

Aula 19: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

Objetivos de Aprendizagem

Ao final desta aula, você será capaz de:

- **Identificar** os critérios diagnósticos da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa, segundo o DSM-5-TR e a CID-11.
- **Analisar** o papel central da distorção da imagem corporal e do medo intenso de ganhar peso na manutenção desses transtornos.
- **Descrever** as principais consequências físicas e psicológicas associadas à Anorexia e à Bulimia.
- **Compreender** a importância e a estrutura de uma abordagem terapêutica multidisciplinar no tratamento.
- **Diferenciar** clinicamente a Anorexia Nervosa da Bulimia Nervosa com base em seus quadros sintomatológicos.

Relevância e Aplicação

A compreensão aprofundada dos transtornos alimentares é fundamental não apenas para futuros psicólogos, mas para todos os profissionais da saúde e áreas afins. Para candidatos a concursos, este tema é recorrente em provas de psicologia, saúde pública e serviço social, exigindo um conhecimento preciso dos critérios diagnósticos e das abordagens de tratamento. Esta aula fornecerá uma base sólida e atualizada, integrando as perspectivas mais recentes da neurociência e das terapias baseadas em evidências, capacitando-o a analisar casos clínicos com maior acurácia e a compreender a complexidade por trás desses quadros devastadores.

Mapa da Aula

1. **Introdução aos Transtornos Alimentares:** Uma Visão Biopsicossocial.
2. **Anorexia Nervosa:** Critérios, Subtipos e a Percepção Distorcida.
3. **Bulimia Nervosa:** O Ciclo Vicioso da Compulsão e Purgação.
4. **Consequências e Comorbidades:** O Impacto Sistêmico no Corpo e na Mente.
5. Diagnóstico Diferencial e Abordagens Terapêuticas.

Introdução aos Transtornos Alimentares: Uma Visão Biopsicossocial

Dimensão Biológica

- Predisposições genéticas aumentam o risco
- Alterações em neurotransmissores (serotonina e dopamina)
- Disfunções em circuitos cerebrais de recompensa
- Estudos de neuroimagem mostram ativação anômala em pacientes com Anorexia

Dimensão Psicológica

- Traços de personalidade como perfeccionismo
- Baixa autoestima e neuroticismo
- Rigidez cognitiva como fator de risco
- Dificuldades na regulação emocional
- Controle sobre comida como estratégia disfuncional

Dimensão Social

- Internalização de ideais de magreza
- Valorização de corpos específicos pela mídia
- Cultura de dieta como pressão constante
- Estigma associado ao peso
- Gordofobia contribuindo para insatisfação corporal

Os transtornos alimentares, como a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa, são condições de saúde mental complexas e graves, caracterizadas por perturbações persistentes no comportamento alimentar e nos pensamentos e emoções relacionados. É um erro comum e perigoso reduzi-los a uma simples questão de " vaidade " ou " escolha ". Na realidade, eles emergem de uma intrincada interação de fatores genéticos, neurobiológicos, psicológicos e socioculturais, uma perspectiva que conhecemos como **modelo biopsicossocial**. Este modelo é a base para a compreensão e o tratamento eficazes, pois reconhece que não há uma causa única, mas sim uma confluência de vulnerabilidades e gatilhos.

A dimensão **biológica** envolve predisposições genéticas, que podem aumentar o risco de uma pessoa desenvolver um transtorno alimentar, e alterações no funcionamento de neurotransmissores como a serotonina e a dopamina, que regulam o humor, o apetite e o controle de impulsos. A neurociência tem revelado disfunções em circuitos cerebrais ligados à recompensa, ao autocontrole e à percepção corporal. Por exemplo, estudos de neuroimagem mostram que, em pacientes com Anorexia, a restrição alimentar pode ativar circuitos de recompensa de maneira anômala, reforçando o comportamento de não comer.

No nível **psicológico**, traços de personalidade como o perfeccionismo, a baixa autoestima, o neuroticismo e a rigidez cognitiva são fatores de risco significativos. Muitos indivíduos com transtornos alimentares lutam com dificuldades na regulação emocional, utilizando o controle sobre a comida e o peso como uma forma disfuncional de lidar com sentimentos avassaladores. O transtorno se torna, assim, uma estratégia de enfrentamento, ainda que destrutiva. A dimensão **social** e cultural, por sua vez, exerce uma pressão imensa através da internalização de ideais de magreza, da valorização de corpos específicos pela mídia e da cultura de dieta. O estigma associado ao peso e a gordofobia contribuem para a insatisfação corporal generalizada, que pode ser o terreno fértil para o desenvolvimento desses transtornos em indivíduos vulneráveis.

Anorexia Nervosa: Definição e Panorama Geral

A **Anorexia Nervosa (AN)** é um transtorno psiquiátrico definido por uma busca implacável pela magreza, que leva a um peso corporal significativamente baixo. No entanto, o cerne da questão não é o peso em si, mas o que ele representa: uma tentativa desesperada de controle em meio a um sentimento de caos interno e uma profunda inadequação. A característica mais marcante e paradoxal da AN é a **distorção da imagem corporal**, na qual o indivíduo, mesmo em estado de emaciação severa, se percebe como estando acima do peso ou com excesso de gordura em partes específicas do corpo.

Essa perturbação na percepção não é uma negação simples; é uma experiência perceptiva e cognitiva genuína para o paciente, embora dissociada da realidade objetiva. Essa crença supervalorizada sobre o peso e a forma corporal torna-se o principal critério para a autoavaliação, ofuscando todas as outras qualidades e conquistas. Juntamente com a distorção, há um **medo intenso de ganhar peso** ou de se tornar gordo, que assume proporções fóbicas. Esse medo não diminui com a perda de peso; ao contrário, ele se intensifica, criando um ciclo vicioso de restrição e ansiedade crescente.

Os comportamentos resultantes desses medos e distorções são a restrição calórica severa, a seleção rigorosa de alimentos considerados "seguros" e, frequentemente, a prática de exercícios físicos excessivos e compulsivos. A vida do indivíduo passa a girar em torno de rituais alimentares, contagem de calorias e estratégias para evitar comer ou para queimar as poucas calorias consumidas. O controle sobre a fome e o corpo gera uma sensação paradoxal de poder e euforia, o que torna o transtorno **ego-sintônico** – ou seja, os comportamentos são vistos pelo paciente como consistentes com seus objetivos e valores, dificultando a busca por ajuda.

Características Principais

- Busca implacável pela magreza
- Peso corporal significativamente baixo
- Distorção da imagem corporal
- Medo intenso de ganhar peso

Comportamentos Típicos

- Restrição calórica severa
- Seleção rigorosa de alimentos "seguros"
- Exercícios físicos excessivos
- Rituais alimentares rígidos
- Contagem obsessiva de calorias

Aspectos Psicológicos

- Transtorno ego-sintônico
- Sensação de controle e poder
- Autoavaliação baseada no peso
- Negação da gravidade do quadro

Critérios Diagnósticos da Anorexia Nervosa (DSM-5-TR)

Para formalizar o diagnóstico de Anorexia Nervosa, os profissionais de saúde mental utilizam manuais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua versão mais recente, o DSM-5-TR. Ele estabelece três critérios essenciais que devem ser atendidos, garantindo uma avaliação padronizada e precisa. É crucial que o diagnóstico seja realizado por um profissional qualificado, pois uma avaliação inadequada pode levar a intervenções ineficazes.

1

Critério A: Restrição Calórica

Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física.

"Significativamente baixo" é definido como um peso inferior ao mínimo normal ou, para crianças e adolescentes, inferior ao minimamente esperado.

Embora o DSM-5 tenha removido o critério rígido de um percentual específico de peso, um Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 18,5 kg/m² em adultos é frequentemente usado como um indicador clínico, com a gravidade sendo classificada com base em faixas de IMC.

2

Critério B: Medo de Ganhar Peso

Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.

Este não é um medo comum; é uma ansiedade avassaladora que domina o pensamento e dita o comportamento.

Um exemplo prático seria um paciente que, mesmo com um IMC de 15, recusa-se a consumir um iogurte por temer que as calorias o façam "engordar instantaneamente". Esse medo impulsiona comportamentos como a checagem constante do peso, a medição de partes do corpo e a recusa em participar de refeições sociais.

3

Critério C: Perturbação da Imagem Corporal

Perturbação na forma como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação, ou negação persistente da gravidade do baixo peso corporal atual.

Aqui reside a distorção da imagem corporal e a supervalorização da magreza. O valor de uma pessoa é inteiramente medido pela balança.

Por exemplo, uma estudante brilhante pode sentir-se um fracasso total após ganhar 200 gramas, ignorando suas conquistas acadêmicas. A negação da gravidade é um mecanismo de defesa que protege o indivíduo do sofrimento, mas que representa uma barreira imensa ao tratamento.

NOTA IMPORTANTE: As informações regulatórias/legais/técnicas contidas nesta seção estão atualizadas até 2024. Consulte sempre as fontes oficiais do DSM-5-TR e da CID-11 para verificar possíveis alterações nos manuais diagnósticos.

Os Subtipos da Anorexia Nervosa: Restritivo e Compulsivo/Purgativo

A Anorexia Nervosa não se manifesta de uma única forma. O DSM-5-TR reconhece duas apresentações distintas, ou subtipos, que descrevem os padrões comportamentais predominantes nos últimos três meses. A diferenciação entre eles é crucial para o planejamento terapêutico, pois os mecanismos de manutenção e os riscos associados podem variar. A transição de um subtipo para outro ao longo do curso da doença também é comum.

Subtipo Restritivo

É caracterizado pela perda de peso alcançada primariamente através de dieta, jejum e/ou exercício excessivo. Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos (como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

A narrativa de um paciente com este subtipo, como a de "Ana", uma bailarina de 17 anos, envolveria um controle férreo e crescente sobre a alimentação. Ela começaria eliminando doces, depois carboidratos, até sua dieta se resumir a folhas verdes e chá, enquanto sua rotina de treinos se estenderia por horas após os ensaios, movida por uma disciplina rígida e um medo paralisante de perder o controle.

"Eu me sinto forte quando consigo controlar o que como. Cada dia que passo comendo menos é uma vitória. Não posso parar de treinar, mesmo quando estou exausta - é a única forma de manter meu corpo disciplinado."

Subtipo Compulsão Alimentar/Purgativo

Apresenta um quadro mais caótico. Durante os últimos três meses, o indivíduo apresentou episódios recorrentes de compulsão alimentar e/ou comportamentos purgativos. É importante notar que a "compulsão" na AN é frequentemente subjetiva: a quantidade de comida pode não ser objetivamente grande, mas é percebida pelo paciente como uma perda de controle inaceitável.

Após esse episódio, ou mesmo após consumir uma quantidade mínima de comida "proibida", surgem a culpa e o pânico, levando a comportamentos de purgação para "compensar" a ingestão. "Carlos", um universitário de 20 anos, poderia descrever um ciclo em que, após dias de restrição severa, ele come duas fatias de pão, sente-se um fracasso e, em desespero, provoca o vômito para "se livrar" do erro. Este subtipo está frequentemente associado a maior impulsividade e comorbidades.

"Depois de dias sem comer quase nada, não aguentei e comi duas fatias de pão. Me senti tão culpado, tão fraco... Tive que me livrar daquilo imediatamente. Não podia deixar aquelas calorias no meu corpo."

Perspectivas da CID-11 sobre a Anorexia Nervosa

Enquanto o DSM-5-TR é a principal referência na América do Norte, a **Classificação Internacional de Doenças (CID-11)**, da Organização Mundial da Saúde, é o padrão global para estatísticas de saúde e diagnóstico clínico em muitos outros países, incluindo o Brasil. A CID-11, em sua versão mais recente, trouxe atualizações importantes para os transtornos alimentares, buscando maior alinhamento com as evidências científicas e com o DSM, mas mantendo algumas diferenças importantes que os profissionais precisam conhecer.



Peso Corporal Significativamente Baixo

Na CID-11 é mais explicitamente definido por um Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m² para adultos ou um IMC-para-idade equivalente abaixo do 5º percentil para crianças e adolescentes.

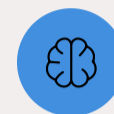
Essa clareza no limiar do IMC é uma diferença notável em relação à maior flexibilidade do DSM-5-TR.



Comportamentos para Manter Baixo Peso

Inclui a restrição alimentar (comportamentos de dieta) e, para alguns indivíduos, comportamentos de purgação (vômitos autoinduzidos, uso de laxantes) ou exercício excessivo.

A CID-11 agrupa esses comportamentos de forma mais ampla, sem necessariamente criar os subtipos formais da mesma maneira que o DSM-5-TR, embora reconheça esses padrões.



Psicopatologia Específica

Engloba o medo intenso de ganhar peso e a perturbação da imagem corporal. Assim como no DSM, o peso e a forma corporal são supervalorizados e tornam-se o foco central da vida do indivíduo.

A CID-11 destaca que, mesmo com evidências contrárias (como comentários de familiares ou leituras da balança), o indivíduo mantém uma crença persistente de que está com sobrepeso.

A CID-11 define a Anorexia Nervosa de forma muito semelhante ao DSM-5-TR, centrando-se em três características essenciais. A primeira é um **peso corporal significativamente baixo**, que na CID-11 é mais explicitamente definido por um Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m² para adultos ou um IMC-para-idade equivalente abaixo do 5º percentil para crianças e adolescentes. Essa clareza no limiar do IMC é uma diferença notável em relação à maior flexibilidade do DSM-5-TR.

A segunda característica na CID-11 são os **comportamentos persistentes destinados a produzir ou manter o baixo peso**. Isso inclui a restrição alimentar (comportamentos de dieta) e, para alguns indivíduos, comportamentos de purgação (vômitos autoinduzidos, uso de laxantes) ou exercício excessivo. A CID-11 agrupa esses comportamentos de forma mais ampla, sem necessariamente criar os subtipos formais da mesma maneira que o DSM-5-TR, embora reconheça esses padrões. A ênfase está no propósito do comportamento: a manutenção da magreza.

A terceira e última característica essencial é a **psicopatologia específica do transtorno**, que engloba o medo intenso de ganhar peso e a perturbação da imagem corporal. Assim como no DSM, o peso e a forma corporal são supervalorizados e tornam-se o foco central da vida do indivíduo. A CID-11 destaca que, mesmo com evidências contrárias (como comentários de familiares ou leituras da balança), o indivíduo mantém uma crença persistente de que está com sobrepeso. Essa convergência entre os dois manuais na descrição da psicopatologia central reforça a validade desses construtos como o núcleo da AN.

NOTA IMPORTANTE: As informações regulatórias/legais/técnicas contidas nesta seção estão atualizadas até 2024. Consulte sempre as fontes oficiais do DSM-5-TR e da CID-11 para verificar possíveis alterações nos manuais diagnósticos.

O Coração do Transtorno: A Distorção da Imagem Corporal

A distorção da imagem corporal na Anorexia Nervosa é um dos sintomas mais intrigantes e difíceis de compreender para quem está de fora. Não se trata de uma simples insatisfação ou de uma mentira deliberada; é uma perturbação profunda que afeta múltiplos domínios: o perceptual (como a pessoa se vê), o cognitivo-afetivo (o que ela pensa e sente sobre seu corpo) e o comportamental (o que ela faz em resposta a essa percepção, como checar-se no espelho ou evitar superfícies reflexivas).



Domínio Perceptual

Indivíduos com AN frequentemente superestimam o tamanho de seus corpos. Em estudos onde são solicitados a ajustar uma imagem projetada para corresponder à sua percepção de largura corporal, eles consistentemente escolhem uma imagem mais larga do que a real.

A neurociência sugere que isso pode estar ligado a disfunções em áreas cerebrais responsáveis pelo processamento somatossensorial e visual, como o córtex parietal. É como se o "mapa" do corpo no cérebro estivesse descalibrado, enviando informações incorretas sobre suas dimensões e forma.



Domínio Cognitivo-Afetivo

A distorção se manifesta como uma insatisfação corporal extrema e a crença de que o valor pessoal está intrinsecamente ligado à magreza.

Pensamentos como "Se eu ganhar um quilo, serei um fracasso" ou "Minhas coxas são enormes e nojentas" são automáticos e intrusivos. Esses pensamentos geram emoções intensas de ansiedade, nojo e vergonha, que por sua vez reforçam a necessidade de controle através da restrição alimentar.

A magreza se torna o único caminho percebido para a aceitação, a felicidade e o sucesso.



Domínio Comportamental

Essa crença supervalorizada sobre a forma e o peso é tão poderosa que se sobrepõe a todos os outros domínios da vida.

Uma pessoa pode ser uma artista talentosa, uma aluna exemplar ou uma amiga leal, mas sua autoavaliação dependerá quase exclusivamente do número na balança ou da percepção de uma "gordura" em seu abdômen.

Compreender essa dimensão é vital para a terapia, que precisará trabalhar não apenas o comportamento alimentar, mas também reconstruir fundamentalmente a forma como a pessoa se vê e se valoriza.

O Medo Fóbico de Ganhar Peso

Paralelamente à distorção da imagem corporal, o medo intenso de ganhar peso constitui o segundo pilar psicopatológico da Anorexia Nervosa. Este não é um receio comum ou uma preocupação com a saúde; é um terror avassalador que opera com a mesma intensidade de uma fobia específica. Para o paciente, a possibilidade de ganhar peso é percebida como uma ameaça catastrófica, capaz de desencadear uma resposta de pânico e comportamentos de esquiva extremos, neste caso, a recusa alimentar.

Medo Paradoxal

Esse medo é paradoxal, pois se intensifica à medida que o peso diminui. Quanto mais magro o indivíduo fica, mais aterrorizante se torna a ideia de reverter esse processo.

Abordagem Terapêutica

A compreensão dessa natureza fóbica é essencial para a abordagem terapêutica. A exposição gradual e supervisionada ao "objeto temido" – ou seja, a comida e o ganho de peso – é um componente central do tratamento, semelhante ao que é feito para outras fobias.

Isolamento Social

A vida social é severamente prejudicada, pois situações que envolvem comida, como jantares em família ou encontros com amigos, tornam-se fontes de ansiedade insuportável.



Identidade e Controle

Isso ocorre porque o baixo peso e o controle alimentar se tornaram a principal fonte de segurança e identidade. Perder esse controle significaria, na mente do paciente, mergulhar no caos, na autoaversão e na perda total de valor.

Comportamentos Compensatórios

Essa fobia de peso impulsiona uma série de comportamentos que vão muito além da simples dieta. Inclui a prática de exercícios físicos de forma rígida e punitiva, mesmo com lesões ou exaustão extrema.

Rituais Obsessivos

Outros comportamentos incluem cortar a comida em pedaços minúsculos para prolongar a refeição, beber quantidades excessivas de água antes de se pesar para "enganar" a balança, e o desenvolvimento de rituais obsessivo-compulsivos em torno da preparação e consumo de alimentos.

"Um paciente pode sentir a necessidade de correr 10 quilômetros para 'compensar' por ter comido uma maçã. O ganho de peso não é visto como um passo em direção à saúde, mas como uma falha moral, uma prova de fraqueza e descontrole."

A exposição gradual e supervisionada ao "objeto temido" – ou seja, a comida e o ganho de peso – é um componente central do tratamento, semelhante ao que é feito para outras fobias. Isso é realizado em um ambiente seguro e de apoio, ajudando o paciente a dessensibilizar-se do medo e a desafiar as crenças catastróficas associadas ao peso.

As Consequências Físicas da Anorexia Nervosa

A restrição calórica severa e a desnutrição crônica que caracterizam a Anorexia Nervosa impõem um custo devastador ao corpo. O organismo, em um esforço desesperado para sobreviver com energia mínima, começa a desacelerar e a desligar funções não essenciais, levando a uma cascata de complicações médicas graves que afetam praticamente todos os sistemas orgânicos. A AN tem a maior taxa de mortalidade entre todos os transtornos psiquiátricos, tanto por suas complicações clínicas quanto pelo risco de suicídio.

Sistema Cardiovascular

O corpo entra em um estado de economia de energia. A frequência cardíaca diminui perigosamente (bradicardia) e a pressão arterial cai (hipotensão).

O próprio músculo cardíaco enfraquece e atrofia, aumentando o risco de arritmias, prolapso da válvula mitral e insuficiência cardíaca súbita.

Desequilíbrios eletrolíticos (de potássio, sódio, cálcio), especialmente no subtipo purgativo, podem ser fatais, causando parada cardíaca.

Sistema Endócrino

É profundamente afetado. Em mulheres, a produção de estrogênio cessa, levando à amenorreia (ausência de menstruação), que por muito tempo foi um critério diagnóstico.

A consequência mais grave disso é a perda de densidade óssea (osteopenia e osteoporose), que ocorre em uma idade crítica para a formação do pico de massa óssea, resultando em um risco altíssimo e muitas vezes irreversível de fraturas ao longo da vida.

Outros hormônios, como os da tireoide, também são afetados, contribuindo para a sensação de frio constante e a letargia.

Outros Sistemas

Problemas **dermatológicos**, como pele seca e amarelada e o crescimento de uma fina camada de pelos pelo corpo (lanugo), uma tentativa do corpo de se manter aquecido. O cabelo se torna fino, quebradiço e cai.

No **sistema gastrointestinal**, a digestão torna-se lenta, causando inchaço, dor e constipação.

Neurologicamente, a desnutrição afeta o cérebro, causando dificuldade de concentração, irritabilidade e pensamento obsessivo, o que paradoxalmente dificulta ainda mais a saída do transtorno.

Consequências Psicológicas e Sociais

Além dos danos físicos, a Anorexia Nervosa causa um sofrimento psicológico profundo e um severo prejuízo no funcionamento social do indivíduo. O transtorno raramente ocorre isoladamente; ele está frequentemente associado a uma série de outras condições psiquiátricas, que podem tanto precedê-lo quanto ser uma consequência da desnutrição e do estresse crônico.

Comorbidades Psiquiátricas

Depressão Maior

A comorbidade mais comum é a **depressão maior**. Os sentimentos de desesperança, tristeza, anedonia (incapacidade de sentir prazer) e ideação suicida são extremamente prevalentes. É difícil, por vezes, distinguir se a depressão é uma causa ou uma consequência da AN, pois a própria desnutrição pode induzir sintomas depressivos. Independentemente da origem, a coexistência dos dois transtornos aumenta drasticamente o risco de mortalidade e complica o tratamento.

Transtornos de Ansiedade

Transtornos de ansiedade também são companheiros frequentes da Anorexia, incluindo o Transtorno de Ansiedade Social, o Transtorno de Ansiedade Generalizada e, especialmente, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). As obsessões e compulsões podem ir além da comida e do peso, mas frequentemente se manifestam em rituais alimentares rígidos, checagens corporais e necessidade de simetria e ordem. O perfeccionismo e a rigidez cognitiva, traços comuns na AN, são também centrais no TOC, criando uma sobreposição sintomática significativa.

Impacto Social

Socialmente, a Anorexia Nervosa é um transtorno que isola. A vida do indivíduo torna-se cada vez mais restrita e centrada na doença. Atividades sociais que envolvam comida são evitadas a todo custo, levando ao afastamento de amigos e familiares.

- **Isolamento Social**

Atividades sociais que envolvam comida são evitadas a todo custo, levando ao afastamento de amigos e familiares.

- **Conflitos Interpessoais**

A irritabilidade e a labilidade emocional, exacerbadas pela fome, podem gerar conflitos interpessoais.

- **Prejuízo Acadêmico e Profissional**

O desempenho acadêmico e profissional, inicialmente talvez até aprimorado por uma disciplina férrea, eventualmente declina devido às dificuldades de concentração e à exaustão física e mental.

O indivíduo se vê preso em um mundo solitário, governado pelas regras tirânicas do transtorno.

Introdução à Bulimia Nervosa: O Ciclo Oculto

Transitando da Anorexia para outro transtorno alimentar grave, chegamos à **Bulimia Nervosa (BN)**. Enquanto a Anorexia é marcada pelo controle rígido e pela restrição visível, a Bulimia é frequentemente descrita como um transtorno do caos e do descontrole, operando em um ciclo de compulsão alimentar seguido por comportamentos compensatórios inadequados. Uma das características mais marcantes da BN é que ela pode ser um sofrimento oculto, pois os indivíduos afetados geralmente mantêm um peso dentro da faixa normal ou até mesmo com sobrepeso, tornando a doença menos aparente para os outros.

01

Episódio de Compulsão Alimentar

O cerne da Bulimia Nervosa é o **episódio de compulsão alimentar**. Este não é simplesmente "comer demais". É definido pela ingestão, em um período de tempo delimitado (ex: duas horas), de uma quantidade de comida que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo período e sob circunstâncias semelhantes.

03

Sentimentos Pós-Compulsão

Imediatamente após a compulsão, surgem sentimentos avassaladores de culpa, vergonha e nojo de si mesmo, juntamente com um medo intenso de ganhar peso.

02

Sensação de Perda de Controle

Mais importante que a quantidade, no entanto, é a sensação de **perda de controle** durante o episódio. A pessoa sente que não consegue parar de comer ou controlar o que ou o quanto está comendo. Esses episódios são frequentemente desencadeados por estados emocionais negativos, como estresse, ansiedade ou tristeza, e ocorrem em segredo.

04

Comportamentos Compensatórios

Para neutralizar esses sentimentos e as calorias consumidas, o indivíduo recorre a **comportamentos compensatórios inadequados**. O mais comum é o vômito autoinduzido, mas outros métodos incluem o uso indevido de laxantes, diuréticos, jejum por longos períodos ou a prática de exercícios físicos excessivos e frenéticos.

Ao contrário da AN, onde o transtorno pode ser ego-sintônico, a BN é tipicamente **ego-distônica**: o indivíduo reconhece que seus comportamentos são anormais e sofre imensamente com eles, desejando se livrar do ciclo.

Critérios Diagnósticos da Bulimia Nervosa (DSM-5-TR)

Assim como na Anorexia, o diagnóstico de Bulimia Nervosa segue critérios específicos definidos pelo DSM-5-TR para garantir consistência e precisão. A avaliação detalhada desses critérios por um profissional é essencial, pois os comportamentos são muitas vezes escondidos devido à vergonha associada.

Critério A: Episódios de Compulsão

1

Estabelece a presença de **episódios recorrentes de compulsão alimentar**. Como já mencionado, um episódio é caracterizado por dois elementos: comer uma quantidade de alimento objetivamente grande em um período de tempo discreto e a sensação de falta de controle sobre o comer durante o episódio.

Por exemplo, "Joana" descreve que, após um dia estressante no trabalho, ela chega em casa e, em menos de uma hora, consome um pacote inteiro de biscoitos, um pote de sorvete e restos da janta, sentindo-se incapaz de parar, mesmo quando já está fisicamente desconfortável.

Critério B: Comportamentos Compensatórios

2

Refere-se aos **comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para impedir o ganho de peso**. Isso inclui vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejum ou exercícios excessivos.

Esses comportamentos estão diretamente ligados à compulsão, em um esforço desesperado para "desfazer" o que foi feito. A frequência desses comportamentos é um fator diagnóstico importante.

Critério C: Frequência e Duração

3

Especifica a frequência e a duração: **A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses.**

Este critério ajuda a diferenciar a Bulimia Nervosa de comportamentos alimentares desordenados mais esporádicos ou transitórios, estabelecendo um padrão persistente e clinicamente significativo.

Critério D: Autoavaliação

4

É análogo ao da Anorexia Nervosa: **A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal.**

Assim como na AN, o valor pessoal do indivíduo é quase inteiramente definido por sua aparência física e pelo número na balança.

Critério E: Diagnóstico Diferencial

5

É crucial para o diagnóstico diferencial: **A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.**

Se uma pessoa com baixo peso significativo (critério da AN) tem episódios de compulsão/purgação, o diagnóstico é de Anorexia Nervosa, subtipo compulsão alimentar/purgativo, que tem precedência diagnóstica.

NOTA IMPORTANTE: As informações regulatórias/legais/técnicas contidas nesta seção estão atualizadas até 2024. Consulte sempre as fontes oficiais do DSM-5-TR para verificar possíveis alterações nos manuais diagnósticos.

O Ciclo Vicioso da Bulimia Nervosa

A Bulimia Nervosa é melhor compreendida não como uma série de eventos isolados, mas como um ciclo autoperpetuador, movido por uma disfunção na regulação emocional. Cada fase do ciclo alimenta a seguinte, aprisionando o indivíduo em um padrão de comportamento do qual é extremamente difícil escapar sem ajuda. A compreensão desse ciclo é fundamental para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a abordagem de primeira linha para o tratamento.

Dieta Rígida

O ciclo geralmente começa com uma **dieta rígida e restritiva**, impulsionada pela insatisfação com o corpo e pelo desejo de atingir um ideal de magreza. Essas regras alimentares são frequentemente inflexíveis e dicotômicas (alimentos "bons" vs. "ruins").

Essa restrição, tanto física quanto psicológica, aumenta a vulnerabilidade à compulsão. O corpo fica fisiologicamente privado, e a mente fica obcecada com os alimentos proibidos.

Culpa e Vergonha

A fase seguinte é dominada pela **culpa, vergonha e medo intenso de ganhar peso**, o que leva ao **comportamento compensatório (purgação)**.

A purgação oferece um alívio imediato da ansiedade e do desconforto físico, reforçando o comportamento. No entanto, esse alívio é efêmero e logo dá lugar a mais vergonha e a um sentimento de fracasso, o que reforça a baixa autoestima e a crença de que é preciso ser ainda mais rígido na dieta, reiniciando o ciclo.

1

2

Gatilho Emocional

Então, um **gatilho** – que pode ser um estresse interpessoal, um sentimento negativo (tédio, solidão, raiva) ou a quebra de uma regra alimentar (comer um "quadrado" de chocolate) – desencadeia o episódio de **compulsão alimentar**.

O pensamento "tudo ou nada" se instala: "Já que estraguei minha dieta, posso muito bem comer tudo". Durante a compulsão, há uma sensação temporária de alívio ou entorpecimento das emoções negativas, mas que é rapidamente substituída por dor física e pânico.

3

"Eu prometo a mim mesma que vou seguir a dieta perfeitamente. Mas quando como algo 'proibido', sinto que já arruinei tudo e acabo comendo descontroladamente. Depois vem o pânico, a vergonha... e a única forma de aliviar isso é me livrar da comida. Depois prometo novamente que vou ser perfeita na dieta, e o ciclo recomeça."

- Relato de uma paciente com Bulimia Nervosa

As Consequências Físicas da Bulimia Nervosa

Embora os indivíduos com Bulimia Nervosa possam não apresentar a emaciação característica da Anorexia, os comportamentos de purgação recorrentes são extremamente perigosos e causam sérios danos médicos. As complicações da BN estão diretamente relacionadas aos métodos compensatórios utilizados e podem ser igualmente fatais se não tratadas.

Vômito Autoinduzido

- É particularmente destrutivo
- Exposição repetida do esôfago e da boca ao ácido gástrico
- Causa inflamação e sangramento do esôfago (esofagite)
- Refluxo crônico e, em casos raros, ruptura esofágica (emergência médica fatal)
- Saúde dentária severamente comprometida
- Erosão do esmalte dos dentes (principalmente na superfície interna)
- Aumento de cáries e sensibilidade

Sinais Clínicos

- **Sinal de Russell:** calos ou cicatrizes no dorso da mão, causados pelo atrito dos dentes durante a indução do vômito
- Glândulas salivares, especialmente as parótidas, podem ficar inchadas e doloridas
- Aparência de "rosto inchado"
- Irregularidades menstruais (embora a amenorreia seja menos comum que na AN)
- Problemas renais devido à desidratação
- Fadiga crônica

Desequilíbrio Eletrolítico

- Talvez a consequência mais perigosa
- O vômito e o abuso de laxantes e diuréticos levam à perda de eletrólitos essenciais
- Potássio, sódio e cloreto são afetados
- Hipocalemia (níveis baixos de potássio) é especialmente preocupante
- Pode causar arritmias cardíacas graves
- Fraqueza muscular e até mesmo parada cardíaca
- Muitas das mortes súbitas em pacientes com Bulimia são atribuídas a estas complicações cardíacas

O abuso de **laxantes** não previne a absorção da maioria das calorias, mas causa desidratação e pode levar à dependência, danificando permanentemente a função intestinal e resultando em constipação crônica. É crucial que a avaliação de um paciente com suspeita de BN inclua exames de sangue para verificar os níveis de eletrólitos e um eletrocardiograma para avaliar a função cardíaca.

O Perfil Psicológico e Social na Bulimia Nervosa

O perfil psicológico de uma pessoa com Bulimia Nervosa frequentemente difere daquele observado na Anorexia Nervosa, embora ambos compartilhem a centralidade da preocupação com o peso e a forma corporal. Enquanto a AN é associada à rigidez, ao controle excessivo (constrição) e ao ascetismo, a BN está mais ligada à **impulsividade** e à **desregulação emocional**. Essa impulsividade pode se manifestar não apenas na compulsão alimentar, mas também em outras áreas, como gastos excessivos, comportamentos sexuais de risco ou abuso de substâncias.

Características Psicológicas

Desregulação Emocional

A **dificuldade em regular as emoções** é um fator central. Indivíduos com BN muitas vezes experimentam emoções de forma muito intensa e têm um repertório limitado de estratégias saudáveis para lidar com elas. A compulsão alimentar torna-se uma forma rápida, embora disfuncional, de "anestésiar" ou escapar de sentimentos dolorosos. O ciclo compulsão-purgação pode ser entendido como uma tentativa desesperada de gerenciar um mundo interno caótico e avassalador.

Vergonha e Culpa

A **vergonha, a culpa e o segredo** são sentimentos dominantes. Devido à natureza ego-distônica do transtorno, os pacientes sentem um profundo nojo de seus próprios comportamentos, o que os leva a esconder a doença a todo custo. Isso resulta em um intenso isolamento social, não necessariamente por evitar situações com comida, mas por medo de serem "descobertos".

Impacto Social e Comorbidades

Eles podem levar uma vida aparentemente normal, com trabalho, estudos e relacionamentos, mas internamente vivem um tormento secreto, o que gera uma sensação de fraude e inautenticidade.

Comorbidades Comuns

- Depressão
- Transtornos de ansiedade
- Transtorno de personalidade borderline

Baixa Autoestima

A baixa autoestima é profunda e está diretamente atrelada ao fracasso percebido em controlar a alimentação e o peso.

Vida Dupla

Muitos pacientes descrevem uma sensação de viver uma "vida dupla" - apresentando uma fachada de normalidade enquanto lutam com um intenso sofrimento interno.

Diagnóstico Diferencial: Anorexia, Bulimia e Outros Transtornos

Realizar um diagnóstico diferencial preciso é uma das tarefas mais importantes na prática clínica, pois o plano de tratamento varia significativamente entre os transtornos alimentares. Os principais pontos de distinção entre Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), que será o foco da próxima aula, estão relacionados ao peso corporal, à presença e natureza da compulsão e aos métodos compensatórios.

Característica	Anorexia Nervosa (AN)	Bulimia Nervosa (BN)	Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)
Peso Corporal	Significativamente baixo (critério essencial)	Peso normal ou com sobrepeso	Frequentemente com sobrepeso ou obesidade
Compulsão Alimentar	Pode ocorrer (subtipo específico), mas muitas vezes é subjetiva	Presente e objetivamente grande (critério essencial)	Presente e objetivamente grande (critério essencial)
Comportamentos Compensatórios	Podem ocorrer (exercício, purgação)	Presentes e regulares (critério essencial)	Ausentes
Visão do Transtorno	Ego-sintônico (geralmente)	Ego-distônico (geralmente)	Ego-distônico (geralmente)

A distinção fundamental entre **Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa** reside no **peso corporal**. Por definição, o diagnóstico de AN requer um peso corporal significativamente baixo. Um indivíduo com BN, por outro lado, mantém um peso na faixa da normalidade ou acima dela. Se um paciente apresenta todos os comportamentos da Bulimia (compulsão e purgação), mas tem um peso significativamente baixo, o diagnóstico correto é **Anorexia Nervosa, subtipo compulsão alimentar/purgativo**. A AN sempre tem precedência diagnóstica sobre a BN devido à gravidade e aos riscos médicos imediatos associados ao baixo peso.

A diferenciação entre **Bulimia Nervosa e o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)** gira em torno dos **comportamentos compensatórios**. Ambos os transtornos envolvem episódios recorrentes de compulsão alimentar com a sensação de perda de controle. No entanto, na BN, esses episódios são seguidos por comportamentos compensatórios regulares (vômito, uso de laxantes, jejum, exercício excessivo). No TCA, as compulsões alimentares ocorrem, mas **não** são seguidas por esses comportamentos compensatórios. Consequentemente, indivíduos com TCA frequentemente apresentam sobrepeso ou obesidade.

A Abordagem Terapêutica Multidisciplinar

O tratamento eficaz para a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa raramente é alcançado por um único profissional. A complexidade desses transtornos, que afetam a mente, o corpo e a vida social do indivíduo, exige uma **abordagem de equipe multidisciplinar** integrada e colaborativa. Este modelo de tratamento é considerado o padrão-ouro e envolve a coordenação de cuidados entre diferentes especialistas, cada um focando em um aspecto específico da recuperação. O paciente e sua família (especialmente em casos de adolescentes) devem estar no centro dessa equipe.



Médico Psiquiatra

Desempenha um papel crucial na avaliação diagnóstica, no manejo das comorbidades psiquiátricas (como depressão e ansiedade) e na prescrição de psicofármacos, quando indicados.

Para a Bulimia Nervosa, antidepressivos como a fluoxetina têm demonstrado eficácia na redução dos episódios de compulsão e purgação. Para a Anorexia, a medicação tem um papel mais limitado no tratamento dos sintomas centrais, sendo mais útil para tratar condições comórbidas.



Psicólogo Clínico

É responsável pela psicoterapia, o pilar do tratamento. Utilizando abordagens baseadas em evidências, o psicólogo trabalha as crenças distorcidas sobre peso e forma, desenvolve estratégias de regulação emocional, aborda a baixa autoestima e ajuda o paciente a modificar os comportamentos alimentares disfuncionais.



Nutricionista Especializado

É indispensável para a reabilitação nutricional. Seu papel vai muito além de criar um plano alimentar; ele trabalha com psicoeducação, desmistifica crenças sobre alimentos, ajuda a normalizar os padrões alimentares e a restabelecer os sinais de fome e saciedade, tudo de forma gradual e colaborativa.

Além desses, outros profissionais podem ser envolvidos, como um **clínico geral ou pediatra** para monitorar e tratar as complicações médicas, um **terapeuta familiar** para abordar as dinâmicas familiares que podem manter o transtorno, e um **terapeuta ocupacional** para ajudar na reintegração às atividades diárias e sociais. A comunicação constante e o alinhamento de metas entre todos os membros da equipe são essenciais para evitar mensagens contraditórias e para fornecer um cuidado coeso e seguro ao paciente.

Terapias Psicológicas Baseadas em Evidências

Dentro da abordagem multidisciplinar, a psicoterapia é o componente que visa modificar os mecanismos psicológicos que mantêm o transtorno alimentar. As abordagens mais eficazes são aquelas cuja eficácia foi comprovada por pesquisas científicas rigorosas. As "terapias baseadas em evidências" são a pedra angular do tratamento psicológico moderno para AN e BN.

Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada (TCC-E)

Para a **Bulimia Nervosa** e o Transtorno de Compulsão Alimentar, a **Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada (TCC-E)** é considerada o tratamento de primeira linha. Desenvolvida por Christopher Fairburn, esta terapia é transdiagnóstica, o que significa que se aplica à psicopatologia central da maioria dos transtornos alimentares.

A TCC-E foca nos mecanismos de manutenção do problema: a supervalorização da forma e do peso, a dieta rígida, os eventos e humores que desencadeiam a compulsão e os comportamentos compensatórios. A terapia é altamente estruturada e envolve automonitoramento, estabelecimento de um padrão regular de alimentação, técnicas de resolução de problemas e estratégias para lidar com contratempos.

Terapia Baseada na Família (FBT)

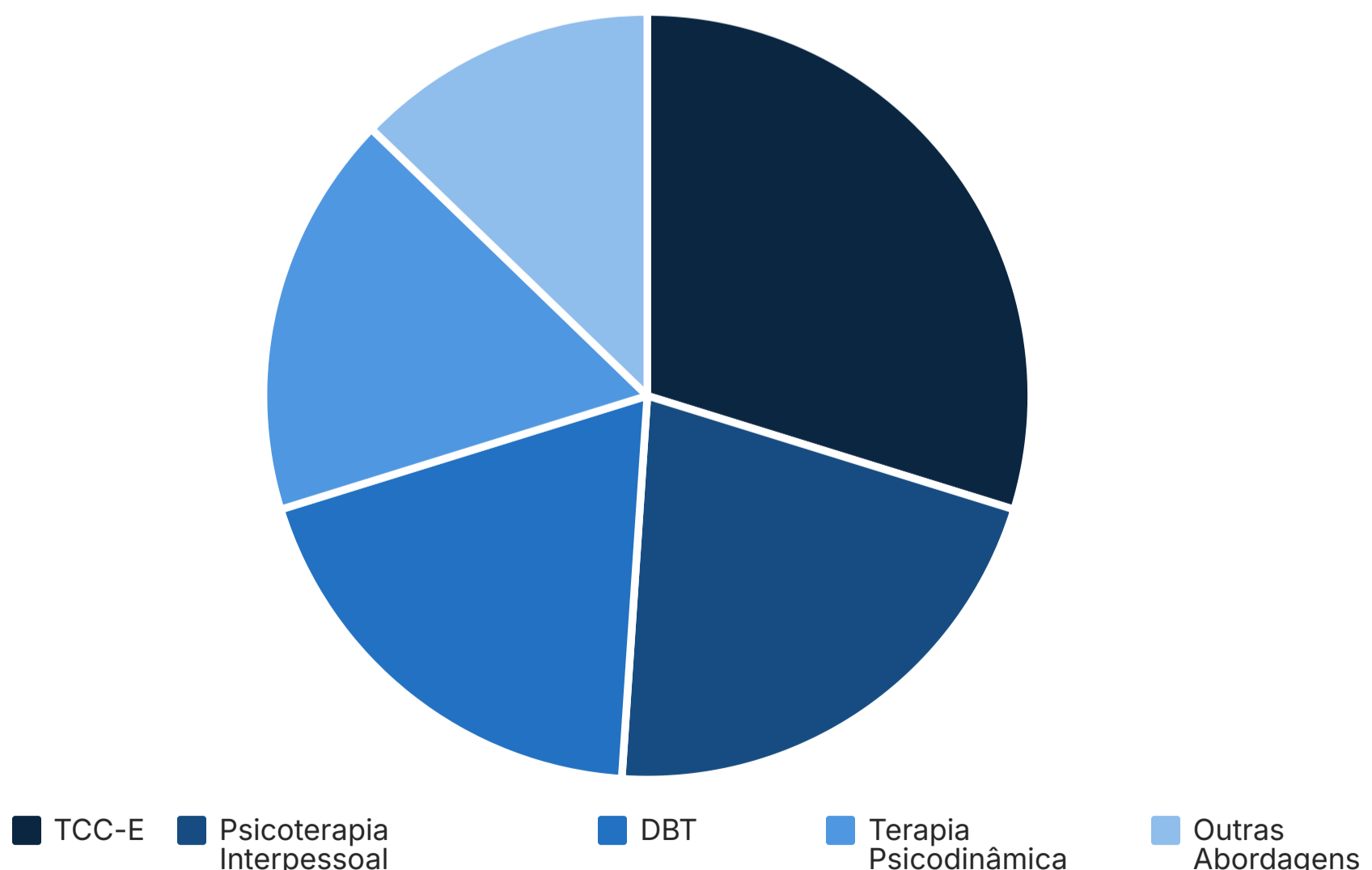
Para a **Anorexia Nervosa**, especialmente em adolescentes, a **Terapia Baseada na Família (FBT)**, também conhecida como "Método Maudsley", tem o mais alto nível de evidência. A FBT capacita os pais a assumirem temporariamente o controle da realimentação de seu filho, vendo-os como um recurso vital para a recuperação.

A terapia ocorre em três fases: na primeira, o foco é exclusivamente na restauração do peso; na segunda, o controle da alimentação é gradualmente devolvido ao adolescente; e na terceira, a atenção se volta para as questões normais do desenvolvimento adolescente.

Outras Abordagens Promissoras

Outras abordagens promissoras incluem a **Terapia Comportamental Dialética (DBT)**, que é particularmente útil para pacientes com alta desregulação emocional e comportamentos impulsivos, como os vistos na BN. A DBT foca no ensino de habilidades de mindfulness, tolerância ao mal-estar, regulação emocional e efetividade interpessoal.

A **Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)**, por sua vez, ajuda os pacientes a pararem de lutar contra seus pensamentos e sentimentos difíceis (aceitação) e a se concentrarem em viver uma vida rica e significativa, de acordo com seus valores (compromisso), mesmo na presença de dificuldades.



O gráfico acima ilustra a eficácia relativa das diferentes abordagens terapêuticas para a Bulimia Nervosa, com base em estudos clínicos. A TCC-E se destaca como a abordagem mais eficaz, com aproximadamente 70% dos pacientes apresentando melhora significativa após o tratamento completo.

Neurociência, Estigma e a Perspectiva Futura

A compreensão dos transtornos alimentares está em constante evolução, impulsionada por avanços na neurociência e por uma maior conscientização sobre os fatores psicossociais, como o estigma. As tendências futuras apontam para uma abordagem ainda mais integrada e personalizada, que considera a biologia única de cada indivíduo dentro de seu contexto social.

Avanços da Neurociência

A **neurociência** tem oferecido insights fascinantes. Estudos de neuroimagem funcional (fMRI) sugerem que o cérebro de pessoas com Anorexia Nervosa pode responder de forma diferente a recompensas. Enquanto para a maioria das pessoas a comida é recompensadora, para pacientes com AN, os circuitos de recompensa parecem ser mais ativados pela perda de peso e pela restrição.

Na Bulimia Nervosa, a disfunção pode estar nos circuitos de controle inibitório, localizados no córtex pré-frontal, o que explicaria a dificuldade em parar um episódio de compulsão uma vez que ele começa. Essas descobertas abrem portas para tratamentos futuros, como a neuromodulação (ex: estimulação magnética transcraniana), que visam "recalibrar" esses circuitos cerebrais disfuncionais.

A perspectiva futura do tratamento é, portanto, multifacetada: combinar as terapias psicológicas e nutricionais já estabelecidas com intervenções biológicas mais direcionadas e, ao mesmo tempo, trabalhar para criar um ambiente sociocultural que promova a saúde mental e a aceitação corporal, prevenindo o surgimento desses transtornos em primeiro lugar.

Combate ao Estigma

Paralelamente, a luta contra o **estigma** é uma frente crucial. O estigma internalizado (a vergonha que o próprio paciente sente) e o estigma público (preconceito e desinformação da sociedade) são barreiras enormes para a busca de ajuda e para a recuperação.

Psicoeducação

A psicoeducação em larga escala é uma ferramenta poderosa para mudar a narrativa sobre transtornos alimentares.

Campanhas de Saúde Mental

Campanhas que desmistificam os transtornos alimentares e promovem a busca por ajuda são essenciais.

Diversidade Corporal na Mídia

A promoção de uma maior diversidade corporal na mídia ajuda a combater os ideais irrealistas de beleza.

É fundamental disseminar a mensagem de que transtornos alimentares são doenças graves, não escolhas de estilo de vida, e que a recuperação é possível com o tratamento adequado.

Síntese da Aula e Próximos Passos

Nesta aula, exploramos em profundidade dois dos mais graves transtornos alimentares: a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. Vimos como eles são definidos, suas bases biopsicossociais e os critérios diagnósticos segundo o DSM-5-TR e a CID-11.

Resumo Visual dos Conceitos-Chave:



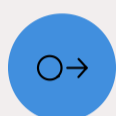
Anorexia Nervosa

Baixo peso + Medo intenso de engordar + Distorção da imagem corporal.



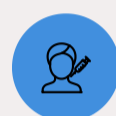
Bulimia Nervosa

Peso normal/sobrepeso + Ciclo de Compulsão e Purgação + Autoavaliação baseada no corpo.



Consequências

A AN afeta o corpo pela desnutrição (coração, ossos); a BN, pela purgação (dentes, eletrólitos).



Tratamento

A abordagem multidisciplinar (psicólogo, psiquiatra, nutricionista) é essencial e baseada em evidências.

Perguntas para Reflexão

1. Por que é reduutivo e incorreto afirmar que a Anorexia Nervosa é apenas "querer ser magra"? Como o modelo biopsicossocial expande essa compreensão?
2. Descreva com suas palavras o ciclo vicioso da Bulimia Nervosa. Qual o papel da regulação emocional nesse ciclo?
3. Se um paciente apresenta episódios de compulsão alimentar e vômitos autoinduzidos, mas está com um IMC de 16, qual seria o diagnóstico mais provável e por quê?
4. Qual a importância de uma equipe multidisciplinar no tratamento dos transtornos alimentares? Qual seria o risco de um tratamento focado apenas em um aspecto (ex: apenas nutricional)?

Conectando com a Próxima Aula

Tendo compreendido a Anorexia e a Bulimia, estamos prontos para avançar. Na **Aula 20 – Transtorno de Compulsão Alimentar e Outros Transtornos Alimentares**, exploraremos o transtorno alimentar mais comum, mas muitas vezes subdiagnosticado. Veremos como ele se diferencia da Bulimia pela ausência de comportamentos compensatórios e discutiremos outros quadros, como o PICA e o Transtorno de Ruminação, ampliando nosso conhecimento sobre o espectro dos distúrbios alimentares.

Recursos Adicionais

- **Livro:** "Vencendo a Luta Contra a Balança" de Christopher G. Fairburn – Uma leitura essencial sobre a TCC-E.
- **Website:** Academy for Eating Disorders (AED) – Organização internacional com recursos para profissionais e público.
- **Documentário:** "Thin" (HBO) – Um olhar íntimo e poderoso sobre o tratamento da Anorexia e Bulimia em um centro residencial.

Esta jornada de conhecimento é um passo vital para se tornar um profissional mais capacitado e empático. Continue se dedicando, pois sua atuação pode transformar vidas.