

SILVIA BRASILIANO

Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental
Orientadora: Prof^ª. Dra. Patrícia Brunfentrinker
Hochgraf

São Paulo
2005

Aos meus pais, a semente e os primeiros caminhos
Ao Brasileiro, meu amor, meu companheiro pela vida
Aos meus filhos, minha maior criação

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. Dra. Patricia Brunfentrinker Hochgraf, minha amiga e parceira, pelo estímulo, pela ajuda fundamental e pelos sonhos compartilhados e realizados.

Ao Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade pelo convite para trabalhar na Universidade, por ter sido o primeiro a insistir na minha pós-graduação e pelos inúmeros ensinamentos acadêmicos e de vida.

Ao Prof. Dr. Taki Athanássios Cordas por ter me permitido partilhar de sua equipe e por ter desvendado os caminhos dos transtornos alimentares para mim.

Ao Psicólogo Ronaldo Silva Torres, meu amigo e profissional competente. Sem a sua inestimável ajuda esta tese não teria sido realizada.

À Psicóloga Andresa Cazarine Mendes e ao Fonoaudiólogo Christian César Cândido de Oliveira pela inestimável ajuda na coleta e na digitação dos dados.

À minha irmã, Prof^a. Dra Maria Fernanda Nicacio, com quem compartilho as dúvidas, as angústias e os percalços dos caminhos acadêmicos

À minha amiga, Psicóloga Alicia Weisz Cobelo, pela amizade e apoio em todos esses anos.

À Psicóloga Ana Paula Gianesi, pois foi ela quem teve primeiro a idéia desta tese.

Aos psicólogos Mônica Lazzarine Ferreira Valente e Ricardo Trapé Trinca, diretores do PROMUD, por terem coordenado e supervisionado a abordagem

psicoterapêutica e que me substituíram com calma e competência nos muitos momentos em que precisei estar ausente.

A todos os meus colegas psicólogos, a quem seria quase impossível nomear individualmente, que estiveram todos esses anos no PROMUD aplicando escalas e questionários, agendando as pacientes e organizando o material.

Às nutricionistas Prof^ª. Dra Marle Alvarenga e Adriana Trejger Kachani pelo auxílio com os testes alimentares.

A toda equipe do PROMUD, que foi responsável pelo tratamento das pacientes, pelos inúmeros ensinamentos cotidianos, que sempre me instigaram a buscar novos conhecimentos e caminhos. Sem eles o meu percurso não teria sido possível e o PROMUD certamente não existiria.

A todas as minhas pacientes, as verdadeiras protagonistas desta tese.

SUMÁRIO

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	6
2.1. Abuso e dependência de substâncias psicoativas em mulheres.....	6
2.1.1. Aspectos gerais.....	6
2.1.2. Especificidade.....	12
2.1.3. Comorbidade psiquiátrica.....	27
2.2. Transtornos por uso de substâncias psicoativas e transtornos alimentares.....	31
2.2.1. Transtornos alimentares em mulheres.....	31
2.2.1.1. Anorexia nervosa.....	31
2.2.2.2. Bulimia nervosa.....	33
2.2.2.3. Transtorno alimentar sem outra especificação.....	34
2.2.2.4. Transtorno da compulsão alimentar periódica.....	35
2.2.2. Comorbidade entre abuso e dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares.....	38
2.3. Tratamento de mulheres dependentes de substâncias psicoativas..	51
2.3.1. Programas exclusivos para mulheres.....	51
2.3.2. Tratamento para mulheres dependentes de substâncias psicoativas com comorbidade psiquiátrica.....	62
3. OBJETIVOS.....	69
3.1. Objetivos específicos.....	69
3.2. Hipóteses.....	71
4. MÉTODOS.....	72
4.1. Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD)...	72
4.2. Critérios de seleção da amostra.....	74
4.3. Intervenção terapêutica.....	76
4.4. Instrumentos de coleta de dados.....	80
4.5. Classificação e tempos de avaliação dos dados.....	85
4.6. Análise estatística.....	90
4.7. Aspectos éticos.....	92
5. RESULTADOS.....	93
5.1. Frequência e caracterização do transtorno alimentar.....	93

5.2. Tipo de substância utilizada.....	95
5.3. Características sócio-demográficas e outras relacionadas ao consumo de álcool e drogas.....	97
5.4. Outras comorbidades psiquiátricas.....	101
5.5. História de abuso sexual.....	104
5.6. Imagem corporal.....	105
5.7. Sintomas de patologia alimentar.....	111
5.8. Permanência em tratamento.....	115
5.9. Evolução em tratamento.....	118
6. DISCUSSÃO.....	138
7. CONCLUSÕES.....	169
8. REFERÊNCIAS.....	172

RESUMO

Brasiliiano S. *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 194p.

A associação entre transtornos alimentares e dependência de substâncias, psicoativas tem sido freqüentemente relatada tanto em programas para dependência química, como em serviços para transtornos alimentares. No entanto, há grande variabilidade entre os diferentes estudos. Uma das hipóteses que tem sido levantada para explicar essa diversidade é que em dependentes de substâncias a associação mais freqüente seria com síndromes alimentares parciais ou subclínicas. Praticamente não há pesquisas que avaliem a influência dessa comorbidade na evolução do tratamento para dependência química. O objetivo deste estudo é comparar o perfil de três grupos de mulheres dependentes de substâncias psicoativas – com comorbidade com transtornos alimentares clínicos, com comorbidade com patologia alimentar subclínica e sem essa comorbidade – e descrever sua evolução em um programa especializado para dependência química feminina. MÉTODO: foram estudadas 80 mulheres dependentes de álcool e drogas que procuram tratamento no Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. As pacientes foram avaliadas para a coleta de dados sócio-demográficos e relativos ao uso de substâncias psicoativas através de um questionário padronizado; para diagnóstico clínico, através da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID), e subclínico, do Teste de Atitudes Alimentares (EAT) e do Teste de Investigação Bulímica (BITE); para avaliação da imagem corporal através do Questionário de Imagem Corporal (BSQ); para evolução, através da Addiction Severity Index (ASI) e da Escala de Seguimento de Alcoolistas (ESA-M e ESA-Drogas). RESULTADOS: 27 (33,75%) pacientes tinham transtornos alimentares clínicos, 17 (21,25%) tinham patologia alimentar subclínica e 36 (45%) não tinham essa comorbidade. Os resultados mostraram que o grupo com transtorno alimentar clínico era significativamente mais jovem, tinha maior severidade no uso de álcool e tendência para maior gravidade no uso de drogas. O grupo subclínico diferia dos outros dois somente por apresentar uma situação ocupacional pior. Após um ano foram verificadas mudanças significativas no comportamento e padrão alimentar do grupo subclínico e na imagem corporal do grupo com transtorno alimentar clínico. Não foram observadas diferenças entre os três grupos na permanência em um ano de tratamento e todos melhoraram significativamente no uso de substâncias em 12 meses. No entanto, as pacientes do grupo com transtornos alimentares clínicos tiveram uma evolução mais lenta. CONCLUSÕES: Estes dados não apóiam a hipótese de que a associação com transtornos alimentares afete o curso do tratamento de mulheres dependentes, sugerindo que uma abordagem integrada, que responda às necessidades de forma pessoal e individualizada, tem mais chances de sucesso.

Descritores: transtornos relacionados ao uso de substâncias; comorbidade; transtornos da alimentação; resultados de tratamento; mulheres.

SUMMARY

Brasiliano S. *Comorbidity between psychoactive substance dependence and eating disorders: profile and outcome of women in a specific treatment for chemical dependence* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 194p.

The association between eating disorders and psychoactive substance dependence has often been described in both chemical dependence and eating disorders treatment programs. As studies show great result variability it has been suggested that substance dependent individuals would have frequently associated partial or subclinical eating syndromes. There is virtually no research exploring the impact of such comorbidity in the treatment outcome of chemical dependent individuals. The present study aimed at comparing three groups of psychoactive substance dependent women – those with comorbid clinical eating disorders, those with comorbid subclinical eating condition and those with no comorbid disorder – and describing their outcome in a program targeted for chemical dependent women. **METHODS:** A total of 80 alcohol and drug dependent women who sought treatment at the Drug Dependent Women Treatment Center (PROMUD) of Clínicas Hospital's Psychiatry Institute of the University of São Paulo Medical School were studied. Sociodemographic and psychoactive substance use data were collected using a standardized questionnaire. The clinical diagnosis was made using the Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID) and subclinical diagnosis was made using the Eating Attitude Test (EAT) and the Bulimic Inventory Test of Edinburgh (BITE). Body self-image was assessed using the Body Shape Questionary (BSQ) and treatment outcome was assessed using the Addiction Severity Index (ASI) and Alcohol Dependence Follow-up Scale (AFS-M and AFS-Drugs). **RESULTS:** Twenty-seven (33.75%) patients had clinical eating disorders, 17 (21.25%) had subclinical eating condition and 36 (45%) had no comorbid condition. The clinical eating disorder group showed to be significantly younger and had more severe alcohol and drug use. The subclinical group had only a poorer occupational status when compared to the other two groups. One-year follow-up showed significant behavior and eating pattern changes in the subclinical group and body self-image changes in the clinical eating disorder group. No differences were seen as for the length of stay in treatment during the course of a year in the three groups and all patients improved significantly substance use after a 12-month-period, though clinical eating disorder patients had a much slower progress. **CONCLUSIONS:** The study findings don't support the assumption that the association between eating disorders affects treatment outcome among substance dependent women, suggesting that a comprehensive approach focusing on the individual's personal needs and delivered in a customized manner would be more likely to succeed.

Key words: substance use disorders; comorbidity; eating disorders; treatment outcome; women.

1. INTRODUÇÃO

O abuso e a dependência de substâncias psicoativas não podem ser considerados fenômenos contemporâneos. A princípio, é necessário ressaltar que a busca e o consumo pelo homem por substâncias que possam alterar seu psiquismo são fenômenos universais e tão antigos quanto a própria humanidade. Relatos de uso de álcool datam do período neolítico (8.000 a 10.000 A.C.), derivados de opióides são utilizados desde 3000 A.C., o consumo de cânhamo remonta à Antiguidade e há pelo menos 5000 anos folhas de coca têm sido usadas (Fortes, 1991; Leite, 1999). Além disso, desde a metade do século XVIII muitos autores já consideravam o alcoolismo como doença e a toxicomania foi definida pelo campo médico no fim do século XIX (Toscano Jr, 2001; Bento, 2003). Assim, se por um lado, as drogas não são uma invenção da nossa sociedade, por outro, o aumento do consumo inadequado é certamente característico de nossa época (Laranjeira, Surjan, 2001).

Não faltam dados para apontar a gravidade do problema. Nos Estados Unidos, estima-se que 18% da população terão um transtorno por uso de substâncias em algum momento da vida (Galanter, Kleber, 1994). No Brasil, um trabalho recente indica que o consumo de álcool *per capita* aumentou 74.5% entre 1970 e 1996, sendo que tendência semelhante tem sido observada em relação às drogas (Carlini-Marlatt, 2001).

Se pensarmos que, em muitas épocas, o consumo de álcool e drogas não esteve restrito aos homens e que há quase 2 séculos seu abuso já era diagnosticado, chama a atenção a quase inexistência de relatos de casos de

dependência entre mulheres. Como é improvável que esses quadros não ocorressem, é possível inferir que a noção ou mesmo a crença de que o uso problemático de substâncias fosse um padrão de comportamento quase exclusivamente masculino, tenha tido efeitos negativos no estudo das relações entre as influências do gênero e a questão das substâncias psicoativas (Wilsnack et al., 2000). Nesse panorama, não é incongruente, então, que o estudo sistemático da dependência feminina tenha pouco mais de 50 anos e a busca de abordagens que atendam as necessidades das mulheres, uma história de somente 20 anos (Blume, 1986).

Mesmo nestes anos, o preconceito histórico que sempre acompanhou o uso de álcool e drogas em mulheres, aliado à menor prevalência desse problema entre elas, dificultou o reconhecimento da dependência como um problema significativo para o sexo feminino (Hochgraf, 1995; Stein, Cyr, 1997).

Esses fatores somados à escassez de pesquisas com as mulheres dependentes tiveram como principal conseqüência a generalização, as vezes indevida, de resultados de pesquisa obtidos com homens para elas (Haller et al., 1994; Hochgraf, 1995; Swift et al., 1996; Hodgins et al., 1997; Stein, Cyr, 1997). O mesmo ocorreu com os programas de tratamento, que desenhados a partir das necessidades masculinas, foram aplicados às mulheres, com pouca consideração por quaisquer diferenças de sexo, sejam elas fisiológicas, psicológicas ou sociais (Swift et al., 1996; Hodgins et al., 1997).

A situação tem se modificado nos últimos anos e se ainda persistem muitas lacunas e dúvidas na compreensão de inúmeros aspectos da dependência de substâncias psicoativas em mulheres, já não existem dúvidas de que elas apresentam características e necessidades de tratamento

diferentes das dos homens (Blume, 1990; Davis, 1994; Swift et al., 1996; Hodgins et al., 1997; Stein, Cyr, 1997).

Nesse sentido é que se vem propondo e desenvolvendo programas específicos para mulheres. Embora sejam inúmeros os significados atribuídos à expressão serviço exclusivo para mulheres, todos os autores tendem a concordar que esses não são simplesmente “transformar em só para mulheres” um serviço implantado para homens. Assim, é consensual que para desenvolver e implementar programas só para mulheres o princípio fundamental, além de atender a essa população específica, é que ele seja sensível ao gênero, ou seja, utilize-se de estratégias particularmente responsivas às necessidades únicas das mulheres dependentes (Grella et al., 1999; Saulner, 2000; Brown et al., 2002; Hochgraf, Brasiliano, 2004; United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2004; Kaskutas et al., 2005).

Apesar do grande crescimento destes programas, a pesquisa na área ainda se ressentia da carência de estudos sobre sua efetividade (Grella et al., 1999; Orwin et al., 2001; Ashley et al., 2003; Kaskutas et al., 2005). Essa carência é ainda maior, quando se objetiva a abordagem da comorbidade psiquiátrica (Drake et al., 2004; Kay-Lambkin et al., 2004; Wagner et al., 2004).

É fato que mulheres dependentes de substâncias psicoativas apresentam taxas maiores de comorbidade que os homens (Regier et al., 1990; Anthony, Helzer, 1991; Kessler et al., 1997; Zilberman et al., 2003). Também é praticamente consensual de que na clínica com pacientes dependentes a associação com outros transtornos psiquiátricos é mais a regra que a exceção e deve ser cuidadosamente avaliada para que uma estratégia terapêutica efetiva seja implementada. Embora os tratamentos integrados sejam

defendidos como os mais eficazes nestes casos, a sua avaliação é rara e intervenções específicas para alguns transtornos comórbidos ainda são experimentais (Kay-Lambkin et al., 2004; Wagner et al., 2004).

Este é o caso da associação entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares (Brasiliano et al., 2004). Ainda que freqüente na prática clínica, essa associação é geralmente pouco estudada, subdiagnosticada e sub-tratada (Sinha, O'Malley, 2000; American Psychiatric Association (APA), 2005; Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), 2005).

Tendo em vista que a coexistência de transtornos alimentares e transtornos relacionados à dependência de substâncias psicoativas atinge taxas de cerca de 40% (31% em um estudo brasileiro) (Brasiliano et al., 2005) e que já existem dados sugestivos de que ela possa sinalizar maior severidade nos distúrbios psiquiátricos e clínicos das pacientes dependentes, 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 (Holderness et al., 1994; Sinha et al., 1996; Mitchell et al., 1997; Cochrane et al., 1998; Vastag, 2001). A proposta foi comparar três grupos de mulheres dependentes de substâncias psicoativas, com transtorno alimentar clínico, com transtorno alimentar subclínico e sem esse, que procuraram tratamento em um programa especializado para dependência feminina e descrever sua evolução em um ano de seguimento. A meta é que, em longo prazo, a determinação das especificidades destas pacientes possa contribuir para aumentar a eficácia das abordagens de tratamento propostas.

Como forma de delimitar o estudo e por tratar-se de um campo pouco pesquisado, estabeleceu-se um percurso para a revisão da literatura que se inicia com uma visão global sobre a dependência feminina. Assim, no primeiro item exploram-se as dificuldades na investigação desta problemática em mulheres, bem como a prevalência de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas nesta população. A seguir são discutidas as especificidades das mulheres, comparativamente aos homens e um item especial é dedicado às questões relativas a comorbidade psiquiátrica.

A segunda parte dedica-se à associação entre transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e transtornos alimentares. Na primeira parte apresenta-se cada transtorno alimentar, seu diagnóstico e sua especificidade. O segundo item trata mais especificamente da associação com dependência; são descritas a prevalência e as variações encontradas nos diferentes estudos, bem como as hipóteses que têm sido levantadas na tentativa de explicar a relação entre os dois transtornos.

O último item começa explanando o tratamento realizado em programas exclusivos para mulheres e se aprofunda nas estratégias terapêuticas que têm sido postuladas na abordagem dos transtornos comórbidos em mulheres dependentes de álcool e drogas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Abuso e dependência de substâncias psicoativas em mulheres:

2.1.1. ASPECTOS GERAIS:

Atualmente, já não existem dúvidas de que, por muito tempo, a dependência feminina permaneceu como um fenômeno largamente escondido na maioria dos países (UNODC, 2004). Tão escondido que nos anos 80, quando a busca por tratamentos mais eficazes orientou a investigação científica no sentido de delimitar subgrupos e os movimentos feministas americanos passaram a defender a criação de programas terapêuticos mais adequados e sensíveis às prioridades das mulheres, esbarrou-se na extrema escassez de pesquisas que permitissem caracterizá-las enquanto subgrupo (Reed, 1987; Thurstin, Alfano, 1988; Haller et al., 1994; Hochgraf, 1995; Swift et al., 1996; Hodgins et al., 1997; Stein, Cyr, 1997; Zilberman, 1998). Só para termos uma idéia, no período entre 1970 e 1984 em estudos de alcoolismo somente 8% dos sujeitos era mulheres e entre 1984 e 1989 apenas 25 estudos sobre dependência relatavam diferenças entre os sexos. Embora este número tenha aumentado nos anos posteriores, na maioria das pesquisas a análise dos dados das mulheres era feita em conjunto com a dos homens (Toneatto et al., 1992; Roos et al., 1998; Health Canada, 2001).

Uma das razões que tem sido apontada para explicar essa escassez de pesquisas é a menor prevalência na dependência de substâncias psicoativas

entre mulheres, comparativamente aos homens (Roth, James, 1994). Todos os estudos epidemiológicos tanto no mundo, quanto no Brasil apontam para uma predominância masculina no abuso da maioria das substâncias, com exceção, em alguns países, dos medicamentos (por exemplo, benzodiazepínicos). Contudo, a prevalência entre mulheres não é desprezível e varia muito nas diferentes regiões geográficas. Um levantamento recente das Nações Unidas observou que, comparativamente aos homens, a proporção de mulheres que fazem uso de drogas pode ser extremamente diversa, com taxas de menos de 10% em algumas sociedades da Ásia Ocidental, de cerca de 20% na América Latina e de até 40% em alguns países europeus (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP), 2002).

Com relação ao uso de álcool, os dados dos principais levantamentos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e no Brasil encontram-se resumidos na Tabela 1. Nos Estados Unidos, o número de mulheres alcoolistas vem aumentando desde o “Epidemiological Catchment Area Study” (ECA), no início dos anos 80 e atualmente, estima-se que a prevalência de dependência de álcool ao longo da vida seja de 20,1% para os homens e 8,2% entre as mulheres (Anthony, Helzer, 1991; Kessler et al., 1994; Walter et al., 2003; Nolen-Hoeksema, 2004).

No Brasil, a tendência é semelhante, embora a pesquisa epidemiológica ainda seja escassa (Almeida Filho et al., 1992; Galduróz et al., 2000; Carlini et al., 2002). Há somente um levantamento da população geral, que estimou que a razão homem : mulher é próxima à encontrada nos estudos americanos (3 homens : 1 mulher) (Carlini et al., 2002).

Tabela 1 – Dados dos principais levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil e nos EUA para abuso/dependência de álcool

FONTE	Ano	% homens	% mulheres	Razão homem : mulher
ECA (Anthony, Helzer)	1991	23,8	4,6	5.2 : 1
Kessler et al.	1994	20,1	8,2	2.4 : 1
Almeida Filho et al.	1992	15,4	1,3	11.8 : 1
Galduróz et al.	2000	10,9	2,5	4.4 : 1
Carlini et al.	2002	17,1	5,7	3.0 : 1

Para o uso de outras drogas, conforme pode ser visto na Tabela 2, os dados americanos apontaram para uma razão homem : mulher de cerca de 1.5 homens : 1 mulher, que vem se mantendo estável há cerca de 25 anos (Anthony, Helzer, 1991; Kessler et al., 1994). No Brasil, com exceção dos medicamentos (benzodiazepínicos – aproximadamente 2 mulheres para cada homem e estimulantes – aproximadamente 3 mulheres para cada homem), a porcentagem de uso na vida entre os homens foi sempre maior que entre as mulheres. Com relação à dependência, os únicos dados relevantes do levantamento da população geral foram para maconha (para a maioria das outras drogas o uso foi insignificante para cálculo de dependência) e apontaram que ela é aproximadamente cinco vezes mais freqüente em homens do que em mulheres (Carlini et al., 2002).

Tabela 2 – Dados dos principais levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil e nos EUA para abuso/dependência de outras drogas

FONTE	Ano	% homens	% mulheres	Razão homem : mulher
ECA (Anthony, Helzer)	1991	7,7	4,8	1.6 : 1
Kessler et al.	1994	9,2	5,9	1.5 : 1
Carlini et al.	2002	1,6	0,3	⁽¹⁾ 5.3 : 1

⁽¹⁾ Somente para maconha

É interessante notar que a razão homem : mulher pode ser muito menor em populações mais jovens, sugerindo mudanças nos padrões de uso de álcool e drogas através das gerações (Becker, Duffy, 2002; Nolen-Hoeksema, 2004; CSAT, 2005). Um estudo realizado na Inglaterra com uma amostra populacional com idade variável de 16 a 59 anos, indicou que, no último mês e no último ano, os homens tinham duas vezes mais probabilidade de terem usado uma droga ilícita que as mulheres. Contudo, quando se considerava a faixa etária de 16 a 29 anos, a proporção de homens era só discretamente superior a de mulheres (56% versus 44% respectivamente) (Ramsey et al., 2001). O mesmo ocorreu entre estudantes de 11 a 15 anos (Godard, Higgins, 2000).

Contudo, ainda que a prevalência de dependência entre as mulheres venha aumentando, pelo menos nos países desenvolvidos, isto não tem sido necessariamente acompanhado pelo incremento dos estudos prospectivos das necessidades femininas (Brady et al., 1993; Kessler et al., 1994; Hochgraf, 2001). Neste sentido, a deficiência nas pesquisas parece estar vinculada também a outros fatores, entre os quais, destaca-se a pequena busca das mulheres por tratamento para dependência de substâncias psicoativas. Green et al. (2002) chamam a atenção sobre esse comportamento, já que ele contrasta com o hábito feminino de, geralmente, procurar e usar mais

freqüentemente serviços médicos, comparativamente aos homens. Para esses autores, essa dificuldade estaria vinculada, por um lado, às múltiplas barreiras com que as mulheres dependentes defrontam-se para ter acesso ao tratamento, como, por exemplo, dificuldades financeiras, responsabilidade primária com o cuidado dos filhos e pouco apoio do meio ao qual pertencem (Arfken et al., 2001). Por outro lado, consensualmente com a literatura, Green et al. (2002) frisam que o maior obstáculo que elas enfrentam seria o forte estigma social associado ao uso de álcool e outras drogas por mulheres, o que geraria conflitos entre o papel feminino e o tipo de problema para o qual procuram tratamento (Hochgraf, 1995; Zilberman, 1998).

Historicamente, tanto o padrão de uso de substâncias entre as mulheres, como a sua interpretação social tem variado, o que têm impacto não somente nas atitudes frente ao uso feminino, mas também na disponibilização de programas e na resposta ao tratamento (UNODC, 2004).

Nesse sentido, conquanto possa ser dito que existe um preconceito social em relação a qualquer dependência de substâncias psicoativas, a mulher é ainda mais estigmatizada que o homem (Blume, 1986; Brienza, Stein, 2002). Estereótipos de maior agressividade, tendência à promiscuidade, falhas no cumprimento do papel familiar estão mais comumente associadas às mulheres que aos homens dependentes (Brady et al., 1993; Hochgraf, 1995; Turner et al., 1998; Zilberman, 1998; Battjes et al., 1999). Essa associação, pelo menos no que diz respeito ao álcool, vem de longa data. Embora na Bíblia, um texto do Velho Testamento já afirmasse que a mulher grávida não deveria beber, nos séculos XVII e XVIII esse era um hábito socialmente aceito e comum entre mulheres e crianças, não sendo considerado perigoso ou moralmente errado.

Atribui-se ao surgimento da burguesia a mudança das normas culturais com respeito ao álcool. Se inicialmente foi lhe atribuído um significado quase demoníaco, no final do século XIX o beber foi considerado um valor da classe social baixa, que entre mulheres estava associado também à prostituição e à perda de valores morais (Health Canada, 2001).

Apesar de todas as mudanças ocorridas nos papéis sociais, não é difícil observar que o preconceito contra as mulheres mantém-se até os dias de hoje. Schober e Annis (1996) sugeriram que esse estigma estaria na base do receio que acompanha a busca de tratamento, influenciando a forma indireta que as mulheres dependentes geralmente utilizam para abordar seus problemas. Para lidar com o desconforto e a vergonha e, provavelmente, por sentirem-se menos inadequadas em seus papéis femininos, elas procuram ajuda, geralmente, em serviços de ginecologia e clínica médica, com queixas vagas sobre sua saúde física ou psíquica, escondendo ou minimizando seu problema principal (Weisner, Schmidt, 1992; Seppa et al., 1994; Brienza, Stein, 2002; Green et al., 2002).

Se a queixa indireta dificulta o diagnóstico, a falta de treinamento específico das equipes básicas de saúde, acentua o problema (Hochgraf, 1995; Battjes et al., 1999). Vários estudos apontaram o quanto o consumo de álcool e o diagnóstico de alcoolismo e/ou abuso de drogas nas mulheres são ignorados em serviços médicos gerais (Awad, Wattis, 1990; Blume, 1990; Spak, 1996; Grella, Joshi, 1999). Outras pesquisas frisaram que mesmo quando o diagnóstico é feito, a pouca disponibilidade de serviços especializados para mulheres dificulta a orientação e o encaminhamento dessas pacientes. O resultado é que elas acabam procurando tratamento em uma proporção muito

menor que a esperada pelos estudos de prevalência, o que gera uma sub-representação delas nos programas para dependência de substâncias psicoativas (Blume, 1986; Health Canada, 2001; Hochgraf, Andrade, 2004).

Todos estes fatores contribuíram para uma limitação nas possibilidades de estudo das mulheres. A consequência principal foi, então, uma ênfase nos padrões de uso dos homens, de tal forma que acabou por se produzir um viés, onde o masculino passou a ser considerado a norma (Health Canada, 2001). Nesse cenário não é difícil imaginar porque durante décadas as mulheres dependentes foram consideradas mais graves que os homens e uma série de mitos tenha sido criada, como, por exemplo, que as mulheres alcoolistas aderem menos, evoluem mal e têm pior prognóstico que os homens (Hochgraf, 1995). Em 1987, Edwards em uma crítica sobre os estudos psiquiátricos de dependência de álcool em mulheres reuniu-os sob a reveladora epígrafe “um amontoado de crendices” (Edwards, 1987).

2.1.2. ESPECIFICIDADE:

Homens e mulheres dependentes de substâncias psicoativas apresentam múltiplas diferenças baseadas em uma complexa interação entre fatores sociais, genéticos, hormonais, neurofisiológicos e ambientais (Walter et al., 2003).

A princípio, a motivação, o padrão e o curso do uso de substâncias psicoativas costumam ser distintos entre os sexos. No que se refere ao início do consumo, enquanto as mulheres dependentes associam o beber a ocorrência de eventos vitais significativos, como, por exemplo, separação ou

morte do cônjuge, os homens geralmente não apontam um desencadeante especial (Lex, 1944; Brienza, Stein, 2002). Para a cocaína, eles citam os efeitos da intoxicação como motivo principal; as mulheres, ao contrário, relacionam o uso à: depressão, sentimentos de isolamento social, pressões familiares e profissionais, problemas de saúde e, mesmo, tentativas para perder peso (Lex, 1994; Cochrane et al., 1998).

Em relação ao padrão, a maioria dos estudos referiu diferenças somente para o álcool (Caetano, Weisner, 1995; Hser et al., 2003). As mulheres geralmente bebem menos freqüentemente e consomem quantidades menores que os homens (Health Canada, 2001; Nolen-Hoeksema, 2004). Quanto à diversidade de drogas utilizadas, as mulheres costumam usar apenas uma e os homens têm maior probabilidade de abusar de múltiplas drogas (Comtois, Ries, 1995; Green et al., 2002).

As mulheres parecem evidenciar uma progressão mais rápida no curso da dependência de substâncias psicoativas. Comparativamente aos homens, independentemente da idade de início do uso de álcool ser semelhante ou não à deles, as mulheres desenvolvem mais rapidamente o mesmo número de sintomas, sendo que o intervalo de anos entre o primeiro uso e a dependência ou entre ele e a entrada no tratamento é menor para elas (Henderson et al., 1994; Lex, 1994; Hochgraf, 1995; Brady, Randall, 1999; Grella, Joshi, 1999; Brienza, Stein, 2002; Davis et al., 2002; Hser et al., 2003; Holdcraft, Iacono, 2004). Essa progressão mais rápida do alcoolismo nas mulheres sugere prejuízos precoces e é freqüentemente nomeada na literatura como “telescoping effect” (Hochgraf, 1995; Brienza, Stein, 2002). Para as outras drogas esse fenômeno foi menos estudado, embora já existam dados

sugestivos de que ele possa também ocorrer, principalmente com maconha, anfetamina, cocaína e alucinógenos (Stein, Cyr, 1997; Brady, Randall, 1999; National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2000,2002; Holdcraft, Iacono; 2004). Na comparação entre álcool e outras drogas, Zilberman et al. (2001) observaram que alcoolistas e farmacodependentes (73.7% cocaína) começaram o uso aproximadamente na mesma idade, mas tanto o intervalo entre a idade de início e a idade de aumento, quanto entre esse e a idade de chegada ao tratamento foram menores para as últimas.

Esse curso mais acelerado da dependência feminina parece estar relacionado às diferenças de gênero nas respostas fisiológicas às substâncias psicoativas. De modo geral, as mulheres vivenciam os efeitos de várias delas muito mais precocemente que os homens (Hochgraf, 1995; Nolen-Hoeksema, 2004; Sellers, 2005). No caso do álcool, como a mulher tem menos água corpórea que um homem de tamanho comparável, ingerindo a mesma quantidade que ele, ela atinge uma alcoolemia maior e se embriaga, então, em menos tempo que ele (Brady, Randall, 1999; Sellers, 2005). Contribui para esse efeito, também, o fato de que na mulher a razão entre o tecido gorduroso e magro é maior e a distribuição do seu volume é menor em relação ao volume de água corpórea total (UNODC, 2004). A maior absorção do álcool pode ser devida, ainda, aos níveis séricos menores nas mulheres que nos homens da enzima álcool-desidrogenase (ADH), que é responsável pelo metabolismo de quantidades substanciais de álcool, antes que ele entre no sistema circulatório (Brady, Randall, 1999). Sellers (2005) apontou que, sob condições normais, comparativamente aos homens, as mulheres metabolizam aproximadamente somente um quarto da quantidade de álcool ingerida. Essa tese, contudo, não

é consensual. Walter et al. (2003) referiram que a ADH tem seu maior papel em doses baixas de álcool e outras enzimas são ativadas quando os níveis séricos de álcool são muito grandes. Além disso, esses autores pontuaram que a ADH decresce com a idade no homem, e, portanto essa diferença de gênero seria válida somente para pessoas jovens (Nolen-Hoeksema, 2004).

Adicionalmente, flutuações hormonais, sejam nos níveis do hormônio gonadal sejam relacionadas ao ciclo menstrual, parecem também afetar a taxa de metabolização do álcool, embora a forma ainda não seja clara (Dawson, 1994; Walter et al., 2003).

Todos esses fenômenos contribuem para explicar porque as mulheres desenvolvem complicações clínicas (cirrose hepática, pancreatite, cardiopatias, neuropatias, entre outras) decorrentes do uso de álcool mais precocemente e de forma mais grave que os homens, implicando em uma morbidade de 1.5 a 2 vezes maior entre elas (Chou, 1994; Brady, Randall, 1999; Chang, 2002; UNODC, 2004).

O consumo elevado de álcool leva também a ciclos menstruais irregulares e/ou anovulatórios, risco de aborto espontâneo, mudanças abruptas na glicemia e distúrbios no metabolismo da vitamina D, o que resulta em uma absorção inadequada de cálcio e, conseqüentemente, em um aumento do risco de osteoporose (Brienza, Stein, 2002; Walter et al., 2003; Sellers, 2005).

O aumento do risco de câncer de mama também parece estar associado com o consumo elevado de álcool. Embora essa associação inclua dados conflitantes, tanto estudos com grandes amostras, quanto os de meta análise, indicaram que, comparativamente às mulheres que não bebem, aquelas que relatam consumir uma ou mais doses por dia têm um risco de 10 a 30% maior

de desenvolverem câncer de mama (Brady, Randall, 1999; NIDA, 1999; Brienza, Stein, 2002; Sellers, 2005).

Em relação às outras substâncias que não o álcool, ainda que existam indicações de que as diferenças biológicas entre homens e mulheres também exerçam influência nos efeitos orgânicos, os resultados dos estudos devem ser interpretados com cautela. A maioria das investigações foi realizada com amostras clínicas e existem limitações quanto à confiabilidade do relato da dose, à composição das substâncias e à duração do uso. Além disso, deve-se considerar que é freqüente o consumo associado de múltiplas drogas, o que torna difícil determinar os efeitos de cada uma delas individualmente (Teoh et al., 1994; Stein, Cyr, 1997).

Diferentemente do álcool, as conseqüências clínicas do uso de cocaína não são necessariamente mais severas nas mulheres que nos homens, já que parece existir um mecanismo relacionado ao sexo, que as protegeria de alguns danos cerebrais resultantes do uso dessa droga (NIDA, 2000). Nesse sentido, mesmo quando as mulheres têm uma exposição substancialmente maior à cocaína, após a abstinência elas apresentam prejuízos na concentração, na memória e na cognição que são similares aos dos homens. Além disso, elas têm menos probabilidade que eles de exibir anormalidades no fluxo sanguíneo cerebral (NIDA, 2000)..

Com relação às outras drogas, as diferenças de gênero são pouco exploradas (Brady, Randall, 1999). Sabe-se que a heroína interfere no ciclo menstrual e mulheres dependentes de opióides podem apresentar amenorréia secundária (UNODC, 2004).

A associação entre o uso de álcool e as disfunções sexuais, embora largamente conhecida para os homens, não é totalmente clara para as mulheres dependentes. Enquanto para eles, o alcoolismo está associado à impotência e à diminuição do interesse sexual, para elas a disfunção sexual, tanto pode ser causada pelo abuso do álcool, quanto este pode ser usado para lidar com a insatisfação sexual (Stein, Cyr, 1997).

Independentemente disto, entretanto, é importante considerar que vários estudos têm demonstrado que o álcool deprime a função sexual da mulher. Diferentemente do que acontece com os homens, do ponto de vista fisiológico, mesmo doses pequenas de álcool inibem sua resposta à estimulação sexual, sendo que o aumento dos níveis de alcoolemia está relacionado ao aumento da latência e à diminuição da intensidade do orgasmo (Blume, 1990). Com a cocaína, tanto homens quanto mulheres referem aumento da libido após o seu consumo e a elevação dos níveis de hormônio luteinizante (LH) parece estar associada com relatos de ativação da excitação sexual (Teoh et al., 1994).

Um dado preocupante e que já está bem estabelecido, tanto no Brasil, quanto no exterior, é a associação entre o abuso de drogas e as doenças sexualmente transmissíveis, particularmente o HIV (Woods et al., 1999; Bastos et al., 2000). Se nos primeiros anos da epidemia por HIV, a atenção dos pesquisadores voltou-se para os usuários de drogas injetáveis, nas últimas décadas o foco dos estudos ampliou-se para incluir, também, os usuários de drogas em geral, pois eles apresentam probabilidade de contaminação através do contato sexual maior que a população geral (Woods et al., 1999).

Em 1994, nos Estados Unidos, 70% das mulheres com AIDS tinham história de uso de drogas ilícitas (Wallace et al., 1994). O alto risco entre as

mulheres dependentes de contrair doenças sexualmente transmissíveis, principalmente AIDS, associa-se à maior probabilidade que elas apresentam de ter um companheiro também dependente, à frequência elevada de relações sexuais desprotegidas e à ocorrência comum de comércio sexual (Astemborski et al., 1994; Cohen et al., 1994; Lowry et al., 1994; Stein, Cyr, 1997).

Um estudo epidemiológico com 2323 adultos jovens, realizado em Nova York, Miami e São Francisco, mostrou que os usuários de crack apresentavam maior positividade para o HIV que os não usuários (15,7 vs. 5,2%), sendo a maior prevalência encontrada entre as mulheres, principalmente aquelas que comercializavam sexo por dinheiro ou drogas (34,4 vs. 9,1%) (Edlin et al., 1994). Índícios semelhantes, relacionando o uso de crack e a transmissão heterossexual do HIV também já têm sido relatados no Brasil (Malta et al., 2001).

Prejuízos diretos e indiretos ao feto durante a gravidez, morte neonatal e atrasos no desenvolvimento do recém-nascido têm sido relacionados ao abuso de substâncias psicoativas na gestação (Brady, Randall, 1999; Becker, Duffy, 2002). Embora exista grande variabilidade entre os diferentes estudos, risco aumentado de aborto, gravidez ectópica, prematuridade, baixo ganho de peso, microcefalia, anemia, trombocitopenia e hipertensão são alguns dos problemas clínicos que têm sido relatados (Howell et al., 1999; NIDA, 2000,2002). Howell et al. (1999) sugeriram que as diferenças encontradas em muitos estudos nas taxas de prematuridade e no baixo peso no nascimento poderiam estar relacionadas ao controle insuficiente de alguns fatores que são, freqüentemente, parte da vida das gestantes usuárias de drogas e que afetariam esses resultados. Entre estes fatores estariam: uso concomitante de

várias drogas, presença de doenças infecciosas, disfunções nutricionais e, mesmo, problemas sociais, como carência de moradia e baixo nível educacional (Behnke et al., 2001; Zucherman, Frank, 2002).

Em relação ao uso de diferentes substâncias na gravidez, a complicação mais severa e que constitui um grave problema no Brasil e no mundo é a síndrome fetal pelo uso do álcool. Estima-se que nos Estados Unidos haja de 1 a 3 casos em 1000 nativos, e que esta seja a terceira causa mais freqüente de retardo mental em recém nascidos (Blume, 1986; Sellers, 2005). Esta síndrome consiste numa combinação qualquer dos seguintes componentes: baixo peso para a idade gestacional, malformações na estrutura facial (fendas palpebrais menores, ponte nasal baixa e filtro ausente), defeitos no septo ventricular cardíaco, malformações das mãos e pés (especialmente sindactilia), além de retardo mental que varia de leve a moderado. Problemas no comportamento e aprendizado também podem persistir pelo menos durante a infância (Howell et al., 1999). Como são desconhecidas a freqüência de consumo e a quantidade de álcool que estariam envolvidas nesta síndrome, bem como o papel das carências nutricionais secundárias ao alcoolismo, recomenda-se às gestantes que não bebam neste período (Schuckit, 1991; Nolen-Hoeksema, 2004).

Considerando-se os problemas associados à cocaína são relatados, embora não consensualmente: prematuridade, descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer, morte neonatal e síndrome de morte súbita na infância (Kain et al., 1995; Behnke et al., 2001).

Até cerca de 20 anos atrás, era muito discutida a existência dos denominados “crack babies”, que seriam recém-nascidos com alterações

neurocomportamentais que durariam de 8 a 10 semanas (Lex, 1994) e que evoluiriam para os “crack kids”, ou seja, crianças com prejuízos cognitivos, afetivos e morais (Zucherman, Frank, 2002). Segundo Zucherman e Frank (2002) esses “diagnósticos” teriam sido estabelecidos a partir de um conceito distorcido que associava a ilegalidade do crack ao seu grau de toxicidade na gravidez, reforçado pelo cenário social americano à época, no qual a preocupação com a possibilidade de essas crianças apresentarem danos permanentes era enorme.

Amplamente divulgado na mídia, o mito dos “crack babies/ kids” persistiu até a metade da década de 90, quando amplas investigações detectaram que o aumento do risco de distúrbios no desenvolvimento de crianças filhas de mães usuárias de crack estava associado a uma combinação de fatores, em que o uso da droga incluía-se em um enorme espectro de condições desfavoráveis, como a desnutrição, a exclusão social e a pobreza (Zucherman, Frank, 2002).

Em uma investigação longitudinal e prospectiva – The Maternal Life Study – Lester et al. (2001) apontaram que as alterações neurocomportamentais observadas em 1388 bebês com um mês de idade estariam determinadas pela frequência de exposição à cocaína na gestação (se ocasional ou pesada), mas mediadas pelo peso no nascimento, de tal forma que os efeitos da droga poderiam ser diferentes em bebês com peso normal. Na conclusão do seu trabalho, esses autores afirmaram que, se os resultados indicaram uma vulnerabilidade neurocomportamental, que poderia ou não ter implicações em longo prazo, eles não evidenciaram déficits, nem sugeriram a existência de um transtorno clinicamente significativo ou de uma doença processual.

Na evolução do The Maternal Lifestyle Study, Messinger et al. (2004), analisando os mesmos bebês aos 3 anos de idade, concluíram que a exposição à cocaína era um marcador apenas discreto de déficits no desenvolvimento mental. Em seu estudo comparativo entre 522 crianças expostas e 703 não expostas à cocaína, eles observaram que o baixo peso no nascimento, a ocorrência de rupturas na relação mãe-bebê e um nível sócio-econômico abaixo da linha da pobreza eram fatores mais fortemente associados aos severos déficits no desenvolvimento mental que o uso da cocaína em si mesmo.

De qualquer forma, mesmo frente aos resultados dos estudos e à constatação de que o consumo de uma substância não apresenta riscos de teratogenia severa ao feto ou à criança em desenvolvimento, a relação entre uso de drogas e gravidez deve ser sempre considerada. Em princípio, como vários estudos questionaram as condições emocionais das mães dependentes para exercer a maternagem adequadamente, a carências no cuidado oferecido à criança poderia exacerbar vulnerabilidades neurocomportamentais, como as observadas por Lester et al. (2001) (Howell et al., 1999; Becker, Duffy, 2002). Em segundo lugar, as discretas deficiências verificadas até os 3 anos de idade podem tornar-se mais evidentes quando habilidades de linguagem, motoras, comportamentais e cognitivas mais complexas forem requeridas (Messinger et al., 2004). Por último, como o uso de drogas na gravidez e a maternidade constituem importantes fontes de mobilização para o tratamento é imprescindível o desenvolvimento de serviços para gestantes e programas de intervenção precoce, que atuem na prevenção de problemas futuros de saúde

física e mental (Zucherman, Frank, 2002; Hochgraf, Andrade, 2004; CSAT, 2005).

As mulheres dependentes de substâncias psicoativas apresentam uma taxa de mortalidade superior a dos homens dependentes (Henderson et al., 1994; Brienza, Stein, 2002). Para as mulheres alcoolistas, esta é 5 vezes maior que a esperada na população geral (Lindenberg, Agren, 1988). Além disso, mesmo consumindo aproximadamente metade da dose dos homens todas as causas de mortalidade são maiores para as mulheres que para eles (Holman et al., 1996). Para as drogas injetáveis, a taxa de mortalidade é cerca de 2 vezes maior para elas que para os homens e 4 vezes maior comparativamente às mulheres que não fazem esse tipo de uso (Frischer et al., 1993; UNODC, 2004).

A evidência de uma influência genética na dependência de substâncias psicoativas em mulheres é de certa forma mista. Para o alcoolismo, os estudos mais antigos indicavam que, embora fosse provável para os homens, a influência genética era inconclusiva para as mulheres, sugerindo que para elas os fatores ambientais poderiam ser até mais importantes tanto no desenvolvimento, quanto na proteção contra os problemas com álcool (Brienza, Stein, 2002; Nolen-Hoeksema, 2004). Investigações mais recentes, no entanto, revelaram uma concordância consistentemente alta para pares monozigóticos comparados com gêmeos dizigóticos, indicando que os fatores genéticos seriam responsáveis por 50 a 60% da probabilidade de uma mulher vir a ser alcoolista e seriam igualmente transmitidos por via materna ou paterna (Kendler et al., 1992,1994). Para as outras substâncias, o campo é menos explorado e alguns autores afirmaram que a influência seria mediada por

determinados comportamentos herdados, principalmente anti-sociais e relacionados à agressividade, que estariam mais associados ao consumo de drogas (Cadoret et al., 1996).

O uso de drogas pela mulher é influenciado pelo contexto social (UNODC, 2004). A princípio, mulheres dependentes têm mais parceiros que também são dependentes que o inverso. Além disso, é consensual entre os diferentes autores, que o companheiro usuário não só introduz e reforça o uso da mulher, mas também ocupa um papel importante na manutenção do seu comportamento (Turner et al., 1998; Brienza, Stein, 2002; Hser et al., 2003; Tuten, Jones, 2003; UNODC, 2004). Assim, diferentemente dos homens que relatam problemas com as esposas pelo uso de drogas e que referem serem elas as grandes incentivadoras para o seu tratamento, as mulheres não só não podem contar com esse suporte, como, em muitos casos, têm que lidar com a oposição ativa do companheiro (Grella, Joshi, 1999; Tuten, Jones, 2003).

Esse padrão de carência de suporte social freqüentemente repete-se com a família e com os amigos. Enquanto para os homens, os familiares e amigos encorajam-nos a parar de usar drogas, as mulheres referem sentir-se pouco apoiadas, seja porque a família nega ou se sente envergonhada por seu comportamento, seja em função de um relacionamento abusivo baseado na dependência, seja porque o consumo de drogas provocou conflitos que ocasionaram distanciamento ou mesmo rompimento da relação familiar (Turner et al., 1998; Grella, Joshi, 1999; Health Canada, 2001; Brienza, Stein, 2002; Davis et al., 2002; Walter et al., 2003).

Além disso, é importante notar que muitas mulheres dependentes não só provêm de famílias disfuncionais com altos índices de violência, como também

geralmente são vítimas de violência doméstica (Davis, 1994; Swift et al., 1996; Green et al., 2002). Em um estudo com 267 mulheres em tratamento, Swift et al. (1996) verificaram que cerca de 38% delas havia sido abusada sexual ou fisicamente na idade adulta, sendo que para 59% a violência ocorreu no ambiente doméstico e foi cometida pelo parceiro. Dessas mulheres, aproximadamente um quarto (24%) referiu que estava intoxicada quando o evento ocorreu e mais da metade (59%) relatou que o parceiro agiu sob a influência de álcool e/ou drogas. Esses dados confirmaram achados anteriores apontando que a mulher dependente tem um risco maior de ser vítima de agressão, pois, em geral tem pouca capacidade para autoproteção e as drogas, especialmente o álcool, aumentam a vulnerabilidade e o potencial para a violência (Brienza, Stein, 2002; Nolen-Hoeksema, 2004; UNODC, 2004; CSAT, 2005).

Um aspecto específico da mulher dependente de substâncias psicoativas é a relação entre abuso físico e sexual tanto na infância, quanto na maturidade e a dependência de álcool e outras drogas (Jarvis et al., 1998; UNODC, 2004). Algumas estimativas sugeriram que aproximadamente 70% das mulheres em contato com serviços de tratamento foram vítimas de abuso físico ou sexual durante a infância e que a prevalência de incesto variava de 12% a 31% (Health Canada, 2001; Becker, Duffy, 2002). No decorrer dos últimos anos, inúmeros estudos têm sido dedicados a este tema, já que muitos autores consideram que o abuso sexual infantil e/ou uma história de vitimização poderia ser um fator determinante no desenvolvimento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Stein, Cyr, 1997; Brady, Randall, 1999; Health Canada, 2001; Becker, Duffy, 2002; UNODC, 2004).

No intuito de explorar o valor preditivo dessa variável, Kendler et al. (2000) conduziram uma extensa investigação com 1411 mulheres gêmeas. Foram avaliados seis transtornos psiquiátricos: depressão maior, ansiedade generalizada, pânico, bulimia nervosa, dependência de álcool e dependência de outras drogas. Quando o abuso sexual infantil foi tomado como categoria geral ele foi significativamente associado com todos os transtornos, com exceção da bulimia nervosa, sendo que a probabilidade de ocorrência variou de aproximadamente 2 vezes mais para depressão maior, pânico e ansiedade generalizada à cerca de 3 vezes mais para dependência de álcool ou drogas. Quando se classificou o abuso pelo tipo, não genital, genital e perpetração do ato sexual, a associação foi positiva para todos os transtornos, com probabilidades de risco variando de 2.6 a 3.3 e excedendo 4.0 para dependência de álcool e outras drogas quando houve perpetração do ato sexual. A avaliação de outros fatores (disfunção familiar; transtornos psicopatológicos nos pais; transtorno no ajustamento da criança e traços individuais) que aumentariam a probabilidade de exposição ao abuso e independentemente o risco de desenvolver transtornos psiquiátricos não apontou resultados significativos. Com esses dados os autores concluíram que o abuso sexual infantil é um fator causal relacionado ao aumento do risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, que seria tanto maior, quanto mais grave for o tipo de abuso sofrido. Contudo, apesar de que a probabilidade seja maior para dependência de álcool e outras drogas, não existem evidências de risco específico para uma patologia particular.

Para aprofundar os achados dessa investigação, Bulik et al. (2001) realizaram um estudo com uma amostra, derivada da pesquisa anterior, de 412

mulheres gêmeas, vítimas de algum tipo de abuso sexual infantil. O objetivo era avaliar se o abuso seria somente um fator de risco não específico para um distúrbio psicopatológico futuro ou se existiriam associações entre padrões específicos de abuso e desenvolvimento de síndromes particulares. Os resultados apontaram que, de forma geral, a presença de tentativa ou de perpetração do ato sexual, o uso de força ou de ameaças, a intensidade com que a vítima foi afetada na época do episódio e a reação negativa (não acreditar, não apoiar, punir) da pessoa que soube do ocorrido estiveram associados com o aumento do risco de psicopatologia futura. Quando análises múltiplas foram realizadas com cada diagnóstico psiquiátrico não foram constatadas diferenças significativas nos padrões de abuso entre os diversos transtornos. Nesse sentido, os achados dessa pesquisa não confirmaram a hipótese da existência de uma “síndrome do abuso sexual” com um perfil de sintomas identificável. Isso significa que o abuso sexual infantil tenderia a funcionar mais como um risco não específico associado a maior probabilidade de desenvolvimento posterior de transtornos psiquiátricos e/ou relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Frente a esses resultados, os autores alertaram sobre a importância de não conceitualizar o abuso sexual infantil como um evento que seria homogênea e universalmente traumático. A magnitude do risco para o desenvolvimento de psicopatologia poderia ser variável dependendo das características do próprio abuso e, principalmente, poderia ser modificada por fatores protetores intrínsecos e extrínsecos à vítima.

No que diz respeito à problemática geral, enquanto os homens dependentes têm mais problemas legais, seja no que diz respeito ao envolvimento com atividades ilegais propriamente ditas, seja em números de

autuações e prisões, as mulheres apresentam mais problemas médicos, dificuldades sociais e familiares (com o preconceito, o companheiro e a maternidade) e sintomas psicológicos, referindo freqüentemente baixa auto-estima, comportamento autodestrutivo e elevados níveis de ansiedade e depressão (Toneatto et al., 1992; Davis, 1994; Kauffman et al., 1996; Hser et al., 2003; CSAT, 2005). Além disso, embora ambos relatem problemas profissionais, as mulheres apontam mais dificuldades financeiras e de desemprego (Henderson et al., 1994; Brady, Randall, 1999; Arfken et al., 2001; Davis et al., 2002; Green et al., 2002; Hser e al., 2003).

2.1.3. COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA:

O conceito de comorbidade foi cunhado por Feinstein (1970) e se refere a qualquer entidade clínica adicional que tenha coexistido ou ocorrido durante o curso clínico de um paciente cuja doença de base esteja sob estudo.

O estudo da comorbidade psiquiátrica em dependentes de álcool e drogas expandiu-se consideravelmente nas últimas décadas, a partir da constatação de que a associação entre transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtornos psiquiátricos é muito freqüente e ocorre em taxas mais altas que as esperadas por combinações ao acaso (Kessler, 2004; Salloun, 2005). Embora a prevalência dessa comorbidade seja maior em amostras clínicas que na população geral, essa diferença deve-se, freqüentemente, ao viés de Berkson, que demonstra que indivíduos com mais de uma condição patológica (seja ela física ou psíquica) procuram mais ajuda profissional, que aqueles com uma única condição (Regier et al., 1990; Bucholz, 1999; Kessler, 2004).

Dados de levantamentos populacionais americanos indicaram que 53% dos dependentes de drogas tinham um outro transtorno psiquiátrico associado (Regier et al., 1990). Essa prevalência aumentada, também, foi observada em alcoolistas, que apresentaram uma probabilidade 3 vezes maior de ter essa associação, comparativamente aos não alcoolistas (Helzer, Przybeck, 1988).

No que diz respeito ao gênero, as mulheres com abuso ou dependência de álcool têm mais comorbidade que os homens alcoolistas (72% vs. 57% para abuso e 65% vs. 44% para dependência) e que as mulheres na população geral (31% vs. 5%) (Helzer et al., 1991; Kessler et al., 1997; Bucholz, 1999). Para elas os transtornos mais comumente associados são os: ansiosos (fobia social, fobia simples e transtorno do estresse pós-traumático); do humor (depressão maior e mania) e dependência de outras drogas (Kessler et al., 1997).

Para as mulheres dependentes de drogas a prevalência da comorbidade com outros transtornos psiquiátricos também é alta (76%), mas é mais alta que para os homens somente quando se exclui o diagnóstico de abuso e dependência de álcool. Os transtornos associados são muito similares aos observados nas alcoolistas, ou seja, transtornos ansiosos e do humor (fobia, transtorno do estresse pós-traumático, depressão e mania) (Anthony, Helzer, 1991; Zilberman et al., 2003).

Outras pesquisas, com maior diversidade de diagnósticos do Eixo I, tanto em amostra populacionais, como clínicas, observaram, também, para mulheres dependentes de álcool e/ou drogas altas taxas de comorbidade com distímia, ansiedade generalizada e transtornos alimentares (Swift et al., 1996; Grilo et al., 1997b; Stein, Cyr, 1997; Brady, Randall, 1999; Health Canada, 2001; Tucci, 2003; Zilberman et al., 2003).

Essa alta taxa de comorbidade sugere fortemente que os transtornos psiquiátricos e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas estão associados através de anormalidades neurobiológicas e comportamentais compartilhadas. Embora essa sugestão encontre eco em inúmeros pesquisadores, a natureza da relação causal e seus fatores permanecem ainda obscuros. Quatro hipóteses têm sido formuladas na tentativa de explicar essa associação (World Health Organization (WHO), 2004):

1. Os transtornos tanto mentais, quanto relacionados ao uso de substâncias seriam expressões sintomáticas diferentes de uma mesma anormalidade neurobiológica pré-existente;
2. O consumo repetido de substâncias psicoativas levaria a mudanças biológicas, que teriam alguns elementos comuns com as anormalidades que intervêm como mediadoras de outros transtornos psiquiátricos, como a depressão;
3. O uso de substâncias psicoativas poderia refletir uma tentativa de automedicação para reverter alguma das anormalidades associadas ao transtorno psiquiátrico. Essas anormalidades poderiam ser anteriores ao uso da substância ou mesmo causadas por esse uso;
4. Os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e os transtornos psiquiátricos teriam mecanismos neurobiológicos diferentes e independentes e a associação observada seria simplesmente um resultado do acaso.

Embora não seja possível descartá-la, essa última hipótese é improvável, quando se consideram os extensos dados epidemiológicos e neurobiológicos

indicando o contrário (Kessler, 2004; WHO, 2004). Quanto às outras três hipóteses, é preciso enfatizar que elas não são necessariamente mutuamente exclusivas, podendo coexistir para uma substância, ou mesmo para uma população específica de pacientes (WHO, 2004).

2.2. Transtornos por uso de substâncias psicoativas e transtornos alimentares:

2.2.1. TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MULHERES:

Os transtornos alimentares são a expressão de graves perturbações no comportamento alimentar e têm sido relatados há séculos. No século XIII encontramos uma grande profusão de descrições de mulheres que se impunham jejuns como forma de purificação, em quadros muito semelhantes ao que se descreve atualmente como anorexia, embora se considere que o caso pioneiro desta patologia date do ano de 895 (Cordás, 2004). O termo bulimia já era utilizado por Hipócrates para designar uma fome doentia, diferente da fome fisiológica (Cordás, 2004). As descrições formais das síndromes, contudo, só ocorreram na década de 70 (Walsh, Devlin, 1998; Cordás, 2004).

De acordo com o DSM-IV (APA, 1995) são três os diagnósticos formais de transtornos alimentares: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtornos alimentares sem outra especificação. Além deles, foi introduzida uma nova categoria de pesquisa, o transtorno da compulsão alimentar periódica.

2.2.1.1. Anorexia nervosa:

A anorexia é um transtorno caracterizado por: recusa em manter o peso corporal normal (definido como pelo menos 15% abaixo do esperado para a idade e a altura); medo intenso em ganhar peso ou tornar-se gordo; grave perturbação na imagem corporal e, em mulheres, amenorréia. Os pacientes

com anorexia percebem-se gordos, independentemente de estarem muito magros e sua auto-estima depende quase exclusivamente de sua forma e peso corporal. Seus sintomas são geralmente egossintônicos e costumam negar a seriedade de seu quadro de subnutrição (APA, 1995; Grilo et al., 2002; Hochgraf, 2003a). Dependendo do método empregado para a perda de peso, os pacientes são classificados em dois subtipos (APA, 1995):

- Restritivo: quando a perda de peso é gerada através de dieta, jejum ou exercício em excesso, sem episódios de compulsão alimentar;
- Compulsão periódica/purgativo: caracterizado por compulsões periódicas e/ou purgações mediante vômitos ou uso indevido de laxantes, enemas ou diuréticos.

A inanição e os comportamentos purgativos acarretam significativas complicações clínicas, que incluem alterações metabólicas, hematológicas, endocrinológicas, ósteo-musculares, no sistema nervoso central, e nas funções: circulatória, respiratória, urinária, gastrintestinal, e reprodutora e sexual (Hochgraf, 2003a). Em casos severos, a morte pode ocorrer por inanição, suicídio ou desequilíbrio eletrolítico. Alguns estudos sugeriram que a taxa de mortalidade para pacientes com anorexia nervosa varia de 0,5% a 1% ao ano (Treasure, Szmulker, 1995; APA, 2000).

Embora a anorexia nervosa seja um transtorno relativamente raro, sua incidência vem aumentando e estima-se que atualmente seja de 8 para 100.000 pessoas por ano (Hoek, van Hoeken, 2003). Ocorre predominantemente em mulheres jovens, com uma prevalência pontual de 0.28% e ao longo da vida de 0,3% a 3,7% (Appolinário, Claudino, 2000).

2.2.1.2. Bulimia nervosa:

A bulimia nervosa é caracterizada por: episódios recorrentes de compulsão periódica (definida como ingestão de uma quantidade excepcionalmente grande de alimentos em um período limitado de tempo, com sensação subjetiva de falta de controle sobre esse comportamento); comportamento compensatório inadequado e recorrente com a finalidade de controlar o peso (por exemplo, auto-indução de vômitos; uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou medicamentos supressores de apetite; jejuns ou exercícios excessivos) e atitudes disfuncionais sobre o peso e a forma do corpo que influenciam indevidamente a auto-avaliação (APA, 1995; Grilo et al., 2002). Para o diagnóstico de bulimia nervosa, segundo o DSM-IV (APA, 1995), é necessário que a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios ocorram em média 2 vezes por semana por 3 meses. As bulímicas têm usualmente peso normal (cerca de 70% dos casos) ou levemente acima (15%) ou abaixo (15%) do normal (Appolinário, Claudino, 2000). Da mesma forma que as pacientes anoréxicas, apresentam extrema sensibilidade à possibilidade de ganhar peso, com medo mórbido de engordar, ao lado de um desejo intenso de perder peso e inconformismo com o tamanho de várias partes do corpo (Hochgraf, 2003a).

Dependendo do tipo de comportamento compensatório adotado, os pacientes podem ser classificados, segundo o DSM-IV (APA, 1995), em dois subtipos:

- Purgativo: caracterizado por auto-indução de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas;

- Sem purgação: uso de comportamentos compensatórios inadequados, como jejuns ou exercícios excessivos, sem envolvimento regular na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

É importante ressaltar que se qualquer das duas formas de bulimia nervosa ocorrer durante um episódio atual de anorexia nervosa, o diagnóstico será de anorexia nervosa (APA, 1995).

Embora a bulimia nervosa seja uma condição mais benigna que a anorexia nervosa, as manobras compensatórias para a perda de peso levam a uma série de complicações clínicas, com alterações em diferentes sistemas, tais como: nervoso central; circulatório; respiratório; urinário; gastrintestinal; ósteo-muscular; reprodutor e sexual. Além disso, são freqüentes as alterações metabólicas, as da pele e anexos e as dentárias (Appolinário, Claudino, 2000; Hochgraf, 2003a).

Tal como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa também é mais comum em mulheres, em geral, adolescentes e jovens. A incidência é de 12 casos por 100.000 pessoas anualmente e a prevalência estimada é de 1 a 3%, com alguns estudos mais recentes indicando até 4,2% (APA, 2000; Grilo et al., 2002; Hoek, van Hoeken, 2003).

2.2.1.3. Transtorno alimentar sem outra especificação:

Os transtornos alimentares sem outra especificação são geralmente considerados a categoria de transtorno alimentar mais prevalente e certamente a menos estudada. Também chamados de síndromes parciais e anorexia nervosa e bulimia nervosa atípicas – CID-10 (Organização Mundial de Saúde

(OMS), 1993) – são os quadros característicos da maioria das pessoas que procuram tratamento fora dos centros de pesquisa (Grilo et al., 2002).

Esta categoria compreende, então, pacientes que experimentam problemas significativos e clinicamente compreensíveis com o comer e a imagem corporal, mas nem sempre preenchem os critérios diagnósticos de bulimia nervosa ou anorexia nervosa. São exemplos dessa situação: as mulheres que satisfazem todos os critérios para anorexia nervosa, mas apresentam menstruações regulares ou que apesar da perda de peso significativa, têm o peso atual dentro do limite da normalidade ou os pacientes que não atingem a frequência de episódios de compulsão periódica necessária para o diagnóstico de bulimia nervosa (Appolinário, Claudino, 2000; Grilo et al., 2002).

Dois outros comportamentos são incluídos, ainda, nessa categoria (APA, 1995):

- Uso regular de comportamentos compensatórios em indivíduos de peso normal e após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos;
- Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.

Aplicando-se os critérios do DSM-IV (APA, 1995) estima-se que os transtornos alimentares sem outra especificação e as síndromes parciais ocorram em 2 a 5% das mulheres jovens (Hay, 2002).

2.2.1.4. Transtorno da compulsão alimentar periódica:

Também chamado de transtorno do comer compulsivo, é um dos transtornos alimentares sem outra especificação, que foi incluído no Apêndice

B do DSM-IV como um dos critérios ou eixos oferecidos para estudos adicionais (APA, 1995; Appolinário, 1998). Esse transtorno é caracterizado pela presença de episódios regulares de compulsão alimentar periódica (definida da mesma forma que na bulimia nervosa, ou seja, pela ingestão de uma quantidade excepcionalmente grande de alimentos em um período limitado de tempo e com sensação subjetiva de falta de controle sobre esse comportamento) acompanhados de acentuada angústia, mas que não estão associados com o uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por exemplo, vômitos auto-induzidos, uso indevido de laxantes e outros medicamentos, jejuns, exercícios excessivos). Além dos indicadores subjetivos, para o diagnóstico são necessários também indicadores comportamentais de prejuízo no controle, que incluem: comer mais rapidamente ou até se sentir incomodado; comer grande quantidade de alimentos quando não se está com fome; comer sozinho em razão do embaraço pela quantidade consumida; sentir repulsa, culpa ou intensa tristeza após comer demais (APA, 1995).

Deve-se considerar que o transtorno da compulsão alimentar periódica é uma categoria nova e muito controversa. Embora nos últimos anos, um número considerável de publicações tenha dedicado-se a diferentes aspectos desse quadro, permanece inconclusivo se ela representa uma síndrome clinicamente significativa, qual é a sua validade e quais são suas características específicas e distintivas da bulimia nervosa, da síndrome do comer noturno, e, mesmo, da obesidade (Spitzer et al., 1993; Grilo, 2002; Wilfley et al., 2003; Pull, 2004). Enquanto em alguns estudos, o transtorno da compulsão alimentar periódica é considerado somente uma versão atenuada da bulimia nervosa sem purgação

(Ramacciotti et al., 2005), em outros se observou uma constelação particular de sintomas, que permitiriam validá-lo enquanto categoria diagnóstica (Bulik et al., 2000; Reichborn-Kjennerud et al., 2004).

Muito embora nem todos os pacientes que apresentaram o padrão alimentar desse transtorno sejam obesos, grande parte deles evidencia problemas de controle do peso corporal, embora sem evidências, principalmente, em mulheres, de morbidade física relevante; já os com sobrepeso, podem apresentar problemas clínicos relacionados à obesidade (Appolinário, 1998; Grilo, 2002; Reichborn-Kjennerud et al., 2004). Além disso, investigações tanto em população geral (Telch, Stice, 1998), quanto em amostras clínicas (Mitchell, Musell, 1995), inclusive no Brasil (Borges et al., 2002; Fontenelle et al., 2003) apontaram que os indivíduos com transtorno da compulsão alimentar periódica apresentam taxas elevadas de psicopatologia e comorbidade psiquiátrica (Appolinário, 1998; Bulik et al., 2002; Grilo, 2002; Fontenelle et al., 2003).

De forma diferente da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, o transtorno da compulsão periódica não é incomum na raça negra e em homens, embora as mulheres tenham uma tendência 1.5 vezes maior (Grilo et al., 2002). É mais freqüentemente visto em adultos jovens e de meia idade com uma prevalência estimada de 0,7% a 4% nessa população, 8% na população de obesos e até 50% em programas para controle de peso (APA, 1995; Grilo, 2002).

2.2..2. COMORBIDADE ENTRE ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E TRANSTORNOS ALIMENTARES:

De 30 anos para cá, a comorbidade entre quadros de dependência e transtornos alimentares tem sido objeto de crescente interesse e sistemáticos estudos de pesquisa têm sido conduzidos. As bases deste interesse provêm do fato de que muitos estudos têm demonstrado que a ocorrência simultânea dos dois transtornos é muito freqüente, tanto nas mulheres dependentes de álcool e outras drogas, quanto nas mulheres com transtornos alimentares (Grilo et al., 1995a,b; Sinha et al., 1996; Wolfe, Maisto, 2000; The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA), 2003; Behar, 2004; APA, 2005). Embora seja preciso considerar que essa freqüência é bem maior em amostras clínicas, há considerável variação entre as diferentes pesquisas. Essas variações podem ser atribuídas a questões metodológicas, já que diferenças nos métodos de recrutamento da amostra (populacionais ou clínicos), no tipo de serviço (para transtornos alimentares ou para dependência de substâncias psicoativas; ambulatorial ou programas de internação), no diagnóstico primário (transtorno alimentar ou transtornos relacionados ao uso de substâncias; atual ou passado), nos métodos de avaliação (auto-relato ou entrevista estruturada), nos critérios de exclusão e na idade das pacientes podem levar a resultados distintos (Grilo et al., 2002; Bulik et al., 2004; CSAT, 2005). Além desses fatores que são mais pertinentes à pesquisa científica, Corcos et al. (2001) apontaram outros, como, as modificações nos critérios diagnósticos através do tempo e a existência de diferentes perfis clínicos entre pacientes com transtornos alimentares, como, por exemplo, presença de outros distúrbios emocionais.

Holderness et al. (1994) verificaram essa variabilidade em sua extensa revisão da literatura sobre a comorbidade entre quadros de dependência e transtornos alimentares. Esses autores observaram que:

1. Em pacientes com algum tipo de transtorno alimentar a associação com abuso ou dependência de álcool, presente ou passado, variou de 12 a 39%, com uma média de 26%. Média semelhante (25%) foi encontrada nos estudos que incluíram também abuso ou dependência de outras drogas, embora a variação fosse mais extensa, indo de 6,7 a 43%;
2. A associação entre bulimia e comportamentos bulímicos (isto é, comer compulsivo e purgação) e quadros de dependência é mais forte que em relação à anorexia. A porcentagem de bulímicos que relataram abuso ou dependência de álcool variou de 2,9 a 48,6%, com uma média de 22,9%. Esta média diminuiu um pouco, quando se consideraram também as outras drogas (17,05%), embora as taxas variassem de 0 a 55%. No que diz respeito à anorexia nervosa, existem menos estudos. Nestes, observou-se que os transtornos relacionados ao uso de substâncias estavam mais associados ao subtipo purgativo e era rara a ocorrência no subtipo restritivo;
3. Na revisão de estudos com pacientes com quadros de abuso/dependência, o relato de bulimia, passada ou atual, variou de 8 a 40,7%, com uma média de 20%. Já no que diz respeito à anorexia, a variação foi de 2 a 10%;

Blinder et al. (2000), em um estudo mais recente, baseados em taxas de prevalência de transtornos alimentares de 2,5% e transtornos relacionados ao uso de substâncias de 3,0% na população geral feminina, concluíram que:

1. Entre as mulheres com transtornos alimentares, 25,7% apresentavam transtornos relacionados ao uso de substâncias, ou seja, oito vezes mais que a população geral;
2. A taxa de transtornos alimentares em mulheres dependentes de substâncias psicoativas era de 16,3%, isto é, cinco vezes mais que a encontrada na população geral.

Estes autores sugeriram que a ocorrência como diagnóstico primário de transtornos alimentares ou transtornos relacionados ao uso de substâncias estava associada com a suscetibilidade aumentada para a ocorrência de cada um deles enquanto comorbidade (Holderness et al., 1994; Blinder et al., 2000).

Aliás, esta suscetibilidade não é um achado novo. Em sua descrição inicial de bulimia nervosa, Russell (1979) já referia que muitas pacientes tendiam a abusar de álcool e drogas. Aproximadamente na mesma época, Crisp et al. (1980) já observavam com interesse o fato de que anoréxicas crônicas que desenvolviam comportamentos bulímicos freqüentemente abusavam de álcool. O mesmo ocorreu nos primeiros relatos que comparavam anoréxicas subtipo restritivo com subtipo bulímico, onde os autores também apontavam problemas com o uso de substâncias, associados principalmente ao segundo grupo (Mitchell et al., 1990).

Essa suscetibilidade, contudo, é controversa na literatura (Grilo et al., 2002; von Ranson et al., 2002). Enquanto em investigações com amostras populacionais, alguns estudos relatavam taxas significativamente mais altas de uso e dependência de álcool em indivíduos com bulimia nervosa

comparativamente a grupos controle, outros observavam que essa associação era apenas modesta e várias encontraram-na somente em relação às substâncias ilícitas (von Ranson et al., 2002).

Pesquisas com adolescentes, por outro lado, verificaram que existe uma relação positiva entre sintomas subclínicos de transtornos alimentares (como, compulsão e/ou restrição alimentar, comportamento purgativo e atitudes disfuncionais com o peso e a forma do corpo) e uso de substâncias psicoativas, de modo que se o comportamento alimentar anormal aumenta, cresce proporcionalmente o abuso de substâncias (Wolfe, Maisto, 2000). Com relação ao álcool, Krahn et al. (2005), além de observarem a mesma relação, notaram também que o aumento da intensidade do seu uso estava positivamente associado com o agravamento da severidade da dieta e dos episódios de comer compulsivo.

A situação não é diferente com amostras clínicas. Ainda que muitos estudos tenham apontado taxas de comorbidade entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias significativamente altas, outros sugeriram que essas taxas são somente marginalmente maiores que as encontradas em grupos de pacientes psiquiátricos com severidade comparável (Grilo et al., 2002).

Na tentativa de explicar essa variabilidade entre os estudos, três hipóteses principais têm sido levantadas. A primeira hipótese postula que em pacientes dependentes de substâncias psicoativas a associação nem sempre ocorre com anorexia e bulimia nervosa, mas sim com as síndromes alimentares parciais ou subclínicas ou mesmo com os transtornos alimentares sem outra especificação (Grilo et al., 1995b,2002; Sinha et al., 1996; CSAT, 2005).

Em um estudo com 136 mulheres internadas, Grilo et al. (1995b), comparando 67 pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias e 69 com outros transtornos psiquiátricos, verificaram que as mulheres dependentes tinham mais freqüentemente transtornos alimentares que as outras pacientes (31,3% x 14,5% respectivamente). No entanto, como as taxas para anorexia e bulimia nervosa eram semelhantes entre os dois grupos, essa diferença era devida somente aos transtornos alimentares sem outra especificação, para os quais os índices variavam de 2,9% para o grupo de pacientes psiquiátricas a 13,4% para o grupo de mulheres dependentes. Resultado semelhante foi encontrado por Sinha et al. (1996) investigando transtornos alimentares em 4 grupos de pacientes: alcoolistas, pacientes com transtornos ansiosos, alcoolistas com transtornos ansiosos e mulheres sem diagnóstico psiquiátrico do Eixo I. Os resultados mostraram que, comparativamente às não alcoolistas, as mulheres alcoolistas tinham taxas modestamente mais elevadas de bulimia nervosa, mas significativamente maiores de transtornos alimentares sem outra especificação; além disso, mesmo quando não exibiam sintomas de um distúrbio alimentar, essas mulheres tinham maior probabilidade de apresentarem atitudes patológicas com o peso, a aparência e a alimentação.

Nessa mesma direção, em uma pesquisa realizada com 259 pacientes dependentes de cocaína, Jonas et al. (1987) encontraram que dos 177 que não preencheram critério para transtornos alimentares pelo DSM-III, 54 (31%) tinham história passada de comer compulsivo e, destes, 31 relatavam episódios de compulsão alimentar ao menos uma vez por semana.

A segunda hipótese sugere que a forte associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias seria encontrada somente na presença de outras comorbidades psiquiátricas, sejam de Eixo I ou Eixo II, que poderiam atuar como mediadoras da relação estabelecida entre os dois transtornos (Grilo et al., 1995a,1997b; O'Brien, Vicent, 2003; von Ranson et al., 2003; Bulik et al., 2004).

Nesse sentido, Dansky et al. em um trabalho realizado em 2000 apontaram que a relação entre uso de álcool e altas taxas de bulimia nervosa encontrada no National Women's Study seria provavelmente indireta e resultante da associação com depressão maior e transtorno do estresse pós-traumático. Na mesma linha, Schuckit et al. (1996) em um amplo estudo com uma amostra de 2283 mulheres e 1982 homens, composta de pacientes e familiares, encontraram taxas de prevalência na vida para mulheres de 0,74% para anorexia nervosa e 2,76% para bulimia nervosa. Entre as 567 mulheres com dependência de álcool primária ou secundária (termos que nesse estudo referem-se ao aparecimento cronológico dos transtornos) essas mesmas taxas foram significativamente maiores que na população geral feminina: 1,41% e 6,17% respectivamente. Comparando-se essa amostra com as 318 pacientes com diagnóstico somente de alcoolismo, embora a prevalência para anorexia nervosa não tenha mudado (1,26%), para bulimia nervosa a taxa (3,46%), ainda que significativa, foi apenas modestamente mais elevada que na população geral. Quando se analisaram as outras comorbidades, verificou-se que o risco para bulimia nervosa era elevado para personalidade anti-social e para bulimia e anorexia nervosa para depressão maior. Com esses resultados, os autores apontaram que as altas taxas de bulimia nervosa em mulheres alcoolistas são mais fortemente associadas com outros transtornos

psiquiátricos sejam pré-existentes, sejam secundários que com a dependência de álcool por si só. Dito de outra forma, essas comorbidades estabeleceriam uma relação tal com o alcoolismo, que na sua ausência o risco de bulimia nervosa entre as alcoolistas seria somente modestamente maior que o encontrado em outras pacientes psiquiátricas. Resultado diferente foi encontrado por Sinhá et al. (1996), que verificaram que a presença de depressão não alterava a relação entre alcoolismo e transtornos alimentares. A única associação significativa observada referiu-se às taxas de bulimia nervosa e/ou transtornos alimentares sem outra especificação que foram mais altas no grupo de mulheres alcoolistas com transtornos ansiosos, comparativamente ao grupo de mulheres só com alcoolismo ou só com transtornos ansiosos.

A última hipótese refere-se à possibilidade de existência de um subgrupo de pacientes que teriam uma constelação de características comuns, principalmente relacionadas ao controle dos impulsos, que os tornaria mais vulneráveis a terem problemas pela associação entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares (Grilo et al., 2002; O'Brien, Vicent, 2003; CSAT, 2005). Lejojeux et al. (1999) com uma amostra de 79 alcoolistas observaram que 38% das pacientes apresentavam transtorno do controle de impulso: 19 (24,5%) tinham transtorno explosivo intermitente, 7 (8,9%) jogo patológico, 3 (3,8%) cleptomania e 1 (0,8%) tricotilomania.

É importante destacar que nenhuma dessas hipóteses foi suficiente ou consistentemente comprovada por evidências empíricas (Bulik et al., 2004; Wolfe, Maisto, 2000).

Embora as referências disponíveis claramente sugiram a existência da associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de

substâncias psicoativas, esses achados recomendam cautela na interpretação da comorbidade, já que o entendimento da natureza deste fenômeno permanece pouco claro (Grilo et al., 2002; von Ranson et al., 2002; O'Brien, Vicent, 2003; Behar, 2004; CSAT, 2005).

Em uma extensa revisão sobre o assunto, Wolfe e Maisto (2000) dividiram em dois os modelos explicativos. O primeiro baseou-se em uma etiologia compartilhada, ou seja, transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias seriam manifestações diferentes de fatores predisponentes comuns. O segundo propôs a existência de uma relação causal entre ambos os transtornos, de modo que um problema predisporia ao outro.

Com respeito ao modelo da etiologia compartilhada existem quatro hipóteses principais:

1. Personalidade: a existência de uma personalidade aditiva, que predisporia certos indivíduos a tornar-se dependentes de qualquer ou de muitas substâncias, tem sido postulada há muitos anos (Brisman, Siegel, 1984). O termo adição foi cunhado em 1945 e atualmente é utilizado como uma extensão da designação usada para dependência de drogas, quando se refere a outros objetos, ou aquilo que Fenichel (1981) chamou de “dependência sem drogas”. A adição descreve uma série de comportamentos caracterizados por ações compulsivas e repetitivas, dentre as quais predomina a dependência a uma substância, objeto, ou comportamento. Entre os quadros ditos aditivos estariam então, entre outros, a dependência de álcool e outras drogas, os transtornos alimentares, o jogo patológico e o comprar compulsivamente (Corcos et al., 2001). Em relação aos transtornos

alimentares, esse padrão propõe que o comer compulsivo seja visto como um comportamento aditivo no qual a substância seria a comida. Os dados que apóiam essa proposição baseiam-se nas inúmeras semelhanças comportamentais entre esse quadro e a dependências de substâncias psicoativas: uso inadequado de uma substância; padrão habitual e repetitivo de uso; desejo imperioso ou fissura de consumir; falta de controle sobre o padrão de consumo com tentativas e fracassos repetidos de autocontrole; preocupação com o uso; uso da substância para regular o estado emocional e lidar com o estresse; buscar manter o comportamento em segredo ou negação da gravidade do problema e de suas conseqüências negativas do ponto de vista psicológico, fisiológico e social (Melin, 1998; Wolfe, Maisto, 2000). Apesar de que muitos autores questionem essas semelhanças e de que não existam evidências que validem esse modelo, inúmeros programas baseados nos 12 passos vem sendo desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos, e considerados como opção terapêutica para os transtornos alimentares (Wolfe, Maisto, 2000; von Ranson et al., 2003; CSAT, 2005).

Em relação à personalidade, postula-se, ainda a existência de traços comuns que predisporiam o indivíduo a se tornar dependente de drogas ou a ter um transtorno alimentar. As pesquisas na deficiência no controle dos impulsos e aquelas relacionadas à personalidade borderline, ainda que insuficientes, são promissoras nesse sentido (Wolfe, Maisto, 2000; O'Brien, Vicent, 2003).

2. História familiar: estudos mais antigos, em geral da década de 80, relatavam que indivíduos com transtornos alimentares tinham maior probabilidade que aqueles sem esse transtorno de terem antecedentes familiares com história de dependência de álcool e/ou drogas (Grilo et al., 2002). Contudo, pesquisas mais recentes não apoiaram essas conclusões. Do ponto de vista genético, um amplo estudo conduzido por Kendler et al. (1995) demonstrou que a maioria dos fatores genéticos associados ao alcoolismo nas mulheres não afetava e não estava relacionada aos fatores genéticos associados aos transtornos alimentares. Em outra pesquisa que incluiu além do alcoolismo, a dependência a outras drogas, von Ranson et al. (2003), com uma amostra de 647 adolescentes e suas mães e pais biológicos, apontaram que nenhuma das análises realizadas revelou vínculos para a associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Os resultados demonstraram que existe uma relação familiar relativamente direta para a patologia alimentar: filhas de mães com sintomas de transtorno alimentar bulímico relatavam mais atitudes e comportamentos patológicos em relação à alimentação que as filhas de mães sem esses sintomas. Contudo, essa relação não variava em função da presença ou não de um transtorno por uso de substâncias na família (que se associava somente à dependência de nicotina e ao uso drogas ilícitas pelas filhas).

Outra questão relacionada à família seria a influência de conflitos familiares, em função do uso de álcool e drogas pelos pais, no risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, principalmente bulimia

nervosa, nas filhas. Embora alguns pesquisadores sustentem essa idéia, os achados são inconclusivos (Wolfe, Maisto, 2000).

3. Fisiologia: alguns estudos têm sugerido que tanto os transtornos alimentares, quanto os transtornos relacionados ao uso de substâncias poderiam estar relacionados à atividade atípica do opióide endógeno (EOP), que parece influenciar tanto o consumo de álcool, como o de alimentos e ter um papel tanto no controle do comportamento alimentar, quanto no desenvolvimento do alcoolismo. Nesse sentido, tem sido hipotetizado que a associação freqüente entre os dois transtornos poderia ser explicada por uma vulnerabilidade compartilhada para a adição a substâncias exógenas e opióides endógenos implicados no comer compulsivo (Wolfe, Maisto, 2000; Grilo et al., 2002).
4. Desenvolvimento individual: essa hipótese propõe que algumas mulheres poderiam ser particularmente sensíveis às pressões culturais e sociais do ideal de magreza e/ou para experimentação de drogas na adolescência, o que as tornaria mais propensas a terem problemas tanto com a alimentação, quanto com o abuso de substâncias. Embora pareça ser fato que para muitas jovens, particularmente aquelas com baixa auto-estima, essas pressões realmente influenciem seu engajamento nesses comportamentos, a perspectiva do desenvolvimento falha em explicar porque algumas destas vão ter problemas ou transtornos e outras não.

Do ponto de vista da etiologia causal eram três as hipóteses principais:

1. Automedicação: essa hipótese propõe que os indivíduos usam álcool e outras drogas para aliviar sentimentos afetivos dolorosos, já que é freqüente a presença de comorbidade depressiva, na associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Contudo, apesar de que muitos pacientes relatem o alívio da angústia como motivo para o uso e vários modelos teóricos tenham sido propostos, ainda não há evidências suficientes para comprová-la.
2. Ansiedade e tensão: razões similares às apontadas para a automedicação apóiam essa hipótese, ou seja, as substâncias psicoativas seriam usadas para lidar com a ansiedade e tensão resultantes de um transtorno ansioso pré-mórbido e/ou do próprio transtorno alimentar. Embora existam evidências, por um lado, de alta prevalência de comorbidade entre alcoolismo e transtornos ansiosos (Kessler et al., 1994; Bulik et al., 2004) e entre estes e bulimia (Kendler et al., 1991) e, por outro, de que o comer reduza a tensão entre pacientes com comportamentos bulímicos, não existem dados para validar essa hipótese, pois o álcool não se mostrou redutor de tensão entre não bulímicos.
3. Privação alimentar: inúmeros estudos têm documentado que entre pré-adolescentes e adolescentes a severidade da dieta esta associada com maior probabilidade de uso de cigarros, álcool e drogas (Grilo et al., 2002; Krahn et al., 2005). Além disso, pesquisas em laboratório com animais têm demonstrado que a privação alimentar tem como conseqüência um aumento na auto-administração de álcool e outras drogas. Na tentativa de explicitar esses dados propõe-se que a

remoção de um reforçador primário (como, por exemplo, a comida) levaria a um incremento no valor de outros reforçadores disponíveis (por exemplo, álcool e drogas). Embora essa hipótese estabeleça uma relação causal, ela tem, contudo, pelo menos uma limitação importante: se a privação alimentar levasse ao abuso de substâncias, os indivíduos com anorexia nervosa, que experimentam grande restrição alimentar e privação calórica, teriam necessariamente taxas de abuso maiores ou pelo menos semelhantes às dos que têm bulimia nervosa, o que não tem sido verificado nos estudos (O'Brien, Vincent, 2003).

Frente a esses dados é possível supor que a natureza da relação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias é complexa e investigações controladas com a integração de pesquisas nos dois campos são necessárias para a construção de um paradigma que possa elucidar os diferentes aspectos dessa associação. Wolfe e Maisto (2000) sugeriram o uso de análise detalhadas que pudessem examinar minuciosamente as relações comportamentais, cognitivas e afetivas mantidas entre os sintomas alimentares e o uso de substâncias. O'Brien e Vincent (2003), por outro lado, apontaram que estudos prospectivos de mulheres com ambos os transtornos são importantes para observar em que condições e como a remissão dos sintomas alimentares reduziria ou influenciaria o uso de substâncias e vice-versa.

2.3. Tratamento de mulheres dependentes de substâncias psicoativas:

2.3.1. PROGRAMAS EXCLUSIVOS PARA MULHERES:

Já é praticamente consensual na literatura que as mulheres dependentes obtêm maior benefício quando tratadas em programas exclusivos para elas, já que são os que possibilitam a sua participação integral (Davis, 1994; Lanehart et al., 1994; Roth, James, 1994; Kauffman et al., 1995; Swift et al., 1996; Brasiliano, Hochgraf, 1999; Grella et al., 1999; Orwin et al., 2001; Ashley et al., 2003). O mesmo não ocorre em tratamentos mistos, que, geralmente, falham em responder às necessidades femininas, pois os interesses dos homens costumam predominar dificultando, ou mesmo impedindo, a abordagem das suas questões particulares (Health Canada, 2001; UNODC, 2004). Construção de uma identidade pessoal, melhora da auto-estima, desenvolvimento de relações interpessoais positivas, interação mãe-filho e treinamento vocacional são, geralmente, focos fundamentais na recuperação da mulher dependente, que dificilmente são trabalhados em grupos mistos, em geral, mais voltados para os conflitos dos homens com a abstinência e sua manutenção (Davis, 1994; Roth, James, 1994; Kauffman et al., 1995; CSAT, 2005).

Além disso, programas exclusivos para mulheres devem incluir:

1. Facilidades que o serviço possa oferecer para sobrepujar barreiras estruturais (por exemplo, creches e ajuda legal), pessoais (como a falta de emprego) e sociais (como a oposição do companheiro e dos familiares ao tratamento) (Health Canada, 2001; Hochgraf, 2001; Becker, Duffy, 2002; UNODC, 2004).

2. Integração com serviços de saúde clínica e mental, inclusive acompanhamento pré-natal (Health Canada, 2001; Brown et al., 2002, UNODC, 2004).
3. Necessidade de que as mulheres da equipe possam funcionar como modelos positivos de papel feminino (Brown et al., 2002). Estudos mais antigos apontavam que para garantir um ambiente seguro e livre da dominação masculina, os programas exclusivos para mulheres deveriam ser conduzidos por equipes femininas (Davis, 1994; Roth, James, 1994; Brown et al., 1996; Powis et al., 1996; Stein, Cyr, 1997). Pesquisas mais recentes, contudo, indicaram que o mais importante é que, independentemente do sexo, os profissionais possam reconhecer, empatizar e lidar com a natureza específica do uso de drogas em mulheres. Isso significa que, embora a presença das mulheres seja fundamental, a inclusão de homens na equipe poderia ser especialmente benéfica, principalmente em certas fases do tratamento, para favorecer a compreensão de que o relacionamento entre os sexos pode ser saudável, seguro e enriquecedor (Health Canada, 2001; Brown et al., 2002; Hochgraf, Brasiliano, 2004; UNODC, 2004; Brasiliano, Hochgraf, 2005a);
4. Treinamento para a equipe específico nas questões femininas, direta ou indiretamente, relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (UNODC, 2004).
5. Idealmente, a estrutura seria desenhada de forma a permitir que as mulheres não fossem separadas de seus filhos e que eles também fossem engajados em abordagens terapêuticas (Brown et al., 2002).

Dessa forma, abordagens terapêuticas que atuem em equipes multidisciplinares e incluam de maneira integrada: serviço de assistência social, principalmente sob a forma de auxílio no cuidado com os filhos e reinserção social; assistência jurídica, para informação sobre os direitos legais das mulheres e mães; orientação e atendimento de casais e famílias; educação sobre sexualidade, maternidade e planejamento familiar; profissionais que trabalhem questões ligadas à auto-estima e ao corpo, como, por exemplo, terapeutas ocupacionais e nutricionistas; psicoterapia em grupo só para mulheres, onde possam ser abordadas questões afetivas e interpessoais e não somente aquelas relacionadas ao álcool e às drogas; e suporte da equipe seriam mais atrativos para as mulheres dependentes e mais eficazes no atendimento de suas necessidades (Lex, 1994; Roth, James, 1994; Kauffman et al., 1995; Powis et al., 1996; Hodgins, et al., 1997; Simpson et al., 1997; Stein, Cyr, 1997; Orwin et al., 2001; Ashley et al., 2003; Hochgraf, Brasiliano, 2004; Brasiliano, Hochgraf, 2005a; CSAT, 2005).

É evidente que, praticamente, nenhum programa sozinho pode atender a todas essas questões, nem desenvolver todas as abordagens sugeridas. Contudo, programas específicos que sejam fundamentados a partir da posição sócio-política da mulher e considerem as inúmeras diversidades da população feminina já têm os elementos essenciais para tratar adequadamente pacientes que experimentam problemas associados ao uso de substâncias (Saulner, 2000). Em outras palavras, como afirma Davis (1994), programas exclusivos para mulheres devem preocupar-se muito mais com o fato das pacientes serem mulheres que propriamente dependentes de substâncias psicoativas.

Embora estas condições estejam cada vez mais claras entre os especialistas, somente há alguns anos começou-se a avaliar a eficácia terapêutica desses programas e, ainda assim, são poucos os estudos que se dedicaram a essa questão (Grella et al., 1999; Orwin et al., 2001; Ashley et al., 2003; Kaskutas et al., 2005).

Nesse sentido, uma das primeiras variáveis a ser analisada foi a permanência no tratamento, pois um bem estabelecido corpo de pesquisas já havia demonstrado que a aderência é um dos fatores mais importantes na predição da evolução e esta positivamente correlacionada com a abstinência pós-tratamento (Dahlgren, Willander, 1989; Simpson et al., 1997,1999; Mertens, Weisner, 2000). Quando comparadas aos programas mistos, as abordagens exclusivas têm mostrado índices de aderência significativamente superiores (Kauffman et al., 1995; Hodgins et al., 1997; Brasiliano, Hochgraf, 1998,1999; Howell et al., 1999; Grella et al., 2000).

Em um estudo realizado no Brasil com 115 mulheres alcoolistas acompanhadas em um programa padrão misto quanto ao sexo e 160 em um programa específico para mulheres, verificou-se que as taxas de permanência em 6 meses foram de 34,8% no programa misto e 70% no só para mulheres; em 12 meses essas mesmas taxas foram de 19,1% e 51,67% respectivamente. Já para as pacientes dependentes de outras drogas, quando se compararam 66 mulheres de um programa padrão e 114 de um programa específico encontrou-se que a aderência em 6 meses era 43,9% para as primeiras e 65,17% para as últimas (Hochgraf, 2003b)

Se essa primeira linha de investigação, embora pequena, esclareceu que as mulheres sentem-se mais atraídas, engajam-se e permanecem mais tempo

em serviços especializados para elas, a questão de sua efetividade na evolução foi ainda menos estudada. Em uma pesquisa muito recente, Kaskutas et al. (2005) compararam os resultados de tratamento de 122 mulheres encaminhadas randomicamente para 4 programas; um só para mulheres e três mistos quanto ao sexo (um em hospital e dois em comunidades terapêuticas). Os resultados demonstraram que, embora o programa hospitalar fosse mais efetivo que o só para mulheres na abstinência em 6 meses, não houve diferenças significativas na abstinência ou na severidade dos problemas psiquiátricos e sociais entre os quatro programas. Na conclusão os autores ressaltaram que seus resultados não poderiam ser generalizados, já que os benefícios dos tratamentos exclusivos para mulheres poderiam ter sido menos importantes, dada a pequena duração das abordagens oferecidas (cerca de 3 semanas) e a baixa aderência das pacientes (aproximadamente 10 dias). Frente a estes dados, eles afirmaram que, por um lado, as mulheres deveriam continuar sendo encaminhadas para bons programas ambulatoriais, sejam eles específicos ou mistos quanto ao sexo. Por outro, como há grande evidência de que os serviços exclusivamente femininos atraem mulheres que de outra forma não buscariam ajuda, os autores recomendaram, que, enquanto não houvesse novos estudos randômicos, os investimentos fossem iguais em ambos os tipos de tratamento.

Resultado diferente foi obtido por Orwin et al. (2001) em um estudo de meta-análise. Realizando uma extensão revisão, os autores tinham como meta tentar ultrapassar algumas das falhas comuns nos trabalhos anteriores, como, exclusão de estudos não publicados e carência de métodos estatísticos que pudessem examinar em profundidade a consistência entre os diversos estudos.

Foram selecionadas, então, as pesquisas realizadas entre 1966 e 2000, que incluíssem ao menos um resultado quantificável, relacionado ao estado de saúde da paciente (inclusive gravidez), ou às mudanças no conhecimento, atitudes e comportamentos relacionados ao uso de substâncias. Dessa forma foi composta uma amostra de 33 estudos, organizados em 3 grupos de tratamento: programas só para mulheres vs. sem tratamento (grupo controle); programas mistos quanto ao sexo vs. programas só para mulheres; e programas para mulheres padronizados vs. programas intensificados somente para mulheres (isto é, que incluíam creches, treinamento de papel familiar, grupos de psicoterapia só para mulheres, workshops sobre assertividade e auto-estima e seminários sobre sexualidade e planejamento familiar). Para mensurar os resultados foram selecionadas as seguintes esferas: uso de álcool e drogas; sintomas psiquiátricos; bem-estar psicológico; atitudes e crenças; redução de comportamento de risco para HIV; comportamento criminal e gravidez. A meta-análise apontou efeitos positivos em praticamente todas as esferas, embora com diferenças em sua magnitude. Os efeitos significativamente mais amplos foram encontrados para gravidez, particularmente na comparação entre programas para mulheres padronizados e intensificados e entre tratamento e não tratamento. Para sintomas psiquiátricos também os efeitos foram maiores entre tratamento vs. não tratamento, mas também entre programas exclusivos vs. mistos. Quanto à melhoria no bem-estar psicológico, nas atitudes e crenças e no comportamento de risco para HIV os efeitos foram significativos apenas na comparação entre tratamentos para mulheres padronizados e intensificados. Para uso de álcool e/ou drogas e comportamento criminal, os efeitos, embora positivos

alcançaram apenas o nível limítrofe, ou seja, pequeno efeito. Os autores apontaram que as diferenças observadas podem ser devidas a uma série de fatores, como, por exemplo, variações nos intervalos de seguimento e utilização de medidas de resultados pouco confiáveis, como o auto-relato. Ainda que observando que somente três pesquisas tinham metodologia rigorosa, e, apesar das limitações relacionadas ao pequeno número de estudos avaliados, os autores concluíram que, comparativamente aos serviços mistos, programas só para mulheres obtêm resultados benéficos adicionais e são mais efetivos, particularmente quando suas abordagens são intensificadas e dirigidas especificamente às necessidades da população que atende.

Em outra revisão, Ashley et al. (2003) encontraram achados similares, examinando componentes de abordagens terapêuticas de 38 estudos de evolução, sendo 7 com amostras clínicas randômicas e 31 com amostras não randômicas. Os componentes selecionados foram: cuidado com crianças; acompanhamento pré-natal; programas só para mulheres; serviços suplementares e workshops em tópicos específicos para mulheres; abordagens para saúde mental e programas intensificados. Resultados significativamente superiores, tais como, aumento das taxas de aderência, diminuição no uso de substâncias, redução nos comportamentos de risco para HIV, melhorias na auto-estima, na depressão e nos cuidados pré e neonatais, estiveram associados com: creches, acompanhamento pré-natal, admissão exclusiva de mulheres, workshops sobre questões femininas, abordagens para saúde mental e programas intensificados. Na discussão dos resultados, os autores citaram uma série de razões para justificar o aumento da eficácia dos programas só para mulheres intensificados em relação aos programas

padronizados. Eles sugeriram que alguns componentes da primeira abordagem, como, a existência de creches, poderiam reduzir as barreiras de acesso ao tratamento. Outros componentes, como, acompanhamento pré-natal e abordagens para saúde mental, poderiam atrair e reter mais mulheres em diversas situações de vida (por exemplo, homossexuais ou vítimas de abuso), já que assegurariam que seus problemas específicos seriam contemplados.

Se esses estudos ressaltaram, por um lado, que atender as necessidades particulares das mulheres e prover programas com uma ampla diversidade de abordagens, aumentam a probabilidade de melhoria na evolução, por outro, não explicaram a grande variabilidade de resultados encontrada, nem outros achados que correlacionaram a evolução muito mais às características prévias das pacientes que aos componentes dos programas em si mesmos (Comfort et al., 2003).

Neste sentido, em um estudo em que foram entrevistadas 183 pacientes, Smith e Marsh (2002) observaram que o pareamento das necessidades das pacientes com a abordagem esteve associado com a redução do uso de substâncias. Contudo, quando o conjunto dos serviços foi considerado como um todo a relação mais forte com o resultado do tratamento foi obtida, não pelo pareamento com a necessidade, mas sim, pelo número total de serviços recebidos pela paciente.

Um achado diverso foi constatado em um estudo brasileiro, no qual o atendimento das necessidades específicas das mulheres dependentes de outras drogas, que não o álcool, aumentou significativamente a sua permanência no tratamento (Hochgraf, 2003b). Em um primeiro estudo, que comparou a aderência entre um programa exclusivo para mulheres e um

programa tradicional misto quanto ao sexo, enquanto as alcoolistas mostravam índices de permanência em 6 meses significativamente superiores no programa exclusivo (57% vs. 34,8% no tratamento misto), não havia diferenças significativas para as dependentes de drogas (43,9% vs. 46,3%) (Brasiliano, Hochgraf, 1999; Hochgraf, 2000).

Entre as diferentes hipóteses explicativas para esse resultado levantaram-se duas principais. A primeira dizia respeito ao sexo dos psicoterapeutas de grupo. Enquanto para as alcoolistas suas dificuldades com a vergonha, o estigma e a culpa pelo alcoolismo eram minoradas pela presença de uma terapeuta do mesmo sexo, facilitando a abordagem e favorecendo a intimidade, o mesmo não ocorria com as dependentes de drogas (Brasiliano, 2003). Essas pacientes, mais jovens, com menos culpa por seu comportamento e acostumadas ao uso de drogas em turma de amigos, homens e mulheres, tinham como seu maior problema a carência de cuidados do casal parental e/ou a ausência da figura paterna. Essas diferenças sugeriam que talvez a psicoterapia de grupo orientada por um casal de terapeutas (um homem e uma mulher) pudesse ampliar o apoio que necessitavam, além de fornecer um modelo positivo de cuidados (Brasiliano, Hochgraf, 2004).

A outra hipótese relacionava-se com a grande preocupação com as questões corporais e sua associação linear com a auto-estima, o que fazia com que qualquer intervenção (seja a utilização de algum fármaco, seja a cessação no uso de drogas) que pudesse ter conseqüências na forma, no tamanho e/ou na aparência do corpo fosse imediatamente rejeitada, muitas vezes com o abandono do tratamento. Nesse sentido parecia que a implementação de uma

abordagem nutricional poderia ser fundamental para dar suporte, educar e intervir sobre essas questões (Grant et al., 2004; Hochgraf, Brasiliano, 2004).

Essas mudanças tiveram um impacto significativo sobre as taxas de permanência no tratamento após 6 meses (de 43,9% de uma amostra mista para 65,17% no programa para mulheres) e após um ano, quando se observou que, independentemente da droga utilizada, a aderência era de cerca de 50%, comparativamente a 20% em tratamento tradicional misto quanto ao sexo (Hochgraf, 2003b).

Com relação à evolução, em um estudo no mesmo centro de tratamento com 74 alcoolistas e 49 dependentes de outras drogas observou-se que após 6 meses 50% das alcoolistas e 46,9% das dependentes de drogas estavam abstinentes, sendo que aproximadamente outras 30%, de ambos os grupos, tinham pelo menos reduzido o consumo. Esses números também se repetiram quando se considerou a melhora no funcionamento global, um índice que incluía além do consumo, relações familiares, ocupacionais e lazer (Hochgraf, 2000).

Partindo da mesma hipótese, ou seja, que mulheres dependentes tratadas em programas que ofereciam serviços especializados para elas teriam melhor evolução no tratamento, Grella et al. (2000) examinaram os resultados de tratamento de 637 mulheres em 16 programas residenciais. Os resultados demonstraram que as variações nas taxas de aderência e na evolução após 12 meses estavam associadas tanto às características dos clientes, quanto dos programas. Assim, para mulheres com história de tratamento prévio houve uma tendência para piores resultados, tanto na permanência no tratamento, quanto na abstinência no seguimento, independentemente do programa. Por outro

lado, embora as pacientes grávidas e as mulheres com crianças tivessem taxas de aderência menores que as outras mulheres (49% vs. 58% respectivamente), sua permanência no tratamento foi significativamente superior (de 98.6 dias para 124.1 dias) em programas onde havia grande concentração de pacientes em situação similar. A abstinência não se correlacionou com nenhuma das características dos programas e tanto para essas mulheres, quanto para as outras a única associação encontrada foi com a aderência: as pacientes que permaneceram no tratamento por 90 dias ou mais tiveram quatro vezes mais probabilidade de estarem abstinentes no seguimento que aquelas que ficaram menos de 90 dias. Os autores concluíram que na evolução pós-tratamento, as características dos programas têm provavelmente um efeito indireto, ou seja, mediado pela aderência.

Tomadas em conjunto, essas investigações realçaram que a eficácia do tratamento para mulheres é uma questão complexa e pesquisas futuras em uma ampla variedade de campos são necessárias para determinar qual intervenção, para qual mulher, em qual ambiente é efetiva (Orwin et al., 2001; UNODC, 2004; Kaskutas et al., 2005). É nesta linha que McMahon e Luthar (2000) apontaram que é fundamental mudar o foco das pesquisas. Para esses autores, os estudos neste momento, deveriam dirigir-se mais para o conhecimento das diferenças entre as mulheres, que para a comparação de suas características com as dos homens.

2.3.2. TRATAMENTO PARA MULHERES DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COM COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA:

Uma das razões que tem sido apontada para a dificuldade em estabelecer programas reconhecidamente eficazes para as mulheres refere-se ao fato de que elas, provavelmente, não constituem um grupo homogêneo (Hochgraf, Andrade, 2004). Em seu estudo comparativo de programas mistos quanto ao sexo e exclusivos para mulheres, Copeland et al. (1993) já sugeriram que os resultados menos favoráveis encontrados em sua amostra de mulheres em tratamento poderiam ter sido influenciados pelo fato de que, comparativamente aos programas mistos, programas exclusivos para mulheres atraem mais mulheres homossexuais, com filhos, com história de abuso sexual e história de alcoolismo materno, ou seja, pacientes mais graves e com maiores dificuldades.

Esta diferença no perfil das mulheres que se encaminham para programas exclusivos é comum a várias outras pesquisas, sugerindo que mesmo dentro do subgrupo das mulheres há características distintas, que podem estar relacionadas a respostas diferentes ao tratamento (Hodgins et al., 1997; Weiss et al., 1997; Zilberman, 1998; Brady, Randall, 1999; Grella et al., 1999).

No sentido de delimitar subgrupos específicos, a pesquisa da comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e outros transtornos psiquiátricos tem sido considerada como uma ferramenta particularmente útil, pois permite caracterizar fontes de heterogeneidade intragrupos (Hochgraf, 1995; Swift et al., 1996; Jackson et al., 2000).

Além disso, a comorbidade influencia a apresentação, a permanência e a evolução dos pacientes dependentes no tratamento (Siqueland et al., 1998;

Hochgraf et al., 1999; Silveira, Jorge, 1999; Verheul et al., 2000; Hochgraf, 2001; Alves et al., 2004; Bischof et al., 2005; CSAT, 2005).

No que diz respeito às mulheres dependentes, não há consenso sobre a direção da influência da comorbidade no tratamento. Enquanto alguns estudos apontaram que a associação com a maioria dos sintomas ou transtornos psiquiátricos prediz uma evolução pior (Green et al., 2002; Brown et al., 2002), outros não encontraram essa correlação (Ouimette et al., 1999), observando até uma relação inversa (Wilsnack, 1982; Compton et al., 2003).

Compton et al. (2003) em um estudo com 401 dependentes de substâncias ilícitas observaram que as mulheres com e sem comorbidade apresentavam a mesma resposta terapêutica após um ano. A única exceção foi a associação com a fobia específica, que, de modo geral, foi preditora de melhores resultados.

Há poucas pesquisas sobre as repercussões da associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Apesar disso, contudo, como sua ocorrência é muito freqüente na prática clínica, por um lado, e, por outro, já existem dados sugestivos de que ela possa sinalizar maior severidade nos distúrbios psiquiátricos e clínicos dos pacientes, o seu estudo cuidadoso é não somente importante, mas também fundamental para o planejamento terapêutico, seja em programas para abuso de substâncias, seja em programas para transtornos alimentares (Sinha et al., 1996; Mitchell et al., 1997; Cochrane et al., 1998; Sinha, O'Malley, 2000; Vastag, 2001; Grilo et al., 2002; APA, 2005; CSAT, 2005).

Em relação aos quadros de dependência, Grilo et al. (1995b) observaram que as alcoolistas com transtornos alimentares tinham distúrbios psiquiátricos

maiores que as alcoolistas sem esses transtornos. Outros estudos relataram que essas mulheres constituíam um subgrupo clínico entre as dependentes de álcool, que têm características sócio-demográficas, evolução clínica e sintomas diferentes que aqueles encontrados entre as alcoolistas sem transtornos alimentares (Lacey, Moureli, 1986; Suzuki et al., 1993). Quanto às mulheres dependentes de drogas, alguns estudos apontaram que o uso de substâncias psicoativas poderia estar associado ao controle de peso (Jonas et al., 1987; Newman, Gold, 1992; CSAT, 2005). Cochrane et al. (1998) em uma pesquisa com 37 mulheres e 40 homens dependentes de cocaína verificaram que das 14 (37%) mulheres que tinham um transtorno alimentar, presente ou passado, somente uma referiu que a motivação para o início e a continuidade do uso da droga não estava relacionada à perda do peso ou à diminuição do apetite. Motivação semelhante foi relatada por 85% destas mulheres para o uso ou abuso de álcool.

Considerando os transtornos alimentares, embora existam diferenças entre os quadros, a comorbidade com abuso e/ou dependência de álcool e/ou outras drogas, geralmente, implica em maior gravidade. Assim, a maioria das pesquisas indicou que mulheres com bulimia nervosa e transtornos relacionados ao uso de substâncias tinham níveis significativamente maiores de psicopatologia e outros problemas relacionados ao funcionamento interpessoal, social e ocupacional que mulheres bulímicas sem esses transtornos (Bulik et al., 1997; Dansky et al., 2000). Já em relação à anorexia nervosa, a associação com abuso de substâncias poderia aumentar o risco de complicações clínicas e até de morte (Keel et al., 2003).

Um dos poucos estudos que contradisse os resultados anteriores, quanto à maior gravidade, foi o de Specker et al. (2000), que comparou o curso e a severidade do abuso de substâncias em 277 pacientes com e sem comorbidade com transtornos alimentares. 24% da amostra tinham transtornos alimentares, sendo: 41 com bulimia nervosa (62,1%), 15 com transtornos alimentares sem outra especificação (22,7%), 8 com anorexia e bulimia nervosa (12,1%) e 2 com anorexia nervosa (3,1%). A única diferença estatisticamente significativa encontrada entre o grupo de pacientes com e sem comorbidade foi relativa à idade: as pacientes com comorbidade com transtornos alimentares eram significativamente mais jovens (em média 6 anos a menos). Os autores concluíram afirmando que esse resultado repete os achados anteriores dos estudos que eles realizaram com pacientes dependentes com e sem comorbidade com transtornos ansiosos, distímia e depressão maior.

Para o planejamento do tratamento, a investigação da associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias é fundamental, já que intervenções diferenciadas devem ser implementadas, tendo em vista que estratégias terapêuticas adequadas a uma população específica, podem não ser efetivas quando os dois transtornos apresentam-se conjuntamente (Marsden et al., 2000; Mertens, Weisner, 2000; Grilo et al., 2002).

Segundo Compton et al. (2003) encontrar correlações claras entre a comorbidade com transtornos psiquiátricos específicos e, por exemplo, o risco alterado de recaída para indivíduos em programas de tratamento para dependência poderia ter implicações na evolução do tratamento, ao instrumentar abordagens para a redução desse risco.

Nesse sentido, é importante considerar que na clínica freqüentemente observa-se uma paridade entre os comportamentos alimentares patológicos e o uso de substâncias, de modo que a recaída em um dos transtornos geralmente funciona como estímulo à recaída no outro. Da mesma forma, não é incomum que o abuso de álcool e drogas alterne-se ao transtorno alimentar, ou mesmo que as compulsões alimentares reapareçam após a abstinência de álcool e opióides (CSAT, 2005).

Contudo, não só há poucos estudos realizados sobre o tratamento da comorbidade entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias, como várias pesquisas com pacientes com transtornos alimentares costumam selecionar poucos pacientes dependentes ou, mesmo, excluí-los de suas amostras (Sinha, O'Malley, 2000; Specker et al., 2000; Grilo et al., 2002; APA, 2005; CSAT, 2005).

Um estudo realizado em um programa exclusivo para mulheres constatou que as mulheres dependentes que apresentavam alguma comorbidade, permaneciam significativamente mais no tratamento ambulatorial em 6 meses que as pacientes sem comorbidade. O transtorno que mais significativamente influenciava a adesividade era o transtorno de humor. Por outro lado, a presença de comorbidade com transtornos alimentares mostrava-se significativamente associada com o abandono precoce (em até 3 meses) do programa (Duarte et al., 2000a). Em outra pesquisa, no mesmo serviço, que verificou a influência da internação na aderência em um período de 36 meses, os resultados obtidos foram basicamente semelhantes para presença de alguma comorbidade e transtornos de humor, ou seja, aumento significativo da permanência. Já para os transtornos alimentares não houve diferenças

significativas nas taxas de abandono, sugerindo que a internação pode favorecer a adesividade da paciente e a continuidade do tratamento (Duarte et al., 2000b).

Em relação ao tratamento, outro ponto importante a ser observado é que os programas integrados (onde os transtornos psiquiátricos e os quadros de dependência são abordados simultaneamente pela mesma pessoa, equipe ou serviço) têm sido sugeridos como os mais efetivos (Fisher, Bentley, 1996; Moggi et al., 1999a; Blinder et al., 2000; Grilo et al., 2002; Wagner et al., 2004; APA, 2005; CSAT, 2005). Alguns autores ressaltaram, inclusive, que o pior prognóstico dos pacientes dependentes com comorbidade pode ser atribuído, em grande parte, à abordagem tradicional, que trata a dependência em um serviço e o transtorno psiquiátrico associado em outro (Mueser et al., 1997).

Segundo Patrick (2003) a efetividade dos tratamentos integrados estaria vinculada à mudança de perspectiva dos profissionais, que deixariam de ter como foco as particularidades de cada um dos transtornos, para ampliar sua visão e encarar que quando a dependência de substâncias coexiste com um transtorno psiquiátrico, o distúrbio é maior que a soma das partes, de forma que inevitavelmente eles exacerbam-se mutuamente.

Apesar disto, contudo, são poucos os programas para dependência de substâncias psicoativas que oferecem uma abordagem integrada, já que, particularmente nos Estados Unidos, isto significaria um incremento considerável em recursos humanos e financeiros (Moggi et al., 1999b). Assim, são poucas as pesquisas sobre a eficácia terapêutica destas abordagens (Kay-Lambkin et al., 2004; Wagner et al., 2004; APA, 2005; CSAT, 2005). Ademais, a maioria foi realizada com transtornos psicóticos, particularmente a

esquizofrenia, e um amplo espectro de comorbidades permanece não investigado (Mueser et al., 1997; El-Guebaly et al., 1999).

Em um dos poucos estudos em que foram incluídos pacientes dependentes com transtornos alimentares com uma abordagem integrada, em hospital-dia, e focalizada nas necessidades individuais foram observadas melhoras, sustentadas por um período superior a um ano, tanto no uso de álcool e/ou drogas, quanto na qualidade de vida (El-Guebaly et al., 1999).

Por estes dados é possível concluir que a comorbidade com transtornos alimentares em mulheres dependentes é ainda um campo em aberto, sendo necessárias pesquisas mais aprofundadas nas características e evolução deste subgrupo em tratamentos exclusivos (CSAT, 2005). De uma perspectiva mais ampla, a importância da avaliação destes programas reside na possibilidade de que sua capacidade de engajamento e tratamento efetivo das pacientes seja suficiente, para compensar o incremento de recursos em pessoal, treinamento e serviços necessários à sua manutenção, com a diminuição dos custos sociais da dependência feminina (Grella et al., 1999; Sinha, O'Malley, 2000).

3. OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo pesquisar o perfil e a evolução clínica de mulheres dependentes de álcool e outras drogas com e sem comorbidade com transtornos alimentares, em um programa de tratamento especificamente desenvolvido para mulheres dependentes de substâncias psicoativas.

3.1. Objetivos específicos:

3.1.1. Comparar as características sócio-demográficas e outras relacionadas ao uso de álcool e outras drogas em três subgrupos de mulheres dependentes de substâncias psicoativas: com diagnóstico de transtornos alimentares, com diagnóstico subclínico de patologia alimentar e sem esta comorbidade.

3.1.2. Comparar a prevalência de outras comorbidades psiquiátricas em três subgrupos de mulheres dependentes de substâncias psicoativas: com diagnóstico de transtornos alimentares, com diagnóstico subclínico de patologia alimentar e sem esta comorbidade.

3.1.3. Comparar a imagem corporal no início do tratamento e após um ano de seguimento em três subgrupos de mulheres dependentes de substâncias psicoativas: com diagnóstico de transtornos alimentares, com diagnóstico subclínico de patologia alimentar e sem esta comorbidade.

3.1.4. Comparar a prevalência de história de abuso sexual na infância em três subgrupos de mulheres dependentes de substâncias psicoativas: com diagnóstico de transtornos alimentares, com diagnóstico subclínico de patologia alimentar e sem esta comorbidade.

3.1.5. Comparar a permanência no tratamento – em 3, 6, e 12 meses após o início - de três subgrupos de mulheres dependentes de substâncias psicoativas: com diagnóstico de transtornos alimentares, com diagnóstico subclínico de patologia alimentar e sem esta comorbidade.

3.1.6. Comparar a evolução no tratamento, em relação ao consumo de álcool e/ou outras drogas, problemas familiares, psicológicos e ocupacionais, em 6 e 12 meses, após o início, de três subgrupos de mulheres dependentes de substâncias psicoativas: com diagnóstico de transtornos alimentares, com diagnóstico subclínico de patologia alimentar e sem esta comorbidade.

3.2. Hipóteses:

3.2.1. Mulheres dependentes de substâncias psicoativas com comorbidade com transtornos alimentares – seja como diagnóstico, seja subclínica – usam mais drogas que não o álcool, principalmente anfetaminas, que mulheres dependentes sem esta comorbidade.

3.2.2. Mulheres dependentes de substâncias psicoativas com comorbidade com transtornos alimentares – seja como diagnóstico, seja subclínica – apresentam um quadro clínico mais grave que mulheres dependentes sem esta comorbidade, ou seja, têm índices piores de consumo, ocupação e familiares.

3.2.3. Mulheres dependentes de substâncias psicoativas com comorbidade com transtornos alimentares – seja como diagnóstico, seja subclínica – têm mais comorbidade com outros transtornos psiquiátricos que mulheres dependentes sem esta comorbidade.

3.2.4. Por estes motivos, mulheres dependentes de substâncias psicoativas com comorbidade com transtornos alimentares – seja como diagnóstico, seja subclínica – têm uma evolução em tratamento mais lenta que mulheres dependentes sem esta comorbidade.

4. MÉTODOS

4.1. Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD):

O presente estudo foi prospectivo e desenvolvido no Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq – HC - FMUSP).

Desde a sua fundação, em 1996, o PROMUD é desenvolvido no Instituto de Psiquiatria de um hospital público universitário localizado na região central da cidade de São Paulo. O tratamento é gratuito e qualquer pessoa que tenha mais que 18 anos e residência fixa na Grande São Paulo, encaminhada ou não pelo médico, seja ele ou não do Hospital das Clínicas, pode inscrever-se para participar.

Após a inscrição, a pessoa é chamada para uma triagem própria do PROMUD. Esta triagem é realizada semanalmente, conjuntamente por psiquiatras e psicólogos, e tem duração de duas horas. São triadas até quatro pacientes por semana e são inscritas no PROMUD aquelas que preenchem os critérios diagnósticos para dependência de substâncias psicoativas, segundo o DSM-IV (APA, 1995). São encaminhadas para outros serviços as pacientes que tenham diagnóstico de oligofrenia ou demência pelo DSM-IV (APA, 1995).

Para as pacientes que preenchem os critérios, um psicólogo explica detalhadamente o tratamento do PROMUD e completa a ficha de dados de

entrada. A primeira consulta é, então, agendada, para um prazo máximo de um mês.

O tratamento no PROMUD é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por: psiquiatras; médicos residentes de psiquiatria (sob supervisão); médicos clínicos; psicólogos; estagiários de Psicologia (sob supervisão); terapeutas familiares; terapeutas ocupacionais; nutricionistas e advogada.

O tratamento tem como objetivo a abstinência e é predominantemente ambulatorial. A possibilidade de internação é reservada apenas para as pacientes com complicações clínicas e/ou psiquiátricas (quadro psiquiátrico associado ou síndrome de abstinência grave ou risco imediato de danos físicos ou morte, entre outros) ou para aquelas que não responderam ao tratamento ambulatorial.

4.2. Critérios de seleção da amostra:

Na triagem para este estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas, segundo o DSM-IV (APA, 1995);
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter residência fixa na Grande de São Paulo;
- Concordar em participar do projeto, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Complicações clínicas e/ou psiquiátricas importantes pelo uso do álcool ou outra droga (por exemplo, *delirium tremens*, hepatite alcoólica, quadros psicóticos) que requeressem ou não internação;
- Diagnóstico de oligofrenia ou demência, segundo o DSM-IV (APA, 1995);
- Não ter instrução suficiente para compreender os instrumentos de coleta de dados usados neste estudo.

A amostra foi selecionada consecutivamente – em função da data de entrada das pacientes – e composta pelas mulheres que procuraram tratamento no PROMUD de outubro de 1999 a março de 2003.

Neste 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 pelos seguintes critérios:

- 3 pacientes por apresentarem complicações psiquiátricas graves (duas com quadro psicótico e uma com depressão psicótica) que requereram internação;
- 4 pacientes que não se mantiveram abstinentes por 15 dias ou mais nos dois primeiros meses do tratamento (período mínimo para realizar as avaliações);
- 4 pacientes que logo após a primeira consulta desistiram do tratamento: duas porque conseguiram vagas em outros serviços e 2 porque foram empregadas;
- 2 pacientes que tiveram alta administrativa em T1.

Com esses dados, a amostra final ficou então constituída por 80 pacientes dependentes de substâncias psicoativas.

4.3. Intervenção terapêutica

Todas as pacientes deste estudo realizaram um programa de tratamento que constou de acompanhamento médico-psiquiátrico, psicoterapia grupal e aconselhamento nutricional.

1) Acompanhamento médico-psiquiátrico: teve como objetivo avaliar, diagnosticar e tratar, tanto os transtornos relacionados ao uso de álcool e/ou drogas, como possíveis diagnósticos psiquiátricos associados. Foi proposta à paciente a meta de abstinência completa de todas as substâncias psicoativas, associada à melhoria da qualidade de vida. A fase inicial do tratamento psiquiátrico incluiu a extensa delimitação dos padrões de uso de drogas, fatores desencadeantes e situações de risco, bem como o desenvolvimento de estratégias de como evitar estas situações e lidar com eventos estressantes de vida. Para essa finalidade, trabalhou-se com a realização de diários que incluíam o padrão e quantidade de uso, situação, horário, sentimentos e cognições associadas. Em uma etapa seguinte, foram trabalhadas questões relacionadas à auto-estima, assertividade, relacionamento interpessoal, alternativas de lazer e estímulo para recuperação de trabalho/emprego. Conjuntamente, foram utilizadas técnicas de prevenção de recaída com referencial cognitivo-comportamental (Marlatt, Barrett, 1994). Com relação aos transtornos psiquiátricos associados foram propostas intervenções adequadas às diferentes comorbidades, inclusive farmacológicas, quando necessário. No caso da associação com transtornos alimentares, a abordagem foi realizada, principalmente, através de técnicas cognitivo-comportamentais. O

acompanhamento foi individual e a freqüência foi variável de semanal (geralmente do primeiro ao sexto mês) a mensal (freqüentemente do nono mês em diante).

As pacientes que apresentaram no atendimento psiquiátrico qualquer indício de complicações médicas foram encaminhadas às outras clínicas do Hospital, inclusive ao serviço de Ginecologia.

2) Grupo psicoterapêutico: após a primeira consulta com o psiquiatra, todas as pacientes foram encaminhadas para um grupo psicoterapêutico. O grupo teve duração de uma hora e freqüência semanal, e estendeu-se por um período aproximado de 3 anos. Os grupos foram iniciados com pelo menos 5 pacientes e funcionaram de forma aberta até que o número máximo de 10 participantes fosse atingido, quando, então, foram fechados. No período aberto a entrada de novas pacientes foi mensal, sempre na primeira sessão de cada mês. A seleção da paciente para um dos diferentes grupos teve como critério a idade (há basicamente 2 tipos de grupos: entre 18 e 35 anos e acima dos 35 anos) (Brasiliano, 2003). Na primeira sessão da paciente no grupo foi explicado o contrato terapêutico, que incluiu os seguintes itens: data, horário e local da sessão; número mínimo e máximo de participantes - cada grupo teria no máximo dez participantes e a sessão só ocorreria quando pelo menos duas delas estivessem presentes; período de férias do terapeuta; sigilo - particularmente no que se referiu a não comentar o que foi dito nas sessões com pessoas não participantes do grupo; faltas e abandono - esquema de convocação; tema livre - o tema das sessões não foi sugerido pelo terapeuta e não foi restrito ao uso de álcool e/ou drogas, mas sim a qualquer problema que a paciente e/ou o grupo quisessem abordar; e uso de drogas - foi incentivada a

abstinência no dia da sessão e foi alertado que é proibido trazer drogas ao hospital (Brasiliano, 1997). Os grupos foram conduzidos em co-terapia por psicólogos com formação psicanalítica e supervisionados semanalmente. Os objetivos da psicoterapia foram (Brasiliano, Hochgraf, 1998):

- Entendimento das vivências individuais relacionadas ou não ao uso de drogas;
- Identificação, nomeação e compreensão de desencadeantes internos – sentimentos e afetos – para os comportamentos, com vistas à auto-regulação afetiva;
- Entendimento do alcance e das limitações – o sujeito não é passivo, nem culpado por tudo – das responsabilidades pessoais em relação à própria vida;
- Busca de respostas alternativas, que não o uso de drogas, para lidar com o estresse e os sentimentos de raiva, hostilidade e depressão;
- Separação do interno e do externo e do emocionalmente destrutivo do construtivo nas relações interpessoais;
- Ampliação dos recursos pessoais para lidar com a dor psíquica e o conflito.

3) Aconselhamento nutricional: realizado individualmente em sessões quinzenais teve por objetivo a reeducação alimentar de pacientes que apresentam comorbidade com transtornos alimentares ou qualquer outro problema relacionado à nutrição.

4) Aconselhamento legal: quinzenalmente uma advogada prestou assessoria jurídica às pacientes, voltada para a área de Direito de Família (separação, guarda de filhos, investigação de paternidade, divórcio entre outros),

orientando-as sobre seus direitos e deveres e encaminhando-as para os serviços de assistência judiciária para buscar soluções dos conflitos, na maioria das vezes dentro da própria família.

Quando as pacientes faltaram a qualquer das atividades descritas, sem justificativa prévia, foram convocadas por carta ou telefone por 3 semanas consecutivas. Quando após estas convocações, elas não compareceram ao serviço foram consideradas como tendo abandonado o tratamento.

As convocações de pacientes foram realizadas por um psicólogo e/ou estagiário de psicologia com treinamento específico. Este sistema de convocação foi utilizado, pois já havia se mostrado eficiente em reduzir as taxas de abandono dos pacientes ao tratamento (Scivoletto et al., 1992).

4.4. Instrumentos de coleta de dados

4.4.1. ENTREVISTA ESTRUTURADA ADAPTADA DO PROTOCOLO COMUM

O Protocolo Comum é um questionário desenvolvido pelo Sistema de Informações sobre Dependentes de Drogas em Tratamento (SIDET), como forma de padronizar a coleta de dados: sócio-demográficos; relativos ao uso de substâncias psicoativas; comportamento sexual e de avaliação clínica e laboratorial (Castel et al., 2001). Para a finalidade desta pesquisa foram utilizadas apenas as seções “A” e “B”, às quais foram incluídas outras questões para a investigação de dados sócio-demográficos, além do questionário referente ao comportamento sexual – Seção “E”.

3.4.2. ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA O DSM-IV (SCID - STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR THE DSM-IV)

Entrevista estruturada para o diagnóstico psiquiátrico dos principais transtornos presentes no eixo I do DSM-IV, no momento da entrevista e durante a vida (First et al., 1995). Foi utilizada a Versão 2.0 - SCID - I/P traduzida por Tavares (1996).

4.4.3. ESCALA DE SEGUIMENTO DE ALCOOLISTAS (ESA)

A ESA é uma escala desenvolvida por pesquisadores do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREAA) a partir de um modelo

teórico que considera a dependência de álcool e/ou drogas um transtorno, que afeta várias áreas da vida do indivíduo (Andrade et al., 1988; Andrade, 1991). Há várias versões da ESA, adaptadas a diferentes populações: adolescentes, adultos e idosos; alcoolistas e dependentes de drogas. Para esse projeto foram utilizadas, de acordo com o tipo de dependência da paciente: Escala de Seguimento de Mulheres Alcoolistas (ESA-Mulheres) (Hochgraf et al., 1993; Hochgraf, 1995) e/ou Escala de Seguimento para Dependência de Substâncias Psicoativas (ESA-Drogas) (Castel, 1997). Através destas escalas são avaliados cinco indicadores: 1. Padrão de consumo de álcool (ESA-Mulheres) ou outras drogas (e via de uso, no caso da ESA-Drogas); 2. Ocupação (e fonte de renda, no caso da ESA-Drogas); 3. Relações familiares; 4. Lazer; 5. Comprometimento orgânico. São dadas notas de 1 a 5 para cada indicador, sendo que a nota 1 corresponde a pior situação e a nota 5 a melhor situação descrita pela paciente, considerando-se as últimas 4 semanas anteriores à avaliação. Quando há variação neste período, considera-se a pior semana. A validade e a confiabilidade destas escalas foram estudadas e ambas mostraram-se válidas e com confiabilidade elevada (Hochgraf et al., 1993; Hochgraf, 1995; Castel, 1997). Para a finalidade desse projeto o indicador de “Comprometimento orgânico” não foi utilizado, visto que na ESA-Mulheres ele é avaliado a partir da Gama-gt e a maior parte das pacientes teve dificuldades em realizar a coleta de sangue (os motivos alegados foram principalmente: o fato de que o exame era realizado em dia diferente do da consulta e deveria ser agendado e feito em outro prédio do Complexo do HC) (Hochgraf, 1995).

4.4.4. THE ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI)

Entrevista estruturada que fornece dados sobre: 1 - saúde física; 2 - emprego e sustento; 3 – uso de álcool; 4 – uso de drogas; 5 - situação legal; 6 - situação familiar e social; 7 – saúde mental (McLellan et al., 1992). A versão utilizada foi a proposta por Formigoni e Castel (2000), a partir da tradução de Schneider. Um escore de gravidade denominado de escore composto, que varia da nota 0,000 à nota 1,000, sendo 0,000 a melhor situação e 1,000 a pior situação, é dado para cada uma destas áreas, indicando possíveis problemas e necessidades de tratamento. A composição deste escore é realizada através da soma de uma combinação seletiva dos itens de cada área avaliada pela ASI, resultando em uma medida geral da paciente em cada uma destas áreas – escore composto. Os escores compostos são derivados matematicamente e podem ser calculadas pelo resultado da ASI (McGahan et al., 1986). Segundo McLellan (2000), essas medidas são apropriadas para a verificação de mudanças e indicadores de resultados em todas as análises padrão, tendo mostrado confiabilidade e validade adequadas como critério de medida de evolução.

4.4.5. QUESTIONÁRIO DE IMAGEM CORPORAL (BSQ – BODY SHAPE QUESTIONNARY)

O Questionário de Imagem Corporal é um teste de autopreenchimento com 34 questões usado para medir o grau de distorção da imagem corporal (Cooper et al., 1987). A versão utilizada neste projeto é a que foi traduzida por Cordás e Castilho (1994).

4.4.6. TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA (BITE - BULIMIC INVENTORY TEST OF EDINBURGH)

O Teste de Investigação Bulímica é um questionário de autopreenchimento com 33 questões, que identifica indivíduos com comportamentos e sintomatologia da bulimia nervosa. Esse teste é composto de duas sub-escalas: sintomática e da gravidade. Só a Escala Sintomática foi usada neste estudo. A Escala de Gravidade fornece um índice de gravidade do comportamento compulsivo e purgativo. A Escala Sintomática avalia o grau dos sintomas alimentares presentes (Henderson, Freeman, 1987; Alvarenga, 2001). A versão usada foi a traduzida por Cordás e Hochgraf (1993).

4.4.7. TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26 - EATING ATTITUDES TEST)

O Teste de Atitudes Alimentares é um questionário de autopreenchimento com 26 questões, que identifica comportamentos anoréxicos e de dieta (Garner, Garfinkel, 1979). A versão usada neste estudo foi traduzida para o português por Nunes et al. (1994).

Todos os instrumentos foram aplicados na primeira consulta da paciente no PROMUD, desde que ela estivesse abstinente por, pelo menos, 15 dias, conforme sua própria declaração (Midanik, 1982; Babor et al., 1990; Weiss et al., 1997; Compton et al., 2003). Esse período foi escolhido, pois inúmeros estudos demonstraram que, após esse tempo 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; Grilo et al., 1997b; Compton et al., 2003).

Quando a paciente não estava abstinente na primeira consulta, as avaliações eram realizadas em qualquer semana, desde que no prazo de até dois meses da data da primeira consulta. As pacientes que não atingiram 15 dias de abstinência neste tempo foram excluídas do presente estudo. Quando não foi possível a aplicação de todos os instrumentos em uma única entrevista, essa ocorreu em dois momentos distintos, com um intervalo de, no máximo, uma semana entre a primeira e a segunda aplicação.

Como forma de garantir a objetividade dos resultados, a aplicação da ESA, da ASI, do Protocolo Comum e do SCID foi realizada por psicólogos e psiquiatras com treinamento específico e que não estavam diretamente envolvidos com o tratamento das pacientes avaliadas. O BSQ, o BITE e o EAT, que são questionários auto-aplicativos, foram respondidos pela própria paciente no PROMUD. As dúvidas eventuais foram esclarecidas pela nutricionista..

4.5. Classificação e tempos de avaliação dos dados

4.5.1. PERFIL

Os dados sócio-demográficos foram investigados na primeira consulta da paciente no PROMUD (T0) e classificados segundo as seguintes categorias:

- Idade, idade de início de consumo e idade de início de problemas: dado bruto e diferenças entre as médias e desvio padrão;
- Opção sexual: hetero, homo e bissexual;
- Estado Civil: com companheiro e sem companheiro;
- Escolaridade: analfabeta, fundamental, médio e superior;
- Situação Profissional: com ocupação, sem ocupação, aposentada e dona de casa;
- Maternidade: presença de filhos e ausência de filhos;
- Tratamentos anteriores: presença e ausência;
- Tentativas de suicídio: presença e ausência.

4.5.2. ABUSO SEXUAL

Através do Protocolo Comum (T0) foi perguntado às pacientes se haviam sofrido abuso sexual na infância ou na adolescência e no caso da resposta ser afirmativa, se o abuso fora cometido ou não por alguém da família. Nesse sentido, as respostas foram classificadas, como:

- Não;
- Sim, por familiar;

- Sim, por alguém que não era da família.

4.5.3. COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

A presença de transtorno alimentar e/ou outras comorbidades foi investigada pelo SCID na primeira consulta (T0) e classificada de acordo com as seguintes categorias:

- Transtornos de humor: transtorno bipolar; transtorno depressivo maior e transtorno distímico.
- Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.
- Transtornos relacionados a substâncias: dependência de: álcool; sedativo/hipnótico/ansiolítico; cannabis; estimulantes; opióides; cocaína; alucinógenos/PCP; múltiplas substâncias; outro.
- Transtornos de ansiedade: transtorno do pânico; fobia social; fobia específica; transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno do estresse pós-traumático e transtorno de ansiedade generalizada.
- Transtornos somatoformes: transtorno de somatização; transtorno doloroso; transtorno somatoforme indiferenciado; hipocondria; transtorno dismórfico corporal.
- Transtornos alimentares: anorexia nervosa; bulimia nervosa; transtornos alimentares sem outra especificação e transtorno da compulsão alimentar periódica.
- Transtornos do impulso: cleptomania; piromania; jogo patológico; tricotilomania.

4.5.4. IMAGEM CORPORAL

A presença de distorção na imagem corporal foi investigada em 2 tempos: no início do tratamento (T0) e em 12 meses (T12) e foi classificada de acordo com a pontuação no BSQ da seguinte forma (Alvarenga, 2001):

- < 80 pontos: sem distorção da imagem corporal;
- 80 – 110 pontos: distorção da imagem corporal leve;
- 111 – 140 pontos: distorção da imagem corporal moderada;
- > 140 pontos: distorção da imagem corporal grave.

4.5.5. SINTOMAS DE PATOLOGIA ALIMENTAR

Foram investigados pelo BITE e o EAT também no início do tratamento (T0) e em 12 meses (T12) e classificados de acordo com a pontuação em cada um dos testes da seguinte forma (Alvarenga, 2001):

BITE: A escala sintomática do BITE prevê 4 categorias, que vão desde o indivíduo sem sintomas, ou seja, aquele que está dentro dos limites normais de padrão alimentar (categoria 1 – pontuação entre 0 a 9 pontos), até aqueles que apresentam grande probabilidade de preencher o critério diagnóstico de bulimia nervosa, segundo o DSM-IV (APA, 1995) e o critério de Russell (1979), o que é indicativo de um padrão alimentar muito desorganizado e de presença de episódios compulsivos (categoria 4 – pontuação \geq a 20 pontos). As categorias intermediárias indicam aqueles pacientes cujos padrões alimentares, embora inadequados, não são suficientes para preencher critério para bulimia nervosa. Assim, temos o chamado grupo subclínico de bulímicos, seja na fase inicial do distúrbio ou no final do tratamento (categoria 3 – pontuação entre 15 e 19 pontos)

e aqueles com hábito alimentar não usual (categoria 2 – pontuação entre 10 e 14 pontos) (Henderson, Freeman, 1987; Alvarenga, 2001). Assim, para a escala sintomática a classificação é:

- 0 a 9 pontos: sem sintomas;
- 10 a 14 pontos: hábito alimentar não usual;
- 15 a 19 pontos: grupo subclínico;
- 20 pontos ou mais: com sintomas.

Para a finalidade deste projeto, foi considerado como diagnóstico de patologia alimentar subclínica uma pontuação ≥ 10 pontos.

EAT: foi considerada sintomática uma pontuação total igual ou maior que 21 (Garner, Garfinkel, 1982; Alvarenga, 2001).

4.5.6. PERMANÊNCIA EM TRATAMENTO

A permanência em tratamento foi avaliada em 4 tempos: na entrada (T0) e após 3, 6 e 12 meses de seguimento, pelo comparecimento da paciente ao PROMUD. Para o acompanhamento desse dado, o PROMUD contou com um sistema de convocação (ver item 4.3 de Métodos) que registrou todas as ausências das pacientes e seus retornos (pacientes que respondem à convocação) e saídas (pacientes que atingiram o critério de abandono) do sistema. Foi considerada aderida a paciente que em T3, T6 e/ou T12 não atingiu o critério de abandono, ou seja, completou o período de 3, 6 e/ou 12 meses de acompanhamento no PROMUD.

4.5.7. EVOLUÇÃO:

A evolução em T0, T6 e T12 foi medida através da ASI e da ESA.

Na ASI, para cada uma das áreas da escala (saúde física, emprego e sustento, situação legal, uso de álcool, uso de drogas, situação familiar e social e saúde mental) foi calculado um escore composto em T0, T6 e T12.

Na ESA, em T0, T6 e T12, foram utilizados dois critérios de melhora (Hochgraf, 1995). O primeiro mede a melhora em cada indicador em particular e o segundo mede a melhora do funcionamento global, que é aferido a partir da nota ponderada. Para o cálculo dessa nota no processo de validação foi atribuído um peso para cada um dos indicadores da ESA. Esses pesos quando somados resultam em uma nota que varia de 14 (pior situação) a 70 (melhor situação) (Hochgraf, 1995).

4.6. Análise estatística

As comparações entre os grupos de interesse foram feitas para as variáveis qualitativas utilizando o teste Exato de Fisher e o de Qui-quadrado (Agresti, 1990) e para as variáveis quantitativas o teste t-Student e a ANOVA (Análise de Variância) (Winer, 1971).

O teste de Qui-quadrado é o mais conhecido na literatura para avaliar a associação entre duas variáveis categorizadas ou qualitativas. Ele é usado para verificar, por exemplo, se as proporções de pacientes em cada categoria de escolaridade são as mesmas dentro de cada grupo de transtorno alimentar. Entretanto, o teste de Qui-quadrado é um teste assintótico, ou seja, é um teste baseado em distribuições aproximadas e por isso válido apenas para amostras grandes. Um outro teste que pode ser aplicado em substituição ao teste Qui-quadrado é o Teste Exato de Fisher que como o próprio nome já diz é um teste exato sendo mais apropriado que o de Qui-quadrado quando a amostra é pequena.

Para comparar as médias das variáveis quantitativas entre os grupos foram usados o teste t-Student quando o interesse era em apenas dois grupos e a ANOVA quando a comparação fosse feita entre mais de dois grupos como era o caso da combinação das variáveis TA e tipo de substância.

Para comparar os grupos quanto às variáveis medidas ao longo de vários momentos, utilizou-se a metodologia de Análise de Variância para Medidas Repetidas (Winer, 1971). Essa metodologia permite avaliar se o comportamento médio das variáveis ao longo dos momentos é semelhante nos grupos, ou seja, se os perfis médios dos grupos são paralelos (hipótese de

interação). Caso essa hipótese não seja rejeitada, prossegue-se a análise testando efeito de grupo e efeito de momento. Caso contrário, prossegue-se a análise através das comparações dentro de cada momento e dentro de cada grupo já que o comportamento da variável que se está analisando não é o mesmo para cada grupo.

Resumidamente, essa metodologia examina se as curvas formadas pelas amostras com diagnóstico de transtorno alimentar e sem esta comorbidade são:

- Paralelas: examina se as duas amostras evoluem da mesma forma, isto é, na mesma direção;
- Coincidentes: examina se as duas amostras evoluem igualmente;
- Variam no tempo: examina se as suas amostras variam ao longo do tempo.

Para a comparação da distribuição da variável BSQ em T0 e T12 para cada grupo de TA foi utilizado o teste de homogeneidade marginal (Agresti, 1990). O objetivo desse teste é saber se as distribuições marginais da tabela cruzada são iguais (por exemplo, do BSQ em T0 versus BSQ em T12).

Foi considerado para todas as variáveis, um nível de significância de 5% (probabilidade de erro tipo α inferior a 5%).

4.7. Aspectos éticos

Por tratar-se de aplicação de questionários e escalas, a metodologia desta pesquisa não envolveu riscos para a população estudada.

As pacientes foram informadas na triagem sobre a natureza da pesquisa e todas as explicações referentes aos termos do projeto foram fornecidas. Foram incluídas no estudo apenas aquelas que concordaram com os termos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

5. RESULTADOS

5.1. Frequência e caracterização do transtorno alimentar

Em relação à associação com transtornos alimentares encontrou-se que das 80 pacientes da amostra: 36 (45%) não apresentavam essa comorbidade (grupo sem TA); 27 (33,75%) tinham diagnóstico de transtorno alimentar presente (grupo com TA) e 17 (21,25%) tinham patologia alimentar subclínica presente (grupo com TA subclínico). Esses dados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3 – Frequência de associação com transtorno alimentar e patologia alimentar subclínica em 80 pacientes dependentes de álcool e outras drogas

TRANSTORNOS ALIMENTARES	n	%
Sem TA	36	45,00%
Com TA	27	33,75 %
Com TA subclínico	17	21,25%
TOTAL GERAL	80	100,00%

Conforme, pode ser observado na Tabela 4, das 27 pacientes com diagnóstico de transtorno alimentar presente observou-se que a maioria (40,8%) apresentava transtorno da compulsão alimentar periódica, seguida de bulimia nervosa (29,6%), transtorno alimentar sem outra especificação (22,2%) e anorexia nervosa (7,4%).

Tabela 4 – Distribuição do tipo de transtorno alimentar em 27 pacientes dependentes de álcool e outras drogas com transtorno alimentar presente

TIPO	Presente	
	n	%
Anorexia nervosa	2	7,4%
Bulimia nervosa	8	29,6%
Transtorno alimentar sem outra especificação	6	22,2%
Transtorno do comer compulsivo	11	40,8%
TOTAL GERAL	27	100,0%

Do grupo das 17 pacientes com patologia alimentar subclínica, 5 tinham diagnóstico passado de transtorno alimentar: 3 de transtorno da compulsão alimentar periódica, 1 de anorexia nervosa e 1 de transtorno alimentar sem outra especificação.

Das 36 pacientes sem transtorno alimentar presente, somente 1 tinha diagnóstico de bulimia nervosa no passado.

5.2. Tipo de substância utilizada

Cerca de dois terços (63,8%) das pacientes da amostra era de dependentes de álcool. Na comparação entre os 3 grupos, embora a dependência de álcool continue sendo mais prevalente, há uma mudança na distribuição de acordo com a associação com o transtorno alimentar. Conforme pode ser visto na Tabela 5, 75% das pacientes do grupo sem TA são alcoolistas comparativamente a 51,8% (n=14) do grupo com TA e 58,8% (n=10) do grupo com TA subclínico. Essas diferenças, contudo, não são estatisticamente significativas (p=0,1439).

Tabela 5 – Tipo de substância utilizada por 80 pacientes separadas em 3 grupos (sem TA, com TA, com TA subclínico)

SUBSTÂNCIA	GRUPOS DE TRANSTORNO ALIMENTAR				p
	Sem n (%)	Com n (%)	Subclínico n (%)	Total n (%)	
Álcool	27 (75,0%)	14 (51,8%)	10 (58,8%)	51 (63,8%)	n.s.
Drogas	9 (25,0%)	13 (48,2%)	7 (41,2%)	29 (36,2%)	
TOTAL GERAL	36 (100,0%)	27 (100,0%)	17 (100,0%)	80 (100,0%)	

Em relação ao tipo de droga utilizada verificou-se que a substância mais utilizada foi a cocaína (62,1%), seguida pela maconha (51,7%), anfetamina (20,7%) e benzodiazepínicos (13,8%). Na comparação entre os 3 grupos não foram verificadas diferenças estaticamente significativas para essas

substâncias (cocaína – $p = 0,7011$; maconha – $p = 0,4129$; anfetamina – $p = 0,4764$; benzodiazepínicos – $p = 0,1719$) e também para a categoria “outras” ($p = 0,4719$). Pelo fato de que várias pacientes usaram mais de um tipo de substância, o teste estatístico teve que ser feito para cada substância em separado, o que impossibilitou sua aplicação em algumas drogas (heroína, sedativos, hipnóticos, LSD e dolantina), já que o número de pacientes era muito pequeno (Tabela 6).

Tabela 6 – Tipo de substância utilizada por 29 pacientes dependentes de outras drogas separadas em 3 grupos (sem TA, com TA, com TA subclínico)

GRUPOS DE TRANSTORNO ALIMENTAR EM DEPENDENTES DE DROGAS					
SUBSTÂNCIA	Sem	Com	Subclínico	Total ⁽¹⁾	p
	(n=9)	(n=13)	(n=7)	(n=29)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Cocaína	6 (66,7%)	7 (53,8%)	5 (71,4%)	18 (62,1%)	n.s.
Maconha	5 (55,6%)	5 (38,5%)	5 (71,4%)	15 (51,7%)	n.s.
Anfetamina	1 (11,1%)	4 (30,8%)	1 (14,3%)	6 (20,7%)	n.s.
BZD	3 (33,3%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	4 (13,8%)	---
Heroína	1 (11,1%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	3 (10,3%)	---
Sedativos	1 (11,1%)	2 (15,4%)	0 (0,0%)	3 (10,3%)	---
Hipnóticos	1 (11,1%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	2 (6,9%)	---
LSD	1 (11,1%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	2 (6,9%)	---
Dolantina	1 (11,1%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	2 (6,9%)	---
Outras ⁽²⁾	2 (22,2%)	1 (7,7%)	2 (28,6%)	5 (17,2%)	n.s.

(1) O total é maior que 100%, já que muitas pacientes usavam mais de um tipo de substância.

(2) Outras = lança-perfume; anticolinérgicos, ecstasy, metadona e cola.

5.3. Características sócio-demográficas e outras relacionadas ao consumo de álcool e drogas

De forma geral, as alcoolistas apresentaram-se ao tratamento com uma idade média superior à das dependentes de outras drogas. A diferença das idades entre esses 2 grupos foi afetada significativamente pela associação com o transtorno alimentar. Pela Análise de Variância (ANOVA) verificou-se que as médias dos 6 grupos eram diferentes ($p = 0,001$). Contudo, na comparação das médias 2 a 2, através do teste de Tukey, observou-se que essa diferença estava apenas entre as médias dos grupos: alcoolistas sem TA ($45,41 \pm 11,44$ anos) e dependentes de drogas com TA ($32,08 \pm 9,91$ anos) e entre essas últimas e alcoolistas com TA subclínico ($47,70 \pm 12,69$ anos) (Tabela 7).

Tabela 7 – Idade média de 80 pacientes dependentes segundo grupo de TA e substância

IDADE MÉDIA (em anos)					
SUBSTÂNCIA	GRUPO TA	n	Média	DP	p
Álcool	Sem	27	45,41	11,44	0,001
	Com	14	39,71	8,96	
	Subclínico	10	47,70	12,69	
Droga	Sem	9	39,67	6,40	
	Com	13	32,08	9,91	
	Subclínico	7	33,71	7,95	

Com relação à idade média de início de consumo não foram observadas diferenças significativas entre os três grupos ($p = 0,5266$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Idade média de início de consumo de 80 pacientes dependentes segundo grupo de TA e substância

IDADE MÉDIA DE INÍCIO DE CONSUMO (em anos)					
SUBSTÂNCIA	GRUPO TA	n	Média	DP	p
Álcool	Sem	27	22,63	9,40	n.s.
	Com	14	18,57	6,48	
	Subclínico	10	23,60	11,88	
Droga	Sem	9	22,67	6,38	
	Com	13	21,92	7,48	
	Subclínico	7	26,14	9,56	

O mesmo ocorreu com a idade média de início de problemas, como pode ser observado na Tabela 9. Embora as alcoolistas, de forma geral, tenham o início dos problemas com o consumo mais tarde, as diferenças encontradas, não foram estaticamente significativas ($p = 0,0858$).

Tabela 9 – Idade média de início de problemas de 80 pacientes dependentes segundo grupo de TA e substância

IDADE MÉDIA DE INÍCIO DOS PROBLEMAS (em anos)					
SUBSTÂNCIA	GRUPO TA	n	Média	DP	p
Álcool	Sem	27	37,56	13,72	n.s.
	Com	14	28,43	9,07	
	Subclínico	10	35,60	16,51	
Droga	Sem	9	30,00	7,86	
	Com	13	27,15	10,64	
	Subclínico	7	32,00	7,35	

Com relação aos outros dados, com exceção da situação profissional, a comparação entre os 3 grupos – sem TA, com TA e com TA subclínico – não revelou diferenças estatisticamente significativas. Neste sentido, ainda que

chame a atenção o número de pacientes homo e bissexuais (11,3%) e as diferenças apresentadas na opção homo e bissexual entre o grupo sem TA e os grupos com TA e com TA subclínico (5,6% x 14,8% - 17,7%), 88,7% da amostra era heterossexual, não tinha parceiro (64,6%), 73,8% tinham um ou mais filhos e cerca de 70% tinham grau de escolaridade médio ou superior; 52,5% nunca tinham feito tratamento para uso de álcool e/ou drogas e 55% da amostra já havia tentado suicídio (Tabela 10).

Quanto à situação profissional, existe uma diferença significativa na taxa de ocupação entre os grupos sem TA e com TA subclínico. Enquanto no primeiro 22,2% das pacientes não tinham emprego, no grupo com TA subclínico essa taxa era próxima de 60% ($p = 0,0014$) (Tabela 10).

Tabela 10 – Dados sócio-demográficos e outros relacionados ao consumo de álcool e drogas de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos

DADOS SÓCIO DEMO-GRÁFICOS	TRANSTORNO ALIMENTAR				p
	Sem	Com	Subclínico	Total	
	(n=36) n (%)	(n=27) n (%)	(n=17) n (%)	(n=80) n (%)	
Opção sexual					
Homossexual	0 (0,0%)	2 (7,4%)	1 (5,9%)	3 (3,8%)	n.s.
Heterossexual	34 (94,4%)	23 (85,2%)	14 (82,3%)	71 (88,7%)	
Bissexual	2 (5,6%)	2 (7,4%)	2 (11,8%)	6 (7,5%)	
Estado civil⁽¹⁾					
Com parceiro	13 (37,1%)	9 (33,3%)	6 (35,3%)	28 (35,4%)	n.s.
Sem parceiro	22 (62,9%)	16 (66,7%)	11 (64,7%)	51 (64,6%)	
Maternidade					
Sem filhos	10 (27,8%)	9 (33,3%)	2 (11,8%)	21 (26,2%)	n.s.
Com filhos	26 (72,2%)	18 (66,7%)	15 (88,2%)	59 (73,8%)	
Escolaridade					
Analfabeta	1 (2,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	n.s.
Fundamental	11 (30,6%)	7 (25,9%)	3 (17,6%)	21 (26,2%)	
Médio	12 (33,3%)	11 (40,7%)	8 (47,1%)	31 (38,8%)	
Superior	12 (33,3%)	9 (33,3%)	6 (35,3%)	27 (33,8%)	
Situação profissional					
Aposentada	0 (0,0%)	1 (3,7%)	2 (11,8%)	3 (3,8%)	0,0014
Com ocupação	24 (66,7%)	15 (55,6%)	2 (11,8%)	41 (51,2%)	
Dona de casa	4 (11,1%)	1 (3,7%)	3 (17,6%)	8 (10,0%)	
Sem ocupação	8 (22,2%)	10 (37,0%)	10 (58,8%)	28 (35,0%)	
Tratamento anterior					
Não	20 (55,6%)	15 (55,6%)	7 (41,2%)	42 (52,5%)	n.s.
Sim	16 (44,4%)	12 (44,4%)	10 (58,8%)	38 (47,5%)	
Tentativa suicídio					
Não	17 (47,2%)	13 (48,1%)	6 (35,3%)	36 (45,0%)	n.s.
Sim	19 (52,8%)	14 (51,9%)	11 (64,7%)	44 (55,0%)	

(1) Duas pacientes não tinham esse dado.

5.4. Outras comorbidades psiquiátricas

A comparação dos 3 grupos – sem TA, com TA e com TA subclínico não revelou diferenças estatisticamente significativas para a maioria dos transtornos psiquiátricos estudados. De forma geral, os transtornos mais prevalentes foram a depressão maior observada em 61,3% das pacientes e os transtornos ansiosos em 57,5% das pacientes (Tabela 11).

O único transtorno que mostrou diferença significativa entre os 3 grupos foi o transtorno bipolar, com uma taxa de 11,1% para o grupo com TA comparativamente aos grupos sem TA e com TA subclínico que não apresentaram esse transtorno ($p = 0,0439$). Contudo, devido ao pequeno tamanho da amostra, esse resultado deve ser visto apenas como um indício de diferença (Tabela 11).

Outras diferenças constatadas no transtorno de ansiedade generalizada (entre os grupos com TA – 3,7% e com TA subclínico - 11,8% em relação ao grupo sem TA – 0,0%; $p = 0,0886$) e nos transtornos psicóticos (grupo sem TA – 5,6% - e grupo com TA – 7,4%; $p = 0,8172$) também não podem ser consideradas significativas pelo mesmo motivo: em ambos os casos o total de pacientes com esses transtornos foi muito pequeno (Tabela 11).

Quanto aos transtornos do impulso foram estudados: cleptomania, piromania, jogo patológico e tricotilomania. Os dados de piromania e tricotilomania não aparecem na Tabela 11, visto que apenas uma paciente do grupo com TA apresentou piromania; já a tricotilomania foi observada em 2 pacientes: uma no grupo com TA e outra no grupo com TA subclínico.

Tabela 11 – Transtornos psiquiátricos em 80 pacientes dependentes de álcool e/ou drogas separadas em 3 grupos

TRANSTORNO PSQUIÁTRICO	TRANSTORNO ALIMENTAR				p
	Sem (n=36)	Com (n=27)	Subclínico (n=17)	Total (n=80)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Transtornos ansiosos					
Sem	15 (41,7%)	10 (37,0%)	9 (52,9%)	34 (42,5%)	n.s.
Com	21 (58,3%)	17 (63,0%)	8 (47,1%)	46 (57,5%)	
Pânico					
Sem	31 (86,1%)	20 (74,1%)	15 (88,2%)	66 (82,5%)	n.s.
Com	5 (13,9%)	7 (25,9%)	2 (11,8%)	14 (17,5%)	
Fobia social					
Sem	29 (80,6%)	25 (92,6%)	16 (94,1%)	70 (87,5%)	n.s.
Com	7 (19,4%)	2 (7,4%)	1 (5,9%)	10 (12,5%)	
Fobia específica					
Sem	23 (63,9%)	18 (66,7%)	14 (82,4%)	55 (68,8%)	n.s.
Com	13 (36,1%)	9 (33,3%)	3 (17,6%)	25 (31,2%)	
Tr. obsessivo compulsivo					
Sem	32 (88,9%)	23 (85,2%)	16 (94,1%)	71 (88,8%)	n.s.
Com	4 (11,1%)	4 (14,8%)	1 (5,9%)	9 (11,2%)	
Ansiedade generalizada					
Sem	36 (100,0%)	26 (96,3%)	15 (88,2%)	77 (96,2%)	n.s.
Com	0 (0,0%)	1 (3,7%)	2 (11,8%)	3 (3,8%)	
Estresse pós-traumático					
Sem	34 (94,4%)	27 (100,0%)	16 (94,1%)	77 (96,2%)	n.s.
Com	2 (5,6%)	0 (0,0%)	1 (5,9%)	3 (3,8%)	
Depressão					
Sem	12 (33,3%)	12 (44,4%)	7 (41,2%)	31 (38,8%)	n.s.
Com	24 (66,7%)	15 (55,6%)	10 (58,8%)	49 (61,2%)	
Transtorno bipolar					
Sem	36 (100,0%)	24 (88,9%)	17 (100,0%)	77 (96,2%)	0,0439
Com	0 (0,0%)	3 (11,1%)	0 (0,0%)	3 (3,8%)	

continua

Tabela 11 – (conclusão) Transtornos psiquiátricos em 80 pacientes dependentes de álcool e/ou drogas separadas em 3 grupos

TRANSTORNO ALIMENTAR – CONCLUSÃO					
TRANSTORNO PSQUIÁTRICO	Sem (n=36)	Com (n=27)	Subclínico (n=17)	Total (n=80)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Distímia⁽¹⁾					
Sem	35 (97,2%)	26 (96,3%)	17 (100,0%)	78 (97,5%)	----
Com	1 (2,8%)	1 (3,7%)	0 (0,0%)	2 (2,5%)	
Transtornos psicóticos					
Sem	34 (94,4%)	25 (92,6%)	17 (100,0%)	76 (95,0%)	n.s.
Com	2 (5,6%)	2 (7,4%)	0 (0,0%)	4 (5,0%)	
Cleptomania⁽²⁾					
Sem	32 (91,4%)	22 (81,5%)	14 (82,4%)	66 (86,1%)	n.s.
Com	3 (8,6%)	5 (18,5%)	3 (17,6%)	11 (13,9%)	
Jogo patológico⁽³⁾					
Sem	34 (97,1%)	23 (88,5%)	15 (88,2%)	72 (92,3%)	n.s.
Com	1 (2,9%)	3 (11,5%)	2 (11,8%)	6 (7,7%)	

(1) O teste estatístico não pode ser realizado, visto que o número total de pacientes com este transtorno é muito pequeno.

(2) 3 pacientes não tinham esse dado.

(3) 2 pacientes não tinham esse dado.

5.5. História de abuso sexual

Cerca de 26% da amostra relatou história de abuso sexual. Na comparação entre os 3 grupos observou-se que o com TA apresenta uma taxa maior de abuso sexual (37%), praticado principalmente por familiares (18,5%), que o grupo sem TA (22,2%) e com TA subclínico (17,6%). Essa diferença, contudo, não é estatisticamente significativa ($p = 0,3100$) (Tabela 12).

Tabela 12 – Frequência de abuso sexual em 80 pacientes dependentes de álcool e drogas separados em 3 grupos (sem TA, com TA, com TA subclínico)

ABUSO SEXUAL	TRANSTORNO ALIMENTAR			TOTAL	p
	Sem n (%)	Com n (%)	Subclínico n (%)		
Sim, por familiar	2 (5,5%)	5 (18,5%)	0 (0,0%)	7 (8,8%)	n.s.
Sim, por outro	6 (16,7%)	5 (18,5%)	3 (17,6%)	14 (17,5%)	
Não	28 (77,8%)	17 (63,0%)	14 (82,4%)	59 (73,8%)	
TOTAL GERAL	36 (100,0%)	27 (100,0%)	17 (100,0%)	80 (100,0%)	

5.6. Imagem corporal

Como esperada, a comparação dos 3 grupos na entrada do tratamento (T0) revelou que aproximadamente 77% das pacientes sem TA não apresentavam nenhum distúrbio de imagem corporal, enquanto 80% das com TA tinham algum grau de distorção, a maioria de nível grave (48%), o mesmo ocorrendo com um pouco mais da metade (58,7%) do grupo com patologia alimentar subclínica. Como pode ser observada na Tabela 13, a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

Tabela 13 – Grau de distorção da imagem corporal na entrada do tratamento (T0) de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos (sem TA, com TA, com TA subclínico)

IMAGEM CORPORAL T0	TRANSTORNO ALIMENTAR				p
	Sem ⁽¹⁾ n (%)	Com ⁽²⁾ n (%)	Subclínico n (%)	Total ⁽³⁾ n (%)	
Sem distorção	27 (77,1%)	3 (12,0%)	7 (41,2%)	37 (48,0%)	< 0,0001
Distorção leve	5 (14,3%)	8 (32,0%)	4 (23,5%)	17 (22,1%)	
Distorção moderada	3 (8,6%)	2 (8,0%)	3 (17,7%)	8 (10,4%)	
Distorção grave	0 (0,0%)	12 (48,0%)	3 (17,7%)	15 (19,5%)	
TOTAL GERAL ⁽³⁾	35 (100,0%)	25 (100,0%)	17 (100,0%)	77 (100,0%)	

(1) Uma paciente não possuía esse dado.

(2) Duas pacientes não possuíam esse dado.

(3) No total, três pacientes não possuíam esse dado.

Para avaliar a evolução utilizaram-se apenas os dados das pacientes que tendo realizado o teste em T0 permaneceram em tratamento até T12. Após um ano de tratamento permaneciam aderidas 46 pacientes. Contudo, como por

problemas institucionais, 8 delas (2 do grupo sem TA; 3 do grupo com TA e 3 do grupo com TA subclínico) não fizeram o BSQ nesta data, a amostra ficou composta de 38 pacientes.

Para verificar a possibilidade de distorção, repetiu-se a análise dos dados dessas pacientes em T0. Como pode ser observada na Tabela 14, a distribuição mantém-se semelhante à verificada na amostra total, com as pacientes do grupo com TA e com TA subclínico apresentando significativamente mais distorção da imagem corporal, do que as pacientes do grupo sem TA ($p < 0,0001$).

Tabela 14 – Grau de distorção da imagem corporal na entrada do tratamento (T0) de 38 pacientes dependentes que permaneceram até T12 separadas em 3 grupos (sem TA, com TA, com TA subclínico)

TRANSTORNO ALIMENTAR					
IMAGEM CORPORAL T0	Sem n (%)	Com n (%)	Subclínico n (%)	Total n (%)	p
Sem distorção	12 (66,7%)	0 (0,0%)	2 (22,2%)	14 (36,8%)	< 0,0001
Distorção leve	4 (22,2%)	3 (27,3%)	1 (11,1%)	8 (21,1%)	
Distorção moderada	2 (11,1%)	2 (18,2%)	3 (33,3%)	7 (18,4%)	
Distorção grave	0 (0,0%)	6 (54,5%)	3 (33,3%)	9 (23,7%)	
TOTAL GERAL	18 (100,0%)	11 (100,0%)	9 (100,0%)	38 (100,0%)	

Após um ano (T12), a análise demonstrou que há diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,0001$). Comparativamente ao grupo sem TA, a maioria das pacientes do grupo com TA tinha distorção da imagem corporal, principalmente de grau moderado (54,5%). Já para o grupo com TA subclínico cerca de um terço das pacientes não tinham distorção e para aquelas que apresentavam cerca de 45% tinham distorção moderada (Tabela 15).

Tabela 15 – Grau de distorção da imagem corporal em 12 meses de tratamento (T12) de 38 pacientes dependentes que permaneceram até T12 separadas em 3 grupos (sem TA, com TA, com TA subclínico)

TRANSTORNO ALIMENTAR					
IMAGEM CORPORAL T12	Sem n (%)	Com n (%)	Subclínico n (%)	Total n (%)	p
Sem distorção	11 (61,1%)	0 (0,0%)	3 (33,3%)	14 (36,8%)	< 0,0001
Distorção leve	3 (16,7%)	3 (27,3%)	1 (11,1%)	7 (18,4%)	
Distorção moderada	3 (16,7%)	6 (54,5%)	4 (44,4%)	13 (34,2%)	
Distorção grave	1 (5,5%)	2 (18,2%)	1 (11,1%)	4 (10,5%)	
TOTAL GERAL	18 (100,0%)	11 (100,0%)	9 (100,0%)	38 (100,0%)	

Para verificar de forma mais detalhada a evolução de um ano da imagem corporal, procedeu-se então à comparação em separado de cada um dos grupos.

Para o grupo sem TA, como esperado pelos resultados das tabelas 14 e 15, não foram encontradas diferenças estaticamente significativas nos percentuais de T0 para T12 ($p = 0,6880$) e cerca de 60% das pacientes não apresentavam distorção da imagem corporal em nenhum dos dois tempos (Tabela 16).

Tabela 16 – Comparação do grau de distorção da imagem corporal de T0 para T12 de 18 pacientes sem transtorno alimentar

EVOLUÇÃO DO GRUPO SEM TA			
IMAGEM CORPORAL	T0 n (%)	T12 n (%)	p
Sem distorção	12 (66,7%)	11 (61,1%)	n.s.
Distorção leve	4 (22,2%)	3 (16,7%)	
Distorção moderada	2 (11,1%)	3 (16,7%)	
Distorção grave	0 (0,0%)	1 (5,5%)	
TOTAL GERAL	18 (100,0%)	18 (100,0%)	

Para o grupo com TA a comparação entre T0 e T12 indicou que existem diferenças significativas nos percentuais encontrados nos dois tempos ($p = 0,0200$) (Tabela 17).

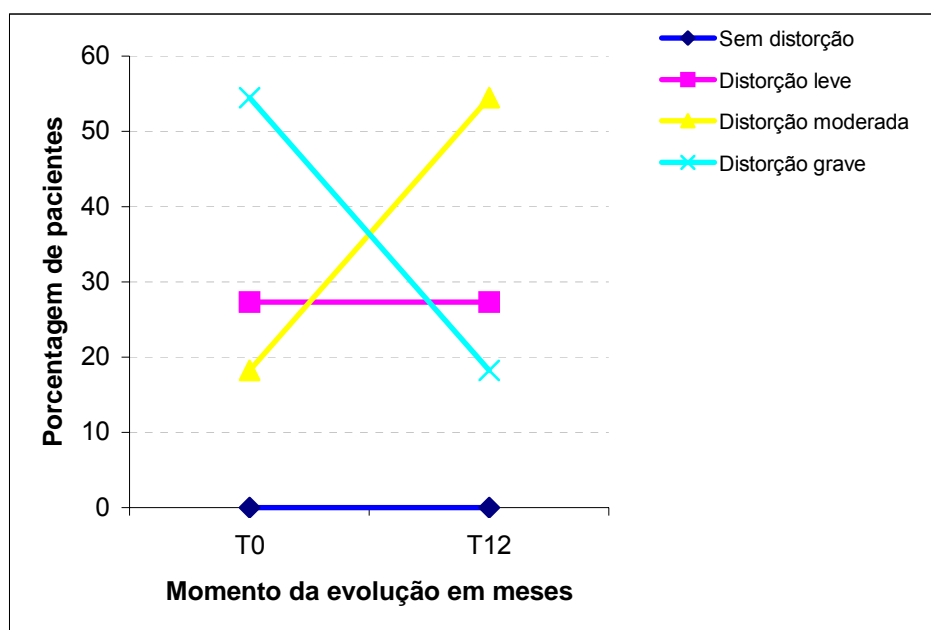
Tabela 17 – Comparação do grau de distorção da imagem corporal de T0 para T12 de 11 pacientes com transtorno alimentar

EVOLUÇÃO DO GRUPO COM TA			
IMAGEM CORPORAL	T0 n (%)	T12 n (%)	p
Sem distorção	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,0200
Distorção leve	3 (27,3%)	3 (27,3%)	
Distorção moderada	2 (18,2%)	6 (54,5%)	
Distorção grave	6 (54,5%)	2 (18,2%)	
TOTAL GERAL	11 (100,0%)	11 (100,0%)	

Com relação à evolução, embora algum grau de distorção persista após 12 meses de seguimento, como pode ser verificado na Figura 1, enquanto 54,5%

das pacientes apresentavam distorção grave em T0, somente 18,2% mantinham-na em T12. Na direção inversa, para o grau de distorção moderado houve um aumento de 18,2% em T0 para 54,5% em T12.

Figura 1 – Evolução da imagem corporal em 12 (T12) meses de 11 pacientes dependentes com transtorno alimentar, segundo o grau de distorção

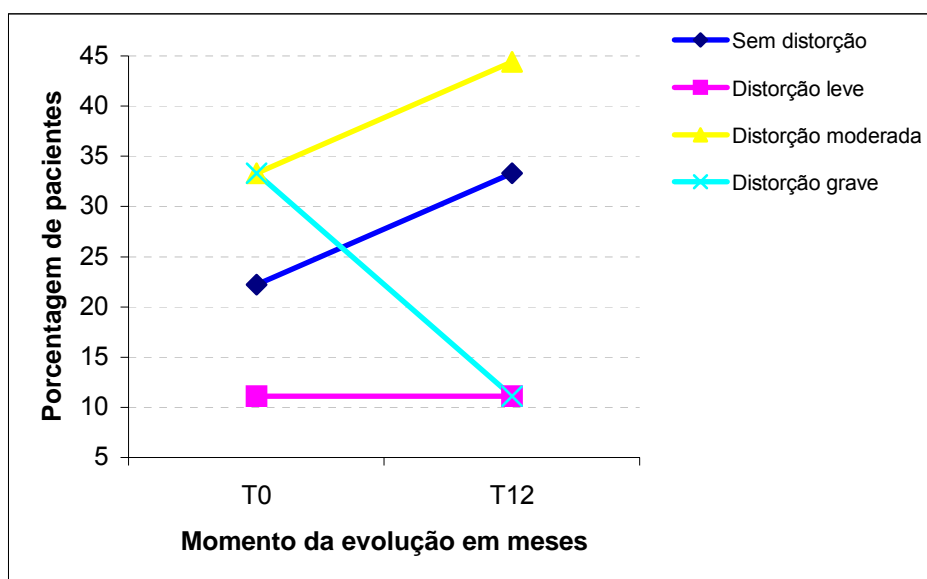


Para o grupo com TA subclínico a comparação entre T0 e T12 indicou que não existem diferenças estatisticamente significativas no grau de distorção da imagem corporal entres esses dois tempos ($p = 0,2123$) (Tabela 18). Deve-se notar, contudo, que o baixo número de pacientes impossibilitou a verificação da diferença entre os percentuais, o que poderia ser especialmente relevante para o grau de distorção grave apresentado por cerca de 33% das pacientes em T0 e somente aproximadamente 11% em T12, como pode ser observado na Figura 2.

Tabela 18 – Comparação do grau de distorção da imagem corporal de T0 para T12 de 9 pacientes com patologia alimentar

EVOLUÇÃO DO GRUPO COM TA SUBCLÍNICO			
IMAGEM CORPORAL	T0 n (%)	T12 n (%)	p
Sem distorção	2 (22,2%)	3 (33,3%)	n.s.
Distorção leve	1 (11,1%)	1 (11,1%)	
Distorção moderada	3 (33,3%)	4 (44,4%)	
Distorção grave	3 (33,3%)	1 (11,1%)	
TOTAL GERAL	9 (100,0%)	9 (100,0%)	

Figura 2 – Evolução da imagem corporal em 12 meses (T12) de 9 pacientes dependentes com transtorno alimentar subclínico



5.7. Sintomas de patologia alimentar

Como o grupo com TA subclínico foi derivado do grupo sem TA, na entrada do tratamento todas as pacientes do primeiro grupo tinham sintomas de patologia alimentar e nenhuma do grupo sem TA apresentava. Já para o grupo com TA, somente 20% não tinham esses sintomas ($p < 0,0001$) (Tabela 19).

Tabela 19 – Presença de sintomas de patologia alimentar na entrada do tratamento (T0) em 77 pacientes dependentes separadas em 3 grupos (semTA, com TA, com TA subclínico)

PATOLOGIA ALIMENTAR	GRUPOS DE TRANSTORNO ALIMENTAR				p
	Sem ⁽¹⁾ n (%)	Com ⁽²⁾ N (%)	Subclínico n (%)	Total n (%)	
Sim	0 (0,0%)	20 (80,0%)	17 (100,0%)	37 (48,1%)	< 0,0001
Não	35 (100,0%)	5 (20,0%)	0 (0,0%)	40 (51,9%)	
TOTAL GERAL	36 (100,0%)	25 (100,0%)	17 (100,0%)	77 (100,0%)	

(1) Uma paciente não possuía esse dado.(2) Duas pacientes não possuíam esse dado.

Para avaliar a evolução utilizaram-se apenas os dados das pacientes que tendo realizado o teste em T0 permaneceram em tratamento até T12. A Tabela 20 mostra a situação dessas 38 pacientes na entrada do tratamento.

Tabela 20 – Presença de sintomas de patologia alimentar na entrada do tratamento (T0) em 38 pacientes dependentes separadas em 3 grupos (semTA, com TA, com TA subclínico)

GRUPOS DE TRANSTORNO ALIMENTAR					
PATOLOGIA ALIMENTAR	Sem n (%)	Com n (%)	Subclínico n (%)	Total n (%)	p
Sim	0 (0,0%)	11 (100,0%)	9 (100,0%)	20 (47,4%)	< 0,0001
Não	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	18 (47,4%)	
TOTAL GERAL	18 (100,0%)	11 (100,0%)	9 (100,0%)	38 (100,0%)	

Na evolução, após um ano de seguimento (T12), a análise demonstrou que há diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,0001$). Como pode ser visto na Tabela 21, todas as pacientes do grupo com TA tinham sintomas de patologia alimentar, comparativamente a 66,7% do grupo subclínico e cerca de um terço do grupo sem TA.

Tabela 21 – Presença de sintomas de patologia alimentar em 12 meses de tratamento (T12) em 38 pacientes dependentes separadas em 3 grupos (semTA, com TA, com TA subclínico)

GRUPOS DE TRANSTORNO ALIMENTAR					
PATOLOGIA ALIMENTAR	Sem n (%)	Com n (%)	Subclínico n (%)	Total n (%)	p
Sim	6 (33,3%)	11 (100,0%)	6 (66,7%)	23 (60,5%)	< 0,0001
Não	12 (66,7%)	0 (0,0%)	3 (33,3%)	15 (39,5%)	
TOTAL GERAL	18 (100,0%)	11 (100,0%)	9 (100,0%)	38 (100,0%)	

Para verificar de forma mais detalhada a evolução em um ano procedeu-se então à comparação em separado dos grupos sem TA e com TA subclínico. Essa comparação não foi necessária no grupo com TA, já que todas as pacientes continuaram a ter sintomas de patologia alimentar após um ano.

No grupo sem TA foi encontrada diferença significativa na presença de sintomas de patologia alimentar entre T0 e T12 ($p < 0,0339$). Em um ano de seguimento, 33,3% das pacientes passaram a manifestar esses sintomas (Tabela 22).

Tabela 22 – Comparação da presença de sintomas de patologia alimentar de T0 para T12 de 18 pacientes sem transtorno alimentar

EVOLUÇÃO DO GRUPO SEM TA			
PATOLOGIA ALIMENTAR	T0 n (%)	T12 n (%)	p
Sim	0 (0,0%)	6 (33,3%)	< 0,0339
Não	18 (100,0%)	12 (66,7%)	
TOTAL GERAL	18 (100,0%)	18 (100,0%)	

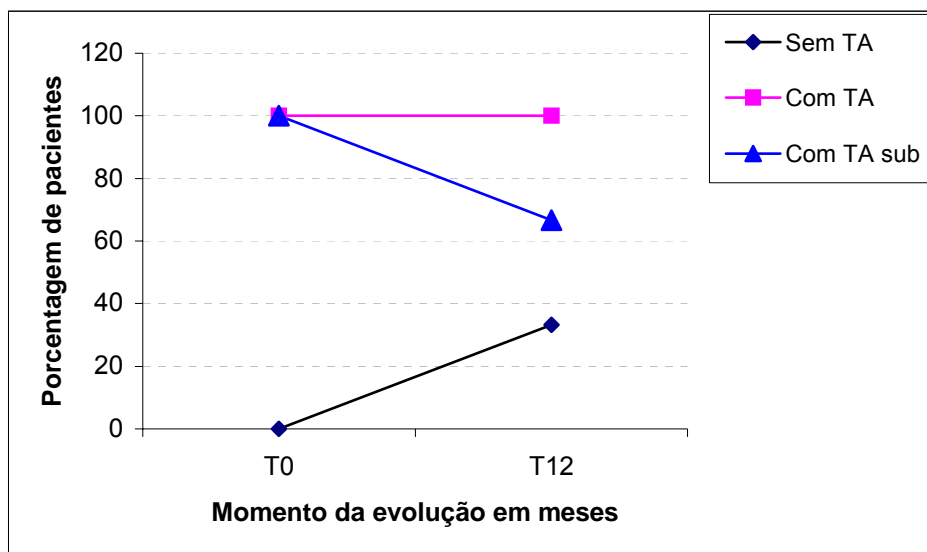
Para as pacientes do grupo com TA subclínico também foram verificadas diferenças significativas entre T0 e T12 ($p < 0,0001$). Como pode ser visto na Tabela 23, cerca de 33% das pacientes não manifestavam mais esses sintomas em 12 meses de tratamento.

Tabela 23 – Comparação da presença de sintomas de patologia alimentar de T0 para T12 de 9 pacientes com transtorno alimentar subclínico

EVOLUÇÃO DO GRUPO COM TA SUBCLÍNICO			
PATOLOGIA ALIMENTAR	T0 n (%)	T12 n (%)	p
Sim	9 (100,0%)	6 (66,7%)	< 0,0001
Não	0 (0,0%)	3 (33,3%)	
TOTAL GERAL	9 (100,0%)	9 (100,0%)	

A Figura 3 mostra a evolução dos 3 grupos.

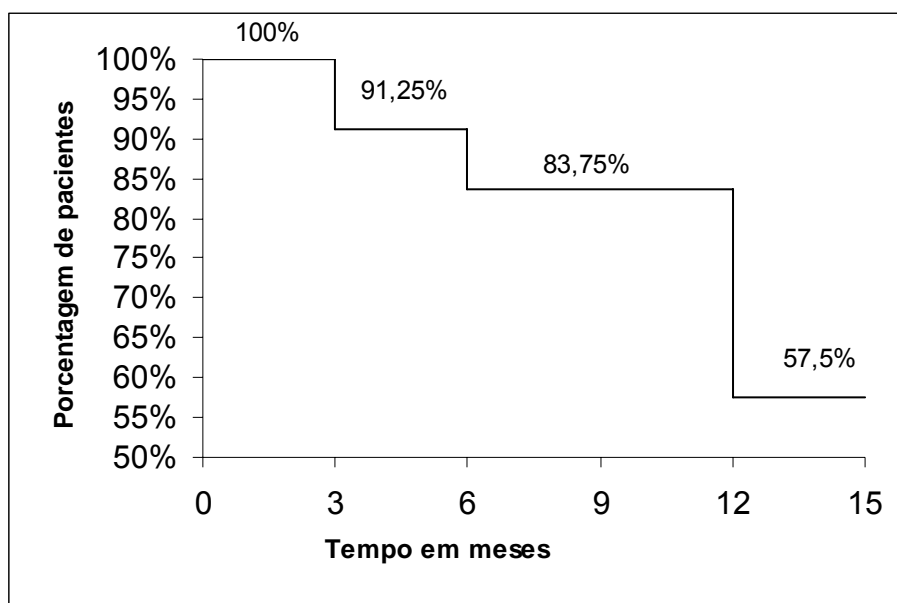
Figura 3 – Evolução dos sintomas de patologia alimentar em 12 meses de 38 pacientes dependentes separadas em 3 grupos (sem TA, com TA, com TA subclínico)



5.8. Permanência em tratamento

Como pode ser observado pela Figura 4, tomando-se a amostra como um todo, verificou-se que das 80 pacientes que iniciaram o tratamento, 46 (57,5%) permaneceram aderidas após um ano (T12).

Figura 4 – Permanência em tratamento em 3, 6 e 12 meses de 80 pacientes dependentes de álcool e drogas



Das 34 pacientes que deixaram o tratamento antes de 12 meses, observou-se que:

- 1 teve alta administrativa antes do terceiro mês (T3);
- 1 foi encaminhada no quarto mês (T4) por dificuldades físicas de locomoção para tratamento perto de sua casa;
- 2 faleceram: uma após 2 meses (T2) e outra após 9 meses (T9) do início do tratamento;

- 2 pediram alta, pois arrumaram empregos com horário incompatível com o do tratamento no PROMUD;
- 28 abandonaram o tratamento por outros motivos.

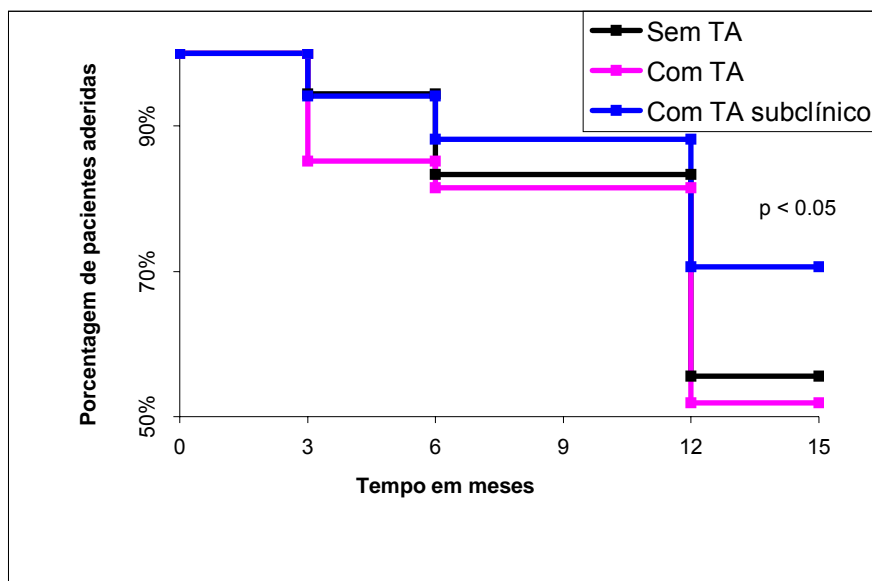
Como pode ser observado pela Tabela 24, a permanência em tratamento foi muito semelhante em 3 e 6 meses para os 3 grupos. Em 12 meses, apesar dos grupos com e sem TA apresentarem taxas de aderência menores (51,9% e 55,6% respectivamente) que o grupo com TA subclínico (70,6%), essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,4534$).

Tabela 24 – Permanência em tratamento em 3, 6 e 12 meses de 80 pacientes dependentes de álcool e drogas separadas em 3 grupos (sem TA, com TA, com TA subclínico)

		TRANSTORNO ALIMENTAR				
PERMANÊNCIA EM TRATAMENTO		Sem (n=36)	Com (n=27)	Subclínico (n=17)	TOTAL (n=80)	p
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
T3	Sim	34 (94,4%)	23 (85,2%)	16 (94,1%)	73 (91,25%)	n.s.
	Não	2 (5,6%)	4 (14,8%)	1 (5,9%)	7 (8,75%)	
T6	Sim	30 (83,3%)	22 (81,5%)	15 (88,2%)	67 (83,75%)	n.s.
	Não	6 (16,7%)	5 (18,5%)	2 (11,8%)	13 (16,25%)	
T12	Sim	20 (55,6%)	14 (51,9%)	12 (70,6%)	46 (57,5%)	n.s.
	Não	16 (44,4%)	13 (48,1%)	5 (29,4%)	34 (42,5%)	

A Figura 5 ilustra essa evolução:

Figura 5 – Evolução da permanência em tratamento de 80 pacientes dependentes de álcool e drogas separadas em 3 grupos – com TA, sem TA e com TA subclínico



5.9. Evolução em tratamento

A evolução das pacientes no tratamento foi avaliada através de duas escalas: a ESA e a ASI. A ASI foi escolhida, pois, desde o seu desenvolvimento tem sido a escala de severidade de problemas mais amplamente utilizada com pacientes em tratamento para abuso e dependência de substâncias psicoativas (Budman et al., 2003). Como ferramenta de avaliação de resultados de tratamento, a ASI tem sido empregada internacionalmente, o que facilita o intercâmbio, a difusão e a comparação de dados obtidos em diferentes países (Carise et al., 2001; Butler, 2004). Contudo, como quase inexistem estudos brasileiros que utilizem a ASI, optou-se por usar também a ESA, já que inúmeras pesquisas realizadas aqui demonstraram sua eficácia como instrumento de avaliação terapêutica (Andrade, 1991; Hochgraf, 1995; Castel, 1997; Zilberman, 1998).

Para facilitar o entendimento, apresentaremos, os resultados das duas escalas em separado.

5.9.1. ESA:

5.9.1.1. Consumo alcoólico:

Em relação ao indicador consumo alcoólico verificou-se que houve diferença entre o escore médio entre os 3 grupos de pacientes. Como pode ser observado na Tabela 25, o grupo com TA, apresentou em todos os tempos um

escore significativamente menor que os grupos sem TA e com TA subclínico, ou seja, seu padrão de consumo de álcool foi pior que o encontrado nas pacientes nos outros dois grupos.

Tabela 26 – Média de consumo alcoólico na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 51 pacientes dependentes de álcool separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

TRANSTORNO ALIMENTAR	CONSUMO ALCOÓLICO									p
	T0			T6			T12			
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	27	3,11	1,37	⁽¹⁾ 17	4,06	1,20	15	4,13	0,92	
Com TA	14	2,79	1,42	⁽²⁾ 10	3,40	1,58	8	3,25	1,91	0,0288
Subclínico	10	3,10	1,60	⁽³⁾ 5	4,80	0,45	⁽⁴⁾ 7	4,71	0,49	

(1) Seis pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

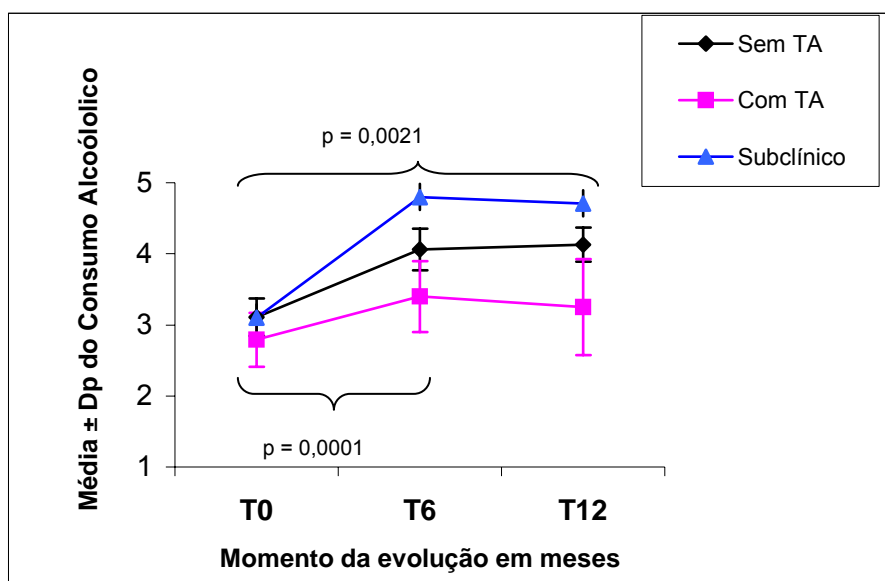
(2) Uma paciente deste grupo não fez a ESA em T6.

(3) Três pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(4) Uma paciente deste grupo não fez a ESA em T12.

No que diz respeito à evolução, as pacientes apresentaram uma melhora significativa no 6º mês de seguimento ($p = 0,0001$), não existindo diferença de comportamento das curvas ao longo do tempo entre os 3 grupos ($p = 0,3975$). A melhora foi de 3,11 para 4,13 para o grupo sem TA; de 2,79 para 3,40 para o grupo com TA e de 3,10 para 4,80 para o grupo com TA subclínico. Esta melhora estabilizou-se até T12. Portanto, como pode ser visto na Figura 6, as curvas encontradas foram paralelas e não foram coincidentes ($p = 0,0288$) (por causa da diferença do escore médio do grupo com TA) e variaram no tempo ($p = 0,0007$).

Figura 6 – Evolução do consumo alcoólico em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 51 pacientes dependentes de álcool separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.9.1.2. Consumo de drogas:

Em relação ao indicador consumo de drogas não existiu diferença entre o escore médio entre os 3 grupos de pacientes ($p = 0,8647$) (Tabela 26).

Tabela 26 – Média do consumo de drogas na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 29 pacientes dependentes de drogas separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

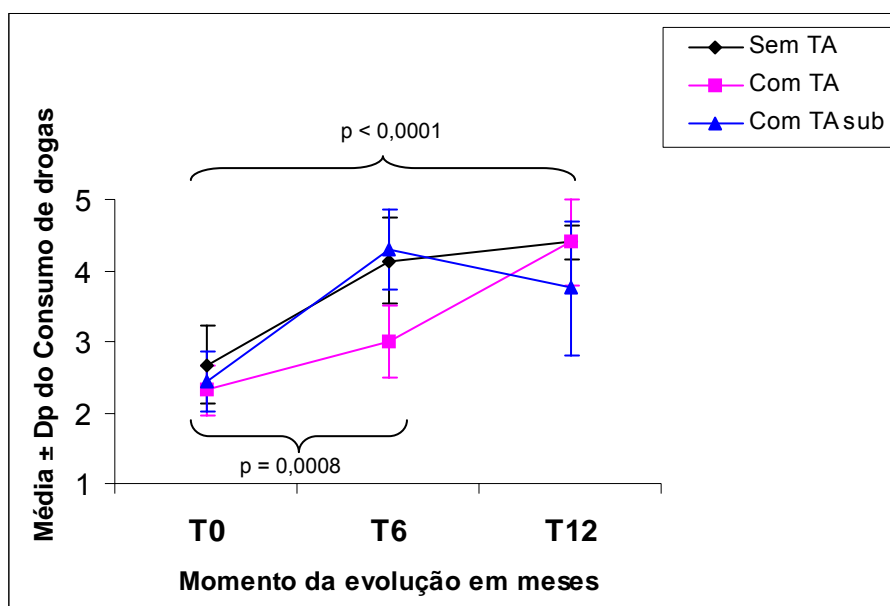
TRANSTORNO ALIMENTAR	CONSUMO DE DROGAS									p
	T0			T6			T12			
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	9	2,67	1,66	7	4,14	1,57	5	4,40	0,55	n.s.
Com TA	13	2,31	1,25	⁽¹⁾ 9	3,00	1,50	⁽²⁾ 5	4,40	1,34	
Subclínico	7	2,43	1,13	7	4,29	1,50	4	3,75	1,89	

(1) Duas pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(2) Uma paciente deste grupo não fez a ESA em T12.

No que diz respeito à evolução, as pacientes apresentaram uma melhora significativa no 6º mês de seguimento ($p = 0,0008$), não existindo diferença de comportamento das curvas ao longo do tempo entre os 3 grupos ($p = 0,2430$). A melhora foi de 2,67 para 4,14 para o grupo sem TA; de 2,31 para 3,00 para o grupo com TA e de 2,43 para 4,29 para o grupo com TA subclínico. Esta melhora estabilizou-se até T12. Portanto, como pode ser visto na Figura 7, as curvas encontradas foram paralelas e coincidentes, mas variaram no tempo ($p < 0,0001$).

Figura 7 – Evolução do consumo de drogas em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 29 pacientes dependentes de drogas separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.9.1.3 Ocupação:

Em relação ao indicador de ocupação, quando analisamos os 3 grupos, o teste estatístico mostrou que não existia diferença do escore médio entre eles ($p = 0,1179$) (Tabela 27). No que diz respeito à evolução verificou-se que houve diferença, ou seja, as pacientes melhoraram significativamente no 6º

mês de seguimento ($p = 0,0259$), não existindo diferença de comportamento das curvas ao longo do tempo entre os 3 grupos ($p = 0,7786$). A melhora foi de 3,25 para 3,87 para o grupo sem TA; de 3,37 para 3,63 para o grupo com TA e de 2,82 para 3,16 para o grupo com TA subclínico. Esta melhora estabilizou-se até T12. Portanto, as curvas encontradas foram paralelas e coincidentes, mas variaram no tempo ($p = 0,0205$) (Figura 8).

Tabela 27 – Média do indicador de ocupação na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

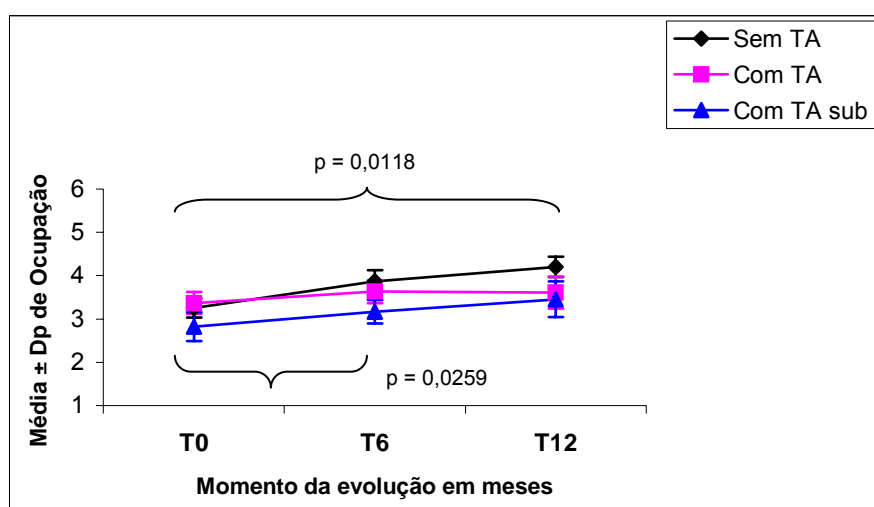
TRANSTORNO ALIMENTAR	OCUPAÇÃO									p
	T0			T6			T12			
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	36	3,25	1,31	⁽¹⁾ 24	3,87	1,26	20	4,20	1,05	
Com TA	27	3,37	1,33	⁽²⁾ 19	3,63	1,16	⁽³⁾ 13	3,61	1,32	n.s.
Subclínico	17	2,82	1,38	⁽²⁾ 12	3,16	0,93	⁽³⁾ 11	3,45	1,36	

(1) Seis pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(2) Três pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(3) Uma paciente deste grupo não fez a ESA em T12.

Figura 8 – Evolução da ocupação em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.8.1.4 Família:

Em relação ao indicador de família verificou-se que existia diferença no escore médio dos 3 grupos de pacientes ($p = 0,0005$). Essa variação se deu de forma significativa e diferente nos diversos momentos da avaliação. Assim, embora no início do tratamento o escore médio dos 3 grupos tivesse sido semelhante, em 6 meses o grupo com TA tinha um escore um pouco menor (3,63) que o grupo sem TA (4,08) ($p = 0,0893$) e com TA subclínico (4,41) ($p = 0,0203$). Em 12 meses a diferença ocorreu com o grupo com TA subclínico, que teve um escore significativamente menor (3,72) quando comparado ao grupo sem TA (4,55) ($p = 0,0025$) e ao grupo com TA (4,53) ($p = 0,0021$) (Tabela 28).

Tabela 28 – Média do indicador de família na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

TRANSTORNO ALIMENTAR	FAMÍLIA									p
	T0			T6			T12			
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	36	3,47	1,29	⁽¹⁾ 24	4,08	1,01	20	4,55	0,75	
Com TA	27	3,74	0,98	⁽²⁾ 19	3,63	1,11	⁽³⁾ 13	4,53	0,51	0,0005
Subclínico	17	3,47	1,06	⁽²⁾ 12	4,41	0,66	⁽³⁾ 11	3,72	0,78	

(1) Seis pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

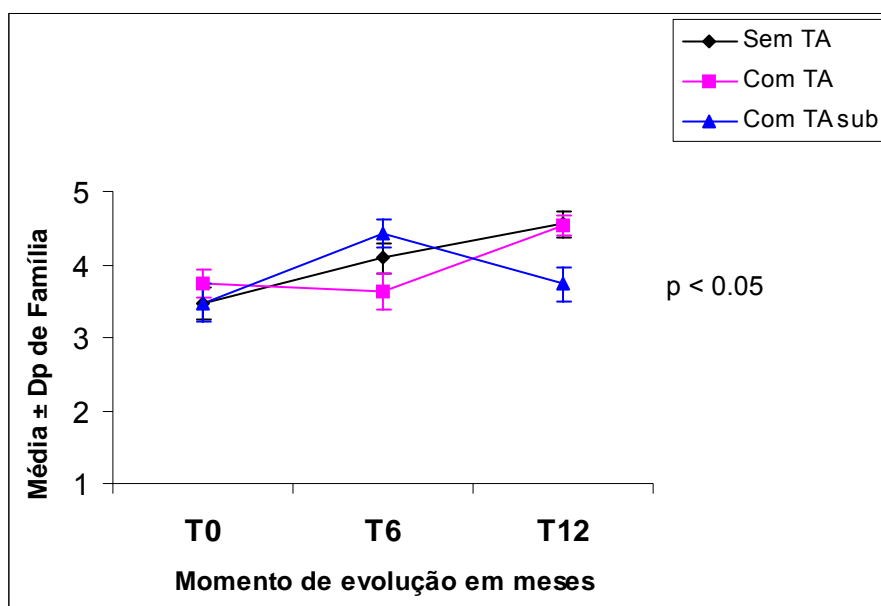
(2) Três pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(3) Uma paciente deste grupo não fez a ESA em T12.

Quando se analisou a evolução, verificou-se diferença de comportamento no escore médio de família entre os grupos ao longo do tempo. Os grupos sem TA e com TA melhoraram significativamente em um ano, embora de forma

diferente. Enquanto no primeiro grupo a melhora ocorreu de T0 para T6 (de 3,47 para 4,08) ($p = 0,0077$), estabilizando-se até T12, para o grupo com TA, o escore médio manteve-se estável até T6 e aumentou significativamente de T6 para T12 (de 3,63 para 4,53) ($p = 0,0003$). Já para o grupo com TA subclínico embora tivesse havido uma melhora de T0 para T6 (de 3,47 para 4,41) ($p = 0,0049$), de T6 para T12 o escore caiu para o patamar encontrado em T0 (de 4,41 para 3,72) ($p = 0,0185$). Nesse sentido, como pode ser observado na Figura 9, as curvas foram não paralelas.

Figura 9 – Evolução de família em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.9.1.5. LAZER:

Em relação ao indicador de lazer, quando analisamos os 3 grupos, o teste estatístico mostrou que não existia diferença do escore médio entre eles ($p = 0,9376$) (Tabela 29).

Tabela 29 – Média do indicador lazer na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

TRANSTORNO ALIMENTAR	LAZER									p
	T0			T6			T12			
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	36	2,11	1,26	⁽¹⁾ 24	3,00	1,25	20	3,50	1,27	
Com TA	27	2,59	1,50	⁽²⁾ 19	2,63	1,49	⁽³⁾ 13	3,00	1,68	n.s.
Subclínico	17	2,29	1,49	⁽²⁾ 12	3,16	1,26	⁽³⁾ 11	3,18	1,53	

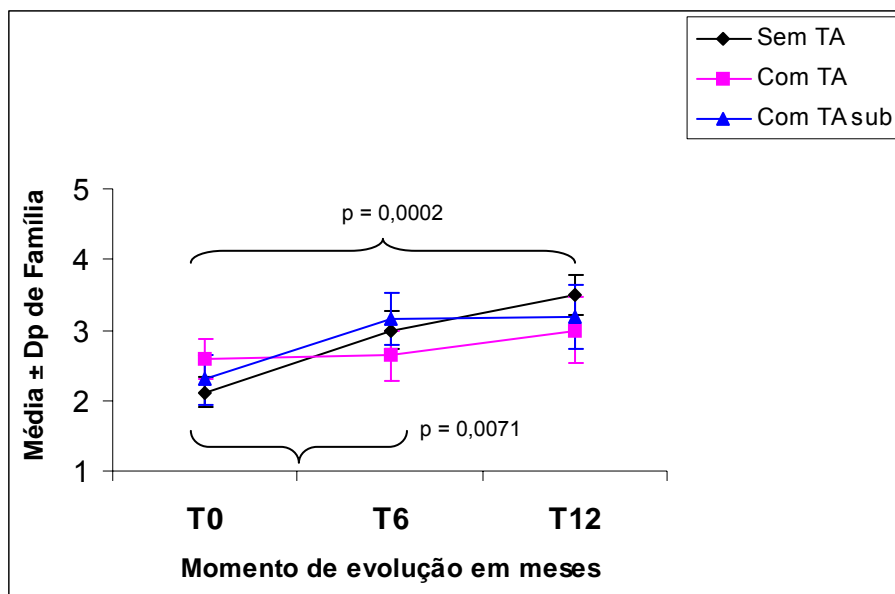
(1) Seis pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(2) Três pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(3) Uma paciente deste grupo não fez a ESA em T12.

Quando se observa ao longo dos momentos de avaliação, verifica-se que houve diferença, ou seja, as pacientes melhoraram significativamente até o 6° mês de seguimento ($p = 0,0071$), não existindo diferença de comportamento das curvas ao longo do tempo entre os 3 grupos ($p = 0,2653$). A melhora foi de 2,11 para 3,00 para o grupo sem TA; de 2,59 para 2,63 para o grupo com TA e de 2,29 para 3,16 para o grupo com TA subclínico. Esta melhora estabilizou-se até T12. Portanto, as curvas encontradas foram paralelas e coincidentes, mas variaram no tempo ($p = 0,0006$) (Figura 10).

Figura 10 – Evolução de lazer em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.9.1.6. Funcionamento global:

Em relação ao funcionamento global verificou-se que existia diferença entre o escore médio dos 3 grupos de pacientes ($p = 0,0640$). Essa variação se deu de forma significativa em T6, onde o grupo com TA apresentou um escore significativamente menor (38,47) que os grupos sem TA (45,54) ($p = 0,0138$) e com TA subclínico (48,41) ($p = 0,0059$) (Tabela 30). Com relação à evolução, embora tenha havido melhora nos 3 grupos, também houve diferenças de comportamento do escore médio entre eles ao longo do tempo. Para os grupos sem TA e com TA subclínico a melhora ocorreu no 6º mês de seguimento: para o primeiro a melhora foi de 35,00 para 45,54 ($p < 0,0001$) e para o grupo subclínico foi de 34,23 para 48,41 ($p < 0,0001$). Esta melhora manteve-se até T12. Já para o grupo com TA, o escore manteve-se o mesmo até T6 e a melhora ocorreu de T6 para T12, quando o escore foi de 38,47 para 44,69 ($p =$

0,0573). Como pode ser observado, então, na Figura 11, as curvas foram não paralelas.

Tabela 30 – Média do funcionamento global na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

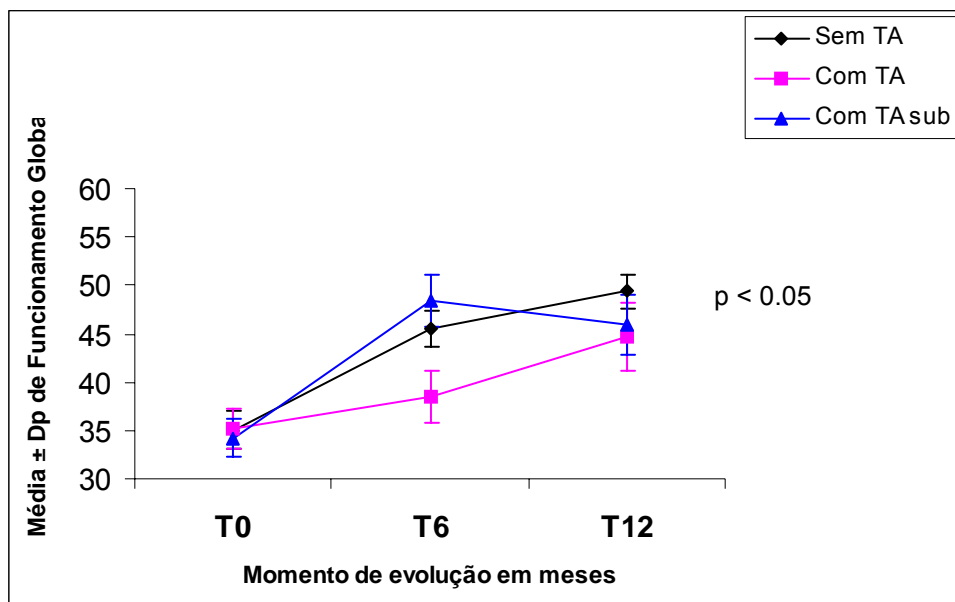
TRANSTORNO ALIMENTAR	FUNCIONAMENTO GLOBAL									p
	T0			T6			T12			
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	36	35,00	11,66	⁽¹⁾ 24	45,54	8,97	20	49,35	7,47	
Com TA	27	35,14	10,49	⁽²⁾ 19	38,47	11,97	⁽³⁾ 13	44,69	13,00	0,0640
Subclínico	17	34,23	8,08	⁽²⁾ 12	48,41	9,32	⁽³⁾ 11	46,00	10,24	

(1) Seis pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(2) Três pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(3) Uma paciente deste grupo não fez a ESA em T12.

Figura 11 – Evolução do funcionamento global em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



Para verificar uma possível influência do tipo de substância consumida (álcool ou drogas) a análise do funcionamento global foi realizada separadamente para as pacientes dependentes de álcool e de drogas.

5.9.1.6.1. Funcionamento global em alcoolistas:

Com relação ao funcionamento global das alcoolistas não foram encontradas diferenças nem no comportamento ($p = 0,3699$), nem no escore médio entre os 3 grupos ($p = 0,3199$) (Tabela 31). Quanto à evolução verificou-se que as pacientes dos 3 grupos apresentaram uma melhora significativa no 6º mês de seguimento ($p = 0,0004$). A melhora foi de 36,85 para 45,12 para o grupo sem TA; de 37,21 para 39,40 para o grupo com TA e de 34,90 para 48,80 para o grupo com TA subclínico. Esta melhora estabilizou-se até T12. Portanto, como pode ser visto na Figura 12, as curvas encontradas foram paralelas, coincidentes e variaram no tempo ($p = 0,0003$).

Tabela 31 – Média do funcionamento global na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 51 pacientes dependentes de álcool separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

FUNCIONAMENTO GLOBAL EM ALCOOLISTAS										
TRANSTORNO ALIMENTAR	T0			T6			T12			p
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	27	36,85	10,88	⁽¹⁾ 17	45,12	10,25	15	48,20	7,93	
Com TA	14	37,21	12,46	⁽²⁾ 10	39,40	12,43	8	42,00	16,00	n.s.
Subclínico	10	34,90	8,76	⁽³⁾ 5	48,80	4,82	⁽⁴⁾ 7	48,14	6,44	

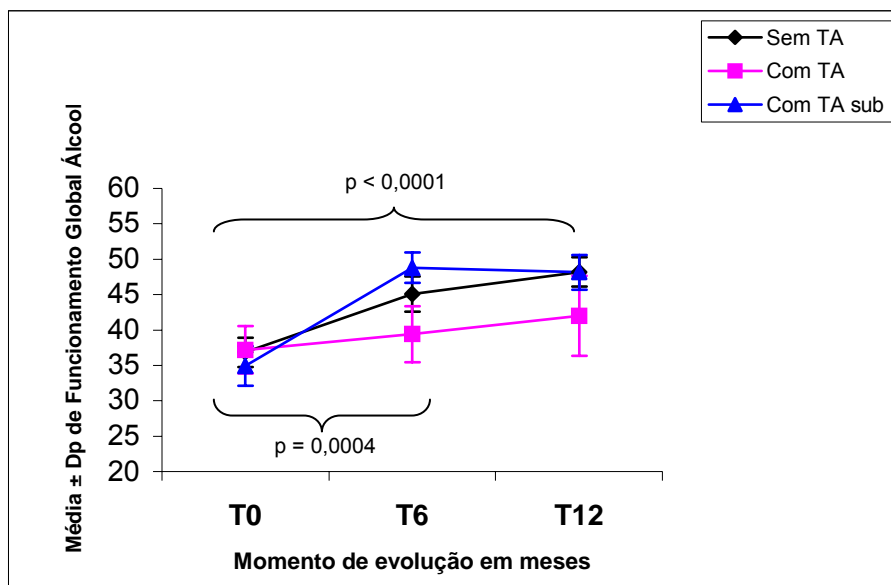
(1) Seis pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(2) Uma paciente deste grupo não fez a ESA em T6.

(3) Três pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(4) Uma paciente deste grupo não fez a ESA em T12.

Figura 12 – Evolução do funcionamento global em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 51 pacientes alcoolistas separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.9.1.6.2. Funcionamento global em dependentes de drogas:

Em relação ao funcionamento global de pacientes dependentes de drogas verificou-se que existia diferença entre o comportamento do escore médio dos 3 grupos de pacientes ($p = 0,0637$). Essa variação se deu de forma significativa em T6, onde o grupo com TA apresentou um escore significativamente menor (37,44) do que o grupo com TA subclínico (48,41) ($p = 0,0374$) (Tabela 32). Com relação à evolução, embora tenha havido melhora nos 3 grupos, também houve diferenças de comportamento do escore médio entre eles ao longo do tempo. Para os grupos sem TA e com TA subclínico a melhora ocorreu no 6° mês de seguimento; para o primeiro a melhora foi de 29,44 para 46,57 ($p = 0,0003$) e para o grupo subclínico foi de 33,29 para 48,14 ($p = 0,0025$). Esta melhora manteve-se até T12. Já para o grupo com TA, o escore manteve-se até T6 e a melhora ocorreu de T6 para T12, quando o escore foi de 37,44 para

49,00 ($p = 0,0303$). Como pode ser observado, então, na Figura 13, as curvas foram não paralelas.

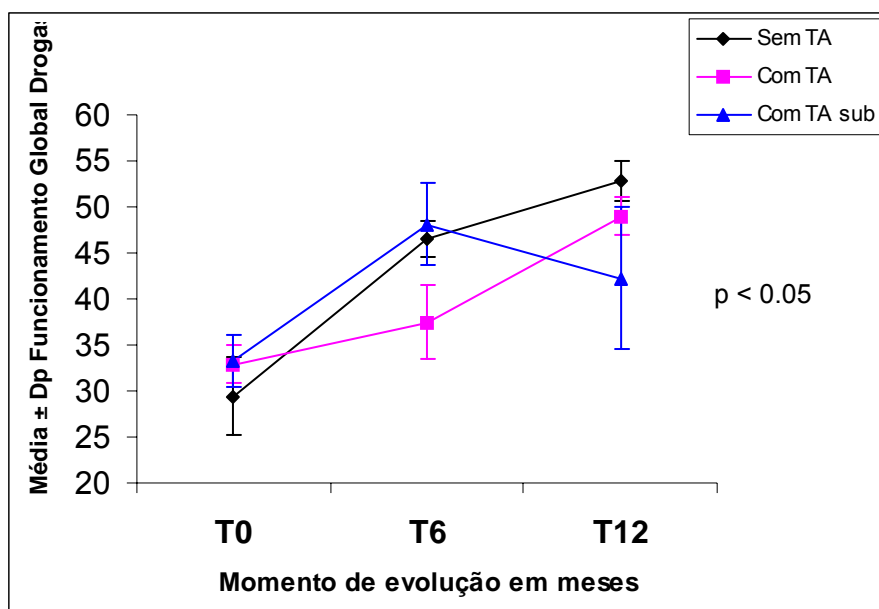
Tabela 32 – Média do funcionamento global na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 29 pacientes dependentes de drogas separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

FUNCIONAMENTO GLOBAL - DROGAS										
TRANSTORNO ALIMENTAR	T0			T6			T12			p
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	9	29,44	12,81	7	46,57	5,16	5	52,80	5,02	
Com TA	13	32,92	7,74	⁽¹⁾ 9	37,44	12,12	⁽²⁾ 5	49,00	4,64	0,0637
Subclínico	7	33,29	7,57	7	48,14	11,99	4	42,25	15,41	

(1) Duas pacientes deste grupo não fizeram a ESA em T6.

(2) Uma paciente deste grupo não fez a ESA em T12.

Figura 13 – Evolução do funcionamento global em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 29 pacientes dependentes de drogas separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

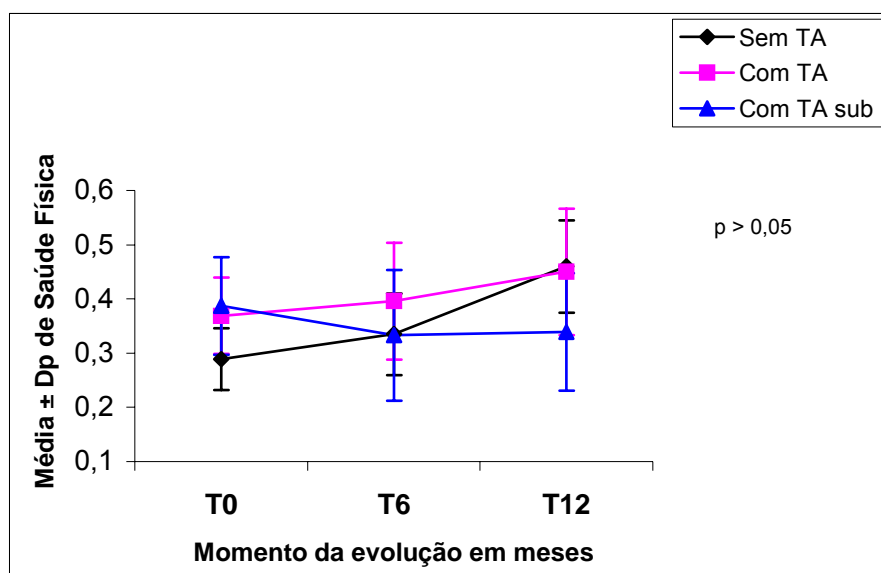


5.9.2. ASI:

5.9.2.1. Saúde física:

Em relação à saúde física não houve melhora significativa ao longo do tempo ($p = 0,5918$), nem diferenças entre os escores médios dos 3 grupos ($p = 0,6990$) (Figura 14).

Figura 14 – Evolução da área de saúde física em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.9.2.2. Emprego e sustento:

Nenhum dos 3 grupos teve melhora significativa na área de emprego e sustento ao longo do tempo ($p = 0,2227$) e não houve diferenças significativas entre os escores médios entre eles ($p = 0,0833$) (Tabela 33). Contudo, como essa última comparação teve um “p” bem próximo a 0,05, se considerarmos esse valor como significativo, obtém-se que o grupo com TA subclínico teve um

escore significativamente maior para emprego que o grupo sem TA ($p = 0,0497$) e com TA ($p = 0,0392$). Isso significa que a situação de emprego do grupo com TA subclínico era pior que a dos outros grupos em todos os tempos (Figura 15).

Tabela 33 – Média da área de emprego e sustento na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

EMPREGO E SUSTENTO										
TRANSTORNO ALIMENTAR	T0			T6			T12			p
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	36	0,63	0,28	⁽¹⁾ 26	0,64	0,30	⁽²⁾ 18	0,52	0,290	
Com TA	27	0,59	0,33	⁽³⁾ 16	0,56	0,37	⁽²⁾ 13	0,51	0,256	n.s.
Subclínico	17	0,80	0,17	⁽⁴⁾ 13	0,73	0,30	⁽²⁾ 10	0,74	0,287	

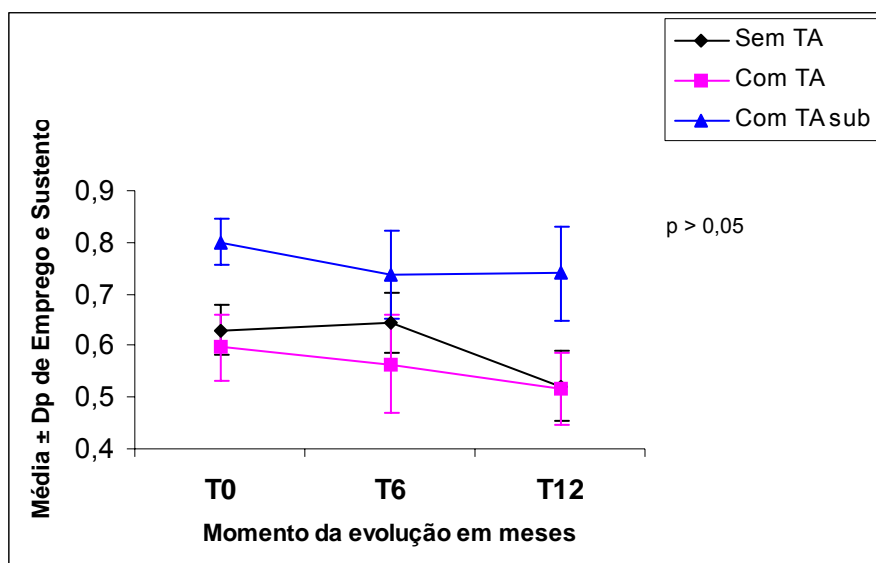
(1) Quatro pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T6.

(2) Duas pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T12.

(3) Seis pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T6.

(4) Uma paciente deste grupo não fez a ASI em T6.

Figura 15 – Evolução da área de emprego e sustento em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.9.2.3. Uso de álcool:

Com relação ao uso de álcool não houve diferença entre o escore médio dos 3 grupos ($p = 0,2269$) e nem mesmo entre o comportamento das curvas ao longo do tempo dos 3 grupos de pacientes ($p = 0,5542$) (Tabela 34).

Tabela 34 – Média da área de uso de álcool na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

TRANSTORNO ALIMENTAR	USO DE ÁLCOOL									p
	T0			T6			T12			
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	36	0,35	0,28	⁽¹⁾ 26	0,24	0,19	⁽²⁾ 18	0,27	0,21	
Com TA	27	0,31	0,28	⁽³⁾ 16	0,20	0,20	⁽²⁾ 13	0,16	0,23	n.s.
Subclínico	17	0,24	0,21	⁽⁴⁾ 13	0,21	0,28	⁽²⁾ 10	0,16	0,13	

(1) Quatro pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T6.

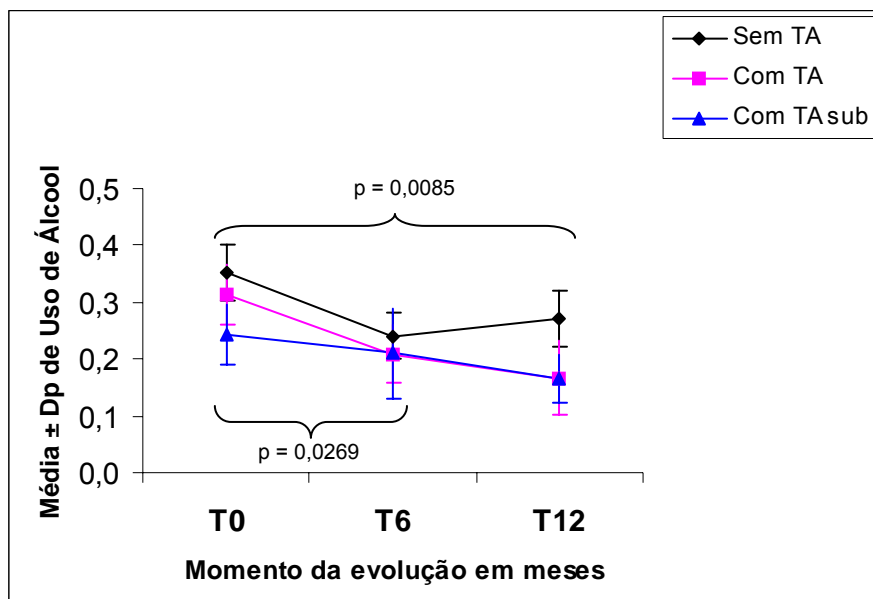
(2) Duas pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T12.

(3) Seis pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T6.

(4) Uma paciente deste grupo não fez a ASI em T6.

Quanto à evolução, houve uma melhora significativa no 6° mês de seguimento, sem diferença entre os 3 grupos ($p = 0,0269$). Para o grupo sem TA a melhora foi de 0,35 para 0,24; para o grupo com TA foi de 0,31 para 0,20 e para o grupo com TA subclínico foi de 0,24 para 0,21. Essa melhora manteve-se até T12. Portanto, as curvas encontradas foram paralelas e coincidentes e variaram no tempo ($p = 0,0269$) (Figura 16).

Figura 16 – Evolução da área de uso de álcool em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.9.2.4. Uso de drogas:

Não houve diferenças significativas no comportamento das curvas ao longo do tempo de uso de drogas ($p = 0,2330$), nem nos escores de uso de drogas entre os 3 grupos ($p = 0,0868$). Contudo, como essa última comparação teve um resultado próximo da significância, se considerarmos o nível descritivo, obtém-se uma diferença significativa entre o grupo com TA e o grupo sem TA ($p = 0,0278$), sendo que o primeiro teve escores mais altos que o grupo sem TA em todos os tempos (Tabela 35). Com relação à evolução do uso de drogas, as pacientes dos 3 grupos mantiveram-se estáveis até T6, quando houve uma melhora significativa até T12 ($p = 0,0199$). Para as pacientes do grupo sem TA a melhora foi de 0,050 para 0,030; para as do grupo com TA foi de 0,071 para 0,053 e para as do grupo com TA subclínico foi de 0,051 para

0,046. Portanto, as curvas foram paralelas e coincidentes e variaram ao longo do tempo ($p = 0,0287$) (Figura 17).

Tabela 35 – Média da área de uso de drogas na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

TRANSTORNO ALIMENTAR	USO DE DROGAS									p
	T0			T6			T12			
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	36	0,034	0,069	⁽¹⁾ 26	0,050	0,073	⁽²⁾ 18	0,030	0,063	n.s.
Com TA	27	0,098	0,086	⁽³⁾ 16	0,071	0,082	⁽²⁾ 13	0,053	0,079	
Subclínico	17	0,053	0,066	⁽⁴⁾ 13	0,051	0,074	⁽²⁾ 10	0,046	0,068	

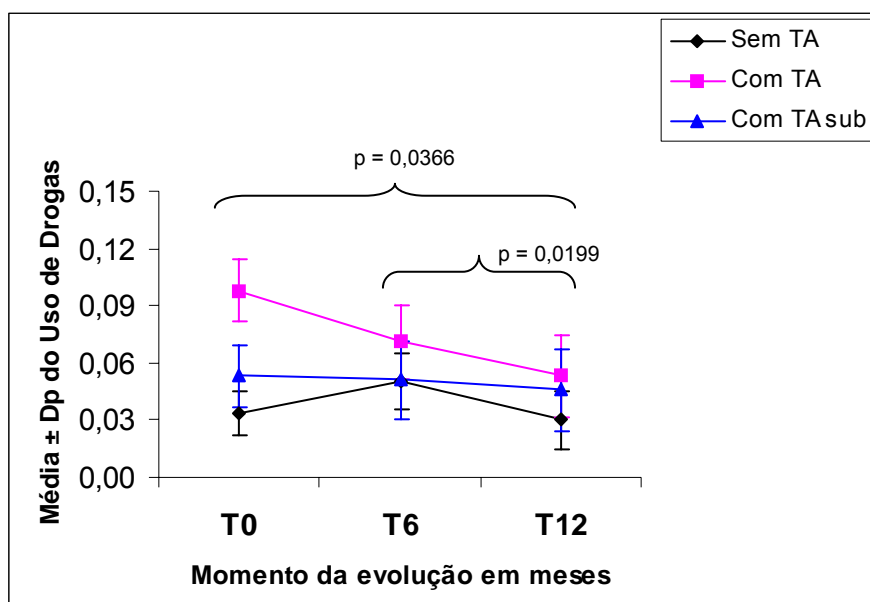
(1) Quatro pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T6.

(2) Duas pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T12.

(3) Seis pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T6.

(4) Uma paciente deste grupo não fez a ASI em T6.

Figura 17 – Evolução da área de uso de drogas em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.9.2.5. Situação legal:

Não foi possível fazer a análise estatística dos escores médios de situação legal, já que, conforme pode ser visto na Tabela 36, praticamente 90% dos dados são iguais a zero.

Tabela 36 – Média da área de situação legal na chegada ao tratamento (T0), em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar

TRANSTORNO ALIMENTAR	SITUAÇÃO LEGAL									p
	T0			T6			T12			
	n	Média	Dp	n	Média	Dp	n	Média	Dp	
Sem TA	36	0,053	0,146	⁽¹⁾ 26	0,015	0,054	⁽²⁾ 18	0,054	0,162	
Com TA	27	0,028	0,106	⁽³⁾ 16	0,009	0,037	⁽²⁾ 13	0,000	0,000	---
Subclínico	17	0,019	0,078	⁽⁴⁾ 13	0,000	0,000	⁽²⁾ 10	0,060	0,190	

(1) Quatro pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T6.

(2) Duas pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T12.

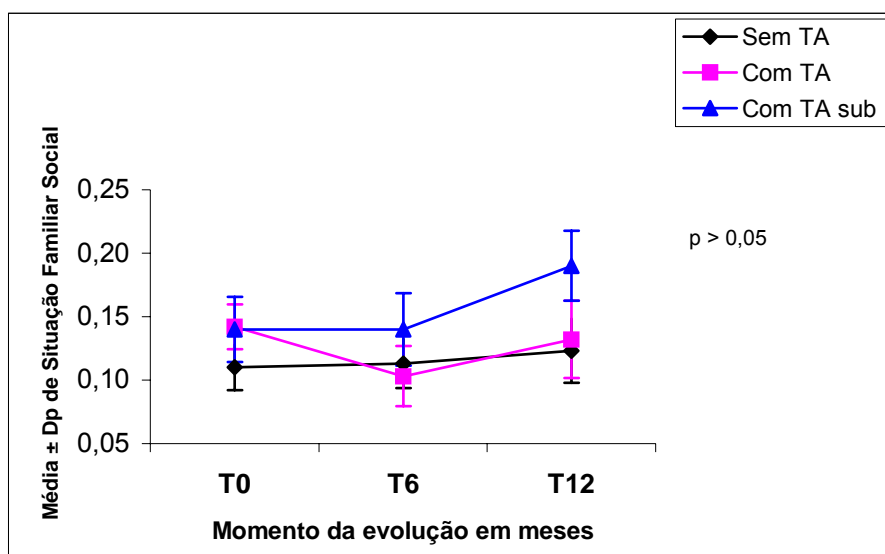
(3) Seis pacientes deste grupo não fizeram a ASI em T6.

(4) Uma paciente deste grupo não fez a ASI em T6.

5.9.2.6. Situação familiar e social:

Em relação à situação familiar e social não houve melhora significativa ao longo do tempo ($p = 0,1212$), nem diferenças entre os escores médios dos 3 grupos ($p = 0,4158$) (Figura 18).

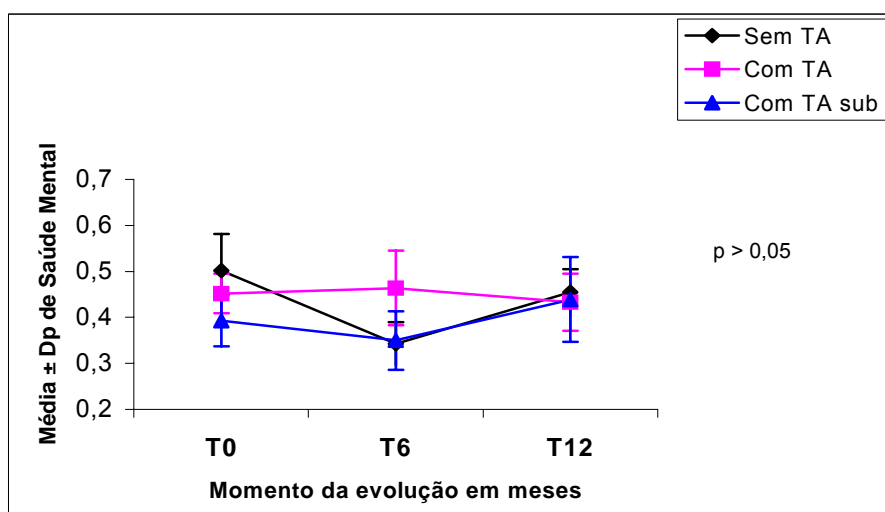
Figura 18 – Evolução da área de situação familiar e social em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



5.9.2.7. Saúde mental:

Em relação à saúde mental não houve melhora significativa ao longo do tempo ($p = 0,4029$), nem diferenças entre os escores médios dos 3 grupos ($p = 0,6941$) (Figura 19).

Figura 19 – Evolução da área de saúde mental em 6 (T6) e 12 (T12) meses de 80 pacientes dependentes separadas em 3 grupos de acordo com a presença de transtorno alimentar



6. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo brasileiro que investiga a prevalência e o impacto da comorbidade com transtornos alimentares, clínicos ou subclínicos, na evolução em tratamento de mulheres com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas em um programa específico para dependência química feminina.

De maneira sucinta, os resultados encontrados não demonstraram que a associação com transtornos alimentares influencia negativamente a evolução, uma vez que pacientes dependentes com e sem essa comorbidade apresentaram taxas de aderência e índices de melhora, de forma geral, bastante semelhantes entre si.

Antes de discutir mais detalhadamente esses resultados, contudo, algumas importantes limitações deste estudo merecem atenção. A principal delas diz respeito à natureza clínica desta pesquisa. El-Guebaly et al. (1999) argumentaram que, por um lado, este tipo de desenho, com sua amostragem de conveniência, ou seja, não randômica, limita a habilidade para inferir causalidades. Por outro, eles apontaram que as intervenções padronizadas, consideradas “padrão ouro”, ou seja, amostragem randômica e controlada, tratamentos simples, efeitos em curto prazo, resultados não ambíguos, entre outros, talvez não sejam ótimas para pacientes com comorbidade, que têm necessidades complexas e que requerem intervenções individualizadas. No sentido de otimizar a validade de avaliação, esses autores sugerem uma série de características para o desenho do estudo: diagnóstico psiquiátrico após um

período confiável de abstinência, uso de instrumentos padronizados, entrevistas de seguimento presenciais, equipe de avaliação independente da equipe clínica, ausência de critérios de exclusão após a entrada da paciente no tratamento e um ano de seguimento. Todas estas precauções foram adotadas na presente investigação.

É necessário ressaltar, contudo, que ainda assim é possível que algumas pacientes com quadros mais graves tenham sido excluídas (como por exemplo, as que não ficaram abstinentes por 15 dias consecutivos ou as que tiveram alta administrativa). No entanto, como essas exclusões somaram somente cerca de 6% dos sujeitos estudados, não parece que sua influência nos resultados tenha sido significativa.

Ainda em relação à amostra, embora o recrutamento das pacientes tenha durado cerca de 40 meses, questões institucionais, como a pouca disponibilidade de espaço físico (as instalações estavam em reforma) e a própria capacidade de atendimento do programa, limitaram o tamanho da amostra em 80 mulheres. Esse número de sujeitos pode ter diminuído o poder estatístico para detectar interações significativas. Pode-se objetar, também, que a subdivisão em 3 grupos acentuou ainda mais esse problema. Todavia, neste aspecto dois pontos devem ser considerados. O primeiro é que em um estudo preliminar, a comparação entre dois grupos – sem e com transtornos alimentares clínicos – não produziu, de forma geral, resultados significativamente diferentes dos verificados no presente trabalho (Brasiliano, Hochgraf, 2005b). Em segundo lugar é preciso ressaltar que vários autores têm sustentado a importância da avaliação de transtornos psiquiátricos subclínicos (Lewinsohn et al., 2004; Baigent, 2005). Com relação aos transtornos

alimentares, as síndromes alimentares parciais ou subclínicas estão associadas a significativas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, risco considerável de suicídio e índices elevados de prejuízo no funcionamento psicológico e social (Lewinsohn et al., 2000a). Além disso, os indivíduos com estas síndromes não parecem diferir daqueles com diagnóstico clínico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, mas apresentam características diversas daqueles sem estes transtornos (Lewinsohn et al., 2000a). Sob esta perspectiva e considerando que alguns trabalhos têm postulado que a associação entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares subclínicos pode ocorrer em altas taxas, optou-se nesta pesquisa por estudar também estes pacientes.

Outra questão metodológica que poderia limitar o valor dos resultados refere-se à propriedade de comparar-se grupos compostos por pacientes selecionados com base em critérios distintos: enquanto o grupo com transtorno alimentar foi formado a partir dos dados de uma entrevista clínica estruturada (SCID), o grupo subclínico originou-se das respostas de duas escalas que avaliam distúrbios do padrão e do comportamento alimentar (BITE e EAT). A princípio, deve-se ressaltar que tanto o BITE, como o EAT, mesmo não sendo escalas diagnósticas, têm boa validade discriminante, permitem a identificação de síndromes subclínicas e podem ser utilizados como instrumentos de avaliação de mudanças durante o tratamento (Cordas, Hochgraf, 1993; Garfinkel, Newman, 2001). Ainda que não se conheçam outros estudos com transtornos alimentares, pesquisas com diferentes patologias psiquiátricas, principalmente transtornos depressivos, têm usado metodologia similar, por exemplo, comparando pacientes com diagnóstico de depressão maior segundo

o DSM-IV com pacientes com sintomas depressivos obtidos pela Escala de Hamilton ou pela CED-S – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Lewinsohn et al., 2000b;2004).

Um último aspecto a ser mencionado refere-se ao uso da terminologia comorbidade. Grilo et al. (2002) alertaram que este conceito tem assumido três sentidos distintos, que costumam ser usados indiscriminadamente:

1. Co-ocorrência ao acaso de transtornos que são independentes;
2. Co-ocorrência de diferentes transtornos que compartilham uma etiologia comum;
3. Transtornos diferentes que têm uma relação causal entre si.

Para estes autores, só é possível falar em comorbidade quando as taxas de co-ocorrência dos diagnósticos forem estatisticamente diferentes das esperadas, dadas as taxas de ocorrência dos transtornos isoladamente. Tendo em vista o número limitado de pesquisas e que muitas delas questionam a real magnitude da prevalência dos transtornos alimentares em dependentes de substâncias psicoativas (von Ranson et al., 2002), Grilo et al. (2002), esses autores sugeriram que ao invés de comorbidade seja usado o termo associação. Deve-se frisar, contudo, que grande parte da literatura científica nesse tema ainda utiliza a terminologia comorbidade (Bulik et al., 2004; APA, 2005; CSAT, 2005).

Dentro do campo configurado a partir das limitações levantadas, os resultados desta pesquisa apontaram uma prevalência de transtornos alimentares de 33,75% nas pacientes com diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias, que é concordante com a encontrada em estudos anteriores (Beary et al., 1986; Goldbloom et al., 1992; Newman, Gold,

1992; 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 transtorno da compulsão alimentar periódica ou transtornos alimentares sem outra especificação.

Esse achado é pouco encontrado 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 5 em que os indivíduos investigados eram primariamente dependentes de substâncias psicoativas. 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 propõe que as patologias alimentares subclínicas e parciais são muito mais prevalentes que os transtornos alimentares formais em pacientes dependentes de álcool e drogas (Grilo et al., 1995b;2002; Sinha et al., 1996; CSAT, 2005). Mais especificamente, no presente estudo quando se retira da taxa total os casos de anorexia nervosa e bulimia nervosa e a esse resultado somam-se os transtornos subclínicos obtém-se uma taxa de 42,5% de pacientes com transtornos alimentares não formais, parciais ou subclínicos em comparação com 12,5% das pacientes com transtornos alimentares formais.

No que se refere à taxa de 22,2% de transtornos alimentares sem outra especificação ela é similar à encontrada no estudo de Specker et al. (2000), embora muito maior que o índice de 13,4% verificado por Grilo et al. (1995b) ou de 9% observado por Sinha et al. (1996). Uma possível explicação para esse resultado poderia estar relacionada à heterogeneidade das amostras estudadas: Grilo et al. (1995b) avaliaram pacientes internadas e Sinha et al. (1996) investigaram somente pacientes alcoolistas.

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 (APA, 2005). Neste sentido, cautela na pesquisa com esta categoria tem sido recomendada, já que os critérios podem ser inadequados e existe um grande risco de que eles sejam modificados (Mitchell, Mussell, 1995). Assim, quase inexitem estudos sobre este transtorno em pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Por outro lado, em estudos de comorbidade psiquiátrica em indivíduos com transtorno da compulsão alimentar periódica, Mitchell e Mussell (1995) observaram que as taxas de associação com os transtornos relacionados ao uso de substâncias variaram de 8 a 27%. Apesar de ressaltarem que estas taxas não sugeriam uma associação específica entre o uso de álcool e drogas e o transtorno da compulsão alimentar periódica, esses autores afirmaram que esta questão permanecia inconclusiva, já que os dados eram preliminares,

provenientes de amostras pequenas, muitas das quais excluía os pacientes dependentes de substâncias.

Mais recentemente, Bulik et al. (2002), em uma pesquisa com uma amostra populacional de 2163 mulheres gêmeas, relataram que nas obesas não bulímicas a compulsão alimentar esteve associada com um 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 investigação com 8045 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. Já Dohm et al. (2002), em um dos poucos estudos que avaliaram transtornos relacionados ao uso de substâncias em mulheres com transtorno da compulsão alimentar periódica, verificaram que das 162 mulheres com esse transtorno, 30,9% tinham história de abuso de álcool e 38,3% de abuso de outras drogas. Essas taxas contudo, não foram significativamente diferentes das encontradas nas mulheres com bulimia nervosa – subtipo purgativo (41,5% para abuso de álcool e 34% para outras drogas).

Com relação à taxa de 21,25% de patologias alimentares subclínicas, em um dos poucos trabalhos que investigou a associação entre transtornos psiquiátricos e síndromes psiquiátricas subclínicas, Lewinsohn et al. (2004) estudando 1704 adolescentes verificaram que a dependência de álcool esteve significativamente associada à síndrome alimentar subclínica e esteve presente

em 17,4% dos casos. É importante considerar, ainda, que muitas pesquisas com pacientes dependentes de álcool e drogas relataram altas taxas de atitudes disfuncionais relativas ao peso e à forma do corpo (Sinha et al., 1996; Grilo et al., 2002; Reichborn-Kjennerud et al., 2004).

A primeira hipótese levantada, ou seja, de que as pacientes com transtornos alimentares usavam mais drogas que não o álcool, principalmente anfetaminas, que as pacientes sem estes transtornos, não foi corroborada pelos resultados deste estudo. Embora 25% das pacientes sem transtorno alimentar usassem drogas comparativamente a cerca de 50% das pacientes dos grupos com transtornos alimentares e subclínico, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Se, por um lado, é lícito imaginar que o tamanho da amostra tenha influenciado o resultado, já que pode ter diminuído o poder estatístico das comparações, por outro, a ausência de diferenças significativas entre os grupos foi semelhante à obtida por Specker et al. (2000).

O índice total de uso de anfetaminas foi concordante com os dados de estudos anteriores (Wiseman et al., 1999; Specker et al., 2000). Neste caso também os grupos não diferiram significativamente entre si, ainda que se tenha podido observar um contínuo: a taxa mais baixa foi verificada no grupo sem transtornos alimentares (11,1%), seguida por cerca de 15% do grupo subclínico e por aproximadamente um terço das pacientes do grupo com transtorno alimentar.

Nappo et al. (2002) relacionaram a ampla aceitação desse medicamento como anorexígeno à cultura da magreza e à pressão social exercida sobre as mulheres para que se adequem 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 anfetaminas como agente redutor do peso é muito disseminado, chegando a ser até 3 vezes maior que em outros países (Nappo, 1996), seria esperado que elas consumissem mais anfetaminas e que, portanto, procurassem mais tratamento. Neste sentido, uma suposição plausível 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 ele é prescrito pelo médico e, freqüentemente, elaborado “individualmente” nas chamadas fórmulas (Nappo, Tabach, 1999; Nappo et al., 2002). Outro motivo poderia estar vinculado ao desconhecimento da população sobre o potencial de abuso da anfetamina. Nappo et al. (1998) apontaram que provavelmente muitos médicos não alertam suas pacientes sobre os efeitos adversos dessa substância. Esses dados aliados ao fato de que a anfetamina é comprada legalmente 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 transtornos alimentares.

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

Quanto aos dados demográficos foram observadas diferenças na idade de chegada ao tratamento. Essas diferenças estiveram correlacionadas, tanto com

a substância utilizada, quanto com a presença de associação com transtornos alimentares. O achado de que o grupo de dependentes de drogas com transtorno alimentar tinha idade significativamente menor que o grupo de alcoolistas sem transtorno alimentar e com transtorno alimentar subclínico é consistente com várias pesquisas (Hudson et al., 1992; Specker et al., 2000). Por um lado, esse resultado parece apoiar a hipótese de que haveria um acúmulo de problemas nestas pacientes, que precipitaria a busca mais precoce de tratamento (Lacey, Moureli, 1986; Suzuki et al., 1993; Specker et al., 2000). Por outro, alguns autores têm sugerido que os efeitos inibidores do apetite dos estimulantes (especialmente 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 (Hudson et al., 1992; Cochrane et al., 1998).

Parece estar correlacionado também ao tipo de substância utilizada, o resultado de que as pacientes alcoolistas sem transtornos alimentares eram significativamente mais velhas que as pacientes dependentes de drogas com transtornos alimentares clínicos. 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 10 anos para as drogas, uma explicação possível seria que as

mulheres desenvolveriam mais rapidamente dependência à cocaína e à maconha que ao álcool (Zilberman, 1998; Grella, Joshi, 1999).

O maior comprometimento do grupo com transtornos alimentares clínicos foi confirmado também pelas medidas de severidade da ESA e da ASI. Esse grupo apresentou os piores índices de consumo alcoólico, tanto na entrada, como no seguimento do tratamento. O mesmo ocorreu para o consumo de drogas, onde, em todos os momentos da avaliação, houve uma tendência para maior severidade entre as pacientes com transtornos alimentares clínicos.

Tomados em conjunto esses dados corroboraram, ao menos parcialmente, a segunda hipótese levantada do presente trabalho, ou seja, de que as mulheres com transtornos alimentares clínicos teriam um quadro mais grave.

Diferença estatisticamente significativa também foi observada na chegada ao tratamento na variável demográfica de situação ocupacional: o grupo com transtorno alimentar subclínico tinha uma taxa de desemprego maior que os outros dois grupos. Uma tendência a ter um índice pior de emprego nesse grupo foi verificada também pela medida da ASI em 6 e 12 meses de avaliação. Esse resultado não é simples de explicar. A princípio, como o grupo subclínico tinha as taxas mais elevadas de aposentadas e donas de casa pode ser que os escores da ASI tenham sido mais baixos, devido à avaliação depender de duas questões, sobre o número de dias trabalhados e pagos e sobre a remuneração advinda do emprego, que se aplicam muito pouco às mulheres nestas situações (McGahan et al., 1986). Em sua revisão crítica da ASI, Mäkelä (2004) apontou o quanto para alguns índices, questões que não são relevantes para importantes grupos de pacientes tem um grande impacto no escore final e prejudicam a avaliação.

Quanto à elevada taxa de desemprego uma sugestão seria pensar na complexidade do quadro apresentado por estas pacientes: mulheres mais velhas (as alcoolistas tinham em média 48 anos de idade), com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, agravados pela presença de uma patologia alimentar subclínica. Sabe-se que as mulheres têm piores índices de emprego que os homens e as mais velhas taxas piores que as mais jovens (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2000). Essa situação provavelmente foi exacerbada não somente pela dependência, mas principalmente pelo transtorno alimentar, que sendo subclínico talvez tenha sido de mais difícil identificação e encaminhamento por parte da paciente. Todos estes elementos podem ter contribuído para um maior comprometimento da situação geral e social das mulheres deste grupo. O achado de que elas, em especial as alcoolistas, eram as que chegavam ao tratamento mais tarde poderia apoiar, ao menos em parte, essa suposição, que de qualquer forma precisa ser aprofundada em estudos posteriores.

De forma semelhante a outros trabalhos não foram verificadas diferenças entre os três grupos nas outras variáveis demográficas estudadas (Grilo et al., 1995a,b). Contudo, é interessante considerar alguns desses resultados. Um deles foi a alta taxa de homossexualidade encontrada nesta amostra, quando comparada às estimativas para a população geral (cerca de 11% de homo e bissexuais em relação à aproximadamente 2 a 4%, respectivamente) (Burgard et al., 2005), o que poderia reforçar as 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, atraíam e reteriam mulheres mais graves e com mais dificuldades, tais como as vítimas de abuso e as homossexuais (Swift et al., 1996; Swift, Copeland, 1998; Ashley et al., 2003; UNODC, 2004).

Outro achado que chama a atenção foi a alta taxa de escolaridade das pacientes em todos os grupos. Considerando-se que no Brasil somente cerca de 25% das mulheres da população geral têm mais de 15 anos de educação formal (IBGE, 2000) e que o PROMUD desenvolve-se em um hospital público universitário gratuito, o fato de que cerca de 70% das mulheres possuíam ensino médio ou superior é surpreendente. Embora trabalhos realizados nos Estados Unidos e no Japão tenham verificado nível de escolaridade semelhante para mulheres dependentes de álcool e drogas em tratamento (Suzuki et al., 1993; Nishimoto, 1998; Grella; Joshi, 1999; Hser et al., 2003), pesquisas conduzidas no Brasil apontaram que a escolaridade média das mulheres era bem menor. Em uma investigação sobre fatores associados ao uso de substâncias psicoativas com 140 mulheres, Tucci (2003) observou que alcoolistas e dependentes de drogas tinham em média de 6,8 a 8,4 anos de estudo formal. Outra pesquisa, comparando características demográficas e clínicas de mulheres dependentes, obteve resultado semelhante. Embora a escolaridade tenha sido maior, somente 30,9% das alcoolistas e 53,5% das dependentes de drogas tinham 11 anos ou mais de estudo formal (Zilberman et al., 2001). Nesse sentido, uma probabilidade para o resultado do presente estudo estaria relacionada ao custo do tipo de tratamento oferecido pelo PROMUD: múltiplas abordagens em um programa integrado atuando com uma equipe multidisciplinar. Como no Brasil, os seguros de saúde não têm cobertura para dependência de substâncias psicoativas, esse tratamento seria

muito caro para ser realizado em âmbito particular. Um dado que poderia apoiar essa hipótese seria a situação ocupacional das pacientes. Embora 51,2% da amostra estivessem empregadas, uma proporção considerável das pacientes tinha ocupação não compatível com seu nível educacional. Além disso, 48,8% das mulheres ou tinham rendimento muito baixo, por serem aposentadas, ou não tinham rendimento próprio, por estarem desempregadas ou serem donas de casa.

Tal como no estudo de Specker et al. (2000) não houve diferenças significativas entre os três grupos em relação à história de tratamentos prévios. Similarmente aos achados de Nishimoto (1998) e de Zilberman et al. (2001) cerca de 48% da amostra tinha tido ao menos uma experiência anterior de tratamento.

Mais da metade da amostra (55%), sem diferença entre os grupos, já havia tentado suicídio, antes do tratamento no PROMUD. Esse dado é consistente com o obtido por Silveira e Jorge (2004) com uma população semelhante e esta de acordo com a literatura sobre a grande vulnerabilidade das mulheres dependentes de álcool e drogas para o comportamento suicida (Stein, Cyr, 1997; Wilcox et al., 2004). Para o grupo com transtornos alimentares, embora não haja consenso, há uma tendência para associar o risco maior de suicídio às várias manifestações da impulsividade, que seriam características do subgrupo de pacientes com associação entre transtorno alimentar e abuso de substâncias (Suzuki et al., 1994; Bulik et al., 1997; Lilienfeld et al., 1997; Moeller, Dougherty, 2002; Stein et al., 2004; Duncan et al., 2005).

A taxa de abuso sexual da amostra foi de 26.3%. Embora seja digno de nota que as pacientes do grupo com transtorno alimentar relataram mais experiências de abuso sexual que as do grupo sem transtorno alimentar e subclínico (30,7%, 21,2% e 17,6% respectivamente), essa diferença não alcançou significância estatística. Essa similaridade entre os três grupos é consoante com as recentes conclusões de extensos estudos, que apontaram o abuso sexual infantil com um fator de risco não específico associado a maior probabilidade de desenvolvimento posterior de transtornos psiquiátricos de forma geral (Kendler et al., 2000; Bulik et al., 2001). Quanto às taxas, a porcentagem de 21,2% de abuso sexual no grupo sem transtorno alimentar esta muito abaixo das relatadas na literatura para abuso de substâncias, que variam de 30 a 74% na maioria das pesquisas (Jarvis et al., 1998; Tucci, 2003). Já para o grupo com transtorno alimentar o índice de 30.7% esta acima do relatado por Smolak e Murnen (2002) (26.43%) em um estudo de revisão e meta-análise sobre a relação entre abuso sexual infantil e transtornos alimentares. Tanto para o grupo com transtornos alimentares, como para o grupo sem este transtorno, essas diferenças poderiam ser explicadas por questões metodológicas, relacionadas à diversidade tanto das populações estudadas, como dos instrumentos utilizados para a coleta de dados (Tucci, 2003). Além disso, no que se refere ao grupo com transtorno alimentar, 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 a comorbidade foi a presença de um indício de diferença para transtorno bipolar, que seria significativamente maior

no grupo com transtorno alimentar (11,1% = 3 pacientes) que no grupo sem transtorno alimentar e subclínico (nenhum paciente). Ainda que 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. McElroy et al. (2004) em um estudo de revisão sobre comorbidade entre transtorno bipolar e transtornos alimentares apontaram que essa associação muitas vezes apresentou-se com impulsividade e instabilidade afetiva patológica. Ademais, relataram que os transtornos bipolares freqüentemente coexistiram com transtornos alimentares formais ou parciais caracterizados por compulsão alimentar. Por outro lado, Swann et al. (2004) estudando em laboratório a impulsividade em sujeitos com e sem transtorno bipolar associado ou não ao abuso de substâncias encontraram que, quando considerada como traço, a impulsividade aumentava de forma cumulativa quando os dois transtornos apresentavam-se conjuntamente.

Estas suposições sobre a impulsividade são consoantes com a 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 psicoativas. Em 1986, Lacey e Moureli observaram que as alcoolistas com bulimia nervosa poderiam formar um subgrupo, que teria problemas multi-impulsivos e onde a falta de controle seria a característica central. Desde essa época, vários autores têm explorado essa possibilidade, que até o momento não foi rejeitada pela pesquisa disponível. Duncan et al. (2005) demonstraram que existem dois subtipos 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. Este último subtipo seria um subgrupo impulsivo de bulímicas.

Alguns estudos apontaram que a impulsividade deste subtipo seria uma manifestação de um transtorno de personalidade caracterizado por instabilidade afetiva e desinibição (Suzuki et al., 1993; Nagata et al., 2002). Resultados de pesquisas com comorbidade realmente indicaram frequências significativamente superiores de transtornos de personalidade do tipo Cluster B e do tipo borderline em pacientes com transtornos alimentares associados à dependência de substâncias psicoativas (Grilo et al., 1995a;1996; Bulik et al., 2004). É necessário ressaltar, no entanto, que esses achados não são consensuais (Kozyk et al., 1998) e que em muitos casos podem ser somente consequência de um artifício do sistema diagnóstico, já que os critérios para personalidade borderline incluem itens que se sobrepõem à sintomatologia do uso de substâncias psicoativas (Wolfe, Maisto, 2000).

Ainda que sujeito a outras pesquisas, um dado adicional que poderia reforçar essa hipótese seria a presença relativamente maior de pacientes com cleptomania e com jogo patológico nos grupos com transtornos alimentares, clínicos e subclínicos (em relação ao grupo sem transtornos alimentares, embora não significativa, 2 vezes maior para cleptomania e 4 vezes mais para jogo patológico). De qualquer forma, tal como ocorre com o transtorno bipolar, a tendência a apresentar 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 todos 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 que alguns estudos sugeriram que as fobias têm um impacto positivo na resposta ao tratamento para substâncias psicoativas, especialmente em mulheres (Compton et al., 2003; The ESEMED/MHEDEA 2000 investigators, 2004).

A ausência de diferenças entre grupos para os transtornos ansiosos, do humor e psicóticos, embora refute a terceira hipótese levantada por este estudo, é consistente com trabalhos anteriores (Grilo et al., 1995a; Nagata et al., 2002). Contudo, é relevante pontuar que em outras pesquisas foram encontradas prevalências maiores no grupo TA para depressão maior (Suzuki et al., 1993; Bulik et al., 2004), fobia social (Lilenfeld et al., 1997; Bulik et al., 2004) e fobia específica (Bulik et al., 1997;2004). A explicação para essa variabilidade parece estar relacionada às diferenças das amostras estudadas, já que três delas eram compostas somente por mulheres alcoolistas (Suzuki et al., 1993; Bulik et al., 1997;2004) e duas somente por pacientes com bulimia nervosa (Bulik et al., 1997; Lilenfeld et al., 1997).

É importante ressaltar, ainda, que as altas taxas para transtornos ansiosos e depressivos encontradas neste estudo estão de acordo com as verificadas na literatura para mulheres dependentes de álcool e drogas (Kessler et al., 1997; Marsden et al., 2000; Brienza, Stein, 2002; Tucci, 2003).

No que se refere à evolução da patologia alimentar há duas variáveis a serem consideradas – a imagem corporal e o padrão e comportamento alimentar – nas quais os grupos com transtornos alimentares, clínicos e subclínicos,

apresentaram respostas diferentes. Para o primeiro grupo houve evolução em 12 meses no grau de distorção da imagem corporal, que passou de grave para moderado, mas não foi observada mudança para o padrão e comportamento alimentar. Já para o grupo subclínico não houve melhora na imagem corporal (embora tenha havido uma pequena variação no grau de distorção grave, que passou a ser apresentado por cerca de 11% das pacientes em comparação a 33,3% na chegada do tratamento), mas se verificou uma mudança significativa no comportamento alimentar.

A princípio é importante notar que em programas para transtornos alimentares, mudanças significativas nos índices do EAT e os do BITE só são relatadas em 6 meses de seguimento, sendo que no BITE somente para um terço das pacientes neste tempo (Alvarenga, 2001). Como se conhece pouco sobre o padrão dos transtornos alimentares em pacientes dependentes de substâncias psicoativas e não há dados suficientes para afirmar qual é o efeito de um transtorno no tratamento do outro (Sinha, O'Malley, 2000), pode ser que para essas pacientes a evolução seja ainda mais lenta. Um dos fatores que pode prejudicar a evolução é o próprio uso de substâncias psicoativas. Por um lado, alguns estudos indicaram que o álcool e outras drogas, como por exemplo a maconha, podem desinibir o apetite e aumentar o risco de compulsões alimentares, bem como de recaídas em pacientes com bulimia nervosa (CSAT, 2005). Por outro, após a abstinência de álcool e opióides também foi observada a re-emergência de compulsões alimentares (CSAT, 2005). Tomados em conjunto esses dados parecem indicar uma interferência do uso de substâncias, seja na vigência, seja na cessação, nos sintomas alimentares. Essa interferência poderia implicar em uma evolução diferente e, provavelmente, em uma maior gravidade

nesses sintomas quando apresentados por mulheres dependentes, comparativamente às mulheres somente com transtornos alimentares. Neste sentido, o resultado de que somente cerca de 34% das pacientes com transtorno subclínico tenha evoluído no comportamento e padrão alimentar em 12 meses poderia apoiar esta hipótese.

Outra suposição possível refere-se à abordagem oferecida para as pacientes. Ainda que algumas intervenções tenham sido descritas, não foram conduzidos estudos controlados, que permitam determinar qual seria a estratégia de intervenção adequada para a associação entre dependência e transtornos alimentares (Sinha, O'Malley, 2000; CSAT, 2005). Assim, apesar do PROMUD ter implementado um programa integrado para o tratamento de problemas com o abuso de substâncias e com o comportamento alimentar, o treinamento e as estratégias desenvolvidas para o último foram baseadas nas utilizadas nos programas para pacientes que têm somente um transtorno alimentar. Para que melhores resultados sejam obtidos é provável que seja necessário aperfeiçoá-las ou mesmo modificá-las.

Com relação à imagem corporal, os dados observados para o grupo subclínico são compatíveis com outros estudos. Alvarenga (2001) aponta que para muitas pacientes, mesmo quando há remissão dos sintomas (mudança nos índices do BITE e do EAT) podem persistir flutuações no peso e insatisfação com o corpo. Além disso, pode ser que a abordagem utilizada tenha sido pouco efetiva para esse grupo de pacientes. Em uma revisão recente, Jarry e Berardi (2004) sublinharam que populações diferentes podem requerer intervenções diversas para melhorar sua imagem corporal. Para ser maximamente efetivas essas intervenções deveriam ser ajustadas para as necessidades específicas das

pacientes às quais se dirigem. Como o conhecimento das características do grupo com transtornos alimentares subclínicos é limitado, este certamente é um aspecto a ser aprofundado em investigações futuras.

No caso do grupo de transtorno alimentar clínico, houve uma melhora na imagem corporal, embora somente de grau, já que nenhuma das pacientes estava sem distorção após 12 meses. Esse resultado parece ser consoante com as hipóteses levantadas de interferências de outros fatores (como por exemplo, a suspensão no uso de drogas que se imaginava inibiam o apetite), que tenham dificultado a evolução. Outra possibilidade seria a de que a abordagem realizada no PROMUD tenha propiciado através da conscientização, uma alteração no investimento que as pacientes faziam na aparência. Essa alteração pode ter tido efeito no componente afetivo da imagem corporal, que se refletiu na mudança de grau observada (Jarry, Berardi, 2004).

Um resultado inesperado foi a manifestação de sintomas de patologia alimentar na evolução em um ano do grupo de pacientes sem transtorno alimentar. Há inúmeras formas de interpretar esse resultado. No entanto, todas elas podem ser consideradas especulativas, pois se baseiam mais em hipóteses que em dados empíricos, em última instância, referidos à natureza, ainda desconhecida, da relação entre transtornos alimentares e dependência de substâncias psicoativas.

Pesquisas com adolescentes observaram uma correlação positiva entre distúrbios alimentares e uso de álcool e drogas (Sinha, O'Malley, 2000; Field et al., 2002; Stice et al., 2004; Krahn et al., 2005). Contudo, como existem poucos estudos sobre a seqüência de aparecimento desses comportamentos,

permanece pouco claro quando a ocorrência de um pode constituir-se como fator de risco para a ocorrência do outro (Sinha, O'Malley, 2000).

Field et al. (2002) investigando prospectivamente 11.358 jovens de 10 a 15 anos de idade verificaram que, entre as meninas, preocupações exageradas com o peso aumentavam em quase 2 vezes o risco de ocorrência de episódios de intoxicação. Por outro lado, uma história de intoxicações esteve associada com um risco cerca de 3 vezes maior de uso de métodos purgativos para controle do peso. Os autores sugeriram que essas associações poderiam estar relacionadas à auto-avaliação desfavorável, que levaria a uma necessidade maior de aceitação pelo grupo e, portanto, a um maior engajamento em comportamentos pouco saudáveis.

Sob esta perspectiva uma suposição possível para o resultado do presente estudo seria que a baixa auto-estima, característica de mulheres dependentes, mobilizaria as pacientes, quando abstinentes a desenvolverem comportamentos de dieta ou bulímicos. Neste sentido, é interessante notar que, embora a manifestação de problemas alimentares não tenha sido acompanhada de diferenças significativas na imagem corporal, quase 40% das pacientes do grupo sem transtornos alimentares tinham em 12 meses algum grau de distorção. Quando se compara esse dado ao perfil da população de mulheres no Brasil, observa-se que ele é quase 2 vezes maior que o esperado. Além disso, 5,5% das pacientes apresentavam distorção grave da imagem corporal comparativamente a nenhuma na população geral (Di Prieto, 2001).

Resultado diferente de Field et al. (2002) foi obtido por Stice et al. (2004) que não encontraram evidências para apoiar a relação de risco entre sintomas bulímicos e o uso de substâncias psicoativas, em 496 garotas de 11 a 15 anos

estudadas prospectivamente. Para esses autores a comorbidade entre transtornos alimentares e dependência de substâncias psicoativas poderia originar-se mais de fatores de risco compartilhados, que pela possibilidade de um transtorno aumentar o risco de aparecimento do outro.

Como já foi dito anteriormente, a impulsividade, quer seja como vulnerabilidade, que seja como característica de personalidade tem sido sugerida como sendo esse fator (Corcos et al., 2001; Nagata et al., 2002). Essa hipótese poderia auxiliar a compreender a observação freqüente de alternância entre uso de substâncias e comportamentos alimentares patológicos (Hudson et al., 1992; CSAT, 2005).

Com referência à evolução no tratamento, a ausência de diferenças significativas entre os 3 grupos nas taxas de permanência é um importante indicador de sucesso terapêutico. Em princípio, essa suposição apóia-se na literatura sobre dependência de substâncias, onde já é quase consensual que a aderência é o melhor preditor da efetividade do tratamento (Simpson et al., 1997;1999; Mertens, Weisner, 2000). Em um trabalho recente, Greenfeld et al. (2004) analisando três grandes estudos nacionais referiram que as mulheres que permaneceram 6 meses ou mais no tratamento obtiveram taxas de abstinência que variavam de 68 a 71%. Em segundo lugar, uma questão chave em programas terapêuticos para dependentes de substâncias psicoativas com transtornos psiquiátricos associados é atrair e reter os pacientes (Brown et al., 2002; APA, 2005). Em relação às mulheres a maioria dos serviços é misto quanto o sexo e há poucas descrições de abordagens específicas para pacientes com comorbidade. Contudo, alguns trabalhos relataram que essas abordagens aumentaram de 2 a 3 vezes o engajamento e a permanência

dessas pacientes (CSAT, 2005). Como dados do CSAT (2005) indicaram que taxas de aderência em programas ambulatoriais superiores a 3 meses têm maior probabilidade de garantir um bom resultado terapêutico, pode-se pensar que os resultados obtidos na presente pesquisa encaminham-se nesta direção. A melhora no funcionamento global dos 3 grupos de pacientes em 12 meses é um indicador que corrobora esta afirmação.

Houve diferenças importantes na evolução medida pela ESA e pela ASI para os 3 grupos tomados como um conjunto. Enquanto na ESA, as pacientes, independentemente da comorbidade com transtornos alimentares, apresentaram melhoras em todos os indicadores (com exceção de família para o grupo subclínico, que manteve as mesmas notas que na chegada ao tratamento), na ASI somente as áreas de uso de álcool e uso de drogas mostraram evolução. Para saúde física, saúde mental, emprego e sustento e situação familiar e social não houve mudanças em 12 meses de tratamento.

Várias hipóteses podem ser levantadas na tentativa de explicar essa discrepância. Contudo, antes de tecer outras considerações é preciso notar que, embora a ESA e a ASI sejam escalas apropriadas para medir a evolução em tratamento, suas medidas não necessariamente estão correlacionadas. Mesmo considerando que, tal como na ESA, na ASI os escores compostos são calculados a partir de itens relativos aos últimos 30 dias, diferentemente da primeira escala, questões subjetivas sobre o incômodo do indivíduo e sua avaliação da necessidade de tratamento têm peso importante na quantificação de quase todas as áreas da ASI. Como diz Mäkelä "... é não somente possível, como provável que medidas de mudanças objetivas e itens medindo

necessidades subjetivas sentidas, ou melhor relatadas, de tratamento posterior não se correlacionem”¹.

Outro aspecto é que não foi feita nenhuma adaptação para a realidade brasileira da versão da ASI utilizada no presente estudo. Isso traz problemas específicos (Mäkelä, 2004), como parece ter sido o caso da escala de situação legal, onde se verificou que a maior parte dos itens era muito pouco apropriada para a nossa cultura (por exemplo, número de autuações por dirigir embriagado). Assim, não surpreendeu que o escore desta área tenha sido praticamente igual a zero.

Além disso, há duas outras questões de adequação que merecem ser pontuadas. A primeira diz respeito à pertinência da ASI para pacientes com comorbidade. Embora não consensual, o uso dos escores compostos para esta população específica tem sido questionado (Curie et al., 2004). A outra questão refere-se ao poder da ASI como instrumento de mensuração de mudanças no tratamento. Enquanto alguns autores demonstraram que, pelo menos, 5 escores compostos têm boa validade preditiva (Bovasso et al., 2001), outros apontaram que eles são uma medida particularmente inadequada de respostas terapêuticas (Mäkelä, 2004). Tendo em vista que a ESA já foi utilizada com essa finalidade e com bons resultados em outros trabalhos (Andrade, 1991; Hochgraf, 1995; Castel, 1997), os problemas de predição da ASI poderiam ser uma outra possibilidade de explicação para as diferenças de resultados entre as duas escalas observadas nesta pesquisa.

¹ Mäkelä K. Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*. 2004;99:398-410.

Algumas outras considerações sobre as diferentes áreas merecem ser feitas. Com relação à saúde física, por um lado, pode ser que a ausência de evolução seja devida à baixa capacidade preditiva do seu escore composto (Bovasso et al., 2001). Por outro, é possível pensar que, especialmente para o grupo com transtornos alimentares, as altas taxas de problemas clínicos associados tenha influenciado nos resultados (Sinha, O'Malley, 2000).

Já para a escala de saúde mental há dois aspectos a serem analisados. O primeiro refere-se à presença de transtornos ansiosos e depressivos em mais da metade da amostra. Como o cálculo do escore composto dessa área envolve 6 questões correlacionadas a estes distúrbios (por exemplo, sentir depressão, ansiedade ou tensão, estar tomando medicação psiquiátrica, entre outros) (McGahan et al., 1986) é possível que as pacientes com transtornos depressivos ou ansiosos, mesmo que em tratamento, tenham tido notas altas neste quesito. O outro aspecto é mais específico para o grupo com transtorno alimentar. Para este grupo pode ser que esta escala não tenha mostrado melhora, porque realmente não houve evolução na patologia alimentar. O achado de que os resultados do BITE e do EAT mantiveram-se os mesmos em 12 meses é um dado para apoiar esta hipótese.

Para a área de emprego e sustento (ocupação) provavelmente as diferenças entre a ASI e a ESA deveram-se às formas de mensuração destes aspectos nas duas escalas. Na ESA, a medida é pela situação ocupacional da paciente (ou pela fonte de renda, no caso da ESA-Drogas), em um contínuo que vai da perda de emprego ao trabalho estável (em um contínuo que vai do rendimento obtido em atividades ilícitas ao trabalho regular, no caso da ESA-Drogas) (Andrade, 1991; Hochgraf, 1995; Castel, 1997). Já na ASI, o escore composto é calculado a

partir da remuneração, pressupondo o trabalho em tempo integral como a situação ideal (Mäkelä, 2004). Se a remuneração prejudica a nota das donas de casa, por exemplo, o requisito de tempo pode ter diminuído o escore das pacientes que trabalhavam autonomamente ou não eram registradas. Além disso, entram no cálculo duas outras questões que se referem a ter carro e carteira de motorista (McGahan et al., 1986), que não são exigências universalmente válidas para garantir um emprego, já que em muitos países, inclusive o Brasil, elas não se aplicam (Mäkelä, 2004).

Para a área de família e situação social há que se considerar que o valor preditivo do escore composto desta área é desconhecido (Bovasso et al., 2001). Além disso, a ESA e a ASI medem aspectos diferentes desta situação: enquanto na primeira pontua-se a situação da paciente (onde, com quem e em que condições o indivíduo mora), na ASI verificam-se basicamente os conflitos com companheiro, familiares e amigos (Mäkelä, 2004).

Na área de família um dado que chamou a atenção foi a ausência de evolução do grupo subclínico na ESA. Este é um outro resultado difícil de explicar, pois não existem trabalhos sobre esta questão para que comparações sejam efetuadas. Uma possibilidade seria que a melhora do uso de álcool e drogas tenha favorecido a conscientização dos sintomas alimentares e que esta tenha prejudicado a evolução da situação familiar que parecia existir até o sexto mês. Um dado que permite levantar esta hipótese é a evolução do indicador família no grupo com transtorno alimentar. Diferentemente do que ocorreu nos outros indicadores, na família a melhora demorou mais para ocorrer e só se deu a partir do sexto mês. Como esse grupo tinha transtornos alimentares clínicos pode-se supor que a conscientização desta problemática tenha impactado antes

as relações familiares (no sexto mês este grupo teve a pior nota neste indicador), o que não impediu a evolução, mas tornou-a mais lenta.

Todos os grupos de pacientes tiveram melhoras pelas duas escalas no uso de álcool e drogas. Este resultado é consoante com o de outros estudos que já haviam demonstrado que, quando se previne o abandono inicial, característico de muitas mulheres com comorbidade, as pacientes que permanecem no tratamento mostram evolução que não é significativamente diferente das pacientes sem comorbidade (Brown et al., 2002).

A melhora no uso de álcool deu-se inicialmente (nos primeiros 6 meses) e se manteve em um ano. Trabalhos anteriores com alcoolistas já haviam observado que a evolução para essas pacientes dá-se principalmente no primeiro segmento e tende a estabilizar-se após este tempo (Duckert et al., 1992; Jarvis, 1992; Hochgraf, 1995).

Já para o uso de drogas houve diferenças na ESA e na ASI: enquanto na primeira escala manteve-se o padrão (melhora inicial mantida em um ano), na ASI a melhora para os 3 grupos demorou mais a ocorrer, só acontecendo a partir do sexto mês. Essa diferença provavelmente deveu-se à forma de mensuração das duas escalas.

Com relação ao funcionamento global os 3 grupos de pacientes também apresentaram melhoras. Contudo, houve uma importante diferença de tempo: enquanto nos grupos sem transtornos alimentares e subclínico a melhora deu-se inicialmente e se manteve estável até um ano, no grupo com transtornos alimentares a evolução demorou mais a ocorrer e só ocorreu a partir do sexto mês. A verificação da influência do tipo de substância utilizada neste processo demonstrou que essa lentificação só aconteceu para as pacientes dependentes

de drogas, já que as alcoolistas repetiram o padrão de melhora inicial e estabilidade. Para as últimas, pode-se pensar, inclusive, que suas baixas notas no indicador de consumo alcoólico tenham sido diluídas pela boa evolução nos outros indicadores, tendo em vista que não foram verificadas diferenças significativas entre os três grupos na nota de funcionamento global.

Já para as dependentes de drogas com transtornos alimentares parece que a demora foi resultado do acúmulo de problemas, já levantados, que exigiram mais tempo para serem solucionados. O dado sobre a evolução da problemática familiar parece apoiar esta suposição.

Resumindo, os achados do presente estudo corroboraram a hipótese levantada inicialmente e os resultados de outros estudos de que mulheres dependentes de substâncias psicoativas com transtornos alimentares têm um quadro mais grave de que as sem este transtorno (Sinha et al., 1996; Mitchell et al., 1997; Cochrane et al., 1998; Vastag, 2001; Grilo et al., 2002; APA, 2005). Entretanto, os resultados também apontaram que, diferentemente das suposições de muitos autores (Lacey, 1983; Sinha, O'Malley, 2000), apesar da gravidade, a comorbidade com transtornos alimentares não têm impacto significativo na resposta de tratamento para abuso de substâncias.

Apesar de que este trabalho encaminhe-se no sentido de confirmar as sugestões de muitos autores apontando os bons resultados de tratamentos integrados, não há dados suficientes para demonstrar qual tratamento, em qual circunstância seria o mais eficaz para mulheres dependentes de álcool e drogas com comorbidade (Sinha, O'Malley, 2000; Grilo et al., 2002; Brunette et al., 2004; Drake et al., 2004; APA, 2005; CSAT, 2005). Há somente uma evidência limitada de que serviços específicos para elas melhoraram o prognóstico do abuso de

substâncias e do funcionamento psicossocial (Chander, McCaul, 2003; CSAT, 2005). Quanto aos transtornos associados, inclusive os alimentares, a não ser no que se refere ao transtorno do estresse pós-traumático, para o qual já existem algumas diretrizes terapêuticas descritas, esse campo ainda é pouco explorado.

Apesar destas limitações, a abordagem terapêutica realizada no PROMUD incorporou alguns elementos que têm sido considerados como fundamentais no tratamento, tanto da mulher, como de pacientes dependentes com comorbidade. O programa é integrado, ou seja, a paciente é tratada no mesmo lugar, com a mesma equipe e com intervenções planejadas para toda a sua problemática (El-Guebaly et al., 1999; CSAT, 2005).

O programa tem longa duração (Brunette et al., 2004). Brown et al. (2002) apontaram que abordagens que duram de 12 a 18 meses têm uma série de vantagens no tratamento da mulher dependente de substâncias psicoativas. Permitem às pacientes tempo suficiente para abordar sentimentos depressivos, baixa auto-estima e histórias de abuso sexual e violência doméstica sem que a angústia e a ansiedade que possam ser mobilizados conduzam ao pessimismo geral e ao abandono de metas. Simultaneamente, a longa duração diminui as vulnerabilidades das mulheres, já que a redução nos prejuízos psicossociais e as novas aquisições podem ser consolidadas anteriormente à alta.

Nenhuma das intervenções realizadas usa técnicas de confrontação. A abordagem é suportiva, empática e individualizada, respeitando o estágio de tratamento de cada paciente, de forma a facilitar a conscientização e o entendimento dos potenciais e das limitações pessoais (Patrick, 2003; Drake et al., 2004).

A abordagem nutricional é parte integrante do programa multidisciplinar e é utilizada a técnica de diários alimentares, que facilita a compreensão da paciente sobre os desencadeantes de seus comportamentos e a elaboração de estratégias para evita-los (Sinha, O'Malley, 2000).

Se todos estes elementos contribuíram para a melhora das pacientes na problemática do uso de substâncias psicoativas, a pesquisa deve ser ampliada para que questões sobre a gravidade dos sintomas alimentares, o tempo exigido para sua remissão e as estratégias mais efetivas para sua abordagem possam ser respondidas.

Esta pesquisa tem o mérito de responder a algumas das lacunas da literatura sobre a associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Contudo, é necessário ressaltar que outras permanecem em aberto: o quanto este resultado é próprio da comorbidade com transtornos alimentares ou o quanto ele é específico da abordagem integrada e somente para mulheres, são apenas algumas dessas questões. Certamente, o aprofundamento da investigação com outros transtornos psiquiátricos associados permitirá analisar estas questões e verificar a influência e o impacto na evolução, não só de cada transtorno específico, mas da comorbidade como um todo na evolução. Com estes elementos será possível elaborar e implementar intervenções terapêuticas diferenciadas para essa população que, não deve ser, absolutamente, considerada como um grupo homogêneo.

7. CONCLUSÕES

7.1. 33,75% das pacientes dependentes de substâncias psicoativas tinham transtornos alimentares clínicos e 21,25% tinham transtornos alimentares subclínicos. O transtorno alimentar mais prevalente foi o transtorno da compulsão alimentar periódica;

7.2. 63,8% das pacientes eram dependentes de álcool e 36,2% eram dependentes de drogas sem diferenças significativas entre os três grupos;

7.3. As dependentes de drogas com transtornos alimentares compunham um grupo com maior gravidade: eram mais jovens ao chegar ao tratamento; tiveram em todos os momentos da avaliação piores índices no consumo de álcool, tendência a ter maior severidade no consumo de drogas e tendência maior a apresentar transtorno bipolar;

7.4. As pacientes com transtorno alimentar subclínico tinham taxa maior de desemprego na chegada ao tratamento e apresentaram tendência a ter a pior situação empregatícia em todos os momentos da evolução;

7.5. O grupo com transtorno alimentar clínico teve evolução em 12 meses no grau de distorção da imagem corporal, que passou de grave para moderado, mas não foi observada mudança no padrão e comportamento alimentar. Já para o

grupo subclínico não houve melhora na imagem corporal, mas se verificou mudança no comportamento alimentar.

7.6. Cerca de um terço das pacientes do grupo sem transtorno alimentar passaram a apresentar distúrbios no comportamento e padrão alimentar em 12 meses;

7.7. Os três grupos de pacientes tiveram as mesmas taxas de permanência no tratamento, em três, seis e doze meses;

7.8. Nenhum dos grupos apresentou evolução em 12 meses nas áreas de saúde física e saúde mental;

7.9. Os três grupos apresentaram melhoras no uso de álcool, ocupação e lazer. A melhora ocorreu nos primeiros seis meses e manteve-se em um ano;

7.10. Para o uso de drogas embora as duas escalas apontassem melhoras, houve uma diferença no tempo: na ESA a melhora ocorreu inicialmente, mantendo-se em um ano e na ASI a evolução só ocorreu a partir do sexto mês;

7.11. Na área de família: o grupo com transtorno alimentar subclínico não apresentou evolução. Os dois outros grupos melhoraram, mas de forma diferente: o grupo sem transtornos alimentares melhorou inicialmente e manteve a melhora em 12 meses; o grupo com transtornos alimentares clínicos demorou mais a evoluir e só começou a melhorar a partir do sexto mês;

7.12. Os três grupos de pacientes apresentaram melhora em um ano no funcionamento global. As dependentes de drogas com transtorno alimentar tiveram uma evolução mais lenta: enquanto os outros dois grupos melhoraram nos primeiros seis meses e mantiveram os ganhos em um ano, o grupo com transtorno alimentar só apresentou melhora a partir do sexto mês.

8. REFERÊNCIAS

- Agresti A. *Categorical data analysis*. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1990.
- Alvarenga M. *Bulimia nervosa: avaliação do padrão e comportamento alimentares* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
- Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello ED. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL*. 1992; 4:93-104.
- Alves H, Kessler F, Ratto LRC. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl 1):51-3.
- American Psychiatric Association (APA) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- American Psychiatric Association (APA) Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(Supl 1).
- American Psychiatric Association (APA) *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders*. Draft 2; 2005.
- Andrade AG. *Avaliação da eficácia terapêutica no alcoolismo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1991.
- Andrade AG, Bernik MA, Brunfentrinker P, Negro Jr PJ. Dados de confiabilidade sobre uma entrevista semi-estruturada para avaliação de tratamentos de alcoolistas: escala de severidade de alcoolismo (ESA). *Rev ABP-APAL*.1988;10:1-4.
- Anthony JC, Helzer JE. Syndrome of drug abuse and dependence. In: Robins LN, Regier DA, editors. *Psychiatric disorders in America*. The Epidemiological Catchment Area Study. New York: The Free Press; 1991. p.116-54.
- Appolinário JC. Transtorno do comer compulsivo. In: Nunes MAA, Appolinário JC, Abuchaim ALG, Coutinho W. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p.40-6.
- Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(Supl III): 28-31.
- Arfken CA, Klein C, Di Menza S, Schuster CR. Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *J Subst Abuse Treat*. 2001;20:53-7.

Ashley OS, Marsden ME, Brady TM. Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003;29:19-53.

Astemborski J, Vlahnov D, Warren D, Solomon L, Nelson KE. The trading of sex for drugs or money and HIV seropositivity among female intravenous drug users. *Am J Public Health*. 1994;84:382-7.

Awad I, Watis J. Alcohol histories in hospital: does the age and the sex of the patients make a difference? *Br J Addict*. 1990;85:149-51.

Babor TF, Brown J, Del Boca FK. Validity of self-reports in applied research on addictive behaviors: fact or fiction? *Behav Assess*. 1990;12:5-31.

Baigent, MF. Understanding alcohol misuse and comorbid psychiatric disorders. *Current Opinion on Psychiatry* [On-line]. v. 18, p. 223-8, 2005. [cited 2005 Jul 28]. Available from http://www.medscape.com/viewarticle/506396_2.

Bastos FI, Lowndes CM, Castello-Branco LR, Linhares-De-Carvalho MI, Oelemann W, Bernier F, Morgado MG, Yoshida CF, Rozental T, Alary M. Sexual behavior and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatments centers in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J STD AIDS*. 2000;11:83-92.

Battjes RL, Onken LS, Delany PJ. Drug abuse treatment entry and engagement: report of a meeting on treatment readiness. *J Clin Psychol*. 1999;55:643-57.

Beary M, Lacey J, Merry J. Alcoholism and eating disorders in women of fertile ages. *Br J Addict*. 1986;81:685-9.

Becker J, Duffy C. *Women drug users and drugs service provision: service-level responses to engagement and retention*. Londres: Home Office Drugs Strategy Directorate; 2002.

Behar, R. Consumo de alcohol y transtornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancias. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2004;42:183-94.

Behnke M, Eyley FD, Garvan CW, Wobie K. The search for congenital malformations in newborns with fetal cocaine exposure. *Pediatrics*. 2001;107:74-9.

Bento VES. O narcisismo em Freud e a paixão "tóxica" a partir de Freud. In: Baptista M, Cruz MS, Matias R, editores. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Rio de Janeiro; 2003. v1, p.148-72.

Bischof G, Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, John U. Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*. 2005;100:405-13.

Blinder BJ, Blinder MC, Sanathara VA. Eating disorders and substance use disorders. *Med Beh* [On-line]. 2000. [cited 2001 Mar 24]. Available from www.medicineandbehavior.com/mb990418.html.

Blume S. Women and alcohol. *JAMA*. 1986;256:1467-70.

Blume S. Chemical dependency in women: important issues. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1990;16:297-307.

Borges MB, Jorge MR, Morgan CM, Silveira DX, Custodio O. Binge-eating disorder in Brazilian women on a weight-loss program. *Obes Res*. 2002;10:1127-34.

Bovasso GB, Alterman AI, Cacciola JS, Cook TG. Predictive validity of the Addiction Severity Index's Composite Scores in the assessment of 2-year outcome in a methadone maintenance population. *Psychol Addict Behav*. 2001;15:171-6.

Brady KT, Grice DE, Dustan L, Randall C. Gender differences in substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1707-11.

Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22:241-52.

Brasiliano, S. Grupos com drogadictos. In: Zimerman DE, Osório LC, editores. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.229-39.

Brasiliano S. Psicoterapia psicanalítica de grupo pra mulheres drogadictas: o que há do feminino? In: Baptista M, Cruz MS, Matias R, editores. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Rio de Janeiro; 2003. v1, p. 199-205.

Brasiliano S, Nicastrí, S, Hochgraf, PB. Transtornos alimentares x dependência de álcool e outras substâncias. *JBDQ*. 2004;Supl. Comorbidades:46-52.

Brasiliano S, Hochgraf PB. Women group psychotherapy: goals and characteristics in addressing the specific needs of alcohol and other drug dependence women. In: Abstracts. 42nd International Institute on the Prevention and Treatment of Dependencies; 1998; Malta. Malta: International Council on Alcohol and Addictions; 1998.

Brasiliano S, Hochgraf PB. Adesão de mulheres a um programa específico de tratamento. *Álcool e Drogas – Revista da Abead*. 1999;2:43-9.

Brasiliano S, Hochgraf PB. Drogadicção feminina: a experiência de um percurso. In: Silveira DX, Moreira F, editores. *Drogas, dependência e sociedade*. São Paulo: Atheneu; 2005a. No prelo.

Brasiliano S, Hochgraf PB. Substance use disorder women with and without eating disorders: clinical and demographic characteristics and length of stay in a substance use gender-responsive program. 2005b. In press.

Brasiliano S, Hochgraf PB, Torres RS. Co-occurrence between eating disorders and substance use disorders in treatment-seeking Brazilian drug dependent women. *Subst Use Misuse*. 2005. Submetido para apreciação.

Brienza RS, Stein MD. Alcohol use disorders in primary care: do gender-specific differences exist? *J Gen Intern Med*. 2002;17:387-97.

Brisman J, Siegel M. Bulimia and alcoholism: two sides of the same coin? *J Subst Abuse Treat*. 1984;1:113-8.

Brown VA, Sanchez S, Zweben JE, Aly T. Challenges in moving from a traditional therapeutic community to a women and children's TC model. *J Psychoactive Drugs*. 1996;28:39-46.

Brown VB, Melchior LA, Waite-O'Brien N, Huba GJ. Effects of women-sensitive, long-term residential treatment on psychological functioning of diverse populations of women. *J Subst Abuse Treat*. 2002;23:133-44.

Brunette MF, Mueser KT, Drake RE. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2004;23:471-81.

Bryant KJ, Rounsaville B, Spitzer RL, Williams JBW. Reliability of dual diagnosis – substance dependence and psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180:251-7.

Bucholz KK. Nosology and epidemiology of addictive disorders and their comorbidity. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22:221-40.

Budman SH, Portnoy D, Billapiano AJ. How to get technological innovation used in behavioral health care: build it and they still might not come. *Psychoter Theory Res Pract Training*. 2003;40:45-54.

Bulik CM, Khump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, Halmi KA, Strober M, Woodside DB, Crow S, Mitchell JE, Rotondo H, Mauri M, Cassano GB, Keel PK, Berritini WH, Kaye WH. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:1000-6.

Bulik CM, Prescott CA, Kendler KS. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatry*. 2001;179:444-9.

Bulik CM, Sullivan PF, Carter FA, Joyce PR. Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addict Behav.* 1997;22:437-46.

Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. An empirical study of the classification of eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2000;157:886-95.

Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord.* 2002;32:72-8.

Burgard SA, Cochran SD, Mays VM. Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced California women. *Drug Alcohol Depend.* 2005;77:61-70.

Butler SF. Commentaries on Mäkelä. The bath water or the baby? *Addiction.* 2004;99:413-4.

Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E, Woodworth G, Stewart MA. An adoption study of drug abuse/dependency in females. *Compr Psychiatry.* 1996;37:88-94.

Caetano R, Weisner C. The association between DSM-III-R alcohol dependence, psychological distress and drug use. *Addiction.* 1995;90:351-9.

Carisi D, McLellan AT, Cacciola J, Love M, Cook T, Bovasso G, Lam V. Suggested specifications for a standardized Addiction Severity Index database. *J Subst Abuse Treat.* 2001;20:239-44.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. *Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001.* São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas)/ UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo); 2002.

Carlini-Marlatt B. A população é jovem e o país é quente: estimativas de consumo de álcool e tabaco no Brasil pelos dados das indústrias produtoras. *JBDQ.* 2001;2:3-8.

Castel S. *Fatores preditivos de prognóstico de dependentes de substâncias psicoativas avaliados pela Escala de Seguimento de Dependência de Substâncias Psicoativas [tese].* São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.

Castel S, Formigoni MLOS, De Michelle D. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. *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, RS; 2001. Treinamento.

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. A treatment improved protocol – Tip 42.*

Rockville: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA); 2005 [cited 2005 Jun 5]. Available from: <http://www.samhsa.gov/store.health.org/catalog/productDetails>.

Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA). *Food for thought: substance abuse and eating disorders*. New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2003 [cited 2004 Jan 29]. Available from: <http://www.casacolumbia.org>.

Chander G, Mc Caul ME. Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2003;30:469-81.

Chang G. Brief interventions for problem drinkers and women. *J Subst Abuse Treat*. 2002;23:1-7.

Chou SP. Sex differences in morbidity among respondents classified as alcohol abusers and/or dependents: results of a national survey. *Addiction*. 1994;89:87-93.

Cochrane C, Malcolm R, Brewerton T. The role of weight control as motivation for cocaine abuse. *Addict Behav*. 1998;23:201-7.

Cohen E, Navalini H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *J Psychoactive Drugs*. 1994;26:233-41.

Comfort M, Sockloff A, Loverro J, Kaltenbach KA. Multiple predictors substance-abusing women's treatment and life outcomes: a prospective longitudinal study. *Addict Behav*. 2003;28:199-224.

Compton WM, Cottler LB, Jacobs JL, Ben-Abdallah A, Spitznagel EL. The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence outcomes. *Am J Psychiatry*. 2003;160:890-5.

Comtois KA, Ries RK. Sex differences in dually diagnosed severely mentally ill clients in dual diagnosis outpatient treatment. *Am J Addict*. 1995;4:245-53.

Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairbun CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord*. 1987;6: 485-94.

Copeland J, Hall W, Didcott P, Biggs V. A comparison of specialist women's alcohol and other drug treatment services: client characteristics and treatment outcome. *Drug Alcohol Depend*. 1993;32:81-92.

Corcos M, Nezelof S, Speranza M, Topa S, Girardon N, Guilbaud O, Taïeb O, Bizouard P, Halfon O, Venisse JL, Perez-Diaz F, Flament M, Jeammet PH. Psychoactive substance consumption in eating disorders. *Eat Behav*. 2001;2:27-38.

Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Psiqu Clin*. 2004;31:154-7.

Cordás TA, Castilho S. Imagem corporal nos transtornos alimentares - Instrumento de avaliação: Body Shape Questionnaire. *Psiquiatr Biol*. 1994;2:17-21.

Cordás TA, Hochgraf PB. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. *J Bras Psiqu*. 1993;42:141-4.

Crisp AH, Hsu LK, Harding B, Hartshorn J. Clinical features of anorexia nervosa. A study of a consecutive series of 102 female patients. *J Psychosom Res*. 1980;24:179-91.

Curie SR, El-Guebaly N, Coulson R, Hodgins D, Mansley C. Factor validation of the Addiction Severity Index scale structure in persons with concurrent disorders. *Psychol Assess*. 2004;16:326-9.

Dahlgren L, Willander A. Are special treatment facilities for female alcoholic needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a male/female treatment facility. *Alcohol Clin Exp Res*. 1989;13:499-504.

Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG. Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the National Women's Study. *Int J Eat Disord*. 2000;27:180-90.

Davis S. Effects of chemical dependency in parenting women. In: Watson RR, editor. *Addictive behaviors in women*. New Jersey: Humana Press; 1994. p. 381-412.

Davis TM, Carpenter KM, Malte CA, Carney M, Chambers S, Saxon AJ. Women in addictions treatment: comparing VA and community samples. *J Subst Abuse Treat*. 2002;23:41-8.

Dawson DA. Are men or women more likely to stop drinking because of alcohol problems? *Drug Alcohol Depend*. 1994;36:57-64.

Di Prieto MC. *Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ "Body Shape Questionnaire" em uma população de estudantes universitários* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2001.

Dohm F, Striegel-Moore R, Wilfley DE, Pike KM, Hook J, Fairburn CG. Self-harm and substance use in a community sample of black and white women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2002;2:389-400.

Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;27:360-74.

Duarte CE, Brasiliano S, Hochgraf PB. Comorbidade e adesividade a um tratamento específico. In: Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria – WPA Regional Meeting; 2000; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2000a.

Duarte CE, Ferreira RC, Milharcic SI, Brasiliano S, Hochgraf PB. A internação da mulher dependente química – aderência a um tratamento multidisciplinar específico. In: Programa Oficial e Temas Livres do I Congresso Brasileiro de Saúde Mental da Mulher; 2000; São Paulo. São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos; 2000b.

Duckert F, Amundsen A, Johnson J. What happens to drinking after therapeutic intervention? *Br J Addict*. 1992;87:1457-67.

Duncan AE, Neuman RJ, Kramer J, Kuperman S, Hesselbrock V, Reich T, Bucholz KK. Are there subgroups of bulimia nervosa based on comorbid psychiatric disorders? *Int J Eat Disord*. 2005;37:19-25.

Edlin BR, Irving KL, Faruque S, McCoy CB, Word C, Serrano Y, Inciardi JA, Bowser BP, Schilling RF, Holmberg SD. Intersecting epidemics-crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. *N Engl J Med*. 1994;331:1422-7.

Edwards G. *O tratamento do alcoolismo*. 2a ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes; 1987.

El-Guebaly N, Hodgins DC, Armstrong BA, Addington J. Methodological and clinical challenges in evaluating treatment outcome of substance-related disorders and comorbidity. *Can J Psychiatry*. 1999;44:264-70.

Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic diseases. *J Chronic Dis*. 1970;23:455-68.

Fenichel O. *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1981. p.350-6.

Field AE, Austin B, Frazier L, Gillman MW, Camargo Jr CA, Colditz GA. Smoking, getting drunk and engaging in bulimic behaviors: in which order are the behaviors adopted? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:846-53.

First MB, Spitzer RL, Gibson M, Williams JBW. *Structured interview for the DSM-IV Axis I disorders – Patient edition (SCID-I/P Version 2)*. New York: New York State Psychiatric Institute/Biometrics Research Department; 1995.

Fisher MS, Bentley KJ. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatr Serv*.

1996;47:1244-9.

Fontenelle LF, Mendlowicz MF, De Menezes GB, Papelbaum M, Freitas SR, Godoy-Matos A, Coutinho W, Appolinario JC. Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of binge-eating disorder. *Psychiatric Res.* 2003;119:189-94.

Formigoni MLOS, Castel S. Escalas utilizadas na avaliação de dependências – aspectos gerais. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.267-85.

Fortes JRA. Histórico do alcoolismo. In: Fortes JRA, Cardo WN, editores. *Alcoolismo: diagnóstico e tratamento.* São Paulo: Sarvier; 1991. p. 1-10.

Frischer M, Bloor M, Goldberg D, Clark J, Green S, McKeganey N. Mortality among injecting drug users: a critical appraisal. *J Epidemiol Public Health.* 1993;47:59-63.

Galanter M, Kleber HD. *The American psychiatric press textbook of substance abuse treatment.* Washington: American Psychiatric Press; 1994.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. *I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo – 1999.* São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas)/ UNIFESP; 2000.

Garfinkel PE; Newman A. The Eating Attitudes Test: twenty-five years later. *Eating Weight Disord.* 2001;6:1-24.

Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9:273-9.

Goddard E, Higgins V. *Drug use, smoking and drinking among teenagers in 1999.* Londres: Stationery Office; 2000.

Goldbloom DS, Naranjo CA, Bremmer KE, Hicks LK. Eating disorders and alcohol abuse in women. *Br J Addict.* 1992;87:913-20.

Grant LP, Haughton B, Sachan DS. Nutrition education is positively associated with substance abuse treatment program outcomes. *J Am Diet Assoc.* 2004;104:604-10.

Green CA, Polen MR, Dickinson DM, Lynch FL, Bennett MD. Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *J Subst Abuse Treat.* 2002;23:285–95.

Greenfeld L, Burgdorf K, Chen X, Porowski A, Robert T, Herrell J. Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004;30:537-50.

Grella CE, Joshi V. Gender differences in drug treatment carriers among clients in the National Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1999;25:385-406.

Grella CE, Joshi V, Hser YI. Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Eval Rev*. 2000;24:364-83.

Grella CE, Polinsky ML, Hser YI, Perry SM. Characteristics of women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs. *J Subst Abuse Treat*. 1999;12:37-44.

Grilo CM. Binge eating disorder. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity – a comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press; 2002. p. 178-82.

Grilo CM, Becker DF, Levy KN, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Eating disorders with and without substance use disorders: a comparative study of inpatients. *Compr Psychiatry*. 1995a;36:312-7.

Grilo CM, Levy KN, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Eating disorders in female inpatients with versus without substance use disorders. *Addict Behav*. 1995b;20:255-60.

Grilo CM, Levy KN, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of DSM-III-R axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatr Serv*. 1996;47:426-9.

Grilo CM, Martino S, Walker ML, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Psychiatric comorbidity differences in male and female adult psychiatric inpatients with substance use disorders. *Compr Psychiatry*. 1997a;38:155-9.

Grilo CM, Martino S, Walker ML, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Controlled study of psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 1997b;154:1305-7.

Grilo CM, Sinha R, O'Malley SS. Eating disorders and alcohol use disorders. *Alcohol Res Health* [On-line]. v. 26, p. 151-60, 2002 [cited 2004 Mar 08]. Available from <http://niaa.nih.gov/publications/arh26-2/toc26-2.htm>

Haller DL, Motley CW, Schnoll SH. Personality and addiction – focus on women. In: Watson RR, editor. *Addictive behaviors in women*. New Jersey: Humana Press; 1994. p. 1-38.

Hay PJ. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimento. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl III):13-7.

Health Canada. *Best practices – treatment and rehabilitation for women with substance use problems*. Ontario: Publications Health Canada; 2001.

Helzer JE, Burnan A, McEvoy LT. Alcohol abuse and dependence. In: Robins LN, Regier DA, editors. *Psychiatric disorders in America*. The Epidemiological Catchment Area Study. New York: The Free Press; 1991.

Helzer JE, Przybeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol*. 1988;49:219-24.

Henderson DJ, Boyd C, Mieczkowski T. Gender relationships and crack cocaine: a content analysis. *Res Nurs Health*. 1994;17:265-72.

Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia: the "BITE". *Br J Psychiatry*. 1987;150:18-24.

Hochgraf PB. *Alcoolismo feminino: comparação das características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas [tese]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1995.

Hochgraf PB. *Especificidades das mulheres farmacodependentes*. In: I Congresso de Saúde Mental da Mulher; 2000; São Paulo. Conferência proferida.

Hochgraf PB. Mulheres farmacodependentes. *JBDQ*. 2001;2(Supl 1):34-7.

Hochgraf PB. Aspectos clínicos dos transtornos alimentares. In: Bucarechi HA, editor. *Anorexia & bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora; 2003a. p.57-79.

Hochgraf PB. *Tratamento*. In: XV Congresso da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas; 2003b; São Paulo. Conferência proferida.

Hochgraf PB, Andrade AG. A questão do gênero nas farmacodependências. In: Cordás TA, Salzano FT, editores. *Saúde mental da mulher*. São Paulo: Editora Atheneu; 2004. p. 85-103.

Hochgraf PB, Brasiliano S. Mulheres farmacodependentes: uma experiência brasileira. *Site Álcool e Drogas sem Distorção, Atualização Científica* [On-line]. 2004 [citado 15 abr 2004]. Disponível em: www.einstein.br/alcooledrogas

Hochgraf PB, Zilberman ML, Andrade AG. Escala de seguimento de mulheres alcoolistas (ESA-M): dados de confiabilidade e validade construtiva. In: 37th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism and 20th International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence; 1993; São Paulo. São Paulo: International Council of Alcohol and Addictions/GREA; 1993. p.32. [Abstract NR063].

Hochgraf PB, Zilberman ML, Brasiliano S. A cocaína e as mulheres. In: Leite MC, Andrade AG et al. *Cocaína e crack – dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 127-36.

Hodgins DC, El-Guebaly N, Addington J. Treatment of substance abusers: single or mixed gender programs? *Addiction*. 1997;92:805-12.

Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003;34:383-96.

Holdcraft LC, Iacono WG. Cross-generational effects on gender differences in psychoactive drug abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2004;74:147-58.

Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of literature. *Int J Eat Disord*. 1994;16:1-34.

Holman CD, English DR, Milne E, Winter MG. Meta-analysis of alcohol and all cause mortality: a validation of NHMRC recommendation. *Med J Aust*. 1996;164:141-5.

Howell EM, Heiser N, Harrington M. A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *J Subst Abuse Treat*. 1999;16:195-219.

Hser YI, Huang D, Teruya C, Douglas Anglin M. Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug Alcohol Depend*. 2003;72:255-64.

Hudson JI, Weiss RD, Pope Jr, HG. Eating disorders in hospitalized substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1992;18, 75-85.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico – 2000 – Educação: resultados da amostra*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2000.

Jackson KM, Sher KJ, Wood PK. Trajectories of concurrent substance use disorders: a developmental, typological approach to comorbidity. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24:902-13.

Jarry JL, Berardi K. Characteristics and effectiveness of stand-alone body image treatments: a review of the empirical literature. *Body Image*. 2004;1:319-33.

Jarvis TJ. Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *Br J Addict*. 1992;87:1249-61.

Jarvis TJ, Copeland J, Walton L. Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women. *Addiction*. 1998;93:865-75.

Jonas JM, Gold MS, Sweeney D, Pottash ALC. Eating disorders and cocaine abuse: a survey of 259 cocaine abusers. *J Clin Psychiatry*. 1987;48:47-50.

Kain ZN, Mayes LC, Pakes J, Rosenbaum SH, Schottenfeld R. Thrombocytopenia in pregnant women who use cocaine. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173:885-90.

Kaskutas LA, Zhang L, French MT, Witbrodt J. Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. *Addiction*. 2005;100:60-9.

Kauffman E, Dore MM, Nelson-Zlepko LN. The role of women's therapy groups in the treatment of chemical dependence. *Am J Orthopsychiatry*. 1995;65:355-62.

Kay-Lambkin FJ, Baker A, Lewin TJ. The "co-morbidity roundabout": a framework to guide assessment and intervention strategies and engineer change among people with co-morbid problems. *Drug Alcohol Rev*. 2004;23:407-23.

Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:179-83.

Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. A epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:953-9.

Kendler KS, Heath AC, Neale MC, Kessler RC, Eaves LJ. A population-based twin study of alcoholism in women. *JAMA*. 1992;14:1877-82.

Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1627-37.

Kendler KS, Neale MC, Heath AC, Phil D, Kessler RC, Eaves LJ. A twin-family study of alcoholism in women. *Am J Psychiatry*. 1994;151:707-15.

Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:374-83.

Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 2004;56:730-7.

Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schlenberg J, Anthony J. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with others

psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:313-21.

Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.

Kozyk JC, Touyz SW, Beaumont PJV. Is there a relationship between bulimia nervosa and hazardous alcohol use? *Int J Eat Disord*. 1998;24:95-9.

Krahn DD, Kurth CL, Gomberg E, Drewnowski A. Pathological dieting and alcohol use in college women – a continuum of behaviors. *Eat Behav*. 2005;6:43-52.

Lacey JH. Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long-term outcome. *Br Med J*. 1983;296:1609-13.

Lacey JH, Moureli E. Bulimic alcoholics: some features of a clinical sub-group. *Br J Addict*. 1986;81:389-93.

Lanehart RE, Clark HB, Kratochvil D, Rolling JD, Fidora AF. Case management of pregnant and parenting female crack and polydrug users. *J Subst Abuse*. 1994;6:441-8.

Laranjeira R, Surjan J. Conceitos básicos e diagnósticos. *JBDQ*. 2001;2(Supl 1):2-6.

Leite MC. *Fatores preditivos de resposta terapêutica em tratamento ambulatorial para dependentes de cocaína* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1999.

Lejoyeux M, Feuche N, Loi S, Solomon J, Hades J. Study of impulse control disorders among alcohol-dependent patients. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60:302-5.

Lester BM, Tronick EZ, LaGasse L, Seifer R, Bauer CR, Lagasse LL, Shankaran S, Bada HS, Wright LL, Smeriglio VL, Lu J, Finnegan LP, Maza PL. The Maternal Lifestyle Study: effects of substance exposure during pregnancy on neurodevelopmental outcome in 1-month-old infants. *Pediatrics*. 2002;110:1182-92.

Lewinsohn PM, Shankman AS, Gau JM, Klein DN. The prevalence and comorbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychol Med*. 2004;34:613-22.

Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry*. 2000a;29:1284-92.

Lewinsohn PM, Solomon A, Seeley JR, Zeiss A. Clinical implications of “subthreshold” depressive symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2000b;109:345-51.

Lex B. Women and substance abuse – a general review. In: Watson RR, editor. *Addictive behaviors in women.* New Jersey: Humana Press; 1994. p. 279-327.

Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov C, Rao R, Strober M, Bulik CM, Nagy L. Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbid substance dependence. *Int J Eat Disord.* 1997;22:253-64.

Lindenberg S, Agren G. Mortality among male and female hospitalized alcoholics in Stockholm 1962-1983. *Br J Addict.* 1988;83:1193-200.

Lowry R, Holtzman D, Truman BI, Kann L, Collins JL, Kolbe LJ. Substance use and HIV related sexual behaviors among US high school students: are they related? *Am J Public Health.* 1994;84:1116-20.

Mäkelä K. Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction.* 2004;99:398-410.

Malta M, Pina MF, Bastos FI. HIV/ AIDS entre usuários de drogas na América Latina e Caribe. In: Cruz MS, Ferreira SMB, editores. *Álcool e drogas – usos, dependência e tratamentos.* Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA; 2001. p. 33-61.

Marlatt GA, Barret K. Relapse prevention. In: Galanter M, Kleber HD, editors. *Textbook of substance abuse treatment.* Washington DC: The American Psychiatric Press; 1994.

Marsden J, Gossop M, Stewart D, Rolfe A, Farrell M. Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. *Br J Psychiatry.* 2000;176:283-9.

McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S. Comorbidity of bipolar disorder and eating disorders: what can the clinician do? *Prim Psychiatry.* 2004;11:36-41.

McGahan PL, Griffith JA, Parente R, McLellan AT. *The Addiction Severity Index composite scores manual.* Pennsylvania: The University of Pennsylvania/ Veterans Administration Center for Studies of Addiction; 1986.

McLellan AT. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. In: McLellan TA, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber H. *The implications of “drug dependence: a chronic illness”* [On-line]. 2000 [cited 2001 May 18]. Available from www.tresearch.org/Training/drugdepend.htm

McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse*. 1992;9:199-213.

McMahon TJ, Luthar SS. Women in treatment – within-gender differences in the clinical presentation of opioid-dependent women. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188:679-87.

Melin P. Comorbidade dos transtornos alimentares. In: Nunes MAA, Appolinário JC, Abuchaim ALG, Coutinho W, et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 97-110.

Mertens JR, Weisner CM. Predictors of substance abuse retention among women and men in an HMO. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24:1525-33.

Messinger DS, Bauer CR, Das A, Seifer R, Lester BM, Lagasse LL, Wright LL, Shankaran S, Bada HS, Smeriglio VL, Langer JC, Beeghly M, Poole WK. The Maternal Lifestyle Study: cognitive, motor and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years old. *Pediatrics*. 2004;113:1677-85.

Midanik L. The validity of self-reported alcohol consumption and alcohol problems: a literature review. *Br J Addict*. 1982;77:357-82.

Mitchell JE, Mussell MP. Comorbidity and binge eating disorder. *Addict Behav*. 1995;20:725-32.

Mitchell JE, Mussell MP. Comorbidity and binge eating disorder. *Addict Behav*. 1995;20:725-32.

Mitchell JE, Pyle R, Eckert EC, Hatsukami D. The influence of prior alcohol and drug problems on bulimia nervosa treatment outcome. *Addict Behav*. 1990;15:169-73.

Mitchell JE, Specker S, Edmonson K. Management of substance abuse and dependence. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: The Guilford Press; 1997. p. 415-23.

Moeller FG, Dougherty DM. Impulsivity and substance abuse: what is the connection? *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2002;1:3-10.

Moggi F, Hirsbrunder HP, Brodbeck J, Bachmann KM. One-year outcome of an integrate inpatient treatment for dual diagnosis patients. *Addict Behav*. 1999a;24:589-92.

Moggi F, Ouimette PC, Finney JW, Moos RH. Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factor associated with one-year outcome. *J Stud Alcohol*. 1999b;60:856-66.

Mueser KT, Drake RE, Miles KM. The course and treatment of substance use disorders in person with several mental illness. *NIDA Res Monogr.* 1997;172:86-109.

Nagata T, Kawarada Y, Ohshima J, Iketani T, Kiriike N. Drug use disorders in Japanese eating disorder patients. *Psychiatry Res.* 2002;109:181-91.

Nappo SA. 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.* 1996;5:19-25.

Nappo SA, Oliveira EM, Morosini S. Inappropriate prescribing of compounded antiobesity formulas in Brazil. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 1998;7:207-12.

Nappo SA, Tabach R. Mulheres, "obesidade" e anfetaminas. *Álcool e Drogas – Rev ABEAD.* 1999;1:51-9.

Nappo SA, Tabach R, Noto AR, Galduróz JCF, Carlini EA. Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. *Eat Disord.* 2002;3:153-65.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) Are women more vulnerable to alcohol's effects? *Alcohol Alert* [On-line]. 1999 [cited 2004 Mar 20];46. Available from <http://www.drugabuse.gov>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Gender differences in drug abuse risks and treatment. *NIDA Notes* [On-line]. 2000 [cited 2004 Mar 20];5. Available from http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol15NH/tearoff.html.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) Advances in women's health related to drug abuse research. 2002 [cited 2004 May 20]. Available from <http://www.drugabuse.gov/WHGD/WHGDAdvance.html>.

Newman MM, Gold MS. Preliminary findings of patterns of substance abuse in eating disorder patients. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1992;18:207-21.

Nishimoto RH. Who drops out of drug-user treatment research on women? *Subst Use Misuse.* 1998;33:1291-313.

Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psycho Rev.* 2004;24:981-1010.

Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA, Somenzi L, Pinheiro A. Considerações da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares. *Rev ABP-APAL.* 1994;16:7-10.

O'Brien KM, Vicent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clin Psychol Rev.* 2003;23:57-74.

Ouimette PC, Gima K, Moos RH, Finney, JW. A comparative evaluation of substance abuse treatment IV: The effect of comorbid psychiatric diagnosis on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 1999;23:552-7.

Organização Mundial de Saúde (OMS) *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Tradução de Dorgival Caetano, Maria Lúcia Domingues e Marco Antônio Marcolin. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1993.

Orwin R, Francisco L, Bernichon T. Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: a meta-analysis national evaluation data services, center for substance abuse treatment *NEDS Analytic Summary*. [On-line]. 2001 [cited 2004 Mar 01];21:2-8. Available from http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIS/NTIES-PDF/SUMMARIES/21_womens_meta_analysis.pdf

Patrick DD. Dual diagnosis: substance-related and psychiatric disorders. *Nurs Clin N Am*. 2003; 38:67-73.

Powis B, Griffiths P, Gossop MSC, Strang J. The differences between males and females drug users: community samples of heroin and cocaine users compared. *Subst Use Misuse*. 1996;31:529-43.

Pull CB. Binge eating disorder. *Cur Opin Psychiatry* [On-line]. 2004 [cited 2004 Feb 14]; 17: 43-8. Available from http://www.medscape.com/viewarticle/466376_print.

Ramacciotti CE, Colt E, Paoli R, Gabriellini G, Schulte F, Castrogiovanni S, Dell'Osso L, Garfinkel PE. The relationship between binge-eating disorder and non-purging bulimia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2005;10:8-12.

Ramsey M, Baker P, Goulden C, Sharp C, Sondhi A. *Drug misuse declared in 2000: results from the British Crime Survey*. Home Office Research Study 224. Londres: Home Office Research Development and Statistics Directorate; 2001.

Reed BG. Developing women-sensitive drug dependence treatment services: why so difficult? *J Psychoactive Drugs*. 1987;19:151-64.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264:2511-8.

Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Sullivan PF, Tambs K, Harris JR. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obes Res*. 2004;12:1445-54.

Roos R, Fortney J, Lancaster B, Booth BM. Age, ethnicity and comorbidity in a national sample of hospitalized alcohol dependence veterans. *Psychiatr Serv.* 1998;40:663-8.

Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. 2nded. Boston: PWS Publishers; 1986.
Roth L, James P. Peer support groups for women in treatment and aftercare. In: Watson RR, editor. *Addictive behaviors in women*. New Jersey: Humana Press; 1994. p.159-75.

Russell G. Bulimia nervosa. An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9:429-48.

Salloun IM. *Issues in dual diagnosis* [On-line]; 2005 [cited 2005 Jul 18]. Available from <http://www.medscape.com/viewarticle/507192>

Saulner CFS Women-specific alcohol use(r) intervention programs: a preliminary dimension analysis based on specialized services in Western New York State. *Subst Use Misuse.* 2000;35:1585-1612.

Schober R, Annis HM. Barriers to help-seeking for change in drinking: a gender-focused review of the literature. *Addict Behav.* 1996;21:81-92.

Schuckit M. *Abuso de álcool e drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

Schuckit MA, Tipp JE, Anthenelli RM, Bucholz KK, Hesselbrock VM, Nurnberger Jr JL. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent men and women and their relatives. *Am J Psychiatry.* 1996;153:74-82.

Scivoletto S, Andrade AG, Castel S. The effect of the recall system in the treatment of alcoholic patients. *Br J Addict.* 1992;87:1703-09.

Sellers, B. Unique effects of alcoholism in women. *Prim Psychiatry.* 2005;12:51.

Seppa K, Lof K, Sinclair D, Sillanauke P. Hidden alcohol abuse among women. *Br J Psychiatry.* 1994;164:544-6.

Silveira DX, Jorge MR. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21:145-51.

Silveira DX, Jorge MR. Reports of attempted suicide among Brazilian addicts. *Psychol Rep.* 2004;95:71-4.

Simpson DD, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin ND. A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:507-14.

Simpson DD, Joe GW, Rowan-Szal GA. Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 1997;47:227-35.

Sinha R, O'Malley SS. Alcohol and eating disorders: implications for alcohol treatment and health services research. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000; 24:1312-9.

Sinha R, Robinson J, Merikangas K, Wilson GT, Rodin J, O'Malley S. Eating pathology among women with alcoholism and/or anxiety disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996;20:1184-91.

Siqueland L, Crits-Christoph P, Frank A, Daley D, Weiss R, Chittams J, Blaine J, Luborsky L. Predictors of dropout from psychosocial treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 1998;52:1-13.

Smith BD, Marsh JC. Client-service matching in substance abuse treatment for women with children. *J Subst Abuse Treat*. 2002;21:166-8.

Smolak L, Murnem SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2002;31:136-50.

Spak F. To what extent is female alcohol dependence and abuse known in the health care system? The use of multi-source information in a Swedish population survey. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93:87-91.

Specker S, Westermeyer J, Thuras P. Course and severity of substance abuse in women with comorbid eating disorders. *Subst Abus*. 2000;21:137-47.

Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Horne RL. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*. 1993;13:137-53.

Stein DS, Lilienfeld LRR, Wildman PC, Marcus MD. Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Compr Psychiatry*. 2004;45:447-51.

Stein ND, Cyr MC. Women and substance abuse. *Med Clinics North Am*. 1997;81:979-98.

Stice E, Burton EM, Shaw H. Prospective relations between bulimic pathology, depression and substance abuse: unpacking comorbidity in adolescent. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:61-71.

Suzuki K, Higuchi S, Yamada K, Komiya H, Takagi S. Bulimia nervosa with and without alcoholism: a comparative study in Japan. *I J Eat Disord*. 1994;16:137-46.

Suzuki K, Higuchi S, Yamada K, Mizutani Y, Kono H. Young female alcoholics with and without eating disorders: a comparative study in Japan. *Am J Psychiatry*. 1993;15:1053-8.

Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia J, Pham M, Moeller FG. Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disord*. 2004;6:204-

12.

Swift W, Copeland J. Treatment needs of women with alcohol and other drugs problems: experiences and views of Australian treatment personnel. *Drug Alcohol Rev.* 1998; 91:1141-50.

Swift W, Copeland J, Hall W. Characteristics of women with alcohol and other drugs problems: findings of an Australian national survey. *Addiction.* 1996;91:1141-50.

Tavares M. *Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV. Transtornos do Eixo I (Versão 2.0)*. Brasília: Projeto Brasil: Instituto de Psicologia: Universidade de Brasília; 1996.

Telch CF, Stice E. Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *J Consul Clin Psychol.* 1998;66:768-76.

Teoh SK, Mello NK, Mendelsohn JH. Effects of drugs of abuse on reproductive function in women and pregnancy. In: Watson RR, editor. *Addictive behaviors in women*. New Jersey: Humana Press; 1994. p. 437-73.

The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109:28-37.

Thurstin AH, Alfano AM. The association of alcoholic subtype with treatment outcome: an 18-month follow-up. *Int J Addict.* 1988;23:321-30.

Toneatto A, Sobell LC, Sobell MB. Gender issues in the treatment of abusers of alcohol, nicotine and other drugs. *J Subst Abuse.* 1992;4:209-18.

Toscano Jr A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: Seibel SD, Toscano Jr A, editores. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 7-24.

Treasure J, Szmukler GI. Medical complications of chronic anorexia nervosa. In: Szmukler GI, Dare C, Treasure J, editors. *Handbook of eating disorders*. Chichester: John Wiley & Sons; 1995. p. 197-220.

Tucci ML. *Fatores associados ao uso de substâncias psicoativas: história de abuso e negligência na infância, história familiar e co-morbidades psiquiátricas [tese]*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003.

Turner NH, O'Dell KJ, Weaver GD, Ramirez GY, Turner G. Community's role on the promotion of recovery from addiction and prevention of relapse among women: an explanatory study. *Ethn Dis.* 1998;8:26-35.

Tuten M, Jones HE. A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome. *Drug Alcohol Depend.* 2003;70:327-30.

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP) *Global Illicit Drug Trends 2002*. [On-line]; 2002 [cited 2004 May 20]. Available from http://www.unodc.org/pdf/report_2002-06-26_1/report_2002-06-26_1.pdf.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned*. Vienna: United Nations Publication; 2004.

Vastag B. What's the connection? No easy answers for people with eating disorders and drug abuse. *JAMA*. 2001;285:1006-7.

Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville BJ. Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance users. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101:110-8.

von Ranson KM, Iacono WG, McGue M. Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: I. Associations within individuals. *Int J Eat Disord.* 2002;31:389-403.

von Ranson KM, Kristin M, McGue M, Iacono WG. Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: II. Associations within families. *Psychol Addict Behav.* 2003;17:193-202.

Wagner T, Krampe H, Stawicki S, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, Barth U, Sieg S, Maul O, Galwas C, Aust C, Kröner-Herwig B, Brunner E, Poser W, Henn F, Rütther E, Ehrenreich H. Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment – results of a prospective study. *J Psychiatr Res.* 2004;38:619-35.

Wallace R, Fullilove M, Fullilove R. Will AIDS be contained within US minority in urban populations? *Soc Sci Med.* 1994;39:1051-62.

Walsh BT, Devlin MJ. Eating disorders: progress and problems [Regulation of body weight]. *Science.* 1998;280:1387-90.

Walter H, Gutierrez K, Ramskogler K, Hertling I, Dvorak A, Lesch OM. Gender-specific differences in alcoholism: implications for treatment. *Arch Women Mental Health.* 2003;6:253-8.

Weisner C, Schmidt L. Gender disparities in treatment for alcohol problems. *JAMA.* 1992;268:1872-6.

Weiss RD, Martinez J, Griffin M, Greenfield FS, Hufford C. Gender differences in cocaine dependent patients: a 6 month follow-up study. *Drug Alcohol Depend.* 1997;44:35-40.

Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and complete suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76:S11-9.

Wilfley DE, Wilson GT, Agras WS. The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2003;34:96-106.

Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction.* 2000;95:251-65.

Wilsnack SC. Alcohol abuse and alcoholism in women. In: Pattison EM, Kaufman E, editors. *Encyclopedic handbook of alcoholism.* New York: Gardner Press; 1982. p.718-35.

Winer BJ. *Statistical principles in experimental design.* 2nded. New York: McGraw-Hill Book; 1971.

Wolfe WL, Maisto SA. The relationship between eating disorders and substance use: moving beyond co-prevalence research. *Clin Psychol Rev.* 2000;20:617-31.

Woods WJ, Guydish JR, Sorensen JL, Coutts A, Bostrom A, Acampora A. Changes in HIV-related risk behaviors following drug abuse treatment. *AIDS.* 1999;13:2151-5.

World Health Organization (WHO). *WHO Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.* Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-publication data; 2004. p. 169-207.

Zilberman ML. *Características clínicas da dependência de drogas em mulheres* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1998.

Zilberman ML, Hochgraf PB, Brasiliano S, Milharcic SI. Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Subst Use Misuse.* 2001;36:1111-27.

Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, El-Guebaly N. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Can J Psychiatry.* 2003;48:5-12.

Zucherman B, Frank DA. Cocaine-exposed infants and developmental outcomes – “crack kids” revisited. *JAMA.* 2002;287:1990-1.