

TRANSTORNOS ALIMENTARES EM HOMENS ABSTINENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM TRATAMENTO AMBULATORIAL

EATING DISORDERS IN MALES ABSTINENT FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES DURING OUTPATIENT TREATMENT

Cássia Medino Soares¹, Mariana Escobar², Márcia da Silva Vargas²,
Thaiciane Grassi³

RESUMO

Introdução: A alimentação exerce um papel similar ao da droga psicotrópica pelo prazer que dá às pessoas, já que age no mesmo sistema de recompensa cerebral. Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar a relação entre abstinência de substâncias psicoativas (SPAs) e transtornos alimentares em homens adultos em tratamento ambulatorial no Ambulatório de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

Métodos: Estudo transversal desenvolvido com 40 pacientes homens e realizado através de aplicação de questionários. O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) foi mensurado através da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), e para a anorexia nervosa foi utilizado o *Eating Attitudes Test* (EAT-26) ou Teste de Atitudes Alimentares. O estado nutricional dos indivíduos foi obtido através dos dados de índice de massa corporal (IMC).

Resultados: O tempo de abstinência informado foi de 8 meses. A prevalência de obesidade foi de 17,5%, de sobrepeso, 37,5%, de eutrofia, 42,5%, e de desnutrição, apenas 2,5%. Quanto ao IMC, a média foi de 26,59 kg/m², o que caracteriza uma amostra com sobrepeso. Os indivíduos que apresentaram diagnóstico de TCAP foram aqueles com os valores de IMC significativamente mais altos ($r = 0,47$; $p < 0,01$), o que aponta uma relação de quanto maior o IMC, maior a pontuação para compulsão alimentar periódica.

Conclusão: O perfil nutricional dos dependentes químicos em abstinência se caracteriza pelo excesso de peso, o que sugere uma troca de substâncias de abuso, com os alimentos de alto valor calórico e baixo valor nutricional entrando como substitutivos. Portanto, é importante que sejam promovidas novas estratégias terapêuticas para um melhor atendimento nutricional dos indivíduos em abstinência.

Palavras-chave: *Transtornos por uso de substâncias psicoativas; síndrome de abstinência de substâncias; transtorno da compulsão alimentar; transtornos relacionados ao uso de cocaína; dopaminérgicos; alcoolismo; obesidade*

ABSTRACT

Introduction: Food and psychotropic drugs play similar roles in terms of the pleasure they bring to people, since they act on the same brain reward system. Thus, the aim of the present study was to identify the relationship between abstinence from psychoactive substances and eating disorders in adult males during outpatient treatment at the Álvaro Alvim Unit of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 40 male patients with the application of questionnaires. Binge eating disorder (BED) was measured by the Binge Eating Scale (BES), and the Eating Attitudes Test (EAT-26) was used for anorexia nervosa. Nutritional status was obtained through body mass index (BMI) data.

Clin Biomed Res. 2016;36(4):199-205

1 Programa de Pós-graduação em Ciências em Gastroenterologia e Hepatologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Serviço de Nutrição e Dietética, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Cássia Medino Soares
cassia.medino.cs@gmail.com
Programa de Pós-graduação em Ciências em Gastroenterologia e Hepatologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar.
90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil.

Results: The informed period of abstinence was 8 months. The prevalence of obesity was 17.5%; overweight, 37.5%; normal weight, 42.5%; and malnutrition, only 2.5%. The average BMI was 26.59 kg/m² characterizing a sample with overweight. Individuals who were diagnosed with BED are those with significantly higher BMI values ($r = 0,47$; $p < 0,01$), so the higher the BMI value the higher the binge eating score.

Conclusion: The nutritional profile of abstinent drug addicts is characterized by excess weight, which suggests an exchange of substance abuse, with high-calorie, low-nutrient food becoming a substitute. However, it is important to promote new therapeutic strategies to improve nutritional care of abstinent individuals.

Keywords: *Substance-related disorders; substance withdrawal syndrome; binge eating disorder; cocaine-related disorders; dopamine agents; alcoholism; obesity.*

Nas últimas décadas, o uso de substâncias psicoativas (SPAs) aumentou consideravelmente, evidenciando-se como problema de saúde pública de caráter multideterminado¹.

As drogas psicotrópicas atuam sobre o sistema nervoso central (SNC) alterando sua fisiologia. Existem três tipos: as depressoras (álcool e opiáceos), as estimulantes (principalmente os anorexígenos, como as anfetaminas) e as perturbadoras (maconha, LSD e êxtase)². As drogas psicotrópicas possuem mecanismos de ação distintos, porém todas atuam ativando uma mesma região cerebral – o sistema de recompensa ou sistema dopaminérgico^{3,4}.

O sistema dopaminérgico é o principal sistema neuronal envolvido, além do sistema opioide, gabaérgico, glutamatérgico e serotoninérgico⁵. A dopamina é o principal neurotransmissor do sistema límbico, onde está localizado o sistema de recompensa – que reage a estímulos prazerosos como alimentação, sexo e drogas –, e aumenta bruscamente a atividade desse sistema, deixando a sensação de prazer mais intensificada e prolongada¹.

O estímulo relacionado ao aumento de dopamina retém um sentido motivacional e emocional anormal, que ocasiona a busca obsessiva e excessiva pela droga, caracterizando um comportamento de adição. Há, assim, uma associação entre o sistema dopaminérgico e a motivação de comportamentos, como alimentar-se e consumir drogas. Ou seja, há uma relação entre o aumento da estimulação da neurotransmissão dopaminérgica e essa motivação para buscar comida e/ou SPAs^{6,7}.

A alimentação exerce um papel similar ao da droga psicotrópica pelo prazer proporcionado às pessoas, já que ambas agem no mesmo sistema de recompensa. O sistema homeostático é mediado pela regulação hormonal de fome, saciedade e adiposidade na busca do balanço energético entre o que é ingerido e o que é utilizado para obtenção de energia. O sistema de recompensa se caracteriza pela busca de alimentos com maior palatabilidade, ou seja,

maior quantidade de açúcar e gordura, desregulando o processo de fome e saciedade. Alguns indivíduos acabam sempre escolhendo alimentos com essas características na busca do prazer^{7,8}.

A Unidade de Adição Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre atende pacientes usuários de múltiplas SPAs, principalmente crack e álcool. Trata-se de uma unidade nova, inaugurada em março de 2012, e muitos protocolos de atendimento e prescrição nutricional devem ser específicos para essa população. Há uma necessidade de compreender os comportamentos relacionados à alimentação no campo da dependência química e, assim, poder intervir de forma mais efetiva e integral⁹. Este estudo teve como objetivo identificar a relação entre abstinência de SPAs e transtornos alimentares em homens adultos.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo com delineamento transversal no Ambulatório de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no Rio Grande do Sul, Brasil.

A amostra foi selecionada por conveniência e composta por 40 usuários. Os participantes foram homens adultos acima de 18 anos, usuários de álcool e outras drogas, mas que, naquele momento, estavam em abstinência há pelo menos 1 mês. As coletas foram realizadas no período de abril a julho de 2015, com os turnos variando entre manhã e tarde. Foi realizado contato telefônico prévio para agendamento das entrevistas, respeitando os agendamentos que os mesmos já possuíam na semana em questão.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: analfabetos e pacientes que apresentavam condições clínicas gerais que impossibilitavam a leitura e compreensão dos questionários e do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A pesquisa foi explicada aos usuários que se encaixavam nos

critérios de inclusão, e o TCLE foi entregue aos que aceitaram participar. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do HCPA sob o número 992.832.

Para a avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) foi utilizada a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), uma versão adaptada e validada para o português da *Binge Eating Scale* (BES), questionário desenvolvido por Gormally et al. Como pontos de corte foram utilizados os seguintes valores: ≤ 17 pontos – negativo para compulsão alimentar periódica (CAP); entre 18 e 26 pontos – CAP moderada; e ≥ 27 – CAP grave¹⁰. Para avaliar a anorexia nervosa foi utilizado o Teste de Atitudes Alimentares – *Eating Attitudes Test* (EAT-26), desenvolvido por Garner & Garfinkel, e um dos instrumentos mais utilizados atualmente em estudos sobre anorexia nervosa – com ponto de corte de 20 pontos. Os questionários foram aplicados pela pesquisadora nutricionista em sala previamente agendada do ambulatório com duração de 30 minutos¹⁰⁻¹³.

O estado nutricional dos indivíduos foi obtido através do índice de massa corporal (IMC), com dados de peso e altura aferidos durante a pesquisa. Foi utilizada balança da marca Líder, modelo P-200 C, com certificado de calibração expedido pelo Inmetro (nº 187/06) e antropômetro com capacidade de 200 kg e precisão de 1,5 kg. A altura foi aferida com estadiômetro de metal de 200 cm, com precisão de 1 mm, acoplado à balança. A classificação do IMC para adultos até 60 anos seguiu os parâmetros sugeridos pela Organização Mundial da Saúde; entretanto, considerou-se o seguinte: desnutrição para IMC menor que 18,5 kg/m²; eutrofia (adequado) para IMC entre 18,5 a 24,9 kg/m²; excesso de peso para IMC maior que 25 kg/m²; e obesidade para IMC maior ou igual a 30 kg/m². Para os idosos, a classificação do IMC segundo Lipschitz seguiu a seguinte ordem: desnutrição para IMC menor que 22 kg/m²; eutrofia para IMC entre 22 e 27 kg/m²; e sobrepeso para IMC maior que 27 kg/m²¹⁴⁻¹⁶.

Foi empregada a análise descritiva em frequência e percentuais. Para avaliar a associação com as variáveis contínuas, foi utilizado o teste da correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5%, e as análises foram realizadas no programa estatístico Statistical Package for Social Sciences, versão 17.0.

RESULTADOS

A amostra final foi constituída de 40 participantes com idade média de 44,4 (DP \pm 10,58) anos. A média de tempo de abstinência informada enquanto em tratamento ambulatorial foi de 8,2 (DP \pm 9,4) meses.

A média do IMC foi de 26,59 kg/m², o que caracterizou uma amostra com sobrepeso. A prevalência de obesidade foi de 17,5%; de sobrepeso, 37,5%; de eutrofia, 42,5%; e de desnutrição, apenas 2,5% (tabela 1).

Quanto ao uso de SPAs, 45% (n = 18) foram classificados com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e de outras SPAs; desses, 22,5% eram usuários de cocaína como droga principal e 22,5% de crack com outras drogas de associação. Com relação ao álcool, 35% foram classificados com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool associado a cocaína. O percentual total de dependentes de álcool foi de 55%, porém com outras drogas de associação (tabela 2).

Do total de sujeitos avaliados, apenas dois apresentaram os critérios para anorexia nervosa (5%). Conforme o EAT-26, 52% afirmaram que frequentemente ficam apavorados com excesso de peso e frequentemente se preocupam com a possibilidade de ter gordura no corpo.

Na análise do comportamento de risco de compulsão alimentar, 45% apresentaram CAP moderada e 2,5%, CAP grave.

Do total de 18 indivíduos com CAP moderada, previamente à abstinência, 10 participantes possuíam como droga de abuso o álcool, e 8 possuíam múltiplas SPAs, sendo a droga de abuso primária a cocaína. A CAP grave foi encontrada em um indivíduo, que possuía como droga de abuso a cocaína (figura 1).

Tabela 1: Caracterização da amostra (n = 40).

Característica	Valor (DP†)
Idade (anos)	44,4 (DP \pm 10,58)
Tempo de abstinência (meses)	8,2 (DP \pm 9,4)
IMC* (kg/m ²)	26,59
	%
Eutrofia	42,5
Sobrepeso	37,5
Obesidade	17,5
Desnutrição	2,5

* IMC: índice de massa corporal. † DP: desvio padrão.

Tabela 2: Substâncias psicoativas (%).

Substância psicoativa	Valor encontrado (%)
Álcool e cocaína	35
Cocaína	22,5
Crack	22,5
Álcool e tabaco	7,5
Álcool	7,5
Álcool e maconha	5

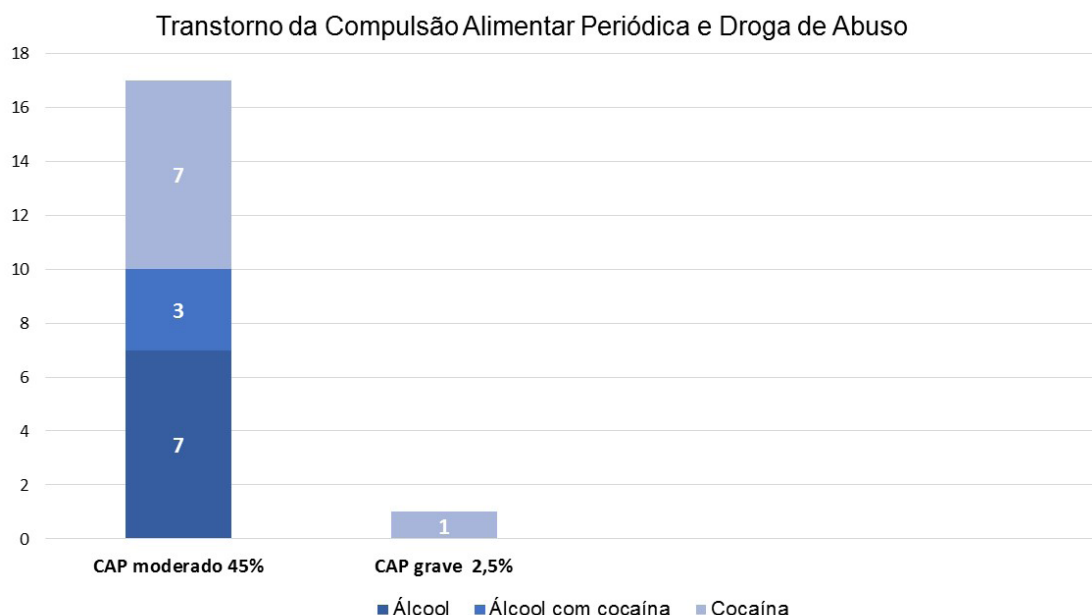


Figura 1: Prevalência de TCAP e droga de abuso.

A cocaína em associação a outras substâncias esteve presente em 30% ($n = 12$) da amostra. Desses, nove indivíduos, ou seja 75%, apresentaram compulsão alimentar associado a sobrepeso e obesidade. Quanto ao álcool, dos 19 indivíduos (47,5%) com histórico de uso abusivo de álcool (sem contar aqueles que apresentaram associação a cocaína), 13% tiveram resultado positivo para TCAP.

Os indivíduos diagnosticados com TCAP foram aqueles com os valores de IMC significativamente mais altos ($r = 0,47$; $p < 0,01$), o que mostra que quanto maior o IMC, maior a CAP (figura 2).

No questionário de CAP, 37% afirmaram que há períodos regulares durante o mês em que comem uma grande quantidade de comida e se sentem empanturrados depois. Desses, 22,5% são usuários de múltiplas substâncias.

Quanto à compulsão noturna, 13% dos participantes afirmaram que possuem o hábito regular de comer demais durante a noite. Pelas respostas ao questionário, a rotina seria não estar com fome de manhã e comer demais à noite.

DISCUSSÃO

O estudo buscou avaliar pacientes homens em tratamento para o uso de SPAs devido à falta de dados sobre esse público com relação a transtornos alimentares. Levou-se em conta também que, no Brasil, 78,7% dos usuários de álcool e outras drogas

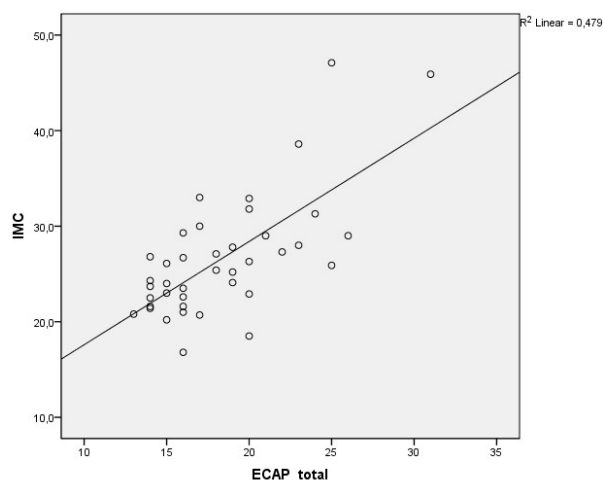


Figura 2: Correlação do aumento do IMC com a ECAP.

são do sexo masculino. Segundo a literatura nacional, há uma maior presença masculina em cenas abertas e na interface com o tráfico⁴.

Entretanto, é preciso considerar que as mulheres dependentes de álcool e outras drogas procuram menos os serviços especializados em dependência química devido ao preconceito que lá sofrem. A mulher dependente, diferentemente do homem dependente, é vista como alguém imoral, com comportamentos inadequados e tendência à promiscuidade, que não cumpre seu papel familiar esperado pela sociedade¹⁷. Assim, as mulheres procuram serviços

não especializados com queixas vagas e, muitas vezes, não relatam seu problema com SPAs de abuso, ficando sem diagnóstico¹⁸.

Como podemos observar no estudo, 55% dos pacientes em abstinência de SPA apresentaram elevação do peso corporal, como sobrepeso e obesidade, o que pode sugerir uma troca de substância de abuso, passando do álcool e outras drogas para alimentos com alto conteúdo de açúcar. Segundo Wurtman & Wurtman, foi observado um aumento da vontade de comer alimentos ricos em carboidratos, como doces e alimentos mais palatáveis, durante a abstinência devido à sua ação no mesmo campo cerebral de atuação da SPA¹⁹.

Os alimentos com maior conteúdo de carboidratos (açúcares) e baixo valor nutricional agem liberando o neurotransmissor serotonina assim como as SPAs, mas numa potencialidade 100 vezes menor. Na abstinência, os alimentos agem aliviando a irritabilidade, diminuindo a ansiedade e dando prazer à pessoa em abstinência. Porém, essa pessoa precisa comer uma grande quantidade de alimentos ricos em açúcares e de baixo valor nutricional para alcançar o prazer antes obtido com a droga. Assim, ocorrerá um aumento de peso e um possível encaminhamento para o desenvolvimento de obesidade e outras doenças crônicas²⁰.

Observamos em nossa amostra uma associação entre a elevação do IMC e o TCAP, o que está de acordo com o que sugere a literatura ao referir uma maior prevalência de compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso¹⁹.

A síndrome de abstinência de SPA é marcada por um longo período de fissura, ou *craving*, que é caracterizada por um desejo intenso de usar a substância de abuso. Os três primeiros meses são críticos para a manutenção da abstinência devido ao forte desejo de usar a substância, o que aumenta a vontade desses indivíduos de buscar prazer na comida^{8,20}.

O aumento de peso por usuários de cocaína que estão em abstinência pode ter outro fator biológico, que foi estudado por Karen Ersche e outros pesquisadores de Cambridge (2013). Eles observaram que usuários de cocaína, mesmo com o consumo elevado de alimentos gordurosos, não aumentavam de peso e não apresentavam excesso de gordura corporal. Também encontraram uma baixa concentração do hormônio leptina, que é responsável pela redução da ingestão de alimentos e pelo aumento do gasto energético. Entretanto, os usuários de cocaína teriam todas as características para engordar, mas a leptina altera os processos metabólicos e impede o armazenamento de gordura. Assim, quando o indivíduo cessa o uso e continua com uma alimentação igual à anterior – desregulada, com alto teor de carboidratos,

principalmente alimentos gordurosos e doces –, ele tende a aumentar bruscamente de peso. Esse aumento de peso em um curto período de tempo, por vezes, assusta o indivíduo e faz com que ele volte a usar a droga para emagrecer. Entretanto, são necessários mais estudos para um melhor entendimento das vias metabólicas envolvidas e, então, o desenvolvimento de uma intervenção nutricional prévia²¹.

Segundo o questionário de compulsão alimentar, 13% dos participantes deste estudo possuem o hábito regular de comer demais durante a noite, identificando-se com a alternativa que diz: “é como se a minha rotina fosse não estar com fome de manhã, mas comer demais à noite”. Isso pode estar relacionado ao fato de a fissura ocorrer normalmente no período noturno, um momento de maior uso de drogas para a maioria dos dependentes de SPA, e a busca pela comida surge como método substitutivo.

Neste estudo, 37% dos participantes afirmaram que há períodos regulares no mês em que comem uma grande quantidade de comida, sentindo-se empanturrados depois, mas não praticam comportamentos compensatórios. Esse fato pode estar associado a oscilações de consumo das substâncias de abuso e a comportamentos de autorregulação do consumo da substância, intercalado com a alimentação compensatória^{8,19,20}.

Porém, essa associação do transtorno alimentar à dependência química é pouco verificada em outros estudos, e são poucas as pesquisas que exploram essa relação²². Na prática clínica, essa associação é pouco estudada, subdiagnosticada e subtratada^{23,24}.

Segundo Brasileiro, a coexistência de transtornos alimentares e transtornos relacionados à dependência de SPAs chega a 31% no Brasil. Em 1979, Russel descreveu a bulimia nervosa e observou que muitos pacientes com transtornos alimentares possuíam uma inclinação tendenciosa ao abuso de álcool e outras drogas¹⁷.

Os poucos dados indicam que, quando os transtornos alimentares e a dependência de SPAs estão em conjunto, ocorre uma intensificação dos distúrbios psiquiátricos e clínicos dos pacientes. Entretanto, se não diagnosticado e não tratado, o transtorno alimentar pode aumentar o tempo de internação desses usuários devido a consequências clínicas do desenvolvimento de outras doenças crônicas e comportamentais^{25,26}.

Dos entrevistados, 52% afirmaram que frequentemente ficam apavorados com o excesso de peso e se preocupam com a possibilidade de ter gordura no corpo, porém não fazem nenhuma intervenção para evitar o aumento de peso e o acúmulo de gordura. Então, eles sabem que é maléfico à saúde a ingestão de alimentos gordurosos e a manutenção de sobrepeso, porém não conseguem

entrar no estágio de mudança, assim como o que ocorre na dependência de SPA. A síndrome de dependência se caracteriza pela dificuldade de controlar o consumo e pela utilização persistente apesar das consequências calamitosas, priorizando o uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações^{1,23,27}.

Um viés deste estudo pode ser encontrado nos questionários de transtornos alimentares, que são voltados para o público feminino, com perguntas muito específicas com as quais os homens não se identificam. Esses questionários não contêm questões de preocupação masculina, o que leva a uma pontuação menor para homens e a um possível diagnóstico distorcido da realidade. Outro fator a ser considerado no estudo é a maior satisfação dos homens com o seu corpo e uma percepção menos distorcida com relação a este. O público masculino raramente se queixa do número de quilos que pesa, porém anuncia aspirações de perder a flacidez e ter um corpo forte e musculoso²⁸.

As evidências indicam que homens com transtornos alimentares possuem uma prevalência maior de obesidade pré-mórbida em relação às mulheres²⁸. A maioria dos homens está mais satisfeita com o seu corpo – diferentemente das mulheres, a maioria dos homens não apresenta distorção da imagem corporal. Em um estudo conduzido por Braun, somente 2% dos homens se consideravam erroneamente com sobrepeso, enquanto 40% das mulheres percebiam um excesso de peso inexistente²⁹.

Entretanto, os transtornos alimentares em homens frequentemente estão associados a outros transtornos psiquiátricos, sobretudo depressão e abuso de álcool e outras drogas. Os homens também apresentam risco significativamente mais elevado de desenvolvimento de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos^{3,30-33}.

Esta pesquisa buscou abranger a nutrição dos usuários de SPAs e entender melhor a demanda de nutrição ambulatorial dos mesmos quando em abstinência. Identificaram-se transtornos de compulsão alimentar em praticamente a metade dos homens que estão em abstinência de sua droga de dependência, o que caracteriza a substituição dessa droga de abuso por outra substância que traga um prazer similar à droga usada anteriormente.

Porém, é importante atentar para os malefícios dessas substâncias substitutivas, como alimentos ricos em açúcar e gordura, que podem estar relacionadas a uma condução para a obesidade e, assim, ocasionar danos à vida desses indivíduos.

Esta pesquisa não se caracteriza como um estudo longitudinal, o que dificulta a avaliação da evolução dos casos. Entretanto, percebe-se que o acompanhamento longitudinal é uma dificuldade comum na pesquisa com dependentes químicos, sendo difícil solucionar esse viés.

Sugere-se, portanto, a realização de novos estudos que avaliem e aprofundem o surgimento dos transtornos alimentares e da dependência química, além da relação entre eles. Também é necessário incluir crianças e adolescentes, sem excluir o sexo masculino, em novos estudos sobre transtornos alimentares e dependência química, visto que o transtorno por uso de SPAs está presente em um público cada vez mais jovem.

Agradecimentos

Agradecemos a equipe multidisciplinar do Ambulatório de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que apoiou o estudo, e os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Andersen AE. Gender-related aspects of eating disorders: a guide to practice. *J Gend Specif Med*. 1999;2(1):47-54. PMID:11252870.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 1990 Set 20 [citado em 2016 Out 04]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Arlington: APA; 2002.
- American Psychiatric Association (APA). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders*. 3rd ed. Arlington: APA; 2005 [citado em 2016 Out 04]. Disponível em: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. Brasília: MS; 2004 [citado em 2016 Out 04]. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/governo/cidadania-assistencia-e-inclusao-social/prevencao-as-drogas/politica_do_ministerio_da_saude_para_atencao_integral_a_usuarios_de_alcool_outras_drogas.pdf
- Alvarenga MS, Scagliusi FB. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. *Rev Nutr*. 2010;23(5):907-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000500020>.
- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. *Neurociências: desvendando*

- o sistema nervoso. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). *Centro Colaborador em Álcool e Drogas HCPA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)*. 2016 [citado em 2016 Out 04]. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/content/view/1852/1150/>
 10. Bramon-Bosch E, Troop NA, Treasure JL. Eating disorders in males: a comparison with female patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2000;8(4):321-8. [http://dx.doi.org/10.1002/1099-0968\(200008\)8:4<321::AID-ERV355>3.0.CO;2-G](http://dx.doi.org/10.1002/1099-0968(200008)8:4<321::AID-ERV355>3.0.CO;2-G).
 11. Berthoud HR. Interactions between the “cognitive” and “metabolic” brain in the control of food intake. *Physiol Behav*. 2007;91(5):486-98. PMID:17307205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.12.016>.
 12. Borges NJ, Sicchieri JM, Ribeiro RP, Marchini JS, Santos JE. Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina*. 2006;39:340-8.
 13. Brasil. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2005 Jun 30 [citado em 2016 Out 04]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
 14. Brasil. Ministério da Saúde. *Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3*. 5. ed. Brasília: Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.
 15. Brasiliano S, Hochgraf PB. A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. *Rev Psiquiatr Clin (Santiago)*. 2006;33:134-44.
 16. Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books; 1973.
 17. Andersen AE. Males with eating disorders. In: Yager J, Gwirtsman HE, Edelstein CK, editors. *Special problems in managing eating disorders*. Washington: American Psychiatric Press; 1992. p. 87-118.
 18. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington: APA; 1994.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1*. 5. ed. Brasília: Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.
 20. Appolinário JC, Coutinho W, Povia LC. O transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. *J Bras Psiquiatr*. 1995;44:S46-9.
 21. Bordin S, Figlie NB, Laranjeira R. *Dependência química na mulher: aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca; 2004.
 22. Berthoud HR, Morrison C. The brain, appetite, and obesity. *Annu Rev Psychol*. 2008;59(1):55-92. PMID:18154499. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093551>.
 23. Almeida SG. A influência da imagem corporal como causa de transtornos alimentares em adolescentes escolares de uma escola da rede particular de Brasília. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2012;16:104-17.
 24. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2013 Jun 13; Seção 1.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção integral na rede de saúde: módulo 5*. 5. ed. Brasília: Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.
 26. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 27. Andersen AE, Holman JE. Males with eating disorders: challenges for treatment and research. *Psychopharmacol Bull*. 1997;33(3):391-7. PMID:9550883.
 28. Alvarenga M, Larino MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24:39-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700009>.
 29. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:28-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600008>.
 30. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(1 Suppl 1):1-39. [citado em 2016 Out 04]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10642782>. PMID:10642782.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. *Efeitos das substâncias psicoativas: módulo 2*. 5. ed. Brasília: Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. *Modalidade de tratamento e encaminhamento: módulo 6*. 5. ed. Brasília: Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.
 33. Braun DL, Sunday SR, Huang A, Halmi KA. More males seek treatment for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1999;25(4):415-24. PMID:10202652. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199905\)25:4<415::AID-EAT6>3.0.CO;2-B](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199905)25:4<415::AID-EAT6>3.0.CO;2-B).

Recebido: Abr 19, 2016
Aceito: Set 12, 2016