SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXIX

Capítulo 15

TRANSTORNOS ALIMENTARES: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE ESTRATÉGIAS PSICOTERAPÊUTICAS E FARMACOLÓGICAS

PAULA DIAS TOIGO[1]
SOFIA DIAS TOIGO[2]

[1]*Discente – Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.*
[2]*Discente – Medicina da Universidade de Caxias do Sul.*

Palavras-Chave: *Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Compulsão Alimentar.*

DOI: 10.59290/9986030102

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TAs) constituem um grupo de transtornos psiquiátricos graves, caracterizados por alterações persistentes do comportamento alimentar e por uma relação disfuncional com o peso e a imagem corporal, estando associados a significativa morbidade física, psicológica e social. Entre os principais TAs, incluem-se a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica, além de outros quadros classificados como especificados ou não especificados (COSTA & MELNIK, 2016), aparecendo, sobretudo, entre a adolescência e o início da fase adulta (ROBATTO *et al*., 2024). Esses transtornos frequentemente apresentam curso crônico, elevadas taxas de recaída e estão associados a altos índices de mortalidade, especialmente no caso da anorexia nervosa, configurando-se como um relevante problema de saúde pública (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). Diante desse cenário, o presente capítulo tem como objetivo oferecer uma visão geral acerca das características clínicas dos principais TAs, bem como sintetizar as evidências científicas mais recentes sobre as principais estratégias psicoterapêuticas e farmacológicas utilizadas em seu tratamento, por meio de uma revisão bibliográfica ampla, para promover e disseminar o conhecimento científico sobre este quadro tão presente na clínica. Em relação às estratégias psicoterapêuticas, a abordagem da TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental) é o modelo terapêutico referência para os transtornos alimentares, recebendo destaque a TCC-E (Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada), sendo a compreensão mais completa desenvolvida por Christopher G. Fairburn (Oxford). De acordo com o modelo, a compreensão cognitiva dos TAs envolve três pilares principais, caracterizados pelo peso (1), pela forma corporal (2) e pela capacidade de controle alimentar (3). Além disso, é de extrema importância pontuar que o tratamento ideal dos transtornos alimentares deve ser feito de forma multiprofissional, incluindo, por exemplo, médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, etc (ROBATTO *et al*., 2024).

Compreende-se, também, que as características centrais do terapeuta são muito relevantes para o avanço do quadro clínico, como promoção da empatia, flexibilidade psicológica, escuta reflexiva, atenção plena, comunicação eficaz, atitude responsiva e vínculo terapêutico (ROGERS, 1957; NORCROSS & WAMPOLD, 2011; NORCROSS & LAMBERT, 2019). O profissional precisa ser qualificado para identificar as distorções cognitivas do paciente (BECK *et al*., 1979), como, por exemplo, pensamento "Tudo ou Nada" (ex: "agora que eu já comecei a comer, vou comer de forma compulsiva"), pensamentos permissivos (ex: "eu vou me permitir comer de forma compulsiva porque estou triste"), hipergeneralização (ex: "eu nunca terei autocontrole"), abstração seletiva (ex: "isto que eu fiz mostra que não tenho nenhum autocontrole") e catastrofização (ex: "não consegui me controlar e agora o tratamento está arruinado"), uma vez que o diagnóstico é feito de forma clínica. Por fim, é curioso notar que os transtornos alimentares entre si possuem índices significativos de comorbidade, haja vista que episódios de restrição alimentar e magreza extrema podem se desenvolver em casos compulsórios de ingestão de comida e comportamentos compensatórios.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada no período de janeiro e fevereiro de 2026, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO e UpToDate. Foram utiliza-

dos os seguintes descritores: transtornos alimentares, anorexia, bulimia nervosa, compulsão alimentar, psicoterapia, farmacologia, tratamento e abordagem clínica. Nesta busca, foram encontrados cerca de 30 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2015 a 2025, que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, e estudos do tipo revisão que estives-sem disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibi-lizados na forma de resumo, que não aborda-vam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Após os critérios de seleção, restaram 13 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Além disso, foram utilizados como banco de dados livros teóricos e diagnósticos de Psicologia e Psiquiatria, e artigos de teóricos clássicos, como os postulados dos cog-nitivistas Aaron Beck (1976; 1979) e Judith Beck (1995; 2011). Também, os estudos de Fairburn na TCC-E e o seu modelo padrão-ouro de tratamento foram incluídos nesta análise (FAIRBURN *et al*., 2003; FAIRBURN, 2008; FAIRBURN, 2013), em conjunto com teóricos dedicados ao estudo da importância da relação terapêutico no tratamento psicoterápico. Os resultados foram, de forma descritiva, divididos em categorias temáticas, abordando os transtornos alimentares: bulimia nervosa (BN), anorexia nervosa (AN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Transtornos alimentares são doenças psiquiátricas com origem multifatorial, uma vez que a genética do paciente, o seu ambiente e o desenvolvimento do seu psiquismo são cruciais para o surgimento e desenvolvimento de um transtorno, além da perpetuação por fatores individuais, familiares e socioculturais (ROBATTO *et al*., 2024). São condições que geralmente se iniciam na adolescência ou no início da vida adulta, mas podem ocorrer em qualquer fase da vida, inclusive durante a infância. Por isso, os pediatras são frequentemente os primeiros profissionais a lidar com o problema e, portanto, precisam estar bem capacitados para identificar e manejar esses transtornos, que podem ser graves e causar complicações físicas e psicológicas, comprometendo a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Com diagnósticos específicos, que incluem anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA), as formas subclínicas dos TAs são mais frequentes em todas as faixas etárias. Além dessas formas, o TCA é mais comum do que AN e BN e, devido à sua manifestação clínica específica e à forte associação com a obesidade, foi classificado como uma categoria diagnóstica na quinta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR). Estudos sugerem que a prevalência global de transtornos alimentares em populações gerais pode variar amplamente, dependendo dos critérios diagnósticos e métodos usados. A prevalência de TCA nos Estados Unidos em 12 meses é de 1,6% para mulheres e de 0,8% para homens. A prevalência de 12 meses de AN em mulheres é de cerca de 0,4% e, de BN, de 1 a 1,5% (COSTA & MELNIK, 2016).

O papel da psicoterapia no tratamento dos transtornos alimentares é desenvolver técnicas para promover a adesão ao tratamento do paciente, melhorar a relação com a imagem corporal e com o alimento, impulsionar o controle dos episódios de compulsão alimentar, aumentar a autoestima, melhorar suas relações interpessoais e sua rede de apoio, ensiná-lo a lidar de modo funcional com emoções intensas, psicoeducar o paciente sobre a sua situação e o seu tratamento, e modificar o sistema de crenças

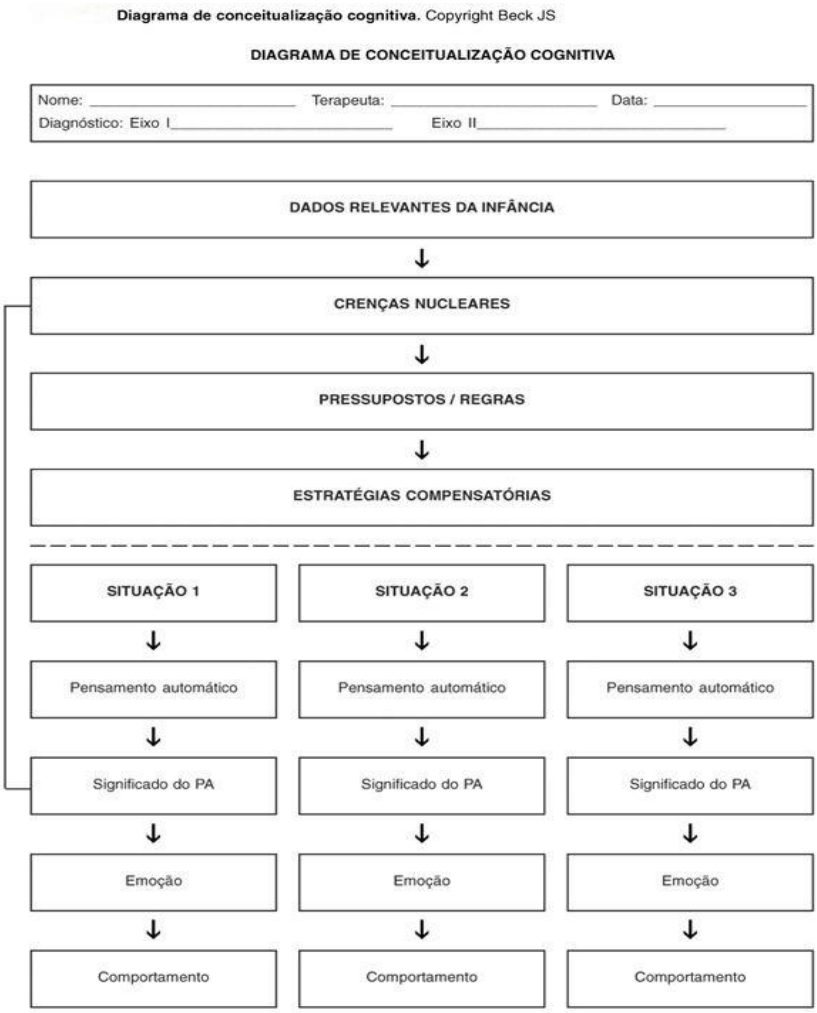
associadas ao desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. A entrevista motivacional para engajar o paciente na mudança é fundamental, sobretudo nos estágios de pré-ponderação e ponderação, em que o paciente ainda não reconhece o problema ou já o reconhece, mas ainda não está disposto totalmente a mudá-lo. A TCC-E (Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada) de Christopher G. Fairburn é considerada o padrão-ouro para o tratamento dos quadros clínicos de BN e TCA, em decorrência da quantidade de estudos controlados que concretizam as evidências dos resultados obtidos com esse modelo de tratamento psicológico.

A conceitualização de caso é fundamental, e o objetivo principal não é fazer dieta nutricional. São também descritas as técnicas implementadas pela terapia interpessoal, terapia comportamental dialética e *mindful eating.* Em relação ao tratamento clínico da AN, a terapia familiar é a que se mostra mais evidente e funcional. Também, a força-tarefa da divisão 12 da *American Psychological Association* (APA) fornece aos transtornos tratamentos empiricamente sustentados, e a força-tarefa da divisão 29 da APA determina fatores comuns presentes em seu tratamento, sendo fundamentais para a melhora do quadro. A relação terapêutica entre paciente e psicólogo, caracterizada por um vínculo forte, promove objetivos em comum discutidos entre ambos e a caracterização de tarefas em acordo com o plano de tratamento (HORVATH & GREENBERG, 1989), favorecendo a melhora do quadro clínico. Além disso, para uma chance maior de obtenção de sucesso na prática psicoterapêutica, o profissional deve apresentar confiança na condução do processo de tratamento (ACKERMAN & HILSENROTH, 2003), ser responsivo na interação com o paciente – intervindo e respondendo às necessidades e implicações do pacien-te no ambiente de psicoterapia – , e produzir uma autocrítica que favoreça o seu desempenho no cuidado e tratamento do quadro de trans-torno alimentar (GOLDBERG *et al.*, 2016).

Segundo os estudos propostos por Fairburn (2008), tanto a evitação do problema quanto o comportamento de se pesar frequentemente são prejudiciais ao tratamento. A falta de controle se inclui como um dos principais agravantes, sendo reforçada pela sensação de bem-estar quando o paciente perde peso ou interrompe o ganho. É fundamental utilizar a técnica cognitiva de psicoeducação com o paciente, a fim de que ele entenda as variações que podem influenciar o seu peso e o número da balança, como os níveis de hidratação, ciclo menstrual, os alimentos no estômago, etc. Em relação a conceitualização de caso clássica das Terapias Comportamentais-Cognitivas, é importante fazer uma identificação de crenças, pensamentos automáticos e comportamentos compensatórios identificados no paciente (**Figura 15.1**). O funcionamento dos TAs pode ser muito semelhante entre os transtornos específicos, compreendendo um ciclo vicioso, uma vez que a supervalorização da forma e da imagem corporal podem gerar dietas restritivas e métodos compensatórios, sendo que tais restrições são capazes de desenvolver episódios de comer compulsivo e, com isso, o indivíduo tem risco de voltar aos comportamentos compensatórios e métodos indevidos de perda de peso (**Figura 15.2**).

Ademais, o modelo cognitivo dos TAs inclui que o paciente se sente bem e no controle quando consegue seguir a dieta proposta, gerando tal ciclo danoso e repetitivo, tendo em vista que a dieta restritiva influencia diretamente na sua autoestima. Muitos dos indivíduos diagnosticados com algum TA não vê o seu quadro como patológico, sendo essa uma característica egossintônica (FAIRBURN, 2008; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

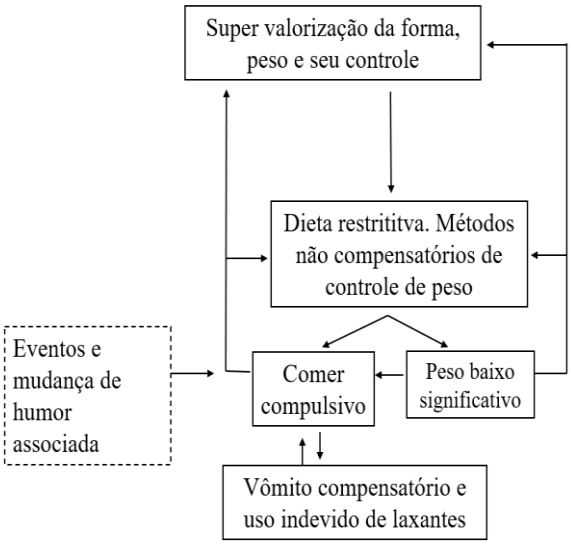
Figura 15.1 Diagrama de Conceitualização Cognitiva



Fonte: BECK, 1995.

A seguir, os transtornos alimentares AN, BN e TCA foram especificados em subtítulos separados, apresentando as estratégias psicoterapêuticas e farmacológicas para cada quadro, além da descrição de cada transtorno, tendo em vista que os TAs podem migrar-se entre si (BN pode virar TCA, AN pode virar BN, vice versa). Com isso, é possível obter uma visão mais clara e objetiva sobre as suas características específicas, além das particularidades em seu processo de tratamento. Primeiramente, é importante que o profissional esteja atento para fazer o diagnóstico de forma correta e liderar o caso com conhecimento teórico-científico.

Figura 15.2 Modelo Generalista dos Transtornos Alimentares



Fonte: FAIRBURN, 2008.

Anorexia nervosa

Pacientes com anorexia nervosa geralmente apresentam baixo peso corporal significativo em relação à idade, sexo e estágio de desenvolvimento, decorrente de restrição alimentar persistente e voluntária. Observa-se medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo diante de magreza evidente, associado a comportamentos que interferem no ganho ponderal, jejum prolongado, exercício físico excessivo ou uso inadequado de outros métodos compensatórios. No quadro, há uma supervalorização do peso na autoavaliação, acompanhada de distorção da imagem corporal e baixa autoestima, na qual o indivíduo percebe o próprio corpo de forma inadequada, frequentemente vendo-se ao todo acima do peso, ou apenas algumas partes corporais (como coxas e abdômen), em conjunto com negação evidente e magreza extrema (FAIRBURN, 2008; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

Essas características contribuem para a manutenção do transtorno e para importantes repercussões físicas, psicológicas e sociais. É importante compreender que o paciente anoréxico não tem perda de apetite, mas sim ele escolhe deliberadamente não comer, causando uma perda de nutrientes corporais extrema, além de problemas na sua composição óssea e muscular. Neste quadro, é evidente uma inanição grave (perda de energia), em que o paciente, por não ingerir alimento, se sente muito fraco. Dessa forma, é o transtorno mental com maior letalidade, em razão das elevadas taxas de mortalidade e de recaída mesmo após a remissão. Para o tratamento, é importante que o paciente chegue a um peso mínimo a ser considerado pelo profissional, a fim de que comece a sair de sua inanição, na medida em que intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas não vão ser de grande proveito e eficácia se o peso do paciente estiver consideravelmente baixo. A avaliação do tratamento ambulatorial ou em internação é fundamental, visto que o paciente pode, muitas vezes, precisar de reposições médicas em função de seu metabolismo e de suas alterações hidroeletrolíticas, conduzindo a uma avaliação detalhada de sua função renal, cardíaca, hepática, metabólica, etc.

Ademais, de acordo com DSM-5-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição revisada), a AN pode ser comórbida com o Transtorno Dismórfico Cor-

poral quando as percepções corporais dismórficas e inadequadas não restringem-se ao peso corporal, podendo também ocorrer em sua forma e em outras características presentes, corroborando à queda da autoestima e agravamento do quadro clínico. Logo, é de extrema importância que o profissional se mantenha atento para as possíveis comorbidades presentes na anorexia nervosa, estando capacitado para identificar e diferenciar o caso de outros transtornos muito comuns que também podem se apresentar de forma prevalente, como a ansiedade e a depressão, devido à inanição, por exemplo, além de traços obsessivos.

A prevalência da anorexia nervosa pode alcançar até 3,0% entre adolescentes do sexo feminino, com uma prevalência ao longo da vida estimada em 0,3%. Já nos indivíduos do sexo masculino é menos bem compreendida; entretanto, em populações clínicas, observa-se frequentemente uma razão de 10:1 entre mulheres e homens, com prevalência ao longo da vida de até 0,5%. Apesar de sua gravidade, a AN frequentemente permanece subdiagnosticada, uma vez que apenas cerca de 25% dos indivíduos que apresentam preocupações com imagem corporal e dietas restritivas buscam ou recebem apoio profissional (STEWART & BAUMANN, 2024), além de ter um alto índice de recaída. O diagnóstico correto para a intervenção clínica e farmacológica é fundamental, a fim de atingir sucesso no tratamento, sendo importante verificar o IMC (índice de massa corporal) do paciente em específico de acordo com o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão). Na tabela a seguir, os índices foram destacados em referência ao diagnóstico (**Tabela 15.1**).

Tabela 15.1 Classificação dos transtornos alimentares de acordo com o IMC

Classificação	Número do IMC
Leve	IMC ≥17
Moderado	IMC 16 - 16,99
Grave	IMC 15 - 15,99
Extrema	IMC <15

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

O tratamento da anorexia nervosa geralmente envolve reabilitação nutricional e psicoterapia, e é fundamental identificar se o transtorno clínico presente é de tipo restritivo ou purgativo. Além disso, os pacientes devem ser monitorados em decorrência de possíveis complicações. Pacientes com a doença que não estejam clinicamente estáveis devem ser hospitalizados para estabilização clínica (**Tabela 15.2**).

Tabela 15.2 Instabilidade clínica é caracterizada por um ou mais dos sintomas

Pulso <40 batimentos por minuto
Pressão arterial <80/60 mmHg
Aumento ortostático da frequência cardíaca (>20 batimentos/minuto) ou diminuição da pressão arterial sistólica (≥20 mmHg)
Comprometimento cardiovascular, hepático ou renal que requer estabilização clínica
Desidratação acentuada
Complicação médica grave da desnutrição (ex.: desequilíbrio eletrolítico, hipoglicemia ou síncope)
Índice de massa corporal <14 kg/m2 ou <70% do peso corporal ideal

Fonte: WALSH, 2025.

De acordo com a divisão 12 da APA, o tratamento com maior apoio inclui psicoterapia de base familiar (*Family-based treatment*), em conjunto com técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental. Embora diversas terapias tenham sido adaptadas ou desenvolvidas para tratar o transtorno, não há evidências convincentes de que uma terapia seja claramente superior às outras. Assim, a escolha baseia-se na disponibilidade, idade do paciente, preferência e custo. As estratégias da TCC incentivam os pacientes a modificarem as cognições disfuncionais (pensamentos e crenças sobre o peso e a forma corporal) e os distúrbios comportamentais (restrição alimentar excessiva), os quais se perpetuam e dão menos ênfase aos fatores que causaram o transtorno, juntamente com a técnica de psicoeducação, a fim de que o paciente esteja ciente dos danos e riscos de seu transtorno, do processo de tratamento e das técnicas utilizadas. Também, é interessante que o paciente tenha uma exposição gradual a certos tipos de alimentos.

A psicoterapia psicodinâmica, conhecida pelos acadêmicos de psicologia como intervenção psicanalítica, é outra estratégia terapêutica, abordando os significados conscientes e inconscientes dos sintomas do transtorno alimentar, os efeitos desses sintomas sobre os relacionamentos atuais e primeiros, e o relacionamento do paciente com o terapeuta, não aconselhando os pacientes sobre os comportamentos alimentares. Nesta abordagem, o profissional se mantém de forma abstinente (FREUD, 1915) e não recorre à reestruturação cognitiva e ao sistema de crenças e pensamentos automáticos do paciente. Tal estratégia não se apresenta como padrão-ouro para o tratamento da AN e de outros transtornos alimentares, uma vez que o método utilizado é a Associação Livre.

Se tratando de evidência científica, a terapia familiar é uma abordagem que pode beneficiar adolescentes com anorexia nervosa. Um tipo de terapia familiar é o tratamento baseado na família (também conhecido como método *Maudsley*), utilizado em adolescentes, focando no ganho de peso. Inicialmente, o tratamento coloca os pais no comando das decisões sobre alimentação adequada e comportamentos relacionados, com o apoio de um terapeuta familiar. À medida que os pacientes começam a apresentar melhora, o controle sobre a alimentação é gradualmente transferido de volta para eles, e outras questões relacionadas ao funcionamento familiar são abordadas. O retraimento social dos pacientes anoréxicos funciona como um ciclo vicioso em que o indivíduo não possui reforçadores suficientes para a mudança de comportamento, recorrendo a uma introspecção muito significativa. A terapia familiar foca, sobretudo, na intervenção direta nos fatores mantenedores, predisponentes e precipitantes da anorexia nervosa, como a atitude da família frente aos comportamentos prejudiciais e às distorções cognitivas do paciente. Uma vez alterada tal atitude prejudicial tomada pela família em favor do indivíduo diagnosticado, o desenvolvimento do quadro patológico pode ser interrompido, pois os reforçadores ambientais não estarão mais presentes.

A farmacoterapia não costuma ser um tratamento inicial para a AN. No entanto, a farmacoterapia adjuvante é indicada para pacientes agudamente comprometidos e que não ganham peso apesar do tratamento inicial com reabilitação nutricional e psicoterapia, atuando de forma direta nos sintomas depressivos. Também, é importante pontuar que os pacientes anoréxicos, quando se alimentam, sentem-se satisfeitos com maior facilidade, pois a redução do tamanho do estômago aumenta a saciedade, o que pode ser um alerta para a ingestão inadequada de todos os nutrientes necessários para o funcionamento saudável do corpo, bem como a sensação de enjoo ou náusea presente. Pensamentos distorcidos sobre a imagem corporal e a alimentação geralmente não respondem à tera-

pia medicamentosa, e os medicamentos de manutenção também não ajudam a retardar ou prevenir episódios subsequentes de AN. Existe um grande desafio acerca do tratamento farmacológico, haja vista que muitos pacientes recusam particularmente medicamentos com efeitos colaterais que incluem ganho de peso e síndrome metabólica, apesar do objetivo principal do tratamento em pacientes clinicamente estáveis ser o ganho de peso. Essa recusa decorre de sintomas do próprio transtorno, que incluem a falta de reconhecimento de sua gravidade e a ambivalência em relação ao ganho ponderal (WALSH, 2025)

Algumas particularidades envolvendo o transtorno devem ser cuidadas. Em razão do retraimento e isolamento social devido a situação dos TAs, sobretudo, na AN, é importante pensar na possível associação com o transtorno depressivo. Os antidepressivos tricíclicos não devem ser usados devido à sua potencial cardiotoxicidade. A Bupropiona deve ser evitada, pois está associada a uma maior incidência de convulsões em pacientes com TAs, particularmente aqueles que apresentam episódios de compulsão alimentar seguidos de purgação. Vários ensaios randomizados sugerem que o antipsicótico Olanzapina, para padrões obsessivos e delirantes, é útil na restauração do peso, e a sua dose inicial é de 2,5 mg a 10 mg por dia. Risperidona, Aripiprazol e Quetiapina não se mostraram superiores ao placebo. Existem várias explicações possíveis para a falta geral de eficácia demonstrada da farmacoterapia na anorexia nervosa, sendo que uma delas é a inanição e as alterações na função dos neurotransmissores, os quais podem impedir a resposta à medicação (ROY-BYRNE, 2025).

Bulimia nervosa

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios semelhantes da compulsão alimentar, em que o indivíduo ingere uma grande quantidade de comida em um intervalo curto de tempo, sem apetite e com descontrole sobre si próprio. Tais episódios são caracterizados pela tentativa do paciente lidar com sentimentos indesejáveis de ansiedade, medo, tristeza, estresse, entre outros. Após o episódio, é comum o isolamento por sentimentos de culpa, vergonha, nojo, baixa autoestima, descontrole e mal estar corporal. Tais emoções causam comportamentos compensatórios (divergindo do transtorno da compulsão alimentar, em que a compensação comportamental não está presente), como a indução de vômitos, o uso de laxantes e diuréticos, e a atividade física intensa. Para fins diagnósticos, esse padrão de comportamento deve acontecer uma vez por semana pelo período de três meses. Sobre estratégias psicoterapêuticas, o modelo que apresenta grande eficácia é a TCC-E (FAIRBURN, 2008), e estratégias cognitivas-comportamentais são de extrema importância. Os grupos terapêuticos se mostram controversos, pois os pacientes podem aprender comportamentos purgativos de outros pacientes.

A prevalência ao longo da vida da bulimia nervosa é de cerca de 0,5% em mulheres e 0,1% em homens. É um transtorno mais comum em adultos, já que atinge um pico no fim da adolescência e início da idade adulta. Ocorre frequentemente em mulheres, cerca de 10 vezes mais do que nos homens (DIAS *et al*., 2024). De modo diferente dos pacientes com AN, os pacientes com bulimia nervosa (BN) têm peso normal ou acima do normal. Os principais fatores de risco descritos englobam fatores temperamentais, como preocupações com o peso, baixa autoestima, humor deprimido, transtornos de ansiedade, história prévia de abuso ou violência sexual, obesidade infantil e puberdade precoce. Além disso, a incidência do transtorno é maior em parentes de 1º ou 2º grau. Não existe, atualmente, teste diagnóstico específico

para BN, e diversas alterações laboratoriais podem ocorrer em consequência da purgação, incluindo distúrbios eletrolíticos, como hipocalemia (que pode provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia. A perda de ácido gástrico pelo vômito pode produzir alcalose metabólica e a indução frequente de diarreia ou desidratação devido a abuso de laxantes e diuréticos pode causar acidose metabólica (DIAS *et al.*, 2024).

O tratamento padrão para bulimia nervosa inclui reabilitação nutricional, psicoterapia e farmacoterapia, bem como o monitoramento dos pacientes quanto a complicações médicas. Os pacientes são geralmente tratados ambulatorialmente ou em caráter de hospitalização, sendo que esta última pode ser necessária em casos de ideação ou comportamento suicida, ou purgação descontrolada. A TCC associada a um antidepressivo é indicada para pacientes que não apresentam uma resposta precoce à terapia isoladamente (por exemplo, após seis sessões) ou que estão deprimidos e incapazes de colaborar ativamente usando apenas tratamento clínico. Para pacientes que estão com sobrepeso ou obesos, a TCC pode reduzir a compulsão alimentar e a purgação. No entanto, esta terapia geralmente não é indicada para a redução de peso. Para pacientes que preferem o tratamento clínico inicial, há evidências de uma redução de pelo menos 70% dos episódios de compulsão alimentar e purgação até a sexta consulta que prediz a abstinência (ROY-BYRNE, 2025). De acordo com a Divisão 12 da APA, a IPT (terapia interpessoal) também tem forte apoio no tratamento da BN.

A psicoeducação é fundamental para que o paciente entenda que dietas restritivas agravam o quadro, além de que o uso de laxantes após um episódio compulsivo é prejudicial e ineficaz, visto que o corpo já absorveu a grande maioria dos alimentos ingeridos, ou seja, é incapaz de garantir a perda de peso (FAIRBURN, 2008). Também, com o uso de laxantes e diuréticos, o indivíduo acaba por sentir mais fome e, assim, tem mais chances de comer de forma compulsiva novamente. É primordial montar um esquema de Conceitualização Cognitiva, assim como mostrado na **Figura 15.1**, para identificar os pensamentos automáticos do paciente (ex: “vou comer de forma compulsiva porque estou estressado”), suas crenças intermediárias (ex: “não vou dar conta do tratamento”), suas crenças centrais (ex: “sou uma pessoa fracassada”) e comportamentos de vida do próprio paciente (ex: comportamentos de compulsão alimentar, uso de laxantes e/ou diuréticos, indução de vômitos, descontrole emocional), a fim de que seja possível identificar emoções e pensamentos antecedentes, momentâneos e posteriores aos episódios compulsivos, para ser realizada a reestruturação cognitiva, cujo objetivo é modificar crenças prejudiciais e distorções apresentadas pelo paciente. Dessa forma, o uso de um diário alimentar pode ser muito útil no tratamento, sendo uma ferramenta de automonitoramento possível de identificar as emoções e sentimentos em determinada situação, e os gatilhos específicos aos comportamentos, além de reforçar a aliança terapêutica entre o profissional e o paciente, permitindo a confiança.

A farmacoterapia é eficaz e pode ser incluída no tratamento como parte da terapia multimodal. Os antidepressivos foram os mais estudados e são normalmente os fármacos de escolha devido à sua eficácia e tolerabilidade comprovadas. O tratamento combinado com farmacoterapia e psicoterapia parece ser mais eficaz do que qualquer um dos tratamentos isoladamente para tratar episódios de compulsão alimentar e purgação. Uma meta-análise de seis ensaios randomizados (257 pacientes com BN) constatou que a remissão ocorreu em mais pa-

cientes que receberam tratamento combinado em comparação com a psicoterapia isolada (49% versus 36%). No entanto, as taxas de abandono foram maiores para o tratamento combinado do que para a psicoterapia isolada. A Fluoxetina em dose inicial de 20mg pode ser utilizada como tratamento de primeira linha devido à sua eficácia para os sintomas comportamentais e cognitivos, bem como à sua tolerabilidade. As combinações de medicamentos devem ser evitadas pois raramente foram estudadas e a bupropiona é contraindicada na BN. Para pacientes com bulimia nervosa que não toleram ou não respondem à fluoxetina, a farmacoterapia de segunda linha é outro fármaco desta classe. Normalmente é usada a Sertralina, mas uma alternativa razoável é o Escitalopram ou a Fluvoxamina (CROW, 2026).

Alguns indivíduos apresentam compulsão alimentar, porém não adotam comportamentos compensatórios inapropriados regularmente. Nesses casos, o diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar deve ser considerado.

Transtorno da compulsão alimentar

O transtorno da compulsão alimentar é caracterizado por episódios recorrentes de grande ingestão de comida em um intervalo curto de tempo, em que o indivíduo sente uma perda de controle, conhecidos como "*Binge-eating*". Os episódios são ferramentas comportamentais que o paciente encontra para lidar com sentimentos indesejáveis de ansiedade, medo, tristeza, estresse, entre outros. Nestes momentos, a pessoa ingere alimento mesmo sem estar com fome, de forma isolada e rápida, caracterizados por sentimentos de culpa, vergonha, nojo, baixa autoestima, descontrole e mal estar corporal. É recorrente que os alimentos ingeridos nos episódios compulsivos sejam de alto valor calórico, e que o indivíduo se perceba ingerindo-os de forma descontrolada. De acordo com a Divisão 12 da APA, a IPT (terapia interpessoal) e a TCC têm forte apoio no tratamento do TCA.

As técnicas psicoterapêuticas são semelhantes às utilizadas nos episódios de compulsão na bulimia nervosa, sendo importante descrever e analisar o esquema de pensamentos automáticos, crenças e comportamentos do paciente, identificando emoções e sentimentos. O uso de um diário alimentar torna-se muito útil no tratamento, fortalecendo, também, o vínculo entre paciente e terapeuta. A ideia de comer compulsivamente não é meramente a compreensão de um comportamento inadequado, mas sim uma forma que o indivíduo encontrou de lidar com a sua frustração. Logo, torna-se necessário implementar a reestruturação cognitiva para que o paciente estabeleça uma relação saudável com a sua autoimagem e a sua forma corporal, além de seu autocontrole. A técnica de automonitoramento pode ser eficaz, na medida que permite que o paciente compartilhe de forma detalhada na terapia os momentos do dia a dia que se sentiu tentado aos episódios, realizados ou não.

É primordial verificar em conjunto com o paciente o que este entende por fome, saciedade, magreza e saúde, e quais são os seus pensamentos e emoções referentes aos alimentos, promovendo, também, a sua autoeficácia e o seu papel ativo no tratamento. A quebra do ciclo vicioso em que o paciente se encontra é um dos objetivos cruciais da TCC, uma vez que o esquema mental desadaptativo referente ao desconforto pessoal, o qual causa o comportamento compulsivo, seguido por um alívio imediato, torna o desconforto pessoal aparente novamente em um período curto de tempo. A ideia da falta de controle precisa ser trabalhada e o ato de comer precisa ser psicoeducado como uma atitude voluntária. Tal ato pode estar tão descontrolado que há a possibilidade do paciente comer alimentos vencidos, estragados e

ruins, priorizando alimentos que não precisam de preparo. Dessa forma, a estimulação da preparação dos alimentos consumidos pelo paciente também pode ser muito útil, a fim de que ele esteja ciente em todo o preparo da refeição, em conjunto com o *mindful eating*.

A técnica psicológica de *mindful eating* permite que o paciente concentre-se no aqui e agora, permitindo saborear e sentir os alimentos ingeridos, focando em comer devagar e com consciência. O treinamento dessa técnica, assim como a dessensibilização sistemática, deve ser feita, primeiramente, no consultório com um profissional capacitado no manejo do quadro clínico. Em conjunto, questionamentos ao paciente sobre quem ele se vê sendo sem a presença do transtorno, e quais as suas expectativas e frustrações podem ser muito úteis para serem trabalhadas em psicoterapia. É fundamental lidar com o perfeccionismo do paciente e com técnicas de exposição, recorrendo também ao desenho da imagem corporal em sessão para o paciente pensar em como se imagina, em tempos passado, presente e futuro.

Outras técnicas da TCC podem ser muito eficazes, como o comer intuitivo, psicoeducando o paciente a respeito da sua necessidade de se alimentar perante a fome e a saciedade, fugindo de dietas contadas e balança calórica, e a entrevista motivacional, a qual busca estimular a motivação do paciente em abraçar a mudança de um determinado comportamento, vencendo a ambivalência em sua tomada de decisão e recorrendo a um plano estratégico. Técnicas de ativação comportamental são também muito interessantes, como, por exemplo, a mudança ambiental na vida do paciente, reduzindo situações de risco que ele possa ter um episódio de compulsão alimentar (FAIRBURN *et al.*, 2003; FAIRBURN, 2008). Logo, é pertinente que o paciente, no início, evite situações que ele se perceba "fora de controle" em relação a sua ingestão de alimentos, e não tenha alimentos propícios ao favorecimento de um episódio compulsivo, como bolos, tortas, biscoitos, doces, etc. Tendo em vista que o transtorno possa estar relacionado aos traços de personalidade ansioso e impulsivo, é fundamental trabalhar, também, a intolerância à frustração, a incapacidade de adiamento da gratificação, o imediatismo, a avidez por novidades e emoções, a pouca reflexão quanto às consequências, a dificuldade em dar limite, a passividade, o isolamento social e a falta de planejamento.

Segundo a Wainer Psicologia, em concordância com as Diretrizes Abeso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica), o plano de mudança do paciente deve incluir os objetivos de uma sessão para outra, as razões para fazer a mudança, as maneiras de recompensa, a identificação do que pode dificultar o plano e as estratégias para lidar com situações difíceis. Em relação ao plano de manutenção, devem estar presentes os motivos para não querer recuperar o peso, os bons hábitos que o paciente quer continuar a praticar, as identificações das situações de risco, as estratégias para ajudar em tais situações, e a rede de apoio. Também, algumas estratégias específicas são fundamentais, como a respiração diafragmática (3 segundos de inspiração, 3 segundos segurando o ar e 6 segundos de expiração), a consulta disponível aos cartões de enfrentamento (sugerindo frases de impacto e motivacionais, com vantagens de estar no peso adequado e desvantagens e sofrimentos de se estar acima do peso), a técnica de visualização da imagem positiva do paciente (como a vida seria sem o transtorno) e a técnica de visualização da imagem negativa do paciente (relacionar os prazeres da ingestão de comida com uma imagem representando seus prejuízos em episódios compulsivos).

Além disso, estratégias globais são eficazes na medida em que substituem os comportamentos compulsivos por exercícios adequados ou meditação, diminuem os estressores (desativando gatilhos nas redes sociais), permitem ao paciente sentir e expressar as suas emoções, resgatam atitudes saudáveis (como caminhadas, hobbies e interesses), estimulam o apoio social e as técnicas de relaxamento, e identificam atividades substitutas do prazer da ingestão de comida (MARLATT & GORDON, 1993). Em casos graves, a cirurgia bariátrica pode ser medicamente necessária e grupos terapêuticos podem ajudar na compreensão de emoções e sentimentos, e nas atitudes de emagrecimento.

Estudos analisam a eficácia das abordagens terapêuticas atuais no tratamento do transtorno da compulsão alimentar, destacando a importância das alternativas farmacológicas. Os autores identificam que medicamentos como Fluoxetina, Lisdexamfetamina e Simplicifolia podem ser eficazes no manejo dos sintomas do transtorno, oferecendo uma opção de tratamento promissora para alguns pacientes. A pesquisa enfatiza que essas alternativas farmacológicas devem ser vistas como complementares ao tratamento, e não como substitutas, ressaltando a relevância de integrar essas abordagens com intervenções psicológicas e comportamentais (FERRARINI *et al.*, 2023).

Apesar do potencial dos medicamentos, a compreensão do transtorno ainda está em desenvolvimento, e os estudos existentes ainda podem ser considerados recentes e limitados. Isso sinaliza a necessidade de novas investigações para aprofundar o conhecimento sobre a eficácia das terapias farmacológicas e suas combinações com outras modalidades de cuidado. A análise sugere que um tratamento abrangente, focado na individualização e que considere as especificidades de cada paciente, é fundamental para aprimorar os resultados a longo prazo e promover uma recuperação efetiva (FERRARINI *et al.*, 2023).

CONCLUSÃO

A identificação e detecção precoces dos transtornos alimentares são fundamentais para a obtenção de melhores desfechos clínicos a longo prazo. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) mostrou-se a abordagem psicoterapêutica mais eficaz, especialmente no tratamento da bulimia nervosa e do transtorno da compulsão alimentar, englobando intervenções como *mindful eating*, registro alimentar, psicoeducação, reestruturação cognitiva e planos de prevenção de recaídas. Na anorexia nervosa, por sua vez, a abordagem familiar demonstra maior efetividade, sobretudo em crianças e adolescentes, configurando-se como intervenção de primeira linha nessas faixas etárias. De modo geral, o tratamento farmacológico, incluindo o uso de psicotrópicos, exerce papel adjuvante, sendo indicado principalmente na presença de comorbidades psiquiátricas associadas, não constituindo o eixo central do manejo dos transtornos alimentares. Dessa forma, os achados reforçam a importância de um tratamento multidisciplinar, que integre acompanhamento nutricional e psicoterapia, com participação ativa tanto do paciente quanto de seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, S. J.; HILSENROTH, M. J. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clinical Psychology Review, v. 23, n. 1, p. 1–33, 2003. DOI: 10.1016/s0272-7358(02)00146-0.

AGRAS, W. S. Cognitive behavior therapy for the eating disorders. Psychiatric Clinics of North America, v. 42, n. 2, p. 169–179, 2019. DOI: 10.1016/j.psc.2019.01.001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. Texto revisado. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ANDRETTA, I.; GOMES FERREIRA, M. Os modelos cognitivos dos transtornos alimentares. In: FINGER, I.; OLIVEIRA, M. (org.). A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Sinopsys, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

BECK, A. T. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979.

BECK, J. S. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford Press, 1995.

COOPER, Z.; FAIRBURN, C. G.; HAWKER, D. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: manual do terapeuta. São Paulo: Roca, 2009.

COSTA, M. B.; MELNIK, T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. Einstein (São Paulo), v. 14, n. 2, p. 235–277, 2016. DOI: 10.1590/S1679-45082016RW3120.

CROW, S. Bulimia nervosa in adults: pharmacotherapy. In: UpToDate. Waltham, 2025.

DIAS, P. C. V. *et al*. Bulimia nervosa: do diagnóstico ao tratamento. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 8, p. 599–609, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n8p599-609.

DUCHESNE, M.; CAMPOS, M. C.; PEREIRA, M. C. B. Intervenções psicológicas no tratamento dos transtornos alimentares. Debates em Psiquiatria, v. 9, n. 3, p. 32–38, 2019. DOI: 10.25118/2763-9037.2019.v9.52.

FAIRBURN, C. G. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press, 2008.

FAIRBURN, C. G. Overcoming binge eating. 2. ed. New York: Guilford Press, 2013.

FAIRBURN, C. G.; COOPER, Z.; SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. Behaviour Research and Therapy, v. 41, p. 509–528, 2003. DOI: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8.

FERRARINI, N. O. *et al*. Alternativas terapêuticas farmacológicas para transtorno da compulsão alimentar. Debates em Psiquiatria, v. 13, p. 1–15, 2023. DOI: 10.25118/2763-9037.2019.v9.52.

FREUD, S. Observações sobre o amor de transferência (1915). In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 12, p. 159–171, 1996.

FREUD, S. O método psicanalítico de Freud (1904). In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 7, p. 235–243, 1996.

GOLDBERG, S. B. *et al*. Creating a climate for therapist improvement: a case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. Psychotherapy, v. 53, n. 3, p. 367–375, 2016. DOI: 10.1037/pst0000066.

HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. S. Development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 36, n. 2, p. 223–233, 1989. DOI: 10.1037/0022-006X.36.2.223.

LINARDON, J. *et al*. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: a systematic review and meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 85, n. 11, p. 1080–1094, 2017. DOI: 10.1037/ccp0000245.

NORCROSS, J. C.; LAMBERT, M. J. Psychotherapy relationships that work III. Psychotherapy, v. 56, n. 4, p. 423–430, 2019. DOI: 10.1037/pst0000235.

NORCROSS, J. C.; WAMPOLD, B. E. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. Psychotherapy, v. 48, n. 1, p. 98–102, 2011. DOI: 10.1037/a0022180.

ROBATTO, A. P.; CUNHA, C. M.; MOREIRA, L. A. C. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro), v. 100, supl. 1, p. S88–S96, 2024. DOI: 10.1016/j.jped.2023.12.001.

ROGERS, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, v. 21, n. 2, p. 95–103, 1957. DOI: 10.1037/h0045357.

ROY-BYRNE, P. P. Eating disorders: overview of prevention and treatment. UpToDate. Waltham, 2025.

STEWART, M. P.; BAUMANN, O. The effectiveness of adolescent-focused therapy and family-based therapy for anorexia nervosa. Psychological Reports, v. 129, n. 1, p. 7–28, 2026. DOI: 10.1177/00332941241226687.

WAINER, R. *et al*. Transtornos alimentares: da avaliação ao tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2016.

WALSH, B. T. Anorexia nervosa in adults: pharmacotherapy. UpToDate. Waltham, 2025.