ser ativados durante a adolescência, em interação com fatores ambientais (socioculturais e individuais)¹⁻⁶.

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um aumento na incidência e prevalência das PCA no período da adolescência^{1,2,7}, sendo a terceira doença crónica mais comum nesta faixa etária, depois da obesidade e da asma^{4,7,8}.

Na sociedade ocidental, em adolescentes do género feminino, a prevalência estimada da anorexia nervosa é de 0,4% e da bulimia nervosa é de 1% a 2%. Relativamente ao total de casos de PCA, mais de 5% a 10% ocorrem no género masculino². Existe ainda um grande número de adolescentes que, apesar de não cumprir os critérios da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition) (DSM-IV) para uma PCA específica, apresenta comportamentos alimentares inapropriados, sendo então incluídos nas PCA sem outra especificação (SOE)^{2,7,9}. As PCA SOE são mais frequentes do que as específicas na população adolescente, estando a sua prevalência referida em 0,8% a 14% nesta faixa etária^{2,7,8,10-12}. Esta patologia tem menor incidência no género masculino, com uma relação que varia de um para seis a um para vinte^{3,7,9,13-16}. Recentemente tem-se assistido a uma prevalência crescente nos rapazes e, progressivamente, em idades mais jovens^{1,2,11,13,17}. Estima-se, atualmente, que o género masculino represente 1% a 10% dos casos de anorexia nervosa e 5% a 15% dos casos de bulimia nervosa^{1,3,13,15}.

Em geral, os estudos indicam que as manifestações clínicas das PCA são semelhantes em ambos os géneros^{11-15,18}. Tal como a população do género feminino, também os rapazes se apresentam com uma distorção da imagem corporal. No entanto, neste género a preocupação centra-se mais no ganho de massa muscular do que em perder massa gorda^{1,13,14,18-20}. Assim, no género masculino, a atividade física é mais pronunciada e há menor recurso a comportamentos purgativos em comparação com as raparigas^{1,13,14}. Quanto a comorbilidades, os rapazes com PCA apresentam mais frequentemente distúrbios psiquiátricos associados, especialmente depressão, transtornos psicóticos e abuso de substâncias como álcool e drogas^{11,13-15,21}. Está ainda descrito que a taxa de suicídio em doentes com PCA é maior no género masculino¹⁴.

São considerados fatores de risco para desenvolver PCA

no género masculino: antecedentes de excesso de peso ou obesidade, traços de personalidade obsessivos e perfeccionistas, atraso pubertário, distúrbios de identidade sexual ou homossexualidade já definida, *bullying* ou experiência traumática na infância e prática de desporto que exija um controlo rígido do peso^{1,4,13-16,18}.

Apesar de se manifestar de forma semelhante em ambos os géneros, a doença é subdiagnosticada no género masculino, sendo genericamente considerada como “uma doença própria das mulheres”^{1,3,14,19}. Este facto leva a um maior atraso no diagnóstico e no tratamento nos rapazes, o que poderá cursar com pior prognóstico^{14,18}.

Globalmente, as estratégias de tratamento poderão aplicar-se nas PCA em ambos os géneros, tendo, no entanto, diferentes abordagens no que se refere à imagem corporal desejada e a fatores nutricionais^{13,14}.

Este estudo teve como objetivos caracterizar os adolescentes do género masculino com PCA e compará-los com os do género feminino.

MÉTODOS

Estudo transversal analítico com colheita retrospectiva de dados. Foi efetuada a análise de processos clínicos dos adolescentes seguidos por PCA na consulta de medicina do adolescente, entre agosto de 2005 e novembro de 2011. No processo clínico de cada adolescente está incluída uma ficha de caracterização (questionário de primeira consulta de medicina do adolescente), que cada um, uma vez garantida a confidencialidade, preenche sozinho de forma privada. Trata-se de um questionário de caracterização validado, que permite uma avaliação biopsicossocial de cada adolescente.

Foram analisados os seguintes dados: idade de início da clínica e primeira consulta, somatometria, comportamentos alimentares (restrição e compulsão alimentar) e compensatórios (aumento da atividade física basal, indução de vômito, uso de diuréticos, laxantes ou outros produtos de emagrecimento), queixas somáticas, alterações no exame objetivo, perturbações psiquiátricas, antecedentes pessoais e familiares de risco, acompanhamento multidisciplinar (pediatria, pedopsiquiatria, psicologia, dietética e enfermagem) e tipo de distúrbio alimentar.

Pela ficha de caracterização de primeira consulta, foi possível avaliar a satisfação corporal de cada um, bem como comportamentos de restrição alimentar. Quando houve resposta afirmativa a pelo menos uma das perguntas “Achas-te muito gordo(a)?” e “Há partes do teu corpo das quais não gostas?” considerou-se estar presente insatisfação corporal. Avaliaram-se ainda as

respostas às perguntas “Estás a fazer algum tipo de dieta alimentar?” e “Acontece-te muitas vezes não fazer certas refeições?” tendo-se considerado existir restrição alimentar perante a resposta afirmativa a pelo menos uma destas questões. Por último, definiram-se adolescentes com “distorção da imagem corporal” os que afirmaram considerarem-se gordos(as) apesar de terem sempre tido índice de massa corporal (IMC) < P85 (ou seja, não tendo antecedentes pessoais de excesso de peso ou obesidade).

Como fator de risco familiar para a ocorrência de PCA, considerou-se uma “família disfuncional” quando existiam antecedentes de violência doméstica assistida pelos adolescentes, conflitos parentais ou familiares frequentes ou problemas como alcoolismo ou abuso de substâncias por parte de familiares presentes.

Considerou-se excesso de peso um valor para o IMC \geq P85 e < P95 e obesidade nos casos de IMC \geq P95. Para determinar o peso alvo dos adolescentes, calculou-se o peso correspondendo ao IMC no P50 para a idade e género, utilizando a seguinte fórmula: peso alvo (kg) = IMC no P50 (kg/m²) x estatura (metros)².

Nos adolescentes com PCA, foi utilizada uma abordagem sistémica e/ou cognitivo-comportamental.

Utilizaram-se os critérios de diagnóstico da DSM-IV para definir os tipos de PCA (critérios em vigor à data da recolha dos dados).

O tratamento estatístico foi realizado com o programa PASW Statistics 18[®]. Foi definida significância estatística para valores de $p < 0,05$.

As variáveis comparadas entre géneros foram: idade inicial da clínica e da primeira consulta (e tempo decorrente entre ambas), somatometria e variação ponderal ao longo do seguimento, comportamentos alimentares e compensatórios, queixas somáticas, alterações no exame físico, fatores de risco pessoais e familiares de PCA, distorção da autoimagem e satisfação corporal, acompanhamento multidisciplinar (incluindo abandono da consulta e necessidade de internamento).

Para análise das variáveis contínuas utilizámos o teste t-student e das variáveis categóricas o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher.

O levantamento e a consulta dos processos clínicos individuais foram feitos respeitando a confidencialidade de cada adolescente e após aprovação do Diretor de Serviço. A recolha de dados respeitou os princípios éticos e deontológicos previstos na Declaração de Helsínquia e foi aprovada pela comissão de ética hospitalar.

RESULTADOS

Durante o período abrangido pelo estudo foram seguidos 68 adolescentes por PCA. Destes, dez (15%) eram do género masculino (M) e 58 (85%) eram do género feminino (F). O início da sintomatologia ocorreu em média no género M aos 14,1 anos, com um mínimo aos 10 anos e quatro meses e máximo aos 16 anos. No género F, a idade de início da clínica foi em média de 13,8 anos, com um mínimo aos nove anos e meio e máximo aos 16 anos e meio. A idade média na primeira consulta foi de 15,4 anos no género M e 14,5 anos no género F. Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação de géneros quanto à idade inicial da clínica ($p=0,8$) nem idade de primeira consulta ($p=0,31$). O tempo médio até a primeira consulta foi de um ano (média) no género M e meio ano no género F, sem diferença significativa ($p=0,57$).

A distribuição do tipo de PCA por género é indicada na Tabela 1.

Apresentavam antecedentes de excesso de peso ou obesidade 20% dos rapazes em comparação com 41% das raparigas ($p=0,3$). Ao longo do seguimento em consulta, atingiram um peso mínimo inferior a 85% do peso-alvo 40% dos rapazes e 25% das raparigas ($p=0,71$). A média da variação percentual do peso foi de 22% no género M e de 16% no género F ($p=0,135$).

No género M, 80% mostraram ter distorção da imagem corporal (todos se consideravam gordos, mas só dois é que tinham antecedentes de excesso de peso ou obesidade) comparativamente a 56% do género F ($p=0,21$). Com insatisfação corporal apresentaram-se 100% dos rapazes e 83% das raparigas ($p=0,512$). A Tabela 2 refere a comparação entre os comportamentos alimentares nos dois géneros.

Tabela 1. Distribuição dos tipos de perturbações do comportamento alimentar por género

Tipo de PCA	Masculino (n=10)		Feminino (n=58)	
	n	%	n	%
Anorexia nervosa	4	40,0	15	25,9
Bulimia nervosa	0	0,0	5	8,6
PCA SOE	6	60,0	38	65,5

PCA: perturbação do comportamento alimentar; PCA SOE: PCA sem outra especificação.

Tabela 2. Comparação dos comportamentos alimentares e compensatórios dos adolescentes com perturbações do comportamento alimentar por género

Comportamentos	Masculino (n=10)		Feminino (n=58)		p
	n	%	n	%	
Restrição alimentar	9	90,0	58	100	0,15
Aumento da atividade física	9	90,0	29	50,0	0,03
Comportamentos compensatórios					
Vómitos	0	0,0	3	5,1	0,6
Produtos de emagrecimento, laxantes, diuréticos	0	0,0	2	3,4	0,7

Foi referida em consulta pelo menos uma queixa somática em 50% dos rapazes e 93% das raparigas (p=0,002), conforme referido na Tabela 3.

Verificou-se seguimento em consulta de pedopsiquiatria do hospital em 60% dos rapazes e 72% das raparigas (p=0,426). O uso de fármacos psicotrópicos, nomeadamente antidepressivos e ansiolíticos, foi referido por 40% dos rapazes e 48% das raparigas. Frequentaram consulta de nutrição 70% dos rapazes e 65% das raparigas (p=0,893) e consulta de psicologia 50% dos rapazes e 26% das raparigas (p=0,122).

Relativamente ao acompanhamento em ambulatório, 50% dos rapazes abandonaram as consultas, o mesmo acontecendo com 26% das raparigas (p=0,26).

Houve necessidade de internamento (em outra unidade hospitalar) em 20% dos rapazes e em 15,5% das raparigas (p=0,66).

Os dois géneros não diferiram significativamente na presença de fatores de risco pessoais ou familiares para PCA (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Neste estudo confirmou-se a menor frequência de PCA no género masculino entre os adolescentes seguidos em consulta, ainda assim com uma frequência não desprezível e que está de acordo com a descrita em outras séries^{3,7,9,13-16}. Por se tratar de uma patologia mais associada ao género feminino, é subvalorizada no masculino, havendo ainda poucos estudos sobre este assunto nos rapazes.

Tabela 3. Comparação da apresentação clínica dos adolescentes com perturbações do comportamento alimentar por género

Apresentação clínica	Masculino (n=10)		Feminino (n=58)		p
	n	%	n	%	
Queixas somáticas (uma ou mais entre as seguintes: obstipação, cefaleias, mialgias, baixa tolerância ao frio, tonturas, astenia)	5	50,0	54	93,1	0,002
Alterações exame objetivo (uma ou mais entre as seguintes: lanugo, bradicardia, unhas quebradiças, extremidades frias, hipotermia)	5	50,0	29	50,0	1

Tabela 4. Comparação dos fatores de risco dos adolescentes com perturbações do comportamento alimentar por género

Fatores de risco	Masculino (n=10)		Feminino (n=58)		p
	n	%	n	%	
Antecedentes de excesso de peso/obesidade	2	20,0	24	41,4	0,3
Fatores de risco pessoais					
Desporto alta competição	2	20,0	3	5,2	0,157
Outra patologia psiquiátrica	4	40,0	28	48,3	0,74
Antecedentes familiares de PCA	1	10,0	3	5,2	0,48
Fatores de risco familiares					
Antecedentes familiares de patologia psiquiátrica	5	50,0	15	25,9	0,13
Família disfuncional	3	30,0	33	56,8	0,17

PCA: perturbação do comportamento alimentar.

Alguns estudos referem um início mais tardio da clínica das PCA no género masculino, o que pode estar relacionado com o facto de a puberdade se iniciar mais tarde nos rapazes¹³. Este facto não se confirmou no nosso estudo, em que a idade média foi muito próxima nos dois géneros (14,1 anos nos rapazes e 13,8 anos nas raparigas). O tempo médio desde os primeiros sinais de doença até à primeira consulta médica não foi significativamente diferente nos dois géneros, embora tendencialmente superior nos rapazes; isto pode justificar-se por haver uma subvalorização da doença no género masculino, menor sensibilização dos profissionais de saúde e, em consequência, maior dificuldade na deteção e encaminhamento precoce dos casos.

Registou-se uma frequência de anorexia nervosa superior à de bulimia nervosa, o que difere da maioria da informação descrita na literatura, mas é semelhante ao referido num estudo publicado¹. Este facto pode relacionar-se com o facto de a amostra estudada ser mais jovem do que a descrita na maioria dos estudos e, como tal, numa idade em que os comportamentos restritivos são mais frequentes do que os purgativos.

Em 20% dos rapazes havia história de excesso de peso ou obesidade prévias, ainda assim em percentagem inferior ao descrito em outras séries¹. Verificou-se uma tendência para ocorrer maior distorção da imagem corporal e insatisfação corporal no género masculino, o que deve preocupar os profissionais de saúde por estar provavelmente relacionado com pior adesão ao tratamento e consequentemente pior prognóstico em relação às raparigas.

Quando avaliados os comportamentos alimentares e compensatórios típicos desta patologia, pode confirmar-se o descrito em vários estudos: as manifestações clínicas das PCA são semelhantes em ambos os géneros^{11-15,18}. Verificou-se que a principal diferença entre os géneros foi no aumento da atividade física basal no género masculino (em relação à que tinham antes do início da doença), que esteve presente em 90% dos rapazes, valor superior ao relatado em outras séries¹. Este foi o único comportamento compensatório verificado no género masculino, não tendo sido referido o uso de produtos de emagrecimento, laxantes ou indução de vômito. É de realçar que a restrição alimentar foi muito semelhante nos dois géneros (90% no género M e 100% no F). No género masculino, a perfeição corporal está relacionada com o aumento da massa muscular, o que os leva a ser mais obsessivos em relação ao aumento da atividade física do que à restrição alimentar ou ao uso de diuréticos ou laxantes para controlo ponderal^{1,13,14}.

Na apresentação clínica, as queixas somáticas foram significativamente menos frequentes no género masculino.

Este aspeto não é habitualmente referido em outros estudos, o que poderá explicar-se pela maior resistência dos rapazes a referirem variações ponderais ou por vergonha em admitirem queixas somáticas.

Idealmente, pretendia-se que o seguimento em consulta de pedopsiquiatria tivesse ocorrido em todos os doentes, no entanto, houve recusa por parte de algumas famílias e alguns jovens já seguidos no exterior. Ao contrário do relatado em alguns estudos, não se verificou maior incidência de psicopatologia nem uso de psicofármacos no género masculino^{11,13-15,21}. O abandono da consulta ocorreu em metade dos rapazes, o que pode traduzir maior dificuldade de adesão ao tratamento neste género¹⁴.

Não foi possível avaliar de forma retrospectiva alguns fatores de risco de PCA, nomeadamente a orientação sexual e traços de personalidade.

Em ambos os géneros, a presença de fatores de risco foi estatisticamente semelhante; no entanto, em metade dos rapazes com PCA havia história de distúrbios psiquiátricos na família em comparação com 24% das raparigas. A presença de família disfuncional como fator de risco foi marcante em ambos os géneros (30% no masculino e 57% no feminino), reforçando a relação entre o crescer num ambiente familiar desfavorável e o surgimento de psicopatologia.

Este estudo apresenta algumas limitações: a natureza retrospectiva, não permitindo ter controlo sobre todas as variáveis; uma amostra pequena de elementos do género masculino com influência nos resultados estatísticos obtidos. São necessários mais estudos no futuro que permitam tirar conclusões definitivas.

Em conclusão, as PCA foram menos frequentes no género masculino e, como principais diferenças em relação ao género feminino, encontraram-se: maior distorção da imagem corporal e de peso inferior a 85% do peso alvo, uso exclusivo da atividade física excessiva como comportamento compensatório e a menor percentagem de queixas somáticas. O abandono da consulta foi superior nos rapazes, o que deve ser encarado como um desafio para o desenvolvimento de estratégias específicas na abordagem por género, motivando os jovens e integrando-os no processo de tratamento.

As PCA são patologias com comorbilidades relevantes, com possível desfecho fatal, sendo crucial a sensibilização dos profissionais de saúde igualmente para o género masculino, de forma a possibilitar um diagnóstico o mais precoce possível.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

APRESENTAÇÕES PRÉVIAS E PRÉMIOS

Trabalho apresentado como comunicação oral no 6º Congresso Nacional de Medicina do Adolescente (Coimbra, 16 a 18 de maio de 2012).

CORRESPONDÊNCIA

Rita Moinho
ritamoinho@gmail.com

Recebido: 12/04/2014

Aceite: 22/05/2014

REFERÊNCIAS

- Salas F, Hodgson MI, Figueroa D, Urrejola P. Características clínicas de adolescentes de sexo masculino com transtornos de la conducta alimentaria. Estudio de casos clínicos. *Rev Med Chile* 2011;139:182-188.
- Rosen DS and the Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics* 2010;126:1239-1253.
- Dominé F, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Disordered eating behaviors: what about boys? *J Adolesc Health* 2009;44:111-117.
- Jurado LP, Correa JM, Delgado AM, Contreras MA, Camacho JF, Ortiz DA, et al. Transtornos de la conducta alimentaria en niños e adolescentes. *MedUNAB* 2009;12:129-143.
- Bulik CM. Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *J Psychiatry Neurosci* 2005;30:335-339.
- Mazzeo S, Bulik C. Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:1-15.
- Bacalhau S, Moleiro P. Perturbações do comportamento alimentar em adolescentes: o que procurar? *Acta Med Port* 2010; 23: 777-784.
- Robinson A, Boachie A, Lafrance GA. Assessment and treatment of pediatric eating disorders: a survey of physicians and psychologists. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;21:45-52.
- Hudson L, Court A. What paediatricians should know about eating disorders in children and young people. *J Paediatr Child Health* 2012;48:869-875.
- Smink F, Hoeken D, Hoek H. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14:406-414.
- Woodside D, Garfinkel P, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Golbloom 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;158:570-574.
- Baum A. Eating disorders in the male athlete. *Sports Med* 2006;36:1-6.
- Núñez-Navarro A, Agüera Z, Krug I, Jiménez-Murcia S, Sánchez I, Araguz N, et al. Do men with eating disorders differ from women in clinics, psychopathology and personality? *Eur Eat Disord Rev* 2012;20:23-31.
- Melin P, Araújo A. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:73-76.
- Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1127-1132.
- Boulé CJ, McSherry JA. Patients with eating disorders. How well are family physicians managing them? *Can Fam Physician* 2002;48:1807-1183.
- Rome ES. Eating disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2012;42:28-44.
- Darcy AM, Doyle AC, Lock J, Peebles R, Doyle P, Le Grange D. 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.
- National Institute of Mental Health. Eating Disorders. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/index.shtml>. Accessed in January 8th 2013.
- Petroski E, Pelegrini A, Glaner M. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17:1071-1077.
- 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;39:800-805.