

**MANEJO TERAPÊUTICO DA BULIMIA NERVOSA: PROTOCOLOS DE
ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E ALIANÇA TERAPÊUTICA**

**THERAPEUTIC MANAGEMENT OF BULIMIA NERVOSA:
MULTIDISCIPLINARY APPROACH PROTOCOLS AND THERAPEUTIC
ALLIANCE**

**MANEJO TERAPÊUTICO DE LA BULIMIA NERVOSA: PROTOCOLOS DE
ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO Y ALIANZA TERAPÉUTICA**



10.56238/sevened2026.002-027

Sílvia de Lucena Silva Araújo

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

Maria Clara Lopes Aguiar

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Olinda (FMO)

Aline Ferreira Catrolio

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Municipal Professor Franco Montoro (FMPFM)

Pietro Matheus Oliveira Mota

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas de Cruzeiro do Sul (Afya)

Darika Ribeiro Fernandes

Mestranda em Saúde da Família

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Claudia Aparecida Becker

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Brasil Fernandópolis SP (UB)

Amanda Vieira Fernandes Crispim

Graduanda em Psicologia

Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF)

Rodolfo Ricardo Toledo

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade de Aquino Bolívia (UDABOL)

Lara Fernanda Cappi

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Marília (UNIMAR)

Clara Letícia Schmitt Gurgacz

Graduanda em Medicina

Instituição: Fundação Assis Gurgacz (FAG)

Maicy Bastos Rodrigues

Especialista em Psicologia Hospitalar

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)

Vilma de Souza Freire

Graduanda em Psicologia

Instituição: Faculdade Internacional da Paraíba (FPB)

RESUMO

A bulimia nervosa (BN) é um transtorno alimentar grave, crônico e recorrente, caracterizado por episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados (vômitos autoinduzidos, uso de laxantes). Possui uma prevalência notável em adolescentes e adultos jovens e está frequentemente associada à distorção da imagem corporal, resultando em impactos físicos, emocionais e sociais significativos. Devido ao potencial de complicações médicas sistêmicas (como desequilíbrios hidroeletrólíticos, erosão dentária e alterações gastrointestinais) e alta taxa de comorbidades psiquiátricas (depressão, ansiedade e transtornos de personalidade), o manejo eficaz da BN exige diagnóstico precoce e uma abordagem estruturada. O tratamento é essencialmente multidisciplinar, envolvendo equipes médicas, psiquiátricas, psicológicas e nutricionais. A psicoterapia é a intervenção de primeira linha: a Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada (CBT-E) é o padrão-ouro para adultos, e o Tratamento Baseado na Família (FBT-BN) é preferencial para adolescentes, visando a interrupção do ciclo restrição-compulsão. O acompanhamento nutricional é crucial para a reeducação alimentar, normalização do padrão e trabalho na flexibilidade alimentar. O tratamento farmacológico (ex: inibidores seletivos da recaptação de serotonina) é mais frequentemente utilizado para comorbidades associadas. Um pilar central para o sucesso e adesão ao tratamento é a construção de uma sólida aliança terapêutica entre o paciente, a família e os profissionais de saúde, dada a ambivalência e a vergonha que frequentemente acompanham o transtorno. O documento também discute a importância de mitigar as disparidades no tratamento para populações vulneráveis.

Palavras-chave: Bulimia Nervosa. Intervenção Terapêutica e Multidisciplinar.

ABSTRACT

Bulimia nervosa (BN) is a serious, chronic, and recurrent eating disorder characterized by episodes of binge eating followed by inappropriate compensatory behaviors (self-induced vomiting, laxative use). It has a notable prevalence in adolescents and young adults and is frequently associated with body image distortion, resulting in significant physical, emotional, and social impacts. Due to the potential for systemic medical complications (such as electrolyte imbalances, dental erosion, and gastrointestinal alterations) and a high rate of psychiatric comorbidities (depression, anxiety, and personality disorders), effective management of BN requires early diagnosis and a structured approach.

Treatment is essentially multidisciplinary, involving medical, psychiatric, psychological, and nutritional teams. Psychotherapy is the first-line intervention: Enhanced Cognitive Behavioral Therapy (EBT) is the gold standard for adults, and Family-Based Treatment (FBT-BN) is preferred for adolescents, aiming to interrupt the restriction-binge cycle. Nutritional monitoring is crucial for dietary re-education, normalization of eating patterns, and work on dietary flexibility. Pharmacological treatment (e.g., selective serotonin reuptake inhibitors) is most frequently used for associated comorbidities. A central pillar for the success and adherence to treatment is the construction of a solid therapeutic alliance between the patient, family, and healthcare professionals, given the ambivalence and shame that often accompany the disorder. The document also discusses the importance of mitigating disparities in treatment for vulnerable populations.

Keywords: Bulimia Nervosa. Therapeutic and Multidisciplinary Intervention.

RESUMEN

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno alimentario grave, crónico y recurrente que se caracteriza por episodios de atracones seguidos de conductas compensatorias inapropiadas (vómitos autoinducidos, uso de laxantes). Presenta una prevalencia notable en adolescentes y adultos jóvenes y se asocia frecuentemente con una distorsión de la imagen corporal, lo que resulta en importantes impactos físicos, emocionales y sociales. Debido a la posibilidad de complicaciones médicas sistémicas (como desequilibrios electrolíticos, erosión dental y alteraciones gastrointestinales) y una alta tasa de comorbilidades psiquiátricas (depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad), el manejo eficaz de la BN requiere un diagnóstico temprano y un enfoque estructurado. El tratamiento es fundamentalmente multidisciplinario e involucra equipos médicos, psiquiátricos, psicológicos y nutricionales. La psicoterapia es la intervención de primera línea: la Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada (TCE) es el estándar de oro para adultos, y el Tratamiento Basado en la Familia (TCF-BN) se prefiere para adolescentes, con el objetivo de interrumpir el ciclo de restricción-atracones. El seguimiento nutricional es crucial para la reeducación alimentaria, la normalización de los patrones de alimentación y el trabajo de flexibilidad alimentaria. El tratamiento farmacológico (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) se utiliza con mayor frecuencia para las comorbilidades asociadas. Un pilar fundamental para el éxito y la adherencia al tratamiento es la construcción de una sólida alianza terapéutica entre el paciente, la familia y los profesionales sanitarios, dada la ambivalencia y la vergüenza que a menudo acompañan al trastorno. El documento también aborda la importancia de mitigar las disparidades en el tratamiento para las poblaciones vulnerables.

Palabras clave: Bulimia Nerviosa. Intervención Terapéutica y Multidisciplinar.

1 INTRODUÇÃO

A bulimia nervosa (BN) é um transtorno alimentar grave, caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou exercícios físicos excessivos, para evitar o ganho de peso (Hay et al., 2022). Estudos epidemiológicos indicam que apresenta prevalência global estimada de aproximadamente 1,9% em mulheres e 0,6% em homens, sendo um dos transtornos alimentares mais comuns associados a episódios recorrentes de compulsão alimentar (Hay et al., 2022). Sua prevalência é especialmente significativa entre adolescentes e adultos jovens, sendo frequentemente associada a uma distorção da imagem corporal e a uma avaliação de si mesmo excessivamente influenciada pelo peso e pela forma física, observou-se também um aumento na frequência dos casos durante a covid-19 em todas as faixas etárias (Saad et al., 2021; Robatto et al., 2024). Devido à sua natureza crônica, a BN pode resultar em complicações médicas sistêmicas graves, que afetam os sistemas cardiovascular, gastrointestinal e hidroeletrolítico, exigindo uma vigilância clínica constante (Baenas et al., 2024). Trata-se de um transtorno de curso crônico e recorrente, com impacto significativo na saúde física, emocional e social dos indivíduos acometidos (American Psychiatric Association, 2014).

As complicações médicas orgânicas associadas à bulimia nervosa decorrem principalmente das condutas purgativas repetidas, como vômitos autoinduzidos e uso abusivo de laxantes ou diuréticos. Esses comportamentos podem provocar desequilíbrios hidroeletrolíticos e alterações do equilíbrio ácido-base, além de múltiplas complicações sistêmicas (Baenas et al., 2024). Entre as manifestações clínicas descritas destacam-se erosão dentária, alterações na cavidade oral, inflamação da mucosa orofaríngea, esofagite, sialoadenose e distúrbios gastrointestinais relacionados à exposição repetida ao ácido gástrico (Baenas et al., 2024).

Além disso, os indivíduos portadores da bulimia frequentemente apresentam comorbidades psiquiátricas associadas ao longo da vida, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, uso de substâncias, transtornos de personalidade, transtornos do humor, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados ao controle de impulsos, o que contribui para maior complexidade clínica e impacto funcional (Hay et al., 2022) (Paslakis et al., 2023).

Na adolescência alguns indicativos de um possível Transtorno Alimentar (TA) são: a estagnação da curva de crescimento e a incapacidade de atingir peso e altura esperados para sua idade, as complicações de um TA podem afetar todos os órgãos e ser permanentes, em especial até a fase da adolescência, é possível que ocorra perda da densidade mineral óssea, que pode levar a osteopenia e osteoporose precoces, o que pode ser irreversível (Robatto et al., 2024; Baenas et al. 2024).

Dessa forma, o diagnóstico precoce e a intervenção imediata são fundamentais para melhorar o prognóstico e reduzir a cronicidade da doença (Paslakis et al., 2023). No entanto, o manejo da bulimia nervosa é desafiador devido à complexidade das comorbidades psiquiátricas e médicas envolvidas,

bem como às disparidades no acesso ao tratamento especializado (Wilson & Kagabo, 2024). Nesse contexto, a literatura científica enfatiza que o tratamento eficaz deve transcender a abordagem isolada, consolidando-se em protocolos que integrem uma equipe multidisciplinar e priorizem a construção de uma aliança terapêutica sólida entre o paciente, a família e os profissionais de saúde (Saad et al., 2021; Robatto et al., 2024).

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui-se como uma revisão bibliográfica de caráter narrativo, com o intuito de sintetizar e analisar criticamente as evidências contemporâneas sobre o manejo terapêutico da bulimia nervosa. A pesquisa foi estruturada a partir do levantamento bibliográfico na base de dados PubMed, utilizando os descritores "Bulimia", "Diagnosis" e "Treatment", articulados por meio dos operadores booleanos AND e OR, em conformidade com a terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). Foram selecionados artigos publicados nos últimos trinta anos, com texto completo disponível e redigidos nos idiomas português, espanhol ou inglês, que abordassem diretamente os protocolos de intervenção e a organização de equipes interdisciplinares. Excluíram-se do escopo desta revisão trabalhos sem aderência temática direta, publicações duplicadas e revisões com baixo rigor metodológico. A seleção das fontes foi realizada em duas fases sucessivas: o exame inicial de títulos e resumos para triagem de relevância, seguido pela análise integral dos textos selecionados para a extração de dados qualitativos. As informações obtidas foram organizadas e interpretadas de forma descritiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

O tratamento da bulimia nervosa (BN) tem evoluído significativamente nas últimas décadas, consolidando-se como um processo que vai além da simples interrupção dos episódios de compulsão e purgação. Entende-se que o manejo eficaz deve ocorrer por meio de uma abordagem multidisciplinar, atuando simultaneamente nos aspectos comportamentais, cognitivos, médicos e psicossociais do transtorno, uma vez que esses fatores se inter-relacionam e se retroalimentam (Alvarenga & Scagliusi, 2010).

Nos adolescentes, a abordagem interdisciplinar precoce demonstra impacto particularmente relevante. A série de casos descrita por Saad et al. (2021) evidencia que, embora a anorexia nervosa tenha sido mais prevalente na amostra analisada, os pacientes com bulimia nervosa também apresentaram evolução favorável quando submetidos a acompanhamento estruturado. As taxas de recuperação observadas aproximam-se das descritas em estudos de maior escala, com parcela significativa dos pacientes atingindo remissão completa ou parcial (SAAD et al., 2021). Esses dados

reforçam que, apesar do potencial crônico da BN, o prognóstico pode ser substancialmente modificado por intervenção adequada.

Entretanto, a literatura também aponta que a trajetória da bulimia nervosa nem sempre é linear. A presença de comorbidades psiquiátricas — especialmente transtornos de ansiedade, depressivos e traços de personalidade impulsivos — está associada a maior risco de recaída e maior complexidade terapêutica (PASLAKIS et al., 2023). Além disso, comportamentos autolesivos e ideação suicida são descritos com frequência superior à da população geral, exigindo avaliação contínua e criteriosa (SAAD et al., 2021).

A avaliação clínica inicial desempenha papel decisivo nesse contexto. Conforme descrito por Robatto, Cunha e Moreira (2024), a investigação deve ser abrangente, contemplando padrão alimentar, frequência de comportamentos compensatórios, histórico ponderal e avaliação detalhada do estado mental. Do ponto de vista clínico, alterações hidroeletrólíticas — particularmente hipocalemia —, sinais físicos de purgação e alterações eletrocardiográficas representam marcadores objetivos de gravidade, podendo indicar necessidade de hospitalização. Essa etapa inicial não apenas orienta a conduta imediata, mas também estabelece a base para o acompanhamento longitudinal seguro.

3.2 TERAPIAS COGNITIVAS

A Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares (Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders CBT-ED), ao invés do TCC tradicional (terapia cognitiva comportamental), foi pensado especificamente para transtornos alimentares e é primeira linha para tratamento de bulimia nervosa (DÁRIKA RIBEIRO FERNANDES – DALLE GRAVE 2023)

Dentro do CBT-ED há o modelo transdiagnóstico (*Enhanced Cognitive Behavioral Therapy* CBT-E) desenvolvido por Christopher Fairburn, que parte do pressuposto de que os transtornos alimentares são mantidos principalmente por supervalorização de peso e forma corporal, regras alimentares rígidas, ciclo restrição–compulsão e estratégias compensatórias, e que sistematizou um protocolo bem estruturado em 4 fases: 1) Regularização alimentar, 2) Revisão de progresso, 3) Trabalho nos mecanismos mantenedores e 4) Prevenção de recaída. Essa vertente se mostra superior a psicoterapia psicanalítica, IPT e farmacoterapia isolada, e promissora no tratamento da bulimia nervosa. Nessa terapia, o monitoramento alimentar é parte importante, e a pesagem semanal, e somente durante a sessão (Dalle Grave, R.; Pike, K. M, 2023).

O modelo demonstra que as regras alimentares rígidas (restrição), ao apresentarem falha, são gatilho para o comer descontrolado, que gera culpa e purgação, e nova restrição, mantendo o processo. Sendo assim, na primeira fase, a regularização alimentar é de extrema importância para tirar o paciente do ciclo vicioso, sendo o plano alimentar proposto por nutricionista (com refeições regulares) parte central do processo. Além do plano alimentar, o nutricionista precisa trabalhar a flexibilidade

alimentar, a desconstrução dos alimentos “proibidos” pois não atua apenas na prescrição alimentar, mas na modificação dos mecanismos mantenedores centrais do transtorno (Dalle Grave, R.; Pike, K. M, 2023).

No tratamento de adolescentes que ainda vivem com a família, a FBT-BN (*Family-Based Treatment for Bulimia Nervosa*) é uma psicoterapia estruturada em que a família é o principal agente terapêutico para ajudar a recuperar padrões alimentares saudáveis e interromper comportamentos compensatórios, e do ponto de vista da nutrição, a família precisa ser incluída pelo nutricionista como parte importante do processo de planejamento alimentar (Dalle Grave, R.; Pike, K. M, 2023).

FBT-BN é primeira linha com melhor evidência atual para tratamento de adolescentes com bulimia, porém há recusa por parte de alguns pacientes que não querem envolver os familiares, e nesse caso, CBT é alternativa válida e que pode ser mais aceitável para alguns adolescentes (Dalle Grave, R.; Pike, K. M, 2023).

A CBT-E permanece como a intervenção de primeira escolha para adultos, apresentando resultados consistentes na redução da frequência dos episódios bulímicos e na modificação das crenças disfuncionais relacionadas ao peso e à imagem corporal (HAY et al., 2022). Em pacientes que apresentam índice de massa corporal elevado, estratégias integradas como o protocolo HAPIFED têm sido propostas, combinando o tratamento da psicopatologia alimentar com intervenções voltadas ao risco metabólico, ampliando o foco terapêutico tradicional (HAY et al., 2022).

Apesar do CBT ser o tratamento de primeira linha, ele exige 20 sessões presenciais, o que pode tornar o tratamento extremamente oneroso. Um programa digital baseado em CBT, denominado BEeT – Binge Eating eTherapy com 10 sessões online (10 semanas) mostrou que é possível adaptar modelos para formatos digitais, e se mostrando promissor. Nesse formato, o nutricionista consegue acompanhar a regularização das refeições e o auto monitoramento feito de modo remoto diminui barreiras de acesso e torna o tratamento mais acessível (Dalle Grave, R.; Pike, K. M, 2023).

3.3 INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

O acompanhamento nutricional é um componente essencial no manejo da BN e vai além da simples prescrição de dietas. O nutricionista atua na reeducação alimentar, na normalização do padrão alimentar, na educação nutricional, na identificação de comportamentos disfuncionais relacionados à alimentação e no enfrentamento de crenças distorcidas relacionadas aos alimentos, ao controle do peso e ao medo de engordar (Alvarenga & Scagliusi, 2010; Robatto et al., 2024). O objetivo não se limita ao controle do peso corporal, mas envolve a reconstrução de uma relação mais adaptativa com os alimentos, a redução das práticas purgativas e o restabelecimento de sinais fisiológicos de fome e saciedade (Robatto et al., 2024).

De acordo com Santos et al., (2016), as intervenções nutricionais baseadas em educação alimentar e aconselhamento nutricional contribuem para a redução do ciclo restrição–compulsão, favorecendo maior autonomia alimentar e menor uso de estratégias compensatórias prejudiciais. VILMA DE SOUZA FREIRE

Ensaio clínico mostrou que programas terapêuticos que combinam intervenções alimentares estruturadas com abordagens psicológicas podem promover redução significativa dos episódios de compulsão alimentar e melhora da qualidade de vida relacionada à saúde mental (Hay et al., 2022).

3.4 COMORBIDADES ASSOCIADAS

Pacientes diagnosticados com distúrbios alimentares frequentemente possuem comorbidades médicas ou psiquiátricas associadas. Dentre aqueles diagnosticados com Bulimia Nervosa (BN), cerca de 75% convivem com distúrbios afetivos, 63% convivem com Transtorno Depressivo Maior (TDM) e 63% são comórbidos com Transtornos de Ansiedade (Robatto et al., 2023). Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, cerca de 90% dos indivíduos diagnosticados com o transtorno em questão ou com o Transtorno da Compulsão Alimentar possuíam algum transtorno psiquiátrico, como TDM, Transtornos de Ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, abuso de substâncias ou/e Transtornos de Personalidade (Hay et al., 2022). Distúrbios de controle de impulso também são mais prevalentes nesta população, principalmente a compulsão patológica para compras, possuindo prevalência de 22% para indivíduos com Transtornos Alimentares (Paslakis et al., 2023).

Além disso, quando comparados com a população geral, pessoas com o distúrbio apresentam menor qualidade de vida, hospitalizações mais frequentes e maior necessidade de cuidados ambulatoriais. Um estudo argentino realizado com adolescentes demonstrou que condutas auto e hetero agressivas são mais prevalentes no grupo com distúrbios alimentares, no qual sensações como a insatisfação com o próprio corpo e imagem, culpa, auto estima baixa, frustração e tristeza são comuns (Saad et al., 2021). Outros sentimentos e traços psicológicos como desesperança, vergonha, impulsividade, perfeccionismo, dificuldade com relações interpessoais, desregulação emocional e baixa tolerância ao estresse também estão associados à Bulimia Nervosa, principalmente quando não tratada ou quando tratada de maneira inadequada, podendo contribuir para autoagressão não suicida (33%), ideação suicida ou suicídio (Wilson & Kagabo, 2024; Robatto et al., 2023).

A presença de comorbidades, tanto prévias quanto consequentes aos distúrbios alimentares pode impactar na apresentação clínica e diagnóstico, tornando o tratamento mais desafiador (Paslakis et al., 2023). Em pacientes comórbidos com Transtornos de Personalidade o prognóstico pode não ser favorável devido ao risco aumentado de suicídio, cleptomania, auto mutilação, abuso de álcool e drogas e comportamento sexual promíscuo. (Robatto et al., 2023).

Dentre adolescentes com BN, 88% encontram critérios para uma ou mais comorbidades e baixa autoestima. Em soma, a população com BN possui 8 vezes mais chances de morrer por suicídio do que a população geral (Wilson & Kagabo, 2024). Dessa forma, é necessário estar atento às comorbidades na população com distúrbios alimentares, uma vez que possuem mortalidade elevada quando em comparação com a população geral.

3.5 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Intervenções farmacológicas, apesar de serem cada vez mais utilizadas no tratamento de distúrbios alimentares em crianças e adolescentes, possuem baixa evidência científica. A única exceção se aplica ao Transtorno de Compulsão Alimentar, o qual possui evidência de melhora de sintomas com uso de antidepressivos e psicoestimulantes (Robatto et al., 2023).

Entretanto, drogas psicotrópicas são comumente prescritas para tratamento de comorbidades associadas. Os principais medicamentos, bem como suas classes encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1: Fármacos mais frequentemente utilizados no tratamento de comorbidades associadas aos distúrbios alimentares.

Classe	Medicamentos
Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina	Fluoxetina Sertralina Escitalopram
Antipsicóticos	Olanzapina Risperidona Aripiprazol
Anfeaminas	Lisdexamfetamina

Fonte: Adaptado de Robatto et al. (2023).

Ao prescrever tais medicamentos alguns aspectos precisam ser considerados, a exemplo da presença de comorbidades físicas e mentais associadas, o impacto da má nutrição e do comportamento compensatório na efetividade e segurança da droga escolhida, fatores que possam prejudicar a aderência ao medicamento e complicações clínicas durante o tratamento (Robatto et al., 2023).

Na possibilidade de depressão concomitante recomenda-se o uso de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Não é indicado o uso da bupropiona, devido ao maior risco de tonturas (Wilson & Kagabo, 2024). Em mulheres com Bulimia Nervosa, o uso de contraceptivos hormonais demonstrou melhora nas habilidades cognitivas de seleção e melhor atenção global sustentada, porém não existem indicações formais do uso dos anticoncepcionais para este fim (Paslaki et al., 2023).

3.6 HOMENS E POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Com relação à população masculina, esta é frequentemente excluída das pesquisas e intervenções relacionadas aos distúrbios alimentares (Wilson & Kagabo, 2024). Em soma, garotos são menos prováveis a buscar tratamento em comparação com garotas, devido ao estigma de sofrer por um distúrbio psiquiátrico e a vergonha e discriminação acerca da sexualidade. Além disso, estes indivíduos também demonstram menor preocupação acerca de perda de peso e insatisfação com o próprio corpo (Robatto et al., 2023).

Outra exclusão observada na literatura é com relação à faixa etária. A maioria dos estudos inclui apenas indivíduos com idade entre 18 e 60 anos, prejudicando a criação de conhecimento acerca daqueles com idade abaixo de 12 e acima de 60 anos (Wilson & Kagabo, 2024).

Populações marginalizadas como a comunidade LGBTQIA+ também são frequentemente excluídas nos estudos (Wilson & Kagabo, 2024). Trata-se de um dado alarmante uma vez que a homossexualidade foi identificada como um fator de risco masculino para desenvolvimento de distúrbios alimentares e pessoas que se identificam com transgênero, não-binário ou gênero diverso possuem 2 a 4 vezes maior risco de desenvolverem sintomas de transtornos alimentares que indivíduos cis-gênero (Robatto et al., 2023).

Alguns estudos também excluem indivíduos não identificados como brancos ou caucasianos, bem como aqueles com doenças mentais severas e grave abuso de substâncias (Wilson & Kagabo, 2024).

3.7 LIMITAÇÕES DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Um aspecto relevante discutido por Wilson e Kagabo (2024) refere-se às barreiras no acesso ao tratamento. O estudo destaca que grupos socialmente vulneráveis podem apresentar atrasos no diagnóstico e menor acesso a intervenções especializadas, o que contribui para pior evolução clínica. Além disso, entre 85% e 94% dos indivíduos com bulimia nervosa não procuram tratamento profissional ou o fazem apenas após vários anos de evolução da doença (Wilson & Kagabo, 2024). Esse atraso no diagnóstico e no início das intervenções terapêuticas contribui para a progressão do transtorno e para o aumento do risco de complicações médicas e psiquiátricas. Esse cenário evidencia a importância de estratégias de detecção precoce e ampliação do acesso a serviços especializados.

Apesar da CBT ser considerada tratamento de primeira linha, menos de 25% dos indivíduos com transtorno alimentar recebem cuidado baseado em evidências. Barreiras estruturais, financeiras, geográficas e psicossociais limitam o acesso ao modelo tradicional de psicoterapia individual presencial (Monteleone et al., 2022).

3.8 ALIANÇA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA BULIMIA NERVOSA

A aliança terapêutica é definida como a qualidade da relação colaborativa entre paciente e terapeuta, incluindo o acordo sobre objetivos, tarefas do tratamento e o vínculo emocional estabelecido. Revisões sistemáticas indicam que uma aliança terapêutica sólida está associada a maior adesão ao tratamento, menor evasão e melhores resultados clínicos em transtornos alimentares (Horvath et al., 2011).

No contexto da Bulimia Nervosa, a construção da aliança terapêutica pode ser particularmente desafiadora, uma vez que muitos pacientes apresentam ambivalência em relação à mudança, vergonha e resistência ao abandono dos comportamentos sintomáticos. Ainda assim, estudos demonstram que uma relação terapêutica empática, colaborativa e não julgadora favorece o engajamento e a continuidade do tratamento (Werz, Voderholzer & Tuschen-Caffier, 2021).

Além disso, há evidências de que a melhora inicial dos sintomas pode fortalecer a aliança terapêutica, criando um ciclo positivo entre progresso clínico e maior confiança no processo terapêutico (Zaitsoff et al., 2015).

Além das técnicas terapêuticas propriamente ditas, a aliança terapêutica emerge como elemento central no sucesso do tratamento. A construção de vínculo consistente favorece adesão, reduz abandono e potencializa a eficácia das intervenções psicoterápicas. Em adolescentes, a terapia baseada na família (FBT) tem se mostrado particularmente eficaz ao integrar os cuidadores como parte ativa do processo de recuperação (SAAD et al., 2021; ROBATTO et al., 2024).

Um dos pilares críticos para o sucesso terapêutico é a aliança terapêutica. A construção de um vínculo de confiança entre o profissional e o paciente é necessária para superar a resistência ao tratamento e o sentimento de vergonha frequentemente associado aos episódios bulímicos (Saad et al., 2021). Em adolescentes, a terapia baseada na família (FBT) é frequentemente o modelo preferencial, pois envolve os cuidadores como aliados no processo de recuperação, fortalecendo a rede de apoio e melhorando a adesão aos protocolos (Saad et al., 2021; Robatto et al., 2024).

Ademais, o tratamento deve ser sensível às comorbidades. Transtornos de ansiedade, depressão e transtornos de personalidade são comuns em pacientes com BN e, se não tratados simultaneamente, podem comprometer a eficácia das intervenções focadas no comportamento alimentar (Paslakis et al., 2023). Recentemente, também tem sido discutida a necessidade de mitigar as disparidades no tratamento, uma vez que grupos minoritários frequentemente enfrentam barreiras de acesso e podem apresentar sintomas de forma atípica, o que retarda o diagnóstico (Wilson & Kagabo, 2024). Assim, o tratamento individualizado, que considera as especificidades clínicas e sociais do paciente, emerge como a estratégia mais eficaz para a remissão sustentada dos sintomas (Saad et al., 2021; Paslakis et al., 2023).

Embora os resultados descritos na literatura sejam encorajadores, persistem limitações importantes, como períodos de seguimento relativamente curtos e heterogeneidade metodológica entre estudos (Saad et al., 2021). Assim, reforça-se a necessidade de pesquisas longitudinais que avaliem não apenas remissão sintomática, mas também funcionamento psicossocial e qualidade de vida em longo prazo.

3.9 PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS E ETAPAS DO MANEJO

O manejo terapêutico da Bulimia Nervosa geralmente se inicia com uma avaliação abrangente, que inclui histórico alimentar, avaliação psicológica, investigação de comportamentos compensatórios, análise de riscos clínicos e identificação de comorbidades psiquiátricas (Fairburn, 2008).

Com base nessa avaliação, elabora-se um plano terapêutico individualizado que integre psicoterapia, acompanhamento nutricional, monitoramento médico e, quando indicado, tratamento farmacológico. A literatura enfatiza que a comunicação contínua entre os membros da equipe multiprofissional é fundamental para a coerência das intervenções e para a segurança do paciente (Ministério da Saúde, 2022).

Em síntese, os dados disponíveis indicam que a bulimia nervosa, apesar de seu potencial crônico, apresenta possibilidade concreta de remissão quando manejada por equipe interdisciplinar, com intervenções baseadas em evidência e acompanhamento contínuo. O tratamento individualizado, sensível às comorbidades e ao contexto social do paciente, permanece como o eixo central para a recuperação sustentada.

O manejo da bulimia nervosa fundamenta-se em uma abordagem integrada que visa a restauração do comportamento alimentar saudável e o tratamento das complicações físicas e psíquicas. A Terapia Cognitivo-Comportamental Transdiagnóstica (CBT-E) é amplamente reconhecida como o tratamento padrão-ouro para adultos com BN, focando na interrupção do ciclo de restrição e compulsão (Hay et al., 2022). Em casos de pacientes com BN e alto índice de massa corporal (IMC), novas modalidades como o protocolo HAPIFED têm surgido, integrando a CBT-E com estratégias de manejo de peso para tratar tanto a psicopatologia do transtorno quanto os riscos metabólicos associados (Hay et al., 2022).

A literatura destaca a essencialidade da equipe multidisciplinar, que deve incluir médicos (pediatras ou clínicos), psicólogos, nutricionistas e, por vezes, enfermeiros e assistentes sociais (Saad et al., 2021; Robatto et al., 2024). A função do pediatra ou clínico é central no diagnóstico e monitoramento das complicações médicas, como as erosões dentárias, a sialoadenite e os desequilíbrios eletrolíticos causados pelos comportamentos purgativos (Baenas et al., 2024; Robatto et al., 2024). O acompanhamento nutricional, por sua vez, busca a reeducação alimentar e a

normalização dos sinais de fome e saciedade, enquanto a psicoterapia aborda as questões cognitivas e emocionais subjacentes (Saad et al., 2021).

4 COMPLICAÇÕES MÉDICAS ASSOCIADAS À ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA

Nos transtornos alimentares, especialmente na anorexia nervosa (AN) e na bulimia nervosa (BN), diversas complicações médicas estão associadas aos comportamentos característicos da doença, como restrição alimentar, vômitos e o uso de laxantes ou diuréticos.

4.1 COMPLICAÇÕES DEVIDAS AOS VÔMITOS AUTOINDUZIDOS

Os vômitos autoinduzidos são uma das principais causas de complicações sistêmicas, resultantes da exposição repetida ao ácido gástrico (BAENAS et al., 2024).

- **Cavidade Oral e Orofaringe:** Erosão dentária, cáries, hipersensibilidade e inflamação da mucosa oral. O esforço repetido para vomitar pode, ainda, provocar sangramentos nasais, hemorragias oculares e/ou alterações na voz, devido ao refluxo laringofaríngeo (BAENAS et al., 2024).
- **Sistema Gastrointestinal:** Refluxo gastroesofágico e esofagite (BAENAS et al., 2024).
- **Alterações Metabólicas:** Desequilíbrios importantes, principalmente hipocalemia e alcalose metabólica, que podem evoluir para a síndrome de Pseudo-Bartter, arritmias cardíacas e, em casos graves, morte súbita (BAENAS et al., 2024).

4.2 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA RESTRIÇÃO ALIMENTAR E DESNUTRIÇÃO

A restrição alimentar e a desnutrição causam impactos em diversos sistemas do corpo (BAENAS et al., 2024):

- **Sistema Dermatológico:** Intolerância ao frio, queda de cabelo e acrocianose.
- **Sistema Neurológico:** Alterações estruturais no cérebro, como atrofia da massa cinzenta e branca, e déficits neuropsicológicos.
- **Sistema Respiratório:** Redução da capacidade pulmonar devido à perda de massa muscular, que afeta os músculos respiratórios.
- **Sistema Gastrointestinal:** Alterações do peristaltismo esofágico, refluxo, gastroparesia, distensão abdominal e constipação.
- **Metabolismo e Outras Complicações:** Alterações hepáticas, hipoglicemia e complicações mais graves, como convulsões e coma, devido à restrição calórica.

4.3 COMPLICAÇÕES DO USO DE LAXANTES, DIURÉTICOS E ENEMAS

O uso crônico de laxantes, diuréticos e enemas também contribui para diversas complicações médicas:

- **Alterações Eletrolíticas:** Hipomagnesemia, hipocalcemia ou hipercalemia, e hiperfosfatemia. Tais alterações podem desencadear arritmias cardíacas e, em alguns casos, cardiomiopatia tóxica (BAENAS et al., 2024).
- **Sistema Gastrointestinal:** O uso crônico de laxantes pode provocar atonia do cólon e síndrome do cólon catártico (BAENAS et al., 2024).

5 CONCLUSÃO

O manejo terapêutico da Bulimia Nervosa (BN), um transtorno crônico e de significativa morbidade, consolida-se em uma **abordagem multidisciplinar e integrada**, baseada em rigorosas evidências científicas e orientada para as necessidades individuais do paciente. A efetividade do tratamento exige a atuação coordenada de equipes médicas, psicológicas e nutricionais para abordar as complexas interações entre os fatores comportamentais, cognitivos e biológicos da doença.

A **Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada (CBT-E)** é reconhecida como o padrão-ouro para o tratamento em adultos, enquanto o **Tratamento Baseado na Família (FBT-BN)** é a intervenção de escolha para adolescentes. Estas abordagens, essenciais para a interrupção do ciclo restrição-compulsão-purgação, são intrinsecamente potencializadas pelo **acompanhamento nutricional** focado na reeducação alimentar e na normalização dos padrões de fome e saciedade, bem como pelo **monitoramento médico** para prevenção e tratamento das complicações clínicas sistêmicas. O tratamento farmacológico, predominantemente com Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), demonstra relevância maior no manejo das elevadas taxas de comorbidades psiquiátricas associadas, como depressão e ansiedade.

Um fator preditivo crucial para a adesão e o sucesso terapêutico é a construção de uma **aliança terapêutica** sólida, empática e não julgadora, fundamental para superar a ambivalência e a vergonha frequentemente presentes na BN. Contudo, o documento também ressalta as barreiras persistentes no acesso ao cuidado especializado e as disparidades no tratamento para populações vulneráveis, como homens e a comunidade LGBTQIA+.

Em síntese, embora a BN represente um desafio clínico, os protocolos atuais demonstram a possibilidade concreta de remissão sustentada. A chave reside na implementação de um plano de tratamento **individualizado**, que não apenas trate os sintomas nucleares, mas que também seja sensível às comorbidades e ao contexto psicossocial do indivíduo, reforçando a necessidade de pesquisas longitudinais para avaliar o funcionamento em longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M. S., & SCAGLIUSI, F. B. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. *Revista de Nutrição*, 23(5), 907–918. 2010.
- American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed.2014
- BAENAS, Isabel; ETXANDI, Mikel; FERNÁNDEZ-ARANDA, Fernando. Complicaciones médicas en anorexia y bulimia nervosa. *Medicina Clínica*, v. 162, n. 2, p. 67-72, 2024.
- HAY, Phillipa et al. Physical and mental health outcomes of an integrated cognitive behavioural and weight management therapy for people with an eating disorder characterized by binge eating and a high body mass index: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, v. 22, n. 1, p. 355, 2022.
- HORVATH, A.O. et al. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. 2011.
- PASLAKIS, Georgios; WOODSIDE, Blake; KATZMAN, Debra K. Editorial: Recent advances in diagnosis and treatment of comorbid conditions in eating disorders. *Frontiers in Psychiatry*, v. 13, p. 1117831, 2023.
- ROBATTO, Ana Paola; CUNHA, Carla de Magalhaes; MOREIRA, Luiza Amélia Cabus. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Jornal de Pediatria*, v. 100, p. S88-S96, 2024.
- FAIRBUM, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- HAY, P. et al.. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 429–454.2014.
- SAAD, María B. et al. Evolución y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: serie de casos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, v. 119, n. 4, p. e364-e369, 2021.
- SAFER, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634. 2001
- WEISSMAN, M. M. et al. *Interpersonal psychotherapy*. Oxford University Press.2000
- WERZ, J., Voderholzer, U., & Tuschen-Caffier, B. Alliance matters in the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 29(2), 161–175. 2021.
- WILSON, Kim; KAGABO, Robert. Bulimia nervosa and treatment-related disparities: a review. *Frontiers in Psychology*, v. 15, p. 1386347, 2024.
- ZAITSOFF, S. L. et al. Early change and therapeutic alliance in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 356–364. 2015.
- CRONE, C.; FOCHTMANN, L. J.; ATTIA, E.; BOLAND, R.; ESCOBAR, J.; FORNARI, V.; et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, v. 180, n. 2, 2023. DOI: 10.1176/appi.ajp.23180001.
- ESCOFFIÉ, A.; PRETORIUS, N.; BAUDINET, J. Multi-family therapy for bulimia nervosa: a qualitative pilot study of adolescent and family members' experiences. *Journal of Eating Disorders*, v. 10, p. 91, 2022. DOI: 10.1186/s40337-022-00624-8.

FERNANDES, B. K. R.; RUBIM, L. J. R.; DOMINGOS, M. M. A.; RIOS, L. F.; FERREIRA, J. F. R.; GUIMARÃES, M. B.; et al. Principais formas de abordagem da bulimia e anorexia e suas principais consequências ao corpo humano. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 8, p. 83983–83999, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n8-554.

DALLE GRAVE, R.; PIKE, K. M. Cognitive behavioral therapy and eating disorders. In: *Eating Disorders*. Cham: Springer Nature, 2023. p. 1–15. (Living reference work entry).

MONTELEONE, A. M.; et al. Treatment of eating disorders: a systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 142, p. 104857, 2022.

BARAKAT, S.; et al. Supported online cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa: a study protocol of a randomised controlled trial. *Journal of Eating Disorders*, v. 9, p. 126, 2021. DOI: 10.1186/s40337-021-00482-w.

LOVE, M.; BAUDINET, J. Treatment outcomes for adolescent bulimia nervosa: a systematic scoping review of quantitative findings. *Journal of Eating Disorders*, 2025. (No prelo).