
Bulimia: alterações no corpo físico e psíquico

Bulimia: changes in the physical and mental body

Bulimia: alteraciones en el cuerpo físico y psíquico

Camila Lima Ferreira  [ORCID](#) - [Lattes](#)

Diva Peçanha da Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Gabriela dos Santos Sant'Anna da Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Vitoria Arcanjo de Oliveira Prazeres - [ORCID](#) - [Lattes](#)

RESUMO:

A Bulimia Nervosa (BN) é um transtorno alimentar de causas multifatoriais e que possui raízes mais profundas do que apenas a relação do indivíduo com a nutrição. O presente estudo objetivou revisar a produção científica, a fim de responder à seguinte pergunta: "Quais as repercussões psíquicas e clínicas no paciente com bulimia nervosa e quais tipos de intervenções podem ser propostas?". Para tal, foi realizada uma busca, no período de outubro e novembro de 2022, nas bases de dados: [Medline/PubMed](#) e [The Cochrane Library](#) com rastreamento de estudos publicados no período de 2012 a 2022. Foram identificados 454 estudos, dos quais, após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, apenas 14 artigos foram inseridos nesta revisão. A partir desse resultado foi possível entender que indivíduos com BN estão em sofrimento psíquico e necessitam não só de intervenção psiquiátrica, como também nutricional, psicológica e farmacológica para gradual remissão da doença.

Palavras-chave: transtorno alimentar, bulimia nervosa, psiquiatria, tratamento.

ABSTRACT:

Bulimia Nervosa (BN) is an eating disorder with multifactorial causes that has deeper roots than just the individual's relationship with nutrition. The

present study aimed to review scientific production in order to answer the following question: "What are the psychic and clinical repercussions on patients with bulimia nervosa and what types of interventions can be proposed?". To this end, a search was carried out in the period of October and November 2022, in the databases: [Medline/PubMed](#) and [The Cochrane Library](#), with tracking of studies published in the period from 2012 to 2022. 454 studies were identified, of which, after being After applying the inclusion and exclusion criteria, only 14 articles were included in this review. From this result it was possible to understand that individuals with BN are in psychological distress and require not only psychiatric intervention, but also nutritional, psychological and pharmacological intervention for gradual remission of the disease illness.

Keywords: eating disorder, bulimia nervosa, eating disorder, psychiatry, treatment.

RESUMEN:

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno alimentario con causas multifactoriales que tiene raíces más profundas que la simple relación del individuo con la nutrición. El presente estudio tuvo como objetivo revisar la producción científica con el fin de responder a la siguiente pregunta: "¿Cuáles son las repercusiones psíquicas y clínicas en los pacientes con bulimia nerviosa y qué tipo de intervenciones se pueden proponer?". Para ello se realizó una búsqueda en el período de octubre y noviembre de 2022, en las bases de datos: [Medline/PubMed](#) y [The Cochrane Library](#), con seguimiento de los estudios publicados en el período de 2012 a 2022. Se identificaron 454 estudios, de los cuales, después siendo que luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión solo se incluyeron en esta revisión 14 artículos, a partir de este resultado se pudo entender que los individuos con BN se encuentran en malestar psicológico y requieren no sólo de intervención psiquiátrica, sino también nutricional, psicológica y farmacológica para su tratamiento. remisión gradual de la enfermedad.

Palabras clave: bulimia nerviosa, desorden alimenticio, psiquiatría, tratamiento.

Como citar: Ferreira CL, Silva DP, Silva GSS, Prazeres VAO. Bulimia: alterações no corpo físico e psíquico. Debates em Psiquiatria, Rio de

Janeiro. 2023;13:1-28. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.1048>

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 18/09/2023

Aprovado em: 12/11/2023

Publicado em: 08/12/2023

Editor Chefe responsável pelo artigo: Marsal Sanches

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Ferreira CL, Silva DP, Silva GSS, Prazeres VAO [1, 5, 6, 7, 8, 10, 13 e 14].

Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados como síndromes que se manifestam por graves alterações no comportamento alimentar que podem provocar prejuízos à saúde do indivíduo [1, 2]. Dos TA mais prevalentes destaca-se a bulimia nervosa (BN), que apresenta causas multifatoriais e possui raízes mais profundas do que apenas a relação do homem com a nutrição, perpassando, entre as áreas da psicologia e da psiquiatria [3].

A BN afeta principalmente o sexo feminino com grande destaque para adolescentes e jovens adultas, demonstrando incidência mundial de 1 a 1,5% e taxa de mortalidade por década de 2% associada a complicações clínicas do transtorno ou do suicídio [2].

Os critérios para identificação da BN, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014) [2] são: recorrentes episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios impróprios para impedir o ganho de peso, associados à autoavaliação indevida.

Consequências clínicas, como dor de garganta, disfagia, refluxo gastroesofágico, hematêmese, eventos cardíacos isquêmicos [4 - 6], dentre outras, acarretam alterações nutricionais como hipovitaminoses, alterações semiológicas e carências nutricionais específicas [7].

O desenvolvimento deste transtorno pode estar relacionado com o padrão de beleza vigente na sociedade, mas isto não é uma novidade do século XXI. Por toda a história, o conceito do que é beleza mudou ao longo dos anos, sofrendo influência da cultura local e do momento histórico. A exemplo, durante a época colonial brasileira, corpos obesos eram sinônimo de formosura, uma vez que remetiam à riqueza e à prosperidade [8], em contraponto com conceitos mais contemporâneos de corpos magros, bem definidos e musculosos considerados belos [9].

A vulnerabilidade de quem apresenta tal comportamento é uma característica marcante e o nível de autoestima determina o prognóstico da doença. Os fenômenos anoréxicos-bulímicos são, portanto, uma representação física-corporal de conflitos psíquicos [10].

Neste cenário, a psicanálise pode trazer grande contribuição para o tratamento do indivíduo, uma vez que à medida que as vivências psíquicas do sujeito se revelam durante a sessão, há uma melhor compreensão das expressões sintomáticas, como representação dos conflitos psíquicos elaborados no corpo [11]. Os acompanhamentos psiquiátrico, psicológico, clínico e nutricional constituem aspectos relevantes no controle e reversão do quadro agudo/crônico do TA [12].

Considerando a gravidade das complicações sistêmicas da BN no indivíduo, o presente estudo tem como objetivo revisar referências bibliográficas que apontam as repercussões psicanalíticas e clínicas da BN, bem como seu manejo multidisciplinar.

Métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa operacionalizada por revisão bibliográfica do tipo narrativa. A pergunta norteadora da pesquisa foi: "Quais as repercussões psíquicas e clínicas no paciente com bulimia nervosa e quais tipos de intervenções podem ser propostas?"

Critérios de elegibilidade e exclusão

Os critérios de elegibilidade para os artigos encontrados foram: meta-análise, estudo randomizado, revisões narrativa e sistemática. Foram excluídos estudos que envolveram outros tipos de transtorno alimentar ou que não apresentaram algum tipo de intervenção.

Estratégia de busca

Para identificação dos artigos foi realizada uma estratégia de busca eletrônica durante o período de outubro e novembro de 2022, por meio das bases de dados: [Medline/PubMed](#) e [The Cochrane Library](#), com rastreamento de todos os estudos publicados com recorte temporal limitado no período de 2012 a 2022.

As terminologias empregadas neste trabalho foram determinadas por meio das definições oficiais dos [descritores](#) conforme disponibilizado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), sendo as estratégias de busca utilizadas conforme descrito no [Quadro 1](#).

Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi dividida em etapas. Inicialmente, ocorreu a análise dos títulos dos artigos segundo os seguintes critérios de seleção: conter nos títulos os descritores expostos completos ou em partes, nos idiomas previamente definidos (português e inglês). Após a triagem dos títulos relevantes, para a inclusão, os resumos dos estudos identificados foram avaliados. Os estudos selecionados foram analisados na íntegra com aplicação dos critérios de elegibilidade, e, seguidamente, foram definidos os incluídos e excluídos desta revisão.

Extração de dados

Para a extração de dados, foi efetuada uma avaliação dos artigos com base nos tópicos metodológicos e científicos, onde os estudos deveriam apresentar os aspectos propostos para a avaliação como título, revista, ano de publicação, origem da informação, contemplação da pergunta norteadora, particularidade da intervenção, desfechos relacionados ao tratamento e aspectos éticos. Após a revisão de cada artigo, houve a inclusão dos estudos selecionados neste trabalho com destaque na metodologia, no tipo de estudo e na força dos resultados.

Resultados

Foram identificados 454 estudos. Desses, 353 artigos foram excluídos após avaliação do título; 80 deles após a leitura dos resumos e mais 6 estudos após a leitura completa, por não se enquadrarem no tema proposto. Desta forma, dos 21 artigos restantes que foram avaliados na íntegra, apenas 14 artigos foram incluídos nesta revisão [[Figura 1](#)].

Dos resultados das buscas, o objetivo dos estudos se delimitou em tratamento, sintomas, estigmas e consequências hormonais [[Quadro 1](#)]

[[Tabela 1](#)]. O modo de tratar a bulimia nervosa foi objetivo de nove dos estudos selecionados nas buscas, dentre eles, os tipos de estudos observados foram revisão da literatura, sistemática, narrativa, metanálise e estudo randomizado. Três estudos envolveram o tratamento com uso de fármacos, como, por exemplo, os antidepressivos. O tratamento não medicamentoso foi citado em todos esses estudos, indicando a terapia cognitiva-comportamental, tratamento nutricional e terapias combinadas relacionadas com a melhora na qualidade de vida do indivíduo. Além disso, o restabelecimento do peso ideal foi entendido como viés importante para uma recuperação física e emocional. A falha nos tratamentos está relacionada às preocupações com a imagem corporal, impulsividade, depressão, restrição severa de dieta e mau ajustamento social [[13](#), [18](#) - [22](#), [24](#) - [26](#)].

Alguns aspectos sintomatológicos foram citados em 3 estudos, dos quais metanálise, revisão sistemática e revisão da literatura. Foi constatado que os pacientes com BN apresentam hiperatividade, e alteração nas atividades neurais relacionadas ao comportamento alimentar indicando maior tendência ao consumo excessivo de alimentos e compulsão.

Uma das características purgativas deste transtorno, o vômito autoinduzido, está relacionado com o desgaste dentário e comprometimento da função oral com deterioração da aparência facial. Foi destacada também a deficiência de mentalização em pacientes com BN em comparação com controles que implicam em uma dificuldade de diferenciar o real do imaginário. Ademais averiguou-se uma diminuição nos níveis de grelina em diagnósticos de BN purgativa, sendo um fator de risco para um comprometimento do estado nutricional [[14](#), [15](#), [17](#), [23](#)].

Discussão

Tratamento

Em relação ao tratamento farmacológico da bulimia, uma revisão narrativa feita por Halmi, em 2013 [[22](#)], concluiu que pacientes com BN são mais resistentes ao tratamento devido a grandes preocupações com imagem corporal, impulsividade, depressão, restrição dietética severa e um mau ajustamento social do indivíduo. Ainda, de acordo com o estudo, como os transtornos alimentares acontecem a partir de uma associação de diversos fatores de risco ambientais, genéticos e neurobiológicos, tornam-se necessários mais estudos na área para melhor elucidação dos fatos. Esse achado corrobora com uma série de resultados obtidos em pesquisas sobre o assunto realizados no início dos anos 2000 [[27](#) - [30](#)], nos quais é possível

observar que a aderência ou não ao tratamento tem raízes mais profundas do que apenas a suspensão dos hábitos bulímicos na rotina do paciente. A percepção de que corpos magros são associados ao sucesso, à competência, ao autocontrole, a ser mais atraente sexualmente e à competência profissional, pode contribuir para a manutenção dos transtornos alimentares [31]. Sendo assim, como dito anteriormente, percebe-se a mídia e as redes sociais como principais influenciadores negativos no psíquico do indivíduo, ao estabelecerem um padrão de beleza como um ideal a ser seguido [32]. Esse entendimento é fundamental para entender de fato como a busca por um corpo perfeito pode dificultar, não só a percepção do indivíduo sobre o mal que tal comportamento pode causar à sua saúde, mas também na eventual resistência ao tratamento.

Uma revisão feita por Crow em 2019 [13], apresentou resultados positivos quanto ao uso de fármacos antidepressivos, como a Fluoxetina, por exemplo, no tratamento da BN, o que é semelhante a outros resultados encontrados na literatura [33]. Esse achado demonstra como uma abordagem medicamentosa pode ser eficaz no tratamento da doença, uma vez que pode contribuir para a diminuição dos sintomas de compulsão alimentar presentes na manifestação sintomatológica da BN. Apesar disso, é preciso salientar que uma das conclusões encontradas em todos os artigos supracitados é que o tratamento farmacológico isolado não é tão eficaz para remissão da BN quanto quando associado a abordagem psicológica e nutricional dos indivíduos. Essa afirmativa se fortalece a partir da meta-análise realizada por Svaldi et al., em 2019 [21], que identificou que, apesar do tratamento farmacológico a autoajuda e terapias combinadas apresentarem bons resultados no tratamento da BN, a psicoterapia produz efeitos ainda maiores na saúde.

Sob esta perspectiva, uma revisão sistemática realizada por Kotilahti et al., em 2020 [18], concluiu que tratamento ambulatorial com psicólogos e nutricionistas geraram mudanças significativas nos sintomas da BN durante acompanhamento profissional dos indivíduos que apresentaram tal doença. Além disso, os estudos randomizados feitos por Matherne et al., em 2022 [24] e por Wunderlich et al., em 2014 [25] e a metanálise feita por Matheson et al., em 2020 [26], indicam que a psicoterapia é eficaz na redução dos sintomas da BN, podendo, também, ser usada no tratamento precoce de pacientes que apresentem riscos de desenvolver tal transtorno.

A abordagem psicológica mais presente e mais discutida nos estudos supracitados é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) que demonstra ser uma das mais eficazes no tratamento da Bulimia Nervosa [34]. Isso é corroborado pela revisão da literatura realizada por Silva et al., em 2015 [35], na qual, a partir dos 20 artigos selecionados no estudo, dentre os principais resultados encontra-se que a psicoterapia, em especial a TCC, promove a diminuição de comportamentos de compulsões alimentar e de purgação, além de auxiliar no sentimento de insatisfação corporal e nos sintomas depressivos associados. Por esse motivo, essa abordagem terapêutica é recomendada pelos guias internacionais como o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e a APA [36, 2]. Dessa forma, entende-se como um acompanhamento psicológico é essencial na diminuição dos sintomas da BN e no seu tratamento, de modo que se torna evidente como o cuidado com a saúde mental impacta diretamente na saúde corporal do paciente.

Além da abordagem medicamentosa e psicológica, a nutricional também se apresenta como essencial o tratamento da BN. Diante desse cenário, uma atualização elaborada por Starr e Kreipe em 2014 [19] indica que a saúde cerebral e óssea é afetada após quadro de distúrbio alimentar e que suas recuperações se dão mais rapidamente após restauração do peso, e consequente restauração da ingesta calórica apropriada, do que com intervenção farmacológica. Como esclarecido anteriormente, ao contrário de outros tipos de transtorno alimentar, a bulimia não visa, necessariamente, a perda de peso a curto prazo, mas sim o controle do que é ingerido por meio de episódios de compulsão alimentar seguido de atitudes compensatórias como uso de laxantes, diuréticos, jejum, exercícios físicos excessivos e vômitos. Com isso, percebe-se uma inadequação no consumo calórico podendo e no comportamento alimentar, gerando prejuízos no estado nutricional e impactando, a longo prazo, na qualidade de vida do paciente.

Dessa maneira, um planejamento nutricional levando em consideração não só as necessidades de micro e macronutrientes, mas também todos esses fatores associados, pode promover melhor relação do indivíduo com a comida, beneficiando, consequentemente, seu estado nutricional [37]. Para além do planejamento dietético, a avaliação bioquímica do paciente torna-se necessária a fim de acompanhar o estado de saúde do paciente e identificar possíveis deficiências nutricionais. Para tal, pode-se analisar o hemograma completo; o lipidograma; a glicemia; a albumina e as proteínas totais; a cinética do ferro; as vitaminas e as funções renal e

hepática, para acompanhamento de possíveis anemias, hipovitaminoses ou outros distúrbios característicos de desnutrição advinda da má alimentação [38].

Nesse mesmo contexto, uma revisão sistemática feita por Mourilhe et al., 2021 [20] conclui que o Guia de Nutrição para Dependência Alimentar Desordenada (da sigla em inglês DEFANG) pode ser usado como uma ferramenta para ajudar os pacientes a alcançar uma recuperação sustentável. Adaptando esse conceito para a realidade brasileira, o Guia Alimentar para População Brasileira de 2014 [39] que, apesar de não ser direcionado diretamente a transtornos alimentares e sim para a população geral, trata o ato de se alimentar adequadamente de forma sensível e desmistificada. Essa visão da alimentação, se abordada adequadamente pelo profissional, pode auxiliar o indivíduo a reestabelecer, aos poucos, um relacionamento saudável com a ingesta calórica, reduzindo os sintomas e, conseqüentemente, proporcionando meios para reabilitação do paciente [40].

Consequências sintomatológicas

Os pacientes com BN demonstraram hiperatividade e ineficiências gerais de processamento no sistema frontostriatal. Foi demonstrada uma relação entre a gravidade dos sintomas de BN e a atividade neural aberrante e déficits nos processos neurais autorregulatórios relacionados à diminuição da atividade nos circuitos frontoestriatais [14]. Esse resultado contribui para a diminuição do controle inibitório na BN, pois estão relacionados aos processos de autorregulação, colaborando, possivelmente, com a compulsão alimentar e outros comportamentos impulsivos em indivíduos com BN [41]. No que diz respeito aos estudos de estímulos específicos de alimentos, os resultados sugerem que os pacientes com patologia bulímica têm menos ativação nas regiões gustativas e de recompensa antes e durante a alimentação, o que pode mediar a tendência ao consumo excessivo e à compulsão alimentar [42]. Paralelo a isto, um estudo de Atalayer et al. [17] mostra que a desregulação da grelina poderia estar envolvida na manutenção dos TA, mas sem ser um fator causal. A grelina é um hormônio orexígeno e adipogênico, produzido principalmente no trato gastrointestinal pelas células endócrinas das glândulas oxínticas da mucosa e liberado na corrente sanguínea [43].

Numerosos estudos mostraram flutuação circadiana nos níveis plasmáticos de grelina, com aumentos distintos antes da ingestão de alimentos e reduções rápidas após as refeições [44]. Troisi et al. [45] demonstrou que

pacientes com subtipos de compulsão alimentar/purgação tinham níveis de grelina mais baixos do que os pacientes com método não purgativo. Os níveis mais baixos de grelina podem refletir um maior armazenamento de energia o IMC tende a ser semelhante entre AN-purgativo e AN-restritivo, e ainda assim a grelina foi significativamente menor em AN-purgativa do que na BN-Purgativo. Portanto, as diferenças nos níveis de grelina podem ser um indicador de estado nutricional agudo refletindo menor ingestão calórica em vez de armazenamento de energia.

Como dito anteriormente, a BN segue um padrão no qual os atos purgativos geram inadequação nos mecanismos de apetite, fome e saciedade [46]. Algumas pesquisas sobre esse assunto demonstram que tais atitudes podem ocasionar uma série de prejuízos na saúde, dentre os quais pode-se citar distúrbios eletrolíticos e desgaste dentário em pacientes que provocam vômito com frequência [47, 48]. Sob esta perspectiva, em um estudo feito por Pallier et al. [49], pacientes com BN apresentaram desgaste dentário mais erosivo e episódios eméticos com mais frequência do que outros transtornos alimentares. A erosão dentária é um processo caracterizado pela perda morfológica natural da superfície e contorno dos dentes, causado pela mudança no pH do ambiente bucal induzido por episódios eméticos ou associado comportamento inadequado de higiene bucal [50]. Além disso, o desgaste dentário está associado ao comprometimento funcional e deterioração estética, podendo interferir na falta de autoestima, aceitação corporal e dieta [51].

Desafios terapêuticos

Entende-se por mentalização como a capacidade de refletir sobre os estados mentais de si e de outro indivíduo durante as relações interpessoais, considerando que esta interação inclui sentimentos, desejos e atitudes dos participantes [52]. Um estudo feito por Bora e Kose [53] averiguou que pacientes com BN apresentavam déficit no reconhecimento das emoções de outras pessoas e cognição social por meio de expressões faciais avaliadas. Segundo Sacchetti et al. [23] a mentalização prejudicada é uma característica da BN e a BN pode se desenvolver e persistir apesar das boas habilidades de mentalização.

Apenas um estudo, uma revisão de escopo, relatou sobre estigma e preconceito, caracterizada com traços de caráter destrutivo influenciando diretamente na adesão terapêutica [16]. Realizado por Brelet et al., em 2018 [16], essa revisão identificou que o estigma para indivíduos com BN são traços de caráter autodestrutivo, baixa autoestima, distância social, desejo de ser igual ao outro, simpatia, falta de suporte social e apoio dos

pais, além de abuso sexual prévio, sobrepeso ou obesidade na infância e adolescência e a influência socioculturais das mídias sociais. Foi amplamente relatado o desejo de atenção em pacientes com BN [54].

As pessoas com transtornos alimentares (TA), de forma geral, são percebidas como responsáveis pelo transtorno relacionado a falta de autodisciplina e apoio social. Foi demonstrado que atitudes negativas e a distância social em relação aos pacientes com TA também são comuns [16].

Pessoas que carregam conhecimento sobre TA ou que já apresentaram algum sintoma possuem menos atitudes negativas em relação às pessoas com TA [16]. A hipótese da psicologia social desenvolvida por Allport [55] explica que as atitudes negativas resultam da falta de contato pessoal e positivo com os membros do grupo externo. Tal afirmativa confirma a relevância das estratégias de redução do estigma que promovem interações interpessoais ou intergrupais com pessoas estigmatizadas [16]. Portanto, melhorar a conscientização pública sobre os TAs pode ser uma estratégia eficaz para reduzir o estigma dos TAs.

Conclusão

Dessa forma, os artigos levantados reúnem aspectos sintomatológicos, tratamentos medicamentosos, psicoterapêuticos e nutricionais, demonstrando que estes constituem aspectos relevantes no controle e reversão do quadro de Bulimia Nervosa. Foram abordadas características clínicas que justificam a sintomatologia da doença, além das consequências físicas e nutricionais dos métodos purgativos. Diante do exposto foi possível entender que indivíduos com BN estão em sofrimento psíquico e necessitam da intervenção de todas essas áreas da saúde para gradual remissão da doença.

Referências

1. World Health Organization. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

3. Alvarenga MS, Scagliusi FB. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. *Rev Nutr.* 2010;23(5):907-18.
<https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000500020>
4. Tith RM, Paradis G, Potter BJ, Low N, Healy-Profítós J, He S, Auger N. Association of bulimia nervosa with long-term risk of cardiovascular disease and mortality among women. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(1):44-51.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2914> PMID:31617882
PMCID:PMC6802370
5. Mehler PS, Blalock DV, Walden K, Kaur S, McBride J, Walsh K, Watts J. Medical findings in 1,026 consecutive adult inpatient-residential eating disordered patients. *Int J Eat Disord.* 2018;51(4):305-13. <https://doi.org/10.1002/eat.22830>
PMID:29417593
6. Bern EM, Woods ER, Rodriguez L. Gastrointestinal manifestations of eating disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;63(5):e77-85. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001394>
PMID:27579693
7. Sánchez RM, Moreno AM. Ortorexia y vigorexia: ¿ nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastor Conducta Aliment.* 2007;(5):457-82.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2379929.pdf>
8. Del Priore M, Amantino M. História do corpo no Brasil. São Paulo: Editora Unesp; 2011.
9. Liao Y, Knoesen NP, Castle DJ, Tang J, Deng Y, Bookun R, Chen X, Hao W, Meng G, Liu T. Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students. *Compr Psychiatry.* 2010;51(5):516-23.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.11.007> PMID:20728010
10. Sopezki D, Vaz CE. O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. *Interação Psicol.* 2008;12(2):267-75.
<https://doi.org/10.5380/psi.v12i2.7831>

11. Amaral TM, Ferreira RA. Anorexia e bulimia - um transtorno alimentar: não se trata disso. Rev Med Minas Gerais. 2008;18(4 Suppl 1):5-12. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1394>
12. Dantas JL, Oliveira MCD. Anorexia nervosa: uma visão do tratamento multidisciplinar. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2019. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/14585>
13. Crow SJ. Pharmacologic treatment of eating disorders. Psychiatr Clin North Am. 2019;42(2):253-62. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.007> PMID:31046927
14. Donnelly B, Touyz S, Hay P, Burton A, Russell J, Caterson I. Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review. J Eat Disord. 2018;6:3. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0187-1> PMID:29468065 PMCID:PMC5819247
15. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2015;207(4):299-305. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.156323> PMID:26429686
16. Brelet L, Flaudias V, Désert M, Guillaume S, Llorca PM, Boirie Y. Stigmatization toward people with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: a scoping review. Nutrients. 2021;13(8):2834. <https://doi.org/10.3390/nu13082834> PMID:34444994 PMCID:PMC8400545
17. Atalayer D, Gibson C, Konopacka A, Geliebter A. Ghrelin and eating disorders. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2013;40:70-82. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.08.011> PMID:22960103 PMCID:PMC3522761
18. Kotilahti E, West M, Isomaa R, Karhunen L, Rocks T, Ruusunen A. Treatment interventions for severe and enduring eating disorders: systematic review. Int J Eat Disord. 2020;53(8):1280-302. <https://doi.org/10.1002/eat.23322> PMID:32488936
19. Starr TB, Kreipe RE. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: brains, bones and breeding. Curr Psychiatry Rep. 2014;16(5):441. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0441-4> PMID:24705938

20. Mourilhe C, Moraes CE, Veiga GD, Luz FQ, Pompeu A, Nazar BP, Coutinho ESF, Hay P, Appolinario JC. An evaluation of binge eating characteristics in individuals with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Appetite*. 2021;162:105176.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105176> PMID:33639247
21. Svaldi J, Schmitz F, Baur J, Hartmann AS, Legenbauer T, Thaler C, von Wietersheim J, de Zwaan M, Tuschen-Caffier B. Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for bulimia nervosa. *Psychol Med*. 2019;49(6):898-910.
<https://doi.org/10.1017/s0033291718003525> PMID:30514412
22. Halmi KA. Perplexities of treatment resistance in eating disorders. *BMC Psychiatry*. 2013;13:292.
<https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-292> PMID:24199597
PMCID:PMC3829659
23. Sacchetti S, Robinson P, Bogaardt A, Clare A, Ouellet-Courtois C, Luyten P, Bateman A, Fonagy P. Reduced mentalizing in patients with bulimia nervosa and features of borderline personality disorder: a case-control study. *BMC Psychiatry*. 2019;19:134.
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2112-9> PMID:31060534
PMCID:PMC6501333
24. Matherne CE, Watson H, Fassnacht DB, Ali K, Zerwas S, Peat C, Runfola C, Levine MD, Marcus MD, Zimmer B, Moessner M, Crosby R, Bulik CM. An exploratory investigation of predictors of outcome in face-to-face and online cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2022;30(4):373-87.
<https://doi.org/10.1002/erv.2898> PMID:35474624
25. Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, Smith TL, Klein MH, Mitchell JE, Crow SJ. A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychol Med*. 2014;44(3):543-53.
<https://doi.org/10.1017/s0033291713001098> PMID:23701891
PMCID:PMC5551978

26. Matheson BE, Gorrell S, Bohon C, Agras WS, Le Grange D, Lock J. Investigating early response to treatment in a multi-site study for adolescent bulimia nervosa. *Front Psychiatry*. 2020;11:92. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00092> PMID:32184746 PMCID:PMC7058584
27. Kahn C, Pike KM. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2001;30(3):237-44. <https://doi.org/10.1002/eat.1080> PMID:11746282
28. Mahon, J. Dropping out from psychological treatment for eating disorders: what are the issues? *Eur Eat Disord Rev*. 2000;8(3):198-216. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(200005\)8:3%3C198::AID-ERV356%3E3.0.CO;2-3](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(200005)8:3%3C198::AID-ERV356%3E3.0.CO;2-3)
29. Peake KJ, Limbert C, Whitehead L. Gone, but not forgotten: an examination of the factors associated with dropping out from treatment of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2005;13(5):330-7. <https://doi.org/10.1002/erv.645>
30. Sicchieri JMF, Santos MA, Santos JE, Ribeiro RPP. Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares: resultados após a alta hospitalar. *Ciênc Cuid Saude*. 2007;6(1):68-75. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4975/3226>
31. Lopes CM, Rodrigues Junior OM. A influência da mídia no comportamento alimentar entre os adolescentes: transtornos alimentares anorexia nervosa e a bulimia nervosa. *Res Soc Dev*. 2022;11(13):e404111335648. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35648>
32. Bacaltchuk J, Hay P. Tratamento da bulimia nervosa: síntese das evidências. *Braz J Psychiatry*. 1999;21(3):184-7. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000300012>
33. Appolinario JC, Bacaltchuk J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. *Braz J Psychiatry*. 2002;24 Suppl 3:54-9. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700012>

- 34. Appolinario JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22 Suppl 2:28-31. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600008>
- 35. Silva TAB, Vasconcelos FMN, Ximenes RCC, Sampaio TPA, Sougey EB. As terapias cognitivo-comportamentais no tratamento da bulimia nervosa: uma revisão. J Bras Psiquiatr. 2015;64(2):160-8. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000072>
- 36. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester (UK): British Psychological Society; 2004. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49304/pdf/Bookshelf_NBK49304.pdf PMID:23346610
- 37. Latterza AR, Dunker KLL, Scagliusi FB, Kemen E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. Rev Psiquiatr Clin. 2004;31(4):173-6. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400009>
- 38. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPPP, Marchini JS, Santos JE. Transtornos alimentares - quadro clínico. Medicina (Ribeirão Preto). 2006;39(3):340-8. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p340-348>
- 39. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
- 40. Claudino AM, Zanella MT. Guias de transtornos alimentares e obesidade. [Barueri]: Manole; 2005.
- 41. Silva NA. Avaliação das alterações anatômicas cerebrais em adolescentes com bulimia nervosa: um estudo de neuroimagem [tese]. [Recife]: Universidade Federal de Pernambuco; 2018. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/32307>

42. Bohon C, Stice E. Reward abnormalities among women with full and subthreshold bulimia nervosa: a functional magnetic resonance imaging study. *Int J Eat Disord*. 2011;44(7):585-95. <https://doi.org/10.1002/eat.20869> PMID:21997421
PMCID:PMC3111910
43. Sakata I, Yang J, Lee CE, Osborne-Lawrence S, Rovinsky SA, Elmquist JK, Zigman JM. Colocalization of ghrelin O-acyltransferase and ghrelin in gastric mucosal cells. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2009;297(1):E134-41. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.90859.2008> PMID 19401456
PMCID:PMC2711663
44. Kojima M, Kangawa K. Ghrelin: structure and function. *Physiol Rev*. 2005;85(2):495-522. <https://doi.org/10.1152/physrev.00012.2004> PMID:15788704
45. Troisi A, Di Lorenzo G, Lega I, Tesauro M, Bertoli A, Leo R, Iantorno M, Pecchioli C, Rizza S, Turriziani M, Lauro R, Siracusano A. Plasma ghrelin in anorexia, bulimia, and binge-eating disorder: relations with eating patterns and circulating concentrations of cortisol and thyroid hormones. *Neuroendocrinology*. 2005;81(4):259-66. <https://doi.org/10.1159/000087923>
PMID:16131812
46. Philippi ST, Alvarenga M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. [Barueri]: Manole; 2004.
47. Bo-Linn GW, Santa Ana CA, Morawski SG, Fordtran JS. Purging and calorie absorption in bulimic patients and normal women. *Ann Intern Med*. 1983;99(1):14-7. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-99-1-14> PMID:6190422
48. Fairburn CG, Harrison PJ. Risk factors for anorexia nervosa. *Lancet*. 2003;361(9372):1914. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13529-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13529-5)
49. Pallier A, Karimova A, Boillot A, Colon P, Ringuenet D, Bouchard P, Rangé H. Dental and periodontal health in adults with eating disorders: a case-control study. *J Dent*. 2019;84:55-9. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2019.03.005> PMID:30876949

- 50. Carvalho TS, Colon P, Ganss C, Huysmans MC, Lussi A, Schlueter N, Schmalz G, Shellis RP, Tveit AB, Wiegand A. Consensus report of the European Federation of Conservative Dentistry: erosive tooth wear--diagnosis and management. *Clin Oral Investig*. 2015;19(7):1557-61. <https://doi.org/10.1007/s00784-015-1511-7> PMID:26121968

- 51. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis*. 2008;14(6):479-84. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2007.01422.x> PMID:18826377

- 52. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: the reflective functioning questionnaire. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678> PMID:27392018 PMCID:PMC4938585

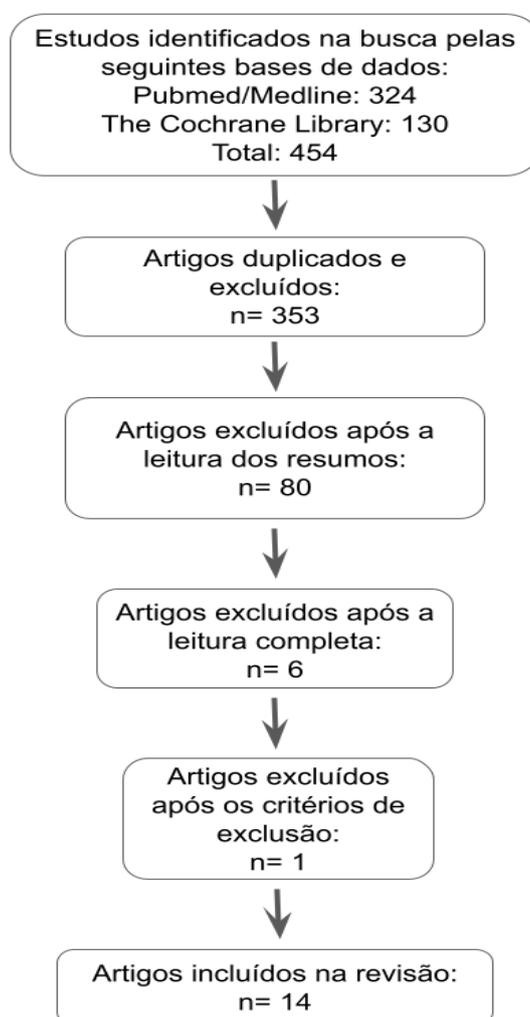
- 53. Bora E, Kose S. Meta-analysis of theory of mind in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a specific impairment of cognitive perspective taking in anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*. 2016;49(8):739-40. <https://doi.org/10.1002/eat.22572> PMID:27425037

- 54. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. Temporal stability of the eating disorder examination questionnaire. *Int J Eat Disord*. 2004;36(2):195-203. <https://doi.org/10.1002/eat.20017> PMID:15282689

- 55. Allport FH. The structuring of events: outline of a general theory with applications to psychology. *Psychol Rev*. 1954;61(5):281-303. <https://doi.org/10.1037/h0062678> PMID:13204492

Construtor	Combinações
#1	(eating disorder) OR (bulimia) OR (image disorder) OR (transtorno alimentar)
#2	((("psicanálise") OR "psiquiatria") OR (psychoanalysis)) OR (psychiatry)
#3	((("dietoterapia") OR "nutrição") OR (diet therapy)) OR (nutrition)
#4	((#1) AND (#2)) AND (#3)
Filters	Published in the last 10 years; Humans; English; Portuguese; Young adults and Adults;

↑ ↑ **Quadro 1.** Estratégias de pesquisa no banco de dados Banco de dados utilizando palavras /descritores e os operadores booleanos "AND" e "OR".



↑ **Figura 1.** Fluxograma da estratégia de busca bibliográfica

↑ **Tabela 1.** Resumo dos resultados das buscas

Autor, ano	Desenho	TA	Objetivo	Principais resultados	País	Relação com bulimia
Crow, 2019 [13].	Revisão da literatura	AN, BN e TCAP	Revisão da literatura sobre os tratamentos medicamentosos para AN, BN e TCAP. Avalia-se opções, objetivos de tratamento e estratégia geral. Discute-se ainda o impacto dos medicamentos nos transtornos alimentares.	Dois estudos de fluoxetina levaram-no a ser o medicamento mais frequentemente considerado para o tratamento de bulimia nervosa. Existe uma literatura notavelmente profunda sobre o uso de antidepressivos tricíclicos para BN.	EUA	Utilização de fármacos antidepressivos para tratamento de bulimia nervosa.
Donnelly et al., 2018 [14].	Revisão sistemática	BN e TCAP	Revisão sistemática na literatura sobre uso de técnicas de neuroimagem para explorar as alterações	Os pacientes com BN demonstraram hiperatividade e ineficiências gerais de processamento no sistema frontostriatal. No que diz respeito aos		Relação entre a gravidade dos sintomas e a atividade neural aberrante e déficits nos processos



			<p>cerebrais estruturais e funcionais que ocorrem naqueles com transtornos alimentares.</p>	<p>estudos de estímulos específicos de alimentos, os resultados sugerem que os pacientes com patologia bulímica têm menos ativação nas regiões gustativas e de recompensa antes e durante a alimentação, o que pode mediar a tendência ao consumo excessivo e à compulsão alimentar.</p>		<p>neurais auto regulatórios em pacientes com BN.</p>
<p>Kisely et al., 2018 [15].</p>	<p>Revisão sistemática e metanálise</p>	<p>TA não específico</p>	<p>Determinar a associação entre transtorno alimentar e má saúde bucal, incluindo qualquer diferença entre pacientes com e sem vômito autoinduzido.</p>	<p>O vômito auto induzido é um fator etiológico para o desgaste dentário. A má saúde bucal pode ter consequências importantes para pacientes com transtorno alimentar, incluindo consequências</p>	<p>Austrália</p>	<p>Relação entre TA e má saúde bucal como consequência do vômito auto induzido.</p>



				físicas e alimentares.		
Brelet et al., 2021 [16].	Revisão de escopo	AN, BN, TCA	Sintetizar o conhecimento atual sobre o conteúdo de estigma <i>comum</i> e <i>específico</i> de AN, BN e TCAP na forma de estereótipos, preconceito e comportamentos discriminatórios contra pessoas com TA.	O estigma para pessoas com BN são traços de caráter autodestrutivo, distúrbio caracterizado como difícil de tratar, baixa autoestima, distância social, desejo de imitar, simpatia, Falta de suporte social e apoio dos pais, abuso sexual, sobrepeso/obesidade e na infância/adolescência, influências socioculturais (mídia).	França	Estigma com pessoas diagnosticadas com bulimia nervosa
Atalayer et al., 2013 [17].	Revisão	AN, BN, TCA	Esta revisão resume descobertas recentes e vários relatórios conflitantes	No geral, esses estudos mostraram que pacientes com subtipos de compulsão alimentar/purgação tinham níveis de	EUA	Associação dos níveis de grelina com os transtornos alimentares.



			sobre a grelina em transtornos alimentares.	grelina mais baixos do que os pacientes com método não purgativo. Os níveis mais baixos de grelina podem refletir um maior armazenamento de energia o IMC tende a ser semelhante entre AN-purgativo e AN-restritivo, e ainda assim a grelina foi significativamente menor em AN-purgativa do que na BN-Purgativo.		
Kotilahti et al., 2020 [18].	Revisão sistemática	BN, AN, outros transtornos alimentares	Identificar opções de tratamento potencialmente benéficas para SE-ED, incluindo tratamentos para pacientes internados, tratamentos ambulatoriais e	Em estudos com tratamento ambulatorial com psicólogos e nutricionistas observaram-se mudanças nos sintomas de transtorno alimentar, durante o tratamento e acompanhamento.	Finlândia/Austrália	Tratamento



			hospitalares, drogas e terapias de estimulação cerebral			
Starr, Kreipe, 2014 [19].	Atualização (?)	AN e BN	Identificar mudanças recentes nos critérios diagnósticos; informações sobre a epidemiologia da AN e BN; evidências baseadas na ciência sobre o cérebro, saúde óssea e genética e um tratamento baseado em evidências clínicas.	Tanto o cérebro quanto os ossos são afetados pelos distúrbios alimentares, e sua saúde melhora mais rapidamente com a restauração do peso do que com qualquer outra intervenção farmacológica.	EUA	Foco em como a alimentação é essencial para recuperação física e emocional do indivíduo, melhor até que remédios.
Mourilhe et al., 2021 [20].	Revisão sistemática e meta análise	BN e outros TAs	Explorar brevemente as relações entre TAs e vícios, e propor um	O Guia de Nutrição para Dependência Alimentar Desordenada (DEFANG) é	EUA	Tratamento



			novo modelo de conceituação e tratamento de TAs que incorpore dados recentes sobre compulsão alimentar	apresentado como uma ferramenta para enquadrar os objetivos do tratamento e ajudar os pacientes a alcançar uma recuperação sustentável.		
Svaldi et al., 2019 [21].	Meta-análise pré-registrada de ensaios clínicos randomizados	BN	Avaliar a eficácia de 19 intervenções no tratamento da bn	A psicoterapia produziu efeitos grandes a muito grandes em relação às variáveis de resultados secundários, enquanto efeitos moderados a grandes foram observados para autoajuda, farmacoterapia e terapias combinadas	Alemanha	tratamento
Halmi, 2013 [22].	revisão narrativa	TAs	Examina características de resistência ao tratamento expressas na	Pacientes com bulimia nervosa são menos resistentes ao tratamento com falhas relacionadas	EUA	tratamento



			psicopatologia do transtorno alimentar central, comorbidades e características biológicas.	a maiores preocupações com a imagem corporal, impulsividade, depressão, restrição severa de dieta e mau ajustamento social		
Sacchetti et al., 2019 [23].	Revisão sistemática	BN	Investigar deficiências de mentalização em pacientes com Bulimia Nervosa (BN) em comparação com grupo controle	Os pacientes com BN pontuaram significativamente mais baixo do que os controle em todos os testes de mentalização, com tamanhos de efeito moderados a grandes entre os grupos.	Inglaterra	Sintoma
Matherne et al., 2022 [24].	Estudo randomizado	BN	Compreender melhor empiricamente como a terapia cognitivo comportamental afeta o indivíduo antes, durante e depois do	A melhora da qualidade de vida relacionada ao transtorno alimentar durante o tratamento e o acompanhamento previu a abstinência no final do tratamento e nas	Austrália	Tratamento psicológico



			tratamento e persistência dos sintomas.	avaliações de 1 ano.		
Wonderlich et al., 2014 [25].	Estudo randomizado	BN	Comparar uma nova psicoterapia para bulimia nervosa (BN), terapia cognitivo-afetiva integrativa (ICAT), com um tratamento estabelecido, terapia cognitivo-comportamental 'aprimorada' (CBT-E)	Ambos os tratamentos foram associados com melhora significativa nos sintomas bulímicos e em todas as medidas de resultado, e não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as duas condições no EOT ou acompanhamento.	EUA	Tratamento
Matheson et al., 2020 [26].	Meta análise	BN	Replicar e ampliar as descobertas de que a resposta precoce ao tratamento na bulimia nervosa (BN) no adolescente	Esse estudo indica que 93% dos pacientes demonstraram resultados de redução dos sintomas de purga com o tratamento, já nas primeiras		Eficácia do tratamento psicológico



		pode melhorar o prognóstico, diminuindo o tempo de resposta ao tratamento juntamente com a diminuição dos sintomas de purga.	sessões.		
--	--	--	----------	--	--

Legenda: **BN**= bulimia nervosa, **AN**= anorexia nervosa, **TAs**= transtornos alimentares, **TCA**s= transtorno de compulsão alimentar, **TCAP**= transtorno de compulsão alimentar purgativ