

# A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas

The impact of eating disorders as a comorbidity on psychoactive drug-dependent women seeking care

SILVIA BRASILIANO<sup>1</sup>  
PATRICIA B. HOCHGRAF<sup>2</sup>

## Resumo

A associação entre transtornos alimentares e dependência de substâncias é freqüente na prática clínica. Apesar de já existirem dados sugestivos de que essa associação possa sinalizar maior severidade nos distúrbios psiquiátricos e clínicos das pacientes, poucas pesquisas avaliaram sua influência no tratamento. Oitenta mulheres dependentes de álcool e drogas que procuraram tratamento em um programa exclusivo para mulheres foram avaliadas por meio da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID), do ASI, e de um questionário padronizado para a coleta de dados sociodemográficos e relativos ao uso de substâncias psicoativas. As 27 (33,75%) pacientes que tinham transtornos alimentares presentes (grupo com TA) foram comparadas com as 53 (66,25%) que não tinham essa comorbidade (grupo sem TA). Os resultados mostraram que o grupo com TA teve problemas com drogas de maneira mais precoce, era significativamente mais jovem e tinha maior severidade no uso destas que o grupo sem TA. As diferenças encontradas, bem como a alta prevalência dos transtornos alimentares não formais, enfatizam a importância de uma avaliação detalhada dos transtornos alimentares em pacientes dependentes de substâncias psicoativas que buscam tratamento. A fim de planejar abordagens terapêuticas efetivas, essas diferenças e, principalmente, a influência da comorbidade entre transtornos alimentares e dependência de substâncias psicoativas no tratamento da dependência química precisam ser investigadas no futuro.

Palavras-chave: Mulheres, dependência de substâncias psicoativas, transtornos alimentares, comorbidade.

**Recebido: 20/03/2006 - Aceito: 27/03/2006**

<sup>1</sup> Psicóloga. Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora administrativa do Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (Promud) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq-HC-FMUSP).

<sup>2</sup> Médica psiquiatra. Doutora em Psiquiatria pela FMUSP. Coordenadora médica do Promud do IPq-HC-FMUSP.

Endereço para correspondência: Sílvia Brasiliano, Rua João Moura, 647 – cj. 191 – 05412-911 – São Paulo/SP. Fone/Fax: (11) 3082-1876. E-mails: promud@hcnet.usp.br e brasiliano@acnet.com.br

## Abstract

The co-occurrence of eating disorders and substance use disorders is frequent in clinical settings. Although there are some data suggesting that this co-occurrence may signal greater psychiatric disturbances and greater medical risks, few studies have evaluated its impact on treatment course. Eighty drug dependent women who had sought treatment in a substance use gender-responsive program were assessed with the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders, The Addiction Severity Index and a standardized questionnaire for demographics and psychoactive substance use variables. The 27 (33.75%) patients who had current eating disorders (ED group) were compared to the 53 (66.25%) patients who did not have such comor-

bidity (WED group). Results showed that the ED group had drug related problems earlier in life, was significantly younger and had higher drug related severity than the WED group. The differences observed between the groups and the higher prevalence of eating disorders not otherwise specified underscore the importance of a thorough evaluation of eating disorders in patients with substance use disorders seeking treatment. In order to plan effective therapeutic approaches these differences and moreover the comorbidity between eating disorders and substance use disorders in the course of substance abuse treatment need to be further investigated.

Key-words: Women, substance use disorders, eating disorders, comorbidity.

## Introdução

Nas últimas duas décadas, inúmeras pesquisas comparativas entre os gêneros têm demonstrado que homens e mulheres dependentes de substâncias psicoativas apresentam características e necessidades de tratamento próprias e diferenciadas (Stein e Cyr, 1997; Walter *et al.*, 2003). Foi nesta linha que, em 2000, McMahon e Luthar afirmaram que seria fundamental mudar o foco das pesquisas. Para esses autores, os estudos deveriam dirigir-se mais para o conhecimento das diferenças entre as mulheres do que para a comparação de suas características com as dos homens.

Mulheres dependentes de substâncias psicoativas provavelmente não constituem um grupo homogêneo, e sugere-se que perfis específicos podem estar relacionados a respostas diferentes ao tratamento (Brady e Randall, 1999; Hochgraf e Andrade, 2004).

No sentido de delimitar subgrupos, a pesquisa da comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e outros transtornos psiquiátricos tem sido considerada uma ferramenta particularmente útil, pois permite caracterizar fontes de heterogeneidade intra-grupos (Jackson *et al.*, 2000; Brasiliano, 2005).

Além disso, a comorbidade influencia a apresentação, a permanência e a evolução dos pacientes dependentes em tratamento (Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 2005). No entanto, enquanto alguns estudos observaram que a associação com a maioria dos transtornos psiquiátricos prediz pior evolução (Brown *et al.*, 2002; Green *et al.*, 2002), outros apontaram até uma relação inversa (Compton *et al.*, 2003). Algumas pesquisas indicaram, ainda, que ela não tem influência na resposta ao tratamento (Brasiliano, 2005).

Desde que Russell (1979), em sua primeira descrição de bulimia nervosa, observou que as pacientes com transtornos alimentares tendiam a abusar de álcool e drogas, sistemáticos estudos de pesquisa têm demonstrado que a associação entre transtornos alimentares

e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas é comum tanto em mulheres dependentes de álcool e/ou drogas como em mulheres com transtornos alimentares (Grilo *et al.*, 1995a; 1995b; Sinha *et al.*, 1996; Grilo *et al.*, 2002; Center on Addiction and Substance Abuse [CASA], 2003). Contudo, ainda que freqüente na prática clínica, essa associação é geralmente pouco estudada, subdiagnosticada e subtratada (Sinha e O'Malley, 2000; American Psychiatric Association [APA], 2005; CSAT, 2005).

Com exceção de um único estudo (Specker *et al.*, 2000), os poucos dados existentes sugerem que quando transtornos alimentares e dependência de substâncias psicoativas apresentam-se em conjunto, há maior severidade nos distúrbios psiquiátricos e clínicos das pacientes. Em relação às alcoolistas, pesquisas indicaram que a presença dessa associação determina um perfil com características sociodemográficas, sintomas e evolução clínica diferente e, provavelmente, mais grave (Lacey e Moureli, 1986; Suzuki *et al.*, 1993). Quanto às dependentes de drogas, Cochrane *et al.* (1998) verificaram que o uso de substâncias psicoativas pode estar relacionado ao controle do apetite e do peso.

Sob esta perspectiva e tendo em vista que a comorbidade entre esses dois transtornos atinge taxas de cerca de 40% (Holderness *et al.*, 1994) – 31% em um estudo brasileiro (Brasiliano e Hochgraf, 2006) –, o presente estudo foi desenhado com o intuito de explorar as particularidades deste subgrupo de mulheres, aprofundando os dados já existentes e buscando parâmetros brasileiros para o problema. A proposta foi comparar dois grupos de pacientes dependentes de substâncias psicoativas, com e sem transtorno alimentar, que procuraram tratamento em um programa especializado para dependência química feminina, e descrever sua apresentação inicial. A meta é que, em longo prazo, a determinação das especificidades possa contribuir para aumentar a eficácia das abordagens de tratamento propostas.

## Métodos

O presente estudo foi realizado no Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (Promud), no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HC-FMUSP).

O Promud é um programa responsivo às necessidades de gênero (United Nations Office on Drug and Crime [UNODC], 2004) que foi criado, em novembro de 1996, como resultado de pesquisas, tanto brasileiras quanto internacionais, que indicavam que mulheres dependentes de substâncias psicoativas obtinham melhores resultados em programas de tratamento exclusivos para elas e que atendessem especificamente às suas particularidades.

Na triagem para esse estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

1. Diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas, segundo o DSM-IV (APA, 1995).
2. Idade igual ou superior a 18 anos.
3. Ter residência fixa na Grande São Paulo.
4. Concordar em participar do estudo.

Foram excluídas as pacientes que apresentavam complicações clínicas ou psiquiátricas graves pelo uso do álcool ou outra droga (por exemplo, *delirium tremens*, hepatite alcoólica, quadros psicóticos) ou tinham diagnóstico de oligofrenia ou demência (APA, 1995). A amostra foi selecionada consecutivamente e composta pelas mulheres que procuraram o Promud de outubro de 1999 a março de 2003. Nesse período, foram triadas pelo Promud 113 pacientes, das quais 93 consentiram em participar do estudo e compareceram à primeira consulta. Deste grupo, 13 pacientes foram excluídas: três tinham complicações psiquiátricas graves, quatro não se mantiveram abstinente por mais de 15 dias durante os dois primeiros meses de tratamento e seis não completaram as avaliações. Assim, a amostra final foi constituída de 80 pacientes.

Todas as pacientes foram avaliadas pelo Protocolo Comum, que é um questionário desenvolvido pelo Sistema de Informações sobre Dependentes de Drogas em Tratamento (SIDET) como forma de padronizar a coleta de dados sociodemográficos, relativos ao uso de substâncias psicoativas e sobre o comportamento sexual (Castel *et al.*, 2001). Utilizou-se também a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID) (Tavares, 1996) e o Addiction Severity Index (ASI) na versão em português, proposta por Formigoni e Castel (2000).

Todos os instrumentos foram aplicados após o período de, no mínimo, 15 dias de abstinência, conforme declaração da própria paciente (Midanik, 1982; Babor *et al.*, 1990; Compton *et al.*, 2003). Esse período foi escolhido baseado nos inúmeros estudos que demonstraram que, após 15 dias de cessação do uso de álcool e/ou outras drogas, é alta a confiabilidade do SCID para o diagnóstico de

comorbidade em dependentes de substâncias psicoativas (Bryant *et al.*, 1992; Compton *et al.*, 2003).

As avaliações foram realizadas na triagem, na primeira consulta ou em qualquer semana, desde que a paciente estivesse abstinente por 15 dias. As pacientes que, no prazo de até dois meses da data da primeira consulta, não atingiram esse tempo de abstinência foram excluídas do presente estudo.

A análise estatística foi realizada por meio do Teste Exato de Fisher para dados categorizados e do Teste *t-Student* para dados contínuos. O nível de significância adotado foi de 5%.

## Resultados

Das pacientes da amostra, 33,75% (n = 27) tinham transtornos alimentares presentes. Destas, a maioria (40,8%) (n = 11) foi diagnosticada como transtorno da compulsão alimentar periódica, 29,6% (n = 8) tinham bulimia nervosa, 22,2% (n = 6) tinham transtornos alimentares sem outra especificação e 7,4% (n = 2), anorexia nervosa.

Para efetuar a comparação, as 80 pacientes foram divididas em dois grupos: com transtornos alimentares (TA) (n = 27) e sem transtornos alimentares (STA) (n = 53).

Como pode ser observado na tabela 1, apesar de cerca de 70% das pacientes sem transtorno alimentar serem dependentes de álcool, em comparação aos aproximados 52% das com transtorno alimentar, a diferença entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa (prob. = 0,571; p = 0,1428).

Entre as pacientes que usavam drogas, a substância mais utilizada foi a cocaína (62,1%), seguida pela maconha (51,7%). Embora não tenham sido verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p > 0,05), depois dessas drogas no grupo STA, as pacientes usavam benzodiazepínicos, heroína e anfetamina (18,8%, 18,8% e 12,5%, respectivamente). Já no grupo TA, a terceira droga mais usada foi a anfetamina, seguida por sedativos e benzodiazepínicos (15,4% e 7,8%, respectivamente).

Não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos na idade de início de consumo, seja de álcool, seja de drogas (F = 1,18; p = 0,323) (Tabela 1). Quanto à idade de início de problemas, o grupo STA que consumia álcool apresentou problemas significativamente mais tarde que o grupo TA que consumia drogas: o primeiro levou cerca de 14 anos para ter problemas relacionados ao álcool, enquanto o grupo TA teve problemas com as drogas em aproximadamente cinco anos (F = 3,34; p = 0,024) (Tabela 1).

As características demográficas podem ser observadas na tabela 2.

O grupo STA que consumia álcool era significativamente mais velho que o grupo que consumia drogas: STA (47,06 x 37,06 anos) e TA (47,06 x 32,08) (F = 7,113; p = 0,0001). Esse último grupo tinha a menor idade ao chegar ao tratamento.

**Tabela 1.** Comparação entre substâncias utilizadas e dados relacionados à idade (idades de início de uso e de início de problemas com álcool e/ou drogas) de 80 pacientes dependentes de substâncias psicoativas com e sem transtornos alimentares.

Características	STA (n = 53)	TA (n = 27)	Estatística	p
<b>Substâncias utilizadas</b>	<b>(n e %)</b>	<b>(n e %)</b>		
Álcool	37 (69,8%)	14 (51,9%)	Prob = 0,0571	n.s. <sup>2</sup>
Drogas <sup>1</sup>	16 (30,2%)	13 (48,1%)		
Cocaína	11 (68,8%)	7 (53,8%)	Prob = 0,2166	n.s. <sup>2</sup>
Maconha	10 (62,5%)	5 (38,5%)	Prob = 0,1329	n.s. <sup>2</sup>
Anfetamina	2 (12,5%)	4 (30,8%)	Prob = 0,1806	n.s. <sup>2</sup>
Benzodiazepínico	3 (18,8%)	1 (7,8%)	Prob = 0,3065	n.s. <sup>2</sup>
Heroína	3 (18,8%)	0 (0%)	----- <sup>3</sup>	----- <sup>3</sup>
Sedativo	1 (6,3%)	2 (15,4%)	----- <sup>3</sup>	----- <sup>3</sup>
Outras <sup>4</sup>	8 (50%)	3 (23,1%)	Prob = 0,1064	n.s. <sup>2</sup>
<b>Idade de início (média/DP)</b>				
Álcool	22,89 ± 9,96	18,57 ± 6,48	F = 1,18	n.s. <sup>2</sup>
Drogas	24,19 ± 7,84	21,92 ± 7,48		
<b>Idade de início do problema (média/DP)</b>				
Álcool	37,03 ± 14,32	28,43 ± 9,07	F = 3,34	0,024
Drogas	30,08 ± 7,46	27,15 ± 10,64		

<sup>1</sup> A soma do tipo de droga é maior do que 100%, já que algumas pacientes usavam mais de um tipo de droga; <sup>2</sup> n.s.: não significativo; <sup>3</sup> -----: o teste estatístico não pôde ser realizado porque o número era muito pequeno; <sup>4</sup> Outros: LSD, hipnóticos, dolantina, metadona, anticolinérgicos, lança-perfume, ecstasy e cola.

Para as outras características, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas. A maioria da amostra era composta por mulheres heterossexuais (prob. = 0,0776; p = 0,5276). Sessenta e cinco por cento não tinham companheiros (prob. = 0,1892; p = 0,8097), embora cerca de 73% tivessem filhos (prob. = 0,1238; p = 0,4206). Perto de 72% das pacientes de ambos os grupos tinham segundo grau ou superior completo (prob. = 0,030; p = 1,000) e um pouco mais de 50% delas estava empregada (prob. = 0,013; p = 0,6464). Essa taxa foi um pouco maior para o grupo TA (55,6% x 49,1%, respectivamente), mas o grupo STA tinha um índice maior de donas de casa (13,3% x 3,9%).

Mais da metade das pacientes nunca tinha feito um tratamento anterior (prob. = 0,1738; p = 0,8138), ainda que 55% delas já houvessem tentado suicídio (prob. = 0,1728; p = 0,8128).

Em relação ao abuso sexual infantil, como o teste de comparação entre os dois grupos teve p = 0,0835, é importante considerar, ao menos qualitativamente, que as pacientes do grupo TA relataram mais experiência de abuso que as do grupo STA. Enquanto no primeiro grupo 37% das pacientes relataram ter sido abusadas sexualmente na infância – metade dos atos tendo sido

cometidos por familiares –, somente 20,8% do grupo STA contou ter tido essa experiência e, mesmo assim, só duas pacientes (3,8%) relataram que tal ato foi praticado por familiares (Tabela 2).

Conforme pode ser observado na tabela 3, as comorbidades mais prevalentes nesta amostra foram os transtornos ansiosos e a depressão maior. Os primeiros estiveram presentes em 54% do grupo STA e em 63% do grupo TA, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa (prob. = 0,1492; p = 0,6330). Diferença semelhante, embora em sentido oposto, também foi verificada para depressão maior apresentada por 64,2% do grupo STA e 55,6% do grupo TA (prob. = 0,1446; p = 0,4766).

Entre os transtornos ansiosos, observou-se que o mais presente foi a fobia específica, apresentada por cerca de 30% das pacientes dos dois grupos (prob. = 0,1914; p = 0,8026). Para os demais transtornos ansiosos, também foram verificadas pequenas diferenças entre ambos os grupos, mas nenhuma delas alcançou significância estatística (os > 0,05) (Tabela 3).

Entre os transtornos do humor, somente o transtorno bipolar apresentou diferença estatisticamente significativa, já que não esteve presente em nenhuma paciente do grupo STA, mas ocorreu em 11,1% (n = 3)

**Tabela 2.** Comparação dos dados demográficos e de abuso sexual de 80 pacientes dependentes de substâncias psicoativas com e sem transtorno alimentar.

Características	STA (n = 53)	TA (n = 27)	Estatística	p
<b>Idade (anos; média e DP)</b>				
Álcool	46,03 ± 11,65	39,71 ± 8,96	F = 7,13	0,0003
Drogas	37,06 ± 7,51	32,08 ± 9,91		
<b>Opção sexual (n e %)</b>				
Heterossexual	48 (90,6%)	23 (85,2%)	Prob. = 0,0776	n.s. <sup>1</sup>
Homossexual	1 (1,9%)	2 (7,4%)		
Bissexual	4 (7,5%)	2 (7,4%)		
<b>Com companheiro (n e %)</b>				
Não	33 (63,5%)	18 (66,7%)	Prob. = 0,1892	n.s. <sup>1</sup>
Filhos (n e %)	41 (77,4%)	18 (66,7%)	Prob. = 0,1238	n.s. <sup>1</sup>
<b>Escolaridade (n e %)</b>				
Analfabeta	1 (1,9%)	0 (0%)	Prob. = 0,030	n.s. <sup>1</sup>
Fundamental	14 (26,4%)	7 (25,9%)		
Médio	20 (37,7%)	11 (40,7%)		
Superior	18 (34%)	9 (33,3%)		
<b>Situação ocupacional (n e %)</b>				
Com emprego	26 (49,1%)	15 (55,6%)	Prob. = 0,013	n.s. <sup>1</sup>
Dona de casa	7 (13,3%)	1 (3,9%)		
Aposentada	2 (3,8%)	1 (3,7%)		
Sem emprego	18 (34%)	10 (37%)		
<b>Tratamento prévio (n e %)</b>				
Não	27 (50,9%)	15 (55,6%)	Prob. = 0,1738	n.s. <sup>1</sup>
<b>Tentativa de suicídio (n e %)</b>				
Sim	30 (56,6%)	14 (51,9%)	Prob. = 0,1728	n.s. <sup>1</sup>
<b>Abuso sexual infantil (n e %)</b>				
Sim, por familiares	2 (3,8%)	5 (18,5%)	Prob. = 0,0076	n.s. <sup>1</sup>
Sim, por outros	9 (17%)	5 (18,5%)		

<sup>1</sup> n.s.: não-significativo.

das pacientes do grupo TA (prob. = 0,0356; p = 0,0356). Contudo, é preciso ter cautela ao interpretar esse dado, pois como a amostra era pequena, esse resultado deve ser visto apenas de maneira descritiva e considerado somente como indício de uma diferença a ser confirmada. Para distímia, não foi possível realizar a análise estatística, já que somente duas pacientes, uma de cada grupo, tinham esse transtorno (Tabela 3).

Os transtornos psicóticos praticamente não foram observados na amostra, e a comparação entre os dois grupos não revelou diferenças (prob. = 0,3058; p = 0,6001) (Tabela 3).

Os transtornos do impulso investigados foram: cleptomania, jogo patológico, piromania e tricotilomania. Para os dois últimos, não foi possível realizar a análise estatística, já que a piromania foi diagnosticada em apenas uma paciente do grupo TA, e a tricotilomania, em duas pacientes, uma em cada grupo. Tanto a cleptomania quanto o jogo patológico foram um tanto mais prevalentes no grupo TA (18,% e 11,5%, respectivamente), comparativamente ao grupo STA (11,5% e 5,8%, respectivamente), mas essas diferenças não foram estatisticamente significativas (prob. = 0,0398, p = 0,4966; prob. = 0,0482, p = 0,3944, respectivamente) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Comparação da comorbidade psiquiátrica de 80 pacientes dependentes de substâncias psicoativas, com e sem transtorno alimentar.

Transtornos psiquiátricos (n e %)	STA (n = 53)	TA (n = 27)	Estatística	p
<b>Transtornos ansiosos<sup>1</sup></b>				
Transtornos ansiosos (total)	29 (54,7%)	17 (63%)	Prob = 0,1492	n.s. <sup>2</sup>
Fobia específica	16 (30,2%)	9 (33,3%)	Prob = 0,1914	n.s. <sup>2</sup>
Fobia social	8 (15,1%)	2 (7,4%)	Prob = 0,1889	n.s. <sup>2,3</sup>
Transtorno do pânico	7 (13,2%)	7 (25,9%)	Prob = 0,0908	n.s. <sup>2,4</sup>
TOC	5 (9,4%)	4 (14,8%)	Prob = 0,2172	n.s. <sup>2,5</sup>
PTSD	3 (5,7%)	0 (0%)	Prob = 0,2851	n.s. <sup>2,6</sup>
Ansiedade generalizada	2 (3,8%)	1 (3,7%)	Prob = 0,4528	n.s. <sup>2,7</sup>
<b>Transtornos afetivos</b>				
Depressão maior	34 (64,2%)	16 (59,3%)	Prob = 0,1446	n.s. <sup>2</sup>
Transtorno bipolar	0 (0%)	3 (11,1%)	Prob = 0,0356	0,0356
<b>Transtornos psicóticos</b>	2 (3,8%)	2 (7,4%)	Prob = 0,3058	n.s. <sup>2</sup>
<b>Transtornos de controle e impulso</b>				
Cleptomania <sup>8</sup>	6 (11,5%)	5 (18,5%)	Prob = 0,0398	n.s. <sup>2</sup>
Jogo patológico <sup>9</sup>	3 (5,8%)	3 (11,5%)	Prob = 0,0482	n.s. <sup>2</sup>

<sup>1</sup> A soma dos transtornos ansiosos (fobia específica, fobia social, transtorno do pânico, TOC, PTSD e transtorno de ansiedade generalizada) é maior que 29, já que alguns pacientes tinham mais de um transtorno desse grupo; <sup>2</sup> n.s.: não-significativo; <sup>3</sup> p = 0,4815; <sup>4</sup> p = 0,2141; <sup>5</sup> p = 0,4771; <sup>6</sup> p = 0,5472; <sup>7</sup> p = 1,000; <sup>8</sup> Uma paciente não tinha esse dado; <sup>9</sup> Duas pacientes não tinham esse dado.

O grau de severidade da dependência foi avaliado a partir dos escores compostos da ASI na chegada das pacientes ao tratamento. Comparando-se os dois grupos, não foram verificadas diferenças nas seguintes escalas: saúde física (T = -0,57; p = 0,3957), emprego e sustento (T = 1,30; p = 0,3046), uso de álcool (T = 0,06; p = 0,3597), situação familiar e social (T = -0,97; p = 0,9067) e saúde mental (T = 0,21; p = 0,6764).

Para a escala de situação legal, não foi possível verificar a presença de diferenças. Praticamente 90% dos dados eram iguais a zero, já que tratavam de questões que não se aplicam à situação de vida da maioria das pacientes no Brasil.

Foi observada diferença entre os dois grupos apenas na escala de uso de drogas, em que se verificou que o grupo TA tinha significativamente mais problemas com drogas que o grupo STA (T = -3,30; p = 0,0015) (Tabela 4).

## Discussão

A prevalência de 33,75% de transtornos alimentares em pacientes com diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias é concordante com a encontrada em estudos anteriores (Holderness *et al.*, 1994; Grilo *et*

*al.*, 1995b). O mesmo ocorreu para as taxas de bulimia nervosa e anorexia nervosa (Holderness *et al.*, 1994). Contudo, é digno de nota que 63% (n = 17) das pacientes tinham transtornos alimentares não formais (transtorno da compulsão alimentar periódica ou transtornos alimentares sem outra especificação).

Esse achado é pouco verificado em outros estudos. Por um lado, deve-se considerar que apenas algumas pesquisas exploraram a associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas em pacientes dependentes (Dansky *et al.*, 2000). Este fato já havia sido notado por Holderness *et al.* (1994), que se surpreenderam ao encontrar em sua revisão de 51 estudos, somente cinco em que os indivíduos investigados eram primariamente dependentes químicos. A maioria (75%) não só foi realizada com amostras de mulheres com transtornos alimentares, como, principalmente, grande parte deles com mulheres diagnosticadas com bulimia nervosa. Isso significa que mesmo as pesquisas com pacientes com transtornos alimentares tenderam a excluir os diagnósticos informais (Grilo *et al.*, 2002). Por outro lado, esse achado fornece subsídios para a hipótese levantada por muitos autores que propõem que as patologias alimentares subclínicas e parciais são muito mais prevalentes que os transtornos

**Tabela 4.** Escores compostos da ASI de 80 pacientes dependentes de substâncias psicoativas, com e sem transtorno alimentar, na chegada ao tratamento.

Escores compostos ASI (média e DP)	STA (n = 53)	TA (n = 27)	Estatística	p
Saúde física	0,320 ± 0,352	0,369 ± 0,365	T = -0,57	n.s. <sup>1</sup>
Emprego e sustento	0,685 ± 0,265	0,596 ± 0,332	T = 1,30	n.s. <sup>1</sup>
Uso de álcool	0,317 ± 0,268	0,313 ± 0,280	T = 0,06	n.s. <sup>1</sup>
Uso de drogas	0,040 ± 0,068	0,098 ± 0,086	T = -3,30	0,0015
Situação legal	0,042 ± 0,128	0,028 ± 0,106	----- <sup>2</sup>	----- <sup>2</sup>
Situação familiar e social	0,120 ± 0,106	0,142 ± 0,091	T = -0,93	n.s. <sup>1</sup>
Saúde mental	0,467 ± 0,415	0,452 ± 0,225	T = 0,21	n.s. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> n.s.: não-significativo; <sup>2</sup> -----: não foi possível realizar a análise estatística.

alimentares formais em pacientes dependentes de álcool e drogas (CSAT, 2005).

No que se refere à taxa de 22,2% de transtornos alimentares não especificados, é similar à encontrada no estudo de Specker *et al.* (2000).

Já para a taxa de 40,8% de pacientes com diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar periódica, a primeira hipótese a ser formulada diz respeito ao próprio diagnóstico desse transtorno. Embora, cada vez mais usado tanto em pesquisas quanto na prática clínica, o transtorno da compulsão alimentar periódica não é ainda uma categoria diagnóstica oficialmente reconhecida. Apenas um conjunto de critérios diagnósticos provisórios, bem como a sua descrição, foi incluído no Apêndice B do DSM-IV, como um dos critérios ou eixos oferecidos para estudos adicionais (APA, 1995; 2005).

Deve-se considerar também que quase inexistem estudos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica em pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Uma das poucas pesquisas sobre essa associação foi a realizada por Jonas *et al.* (1987), que, estudando 259 pacientes dependentes de cocaína, observaram que das 177 que não preencheram critérios do DSM-III para transtorno alimentar, 54 (31%) tinham história passada de comer compulsivo, e 31 delas relataram episódios de compulsão alimentar ao menos uma vez por semana. Em um estudo mais recente, Sinha *et al.* (1996) verificaram que as mulheres alcoolistas tinham mais frequentemente transtornos alimentares sem outra especificação que transtornos alimentares formais. Esses autores apontaram também que mesmo quando essas pacientes não exibiam sintomas comportamentais de patologia alimentar, elas tinham maior probabilidade de apresentar atitudes patológicas com relação à alimentação, ao peso e à forma do corpo.

Embora esses estudos não tenham investigado o transtorno da compulsão alimentar periódica como categoria diagnóstica, é importante considerar que a alta frequência de atitudes disfuncionais em relação ao

peso e à forma do corpo é consistente com as poucas investigações realizadas com indivíduos com esse transtorno (Reichborn-Kjennerud *et al.*, 2004).

Por outro lado, embora várias questões ainda permaneçam em aberto, estudos de comorbidade psiquiátrica em indivíduos com transtorno da compulsão alimentar periódica sugerem que os problemas com substâncias psicoativas podem ser mais prevalentes nesses pacientes. Bulik *et al.* (2002), em uma investigação com uma amostra populacional de 2.163 mulheres gêmeas, relataram que nas obesas não-bulímicas, a compulsão alimentar esteve associada com risco significativamente aumentado de dependência de álcool na vida (17% em obesas com compulsão alimentar x 5,6% em obesas sem essa compulsão). Reichborn-Kjennerud *et al.* (2004), conduzindo outra extensa pesquisa com 8.045 gêmeas, observaram que problemas com álcool estavam presentes em 27,7% das mulheres com compulsão alimentar, comparativamente a 20,1% das sem essa compulsão. Mesmo quando a taxa foi ajustada pelo índice de massa corporal, para avaliar o impacto do transtorno da compulsão alimentar periódica independentemente da obesidade, a significância foi de 0,05.

A ausência de diferenças significativas entre os grupos TA e STA no tipo de droga utilizada é similar à encontrada por Specker *et al.* (2000). De forma semelhante, também o álcool foi a droga mais prevalente em ambos os estudos (cerca de 70% das pacientes). Contudo, houve diferenças importantes com relação à cocaína, à anfetamina, aos benzodiazepínicos e à heroína: as taxas de uso de cocaína foram maiores e as de heroína, menores que as encontradas em outras pesquisas (Wiseman *et al.*, 1999; Specker *et al.*, 2000). O mesmo ocorreu com as taxas obtidas para dependência de anfetaminas (14,8%) e benzodiazepínicos (3,7%).

Se o resultado a respeito da heroína não surpreende – já que é compatível com os dados epidemiológicos brasileiros, que apontam a quase inexistência do consumo dessa substância em nosso país (Carlini *et al.*, 2002) –,

chama a atenção o baixo número de pacientes com dependência de anfetamina e de benzodiazepínicos que procuraram tratamento no Promud.

Nappo *et al.* (2002) relacionaram a ampla aceitação da anfetamina como anorexígeno à cultura da magreza e à pressão social exercida sobre as mulheres, para que se adaptem à imagem corporal perfeita, a única aceita culturalmente. Tendo em vista que as questões relativas ao corpo são fundamentais para as mulheres com transtornos alimentares (APA, 1995), e que no Brasil o uso de anfetamina como agente redutor de peso é muito disseminado – chegando a ser até três vezes maior que em outros países (Nappo, 1996) –, seria esperado que elas consumissem mais anfetaminas e que, portanto, procurassem mais tratamento. Neste sentido, é lícito imaginar que o tamanho da amostra tenha influenciado o resultado, já que pode ter diminuído o poder estatístico das comparações. Assim, embora o grupo TA tenha apresentado um uso duas vezes maior que o grupo STA, essa diferença não foi significativa.

Outra hipótese que poderia ser levantada para explicar o resultado desse estudo seria a pequena busca de tratamento por mulheres que usam anfetamina. Uma das razões para essa pequena busca poderia ser a confiança que muitas pacientes têm nesse medicamento, já que costuma ser prescrito pelo médico e, com frequência, elaborado “individualmente” nas chamadas fórmulas (Nappo *et al.*, 2002). Outro motivo poderia ser o desconhecimento da população sobre o potencial de abuso da anfetamina. Nappo *et al.* (1998) apontaram que provavelmente muitos médicos não alertam seus pacientes sobre os efeitos adversos dessa substância. Esses dados, aliados ao fato de que a anfetamina é comprada de maneira legal, permitem supor que para grande parte da população ela não é encarada como uma droga e que, portanto, os casos de dependência não sejam encaminhados para programas para álcool e drogas, mas, sim, por exemplo, para serviços que atendem a transtornos alimentares.

Uma última explicação estaria relacionada à constatação de que mulheres que consomem anfetaminas têm maior probabilidade de apresentar anorexia nervosa (Holdcraft e Iacono, 2004). Como são poucas as pacientes na amostra com esse tipo de transtorno alimentar, as diferenças entre os grupos não seriam, então, significativas.

Questões semelhantes parecem ocorrer com os benzodiazepínicos. Embora duas vezes mais prevalentes em mulheres que em homens, esses medicamentos são adquiridos legalmente, receitados por médicos, muitas vezes com poucas precauções, e raramente associados pelos pacientes à possibilidade de desenvolvimento de dependência (Bernik, 2001; Noto *et al.*, 2002).

Quanto à idade, o grupo TA apresentou problemas com o uso de substâncias psicoativas mais precocemente que o grupo STA. Esse resultado é similar ao encontrado em estudos prévios e poderia ser explicado pelo maior

comprometimento das pacientes dependentes com associação com transtornos alimentares, em comparação àquelas que apresentam cada um dos transtornos isoladamente (Suzuki *et al.*, 1993; Specker *et al.*, 2000).

Quanto aos dados demográficos, foram observadas diferenças significativas somente na idade de chegada ao tratamento. Essas diferenças estão correlacionadas tanto com a substância utilizada quanto com a presença de associação com transtornos alimentares. O achado de que o grupo TA de dependentes de droga tinha idade significativamente menor que o grupo STA de alcoolistas é consistente com os resultados de vários trabalhos anteriores (Specker *et al.*, 2000). Por um lado, esse resultado parece apoiar a hipótese, já levantada, de que haveria um acúmulo de problemas nessas pacientes, que precipitaria a procura mais precoce de tratamento. Por outro lado, alguns autores têm sugerido que os efeitos inibidores do apetite dos estimulantes (em especial com a cocaína, a substância de escolha mais prevalente neste estudo) poderiam levar mulheres com transtornos alimentares motivadas pela perda de peso a dificuldades com essas substâncias mais precocemente (Cochrane *et al.*, 1998).

Parece estar correlacionado também ao tipo de substância utilizada o resultado de que as pacientes alcoolistas STA eram significativamente mais velhas que as pacientes dependentes de drogas STA. Trabalhos anteriores com mulheres em tratamento mostraram achados similares (Zilberman *et al.*, 2001; Tucci, 2003). Em um estudo recente, Holdcraft e Iacono (2004), avaliando o curso da dependência de maconha, anfetamina, cocaína e alucinógenos em homens e mulheres, verificaram que nas mulheres o curso da dependência dessas substâncias era mais rápido que nos homens. Assim, observando-se que no presente estudo o tempo total de consumo, desde a idade de início até a chegada ao tratamento, foi de aproximadamente 23 anos para o álcool e de cerca de 12 anos para drogas, uma explicação possível seria que as mulheres desenvolveriam mais rapidamente dependência à cocaína e à maconha que ao álcool (Zilberman, 1998).

A hipótese de um maior comprometimento no grupo TA relacionado também à dependência de drogas parece ser confirmada ainda pela medida da ASI do grau de severidade na entrada do tratamento, em que a única escala que apresentou diferenças foi a de uso de drogas: o grupo TA tinha escores significativamente mais altos que o grupo STA ( $0,098 \pm 0,086$  x  $0,040 \pm 0,068$ , respectivamente).

Tomados em conjunto, esses dados são consistentes com alguns trabalhos prévios que observaram que as mulheres dependentes com transtornos alimentares têm um quadro clínico mais grave que as sem esses transtornos (APA, 2005; CSAT, 2005).

De forma semelhante aos achados de investigações prévias, não foram verificadas diferenças entre o grupo TA e o grupo STA nas outras variáveis demográficas estudadas (Grilo *et al.*, 1995a; 1995b). Contudo, é interessante

considerar a alta taxa de homossexualidade encontrada nesta amostra quando comparada às estimativas para a população geral (cerca de 11% de homossexuais e bissexuais em relação a aproximadamente 2% a 4%, respectivamente) (Burgard *et al.*, 2005), o que poderia reforçar hipóteses já levantadas para programas específicos para mulheres. Essas hipóteses postularam que, nos tratamentos exclusivos, a menor estigmatização, o objetivo de atender às necessidades específicas das pacientes e a freqüente presença de outras abordagens, como, por exemplo, as de saúde mental, atrairiam e reteriam mulheres mais graves e com mais dificuldades, tais como as vítimas de abuso e as homossexuais (Swift *et al.*, 1996; UNODC, 2004).

Tal como no estudo de Specker *et al.* (2000), não houve diferenças significativas entre os grupos STA e TA em relação à história de tratamentos prévios.

Mais da metade da amostra (55%), sem diferença entre os dois grupos, já havia tentado suicídio antes do tratamento do Promud. Esse dado é consistente com o obtido por Silveira e Jorge (2004), com uma população semelhante, e está de acordo com a literatura sobre a grande vulnerabilidade das mulheres dependentes para o comportamento suicida (Wilcox *et al.*, 2004). Para o grupo TA, embora não haja consenso, há maior tendência para associar o risco de suicídio às várias manifestações da impulsividade, que seriam características do subgrupo de pacientes com associação entre transtorno alimentar e abuso de substâncias (Stein *et al.*, 2004).

A taxa de abuso sexual da amostra foi de 26,3%. Embora seja digno de nota que as pacientes do grupo TA relataram mais experiências de abuso sexual que as do grupo STA (30,7% e 20,8%, respectivamente), essa diferença não alcançou significância estatística. Essa similaridade entre os dois grupos é consoante com as recentes conclusões de extensos estudos, que apontaram o abuso sexual infantil como um fator de risco não específico associado à maior probabilidade de desenvolvimento posterior de transtornos psiquiátricos de forma geral (Kendler *et al.*, 2000). No que se refere ao grupo TA, o aumento do índice poderia ser entendido como conseqüente à associação com os transtornos relacionados ao uso de substâncias, embora este seja um achado a ser explorado em pesquisas futuras.

O dado mais relevante em relação à comorbidade foi a presença de um indício de diferença para transtorno bipolar, que seria significativamente maior no grupo TA (11,1% = 3 pacientes) que no grupo STA (nenhuma paciente). Embora não seja possível fazer afirmações com uma amostra tão pequena e sejam necessárias investigações mais específicas, existem dados que permitem sugerir que a associação entre transtorno bipolar, transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtornos alimentares esteja relacionada à impulsividade. Swann *et al.* (2004), estudando em laboratório a impulsividade em sujeitos com e sem transtorno bipolar associado ou não ao abuso de substâncias, verificaram que, quando considerada como traço, a impulsividade aumentava de forma

cumulativa quando os dois transtornos se apresentavam de forma conjunta.

Essas suposições sobre a impulsividade baseiam-se na proposição muito disseminada na literatura de que ela seria o traço comum subjacente à associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Em 1986, Lacey e Moureli sugeriram que as alcoolistas com bulimia nervosa pertenciam a um subgrupo com problemas multiimpulsivos, que teria como característica central a falta de controle. Desde essa época, vários autores têm explorado essa possibilidade, que até o momento não foi rejeitada pela pesquisa disponível. Em um trabalho muito recente, Duncan *et al.* (2005) apontaram que existem dois subgrupos de mulheres com bulimia nervosa: um caracterizado somente por depressão e outro, menor, que teria, além de altas taxas de transtornos depressivos, dependência de álcool e drogas. Esse último subgrupo seria um subtipo impulsivo de bulímicas.

Ainda que sujeito a outras pesquisas, um dado que poderia reforçar essa hipótese seria a presença relativamente maior de pacientes com cleptomania e com jogo patológico no grupo TA (18,5% e 11,5%, respectivamente). De qualquer forma, tal como ocorre com o transtorno bipolar, a presença de transtornos do controle do impulso alerta para a necessidade de avaliação psiquiátrica cuidadosa das pacientes dependentes em tratamento, a fim de que abordagens específicas possam ser utilizadas.

Outro achado interessante foi que, em ambos os grupos, o transtorno ansioso mais prevalente era a fobia específica. Apesar de que se deva considerar que, entre os transtornos psiquiátricos, ele é o que menos severamente afeta as habilidades funcionais, sua importância reside no fato de que alguns estudos sugerem que as fobias têm um impacto positivo na resposta ao tratamento para substâncias psicoativas, especialmente em mulheres (Compton *et al.*, 2003).

A ausência de diferenças entre grupos TA e STA para os transtornos ansiosos, do humor e psicóticos é consistente com estudos anteriores (Grilo *et al.*, 1995a). O mesmo ocorre com as altas taxas para transtornos ansiosos e depressivos, que são semelhantes às verificadas na literatura para mulheres dependentes de álcool e drogas (Tucci, 2003).

O presente estudo é o resultado preliminar de uma investigação mais extensa sobre a evolução no tratamento de mulheres dependentes de substâncias psicoativas, com e sem transtornos alimentares. Assim, embora o seu pequeno espectro recomende que os resultados sejam observados com cautela e não permita generalizações mais amplas, seus achados já enfatizam a importância de uma avaliação detalhada dos transtornos alimentares em pacientes dependentes de substâncias psicoativas que buscam tratamento. Somente com instrumentos acurados é possível verificar a presença de diagnósticos, que, apesar de ainda se encontrarem em fase de investigação, certamente influenciam a abordagem terapêutica

e, provavelmente, têm impacto sobre a evolução das pacientes. Neste sentido, sua maior contribuição é ressaltar que estratégias de tratamento diferenciadas devem ser elaboradas para abordar uma população, que não constitui um subgrupo com características homogêneas.

## Agradecimento

Este estudo foi financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), processos números 99/08054-3 e 03/04994-9.

## Referências bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). - *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. 4.d. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). - *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Draft 2*, 2005.
- BABOR, T.F.; BROWN, J.; DEL BOCA, F.K. - Validity of self-reports in applied research on addictive behaviors: fact or fiction? *Behav Assess* 12: 5-31, 1990.
- BERNIK, M.A. - Ansiolíticos (tranqüilizantes). In: Seibel, S.D.; Toscano Jr., A. (eds.) *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, pp. 63-77, 2001.
- BRADY, K.T.; RANDALL, C.L. - Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am* 22: 241-252, 1999.
- BRASILIANO, S. - *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química*. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.
- BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P.B. - *Substance use disorder women with and without eating disorders: clinical and demographic characteristics and length of stay in a substance use gender-responsive program*. No prelo, 2006.
- BROWN, V.B. *et al.* - Effects of women-sensitive, long-term residential treatment on psychological functioning of diverse populations of women. *J Subst Abuse Treat* 23: 133-144, 2002.
- BRYANT, K.J. *et al.* - Reliability of dual diagnosis – substance dependence and psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 180: 251-257, 1992.
- BULIK, C.M.; SULLIVAN, P.F.; KENDLER, K.S. - Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord* 32: 72-78, 2002.
- BURGARD, S.A.; COCHRAN, S.D.; MAYS, V.M. - Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced california women. *Drug Alcohol Depend* 77: 61-70, 2005.
- CARLINI, E.A. *et al.* - *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid). Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2002.
- CASTEL, S.; FORMIGONI, M.L.O.S.; DE MICHELLE, D. - Projeto SIDET: Sistema de Informação sobre Dependentes de Drogas em Tratamento. Treinamento no uso de instrumentos e discussão sobre a implantação. In: *XIV Congresso Brasileiro sobre Alcoolismo, Tabagismo e Outras Dependências*. Gramado, 2001.
- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (CSAT). - *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. a treatment improved protocol – tip 42*. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), Rockville, 2005. Disponível em: <http://www.samhsa.gov/store.health.org/catalog/productDetails>.
- CENTER ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE (CASA). - *Food for thought: substance abuse and eating disorders*. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, New York, 2003. Disponível em: <http://www.casacolumbia.org>.
- COCHRANE, C.; MALCOLM, R.; BREWERTON, T. - The role of weight control as motivation for cocaine abuse. *Addict Behav* 23: 201-207, 1998.
- COMPTON, W. M. *et al.* - The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence outcomes. *Am J Psychiatry* 160: 890-895, 2003.
- DANSKY, B.S.; BREWERTON, T.D.; KILPATRICK, D.G. - Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from The National Women's Study. *Int J Eat Disord* 27: 180-190, 2000.
- DUNCAN, A.E. *et al.* - Are there subgroups of bulimia nervosa based on comorbid psychiatric disorders? *Int J Eat Disord* 37: 19-25, 2005.
- FORMIGONI, M.L.O.S.; CASTEL, S. - Escalas utilizadas na avaliação de dependências – Aspectos gerais. In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A.W. (eds.). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, pp. 267-285, 2000.
- GREEN, C.A. *et al.* - Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *J Subst Abuse Treat* 23: 285-295, 2002.
- GRILLO, C.M. *et al.* - Eating disorders with and without substance use disorders: a comparative study of inpatients. *Compr Psychiatry* 36: 312-317, 1995a.

- GRILLO, C.M. *et al.* - Eating disorders in female inpatients with versus without substance use disorders. *Addict Behav* 20: 255-260, 1995b.
- GRILLO, C.M.; SINHA, R.; O'MALLEY, S.S. - Eating disorders and alcohol use disorders. *Alcohol Research & Health* 26: 151-160, 2002.
- HOCHGRAF, P.B.; ANDRADE, A.G. - A questão do gênero nas farmacodependências. In: Cordás, T.A.; Salzano, F.T. (eds.). *Saúde mental da mulher*. São Paulo: Atheneu, pp. 85-103, 2004.
- HOLDCRAFT, L.C.; IACONO, W.G. - Cross-generational effects on gender differences in psychoactive drug abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend* 74: 147-158, 2004.
- HOLDERNESS, C.C.; BROOKS-GUNN, J.; WARREN, M.P. - Comorbidity of eating disorders and substance abuse. Review of literature. *Int J Eat Disord* 16: 1-34, 1994.
- JACKSON, K.M.; SHER, K.J.; WOOD, P.K. - Trajectories of concurrent substance use disorders: a developmental, typological approach to comorbidity. *Alcohol Clin Exp Res* 24: 902-913, 2000.
- JONAS, J.M. *et al.* - Eating disorders and cocaine abuse: a survey of 259 cocaine abusers. *J Clin Psychiatry* 48: 47-50, 1987.
- KENDLER, K.S. *et al.* - Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. An epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 57: 953-959, 2000.
- LACEY, J.H.; MOURELI, E. - Bulimic alcoholics. Some features of a clinical sub-group. *Brit J Addict* 81: 389-393, 1986.
- McMAHON, T.J.; LUTHAR, S.S. - Women In treatment – Within-gender differences in the clinical presentation of opioid-dependent women. *J Nerv Ment Dis* 188: 679-687, 2000.
- MIDANIK, L. - The validity of self-reported alcohol consumption and alcohol problems: a literature review. *Br J Addict* 77: 357-382, 1982.
- NAPPO, S.A. - Consumption of anorexigenic amphetamine-like drugs (diethylpropion, fenproporex and mazindol) and of d,1-fenfluramine in Brazil during the years of 1988 and 1989. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 5: 19-25, 1996.
- NAPPO, S.A.; OLIVEIRA, E.M.; MOROSINI, S. - Inappropriate prescribing of compounded antiobesity formulas in Brazil. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 7: 207-212, 1998.
- NAPPO, S.A. *et al.* - Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. *Eat Disord* 3: 153-165, 2002.
- NOTO, A.R. *et al.* - Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 24: 69-73, 2002.
- REICHBORN-KJENNERUD, T. *et al.* - Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obes Res* 12: 1445-1454, 2004.
- RUSSELL, G. - Bulimia nervosa. An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9: 429-448, 1979.
- SILVEIRA, D.X.; JORGE, M.R. Reports of attempted suicide among Brazilian addicts. *Psychol Rep* 95: 71-74, 2004.
- SINHA, R.; O'MALLEY, S.S. - Alcohol and eating disorders: implications for alcohol treatment and health services research. *Alcohol Clin Exp Res* 24: 1312-1319, 2000.
- SINHA, R. *et al.* - Eating pathology among women with alcoholism and/or anxiety disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 20: 1184-1191, 1996.
- SPECKER, S.; WESTERMAYER, J.; THURAS, P. - Course and severity of substance abuse in women with comorbid eating disorders. *Subst Abuse* 21: 137-147, 2000.
- STEIN, N.D.; CYR, M.C. - Women and substance abuse. *Med Clinics North Am* 81: 979-998, 1997.
- STEIN, D.S. *et al.* - Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Compr Psychiatry* 45: 447-451, 2004.
- SUZUKI, K. *et al.* - Young female alcoholics with and without eating disorders: a comparative study in Japan. *Am J Psychiatry* 15: 1053-1058, 1993.
- SWANN, A.C. *et al.* - Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disord* 6: 204-212, 2004.
- SWIFT, W.; COPELAND, J.; HALL, W. - Characteristics of women with alcohol and other drugs problems: findings of an Australian national survey. *Addiction* 91: 1141-1150, 1996.
- TAVARES, M. - *Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV. Transtornos do Eixo I (Versão 2.0)*. Projeto Brasil/Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília, Brasília, 1996.
- TUCCI, M.L. - *Fatores associados ao uso de substâncias psicoativas: história de abuso e negligência na infância, história familiar e comorbidades psiquiátricas*. Tese. Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, 2003.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). - *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned*. Viena: United Nations Publication, 2004.
- WALTER, H. *et al.* - Gender-specific differences in alcoholism: implications for treatment. *Arch Women Mental Health* 6: 253-258, 2003.
- WILCOX, H.C.; CONNER, K.R.; CAINE, E.D. - Association of alcohol and drug use disorders and complete suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 76: S11-S19, 2004.
- WISEMAN, C.V. *et al.* - Substance dependence on eating disorders: impact of sequence on comorbidity. *Compr Psychiatry* 40: 332-336, 1999.
- ZILBERMAN, M.L. - *Características clínicas da dependência de drogas em mulheres*. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1998.
- ZILBERMAN, M.L. *et al.* - Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Subst Use Misuse* 36: 1111-1127, 2001.