

USO DE PSICOFÁRMACOS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Enzo Barbosa Castro¹;

Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7933513067176277>

Nayron Micael da Silva Santos²;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/8610621575275593>

Pedro Cícero de Sousa³;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí.

<https://lattes.cnpq.br/7294785721046211>

Regina Márcia Soares Cavalcante⁴.

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí.

<https://lattes.cnpq.br/3272448488233781>

RESUMO: O tratamento dos transtornos alimentares envolve uma abordagem multiprofissional, em razão de sua etiologia complexa. Tradicionalmente, as intervenções não farmacológicas, como a terapia psicológica e o acompanhamento nutricional, são as mais utilizadas na prática clínica. Entretanto, em algumas situações, essas abordagens mostram-se insuficientes, tornando necessária a utilização de estratégias farmacológicas, como os psicofármacos. Nesse contexto, este trabalho teve como objetivo discorrer, à luz da literatura científica, sobre o tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. A bulimia nervosa está associada a importantes complicações clínicas, e a terapia farmacológica apresenta bons resultados, com destaque para os antidepressivos, sendo a fluoxetina a única medicação aprovada pelo FDA para esse transtorno. No transtorno de compulsão alimentar periódica, o tratamento psicológico é frequentemente eficaz, porém não promove perda de peso, o que se torna um fator limitante, considerando a presença de obesidade e comorbidades psiquiátricas em parte dos indivíduos, sendo a lisdexanfetamina o único fármaco aprovado. Na anorexia nervosa, o tratamento farmacológico é utilizado como terapia adjuvante, com o objetivo de manejar sintomas depressivos e ansiosos, não sendo recomendados antidepressivos de primeira geração devido à baixa eficácia e aos riscos associados, enquanto os inibidores seletivos da recaptação de serotonina apresentam melhor tolerabilidade. Outras classes de medicamentos, como anticonvulsivantes e ansiolíticos, vêm sendo estudadas para possível aplicação terapêutica. Destaca-se,

entretanto, a escassez de fármacos desenvolvidos especificamente para os transtornos alimentares, uma vez que os medicamentos atualmente utilizados são majoritariamente oriundos de outras indicações psiquiátricas. Por fim, ressalta-se que a farmacoterapia deve integrar uma estratégia ampla e multiprofissional, atuando como suporte às intervenções psicoterapêuticas e nutricionais.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação emocional. Tratamento Farmacológico. Psicotrópicos.

PHARMACOLOGY AND EATING DISORDERS: USE OF PSYCHOTROPIC DRUGS IN TREATMENT

ABSTRACT: The treatment of eating disorders involves a multidisciplinary approach due to their complex etiology. Traditionally, non-pharmacological interventions, such as psychological therapy and nutritional monitoring, are the most commonly used in clinical practice. However, in some situations, these approaches prove insufficient, making it necessary to use adjuvant strategies, such as the use of psychotropic drugs. In this context, this work aims to discuss, in light of the scientific literature, the pharmacological treatment of eating disorders. Bulimia nervosa is associated with significant clinical complications, and pharmacological therapy shows good results, especially with antidepressants, with fluoxetine being the only medication approved by the FDA for this disorder. In binge eating disorder, psychological treatment is often effective, but it does not promote weight loss, which becomes a limiting factor considering the presence of obesity and psychiatric comorbidities in some individuals, with lisdexamfetamine being the only approved drug. In anorexia nervosa, pharmacological treatment is used as adjuvant therapy, aiming to manage depressive and anxious symptoms. First-generation antidepressants are not recommended due to their low efficacy and associated risks, while selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are better tolerated. Other classes of medications, such as anticonvulsants and anxiolytics, are being studied for possible therapeutic application. However, there is a scarcity of drugs developed specifically for eating disorders, since the medications currently used are mostly derived from other psychiatric indications. Finally, it is emphasized that pharmacotherapy should be part of a broad and multidisciplinary strategy, acting as support, not a replacement, for psychotherapeutic and nutritional interventions.

KEYWORDS: Emotional eating. Pharmacological treatment. Psychotropic drugs.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) constituem um grupo de transtornos psiquiátricos de natureza predominantemente psicológica, caracterizados por alterações persistentes e disfuncionais do comportamento alimentar, associadas a intenso sofrimento psíquico e a prejuízos significativos ao bem-estar físico, social e neurológico. Em quadros mais

graves, podem assumir caráter incapacitante e potencialmente letal, configurando um importante problema de saúde pública (Vianna, 2018).

Do ponto de vista clínico, os TA abrangem um espectro heterogêneo de manifestações, descritas na literatura e nos principais manuais diagnósticos, incluindo anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno da compulsão alimentar, transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva, pica e transtorno de ruminação, além de quadros como comer seletivo e evitação emocional da alimentação (Ferreira *et al.*, 2022; Camargos; Santana, 2022).

Apesar dessa diversidade, esses transtornos compartilham características centrais, como uma relação disfuncional com a alimentação, marcada por padrões rígidos e ritualísticos, distorções da autoimagem corporal e alterações no peso esperado para idade, estatura e sexo (Treasure, 2020).

Reconhece-se que os TA apresentam etiologia multifatorial e elevada heterogeneidade clínica, com diferenças na apresentação entre homens e mulheres (Urbón Ladrero, 2021). Comorbidades psiquiátricas, como ansiedade e depressão, são frequentes e influenciam a origem e manutenção dos sintomas alimentares, sendo o medo de ganho de peso um importante fator de ansiedade (Kesby *et al.*, 2017; Schaumberg *et al.*, 2021; Treasure, 2020). Fatores cognitivos como a intolerância à incerteza e o perfeccionismo disfuncional contribuem para padrões de evitação comportamental e para a persistência do quadro clínico (Kesby *et al.*, 2017; Schaumberg *et al.*, 2021).

O manejo dos transtornos alimentares inclui abordagens não farmacológicas, como aromaterapia, acupuntura e yoga, que podem auxiliar nos sintomas, mas podem ser insuficientes em casos mais graves. Nessas situações, pode ser necessário o uso de tratamento medicamentoso, que deve ser individualizado e criterioso, considerando a gravidade do quadro e os riscos associados (Ferreira *et al.*, 2022; Manochio *et al.*, 2018). De forma geral são utilizados antidepressivos, ansiolíticos e estabilizadores do humor, empregados como terapias adjuvantes no controle de sintomas ansiosos e depressivos (Sales; Gomes; Ferreira, 2025).

Entretanto, o uso de medicamentos permanece objeto de debate, especialmente diante dos potenciais efeitos adversos e dos riscos associados, como observado no caso da sibutramina, cujo uso foi restringido pela Anvisa e suspenso em diversos países devido a efeitos cardiovasculares e ao risco de agravamento de comportamentos obsessivos em indivíduos com histórico de transtornos alimentares (Sales; Gomes; Ferreira, 2025). Ademais, os TA encontram-se fortemente relacionados ao contexto sociocultural contemporâneo, reforçando a necessidade de abordagens terapêuticas integradas e multidisciplinares (Werneck *et al.*, 2020).

Diante da complexidade dos transtornos alimentares, o manejo requer abordagem multiprofissional e intervenções não farmacológicas, sendo o tratamento medicamentoso usado como adjuvante no controle de comorbidades e sintomas. Este trabalho teve como

objetivo discutir, com base na literatura científica, o tratamento farmacológico desses transtornos.

TERAPIA PSICOFARMACOLÓGICA NA BULIMIA

A BN é um transtorno alimentar marcado por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou exercícios excessivos, geralmente sem baixo peso significativo (Muratore; Attia, 2022).

As principais complicações da BN resultam dos comportamentos purgativos e incluem distúrbios hidroeletrólíticos, hipocalemia, alterações gastroesofágicas e aumento das glândulas parótidas. O tratamento busca interromper os ciclos de compulsão e purga por meio da redução da restrição alimentar e de estratégias terapêuticas voltadas à modulação dos comportamentos alimentares disfuncionais (Gibson; Workman; Mehler, 2019; Westmoreland; Krantz; Mehler, 2016).

Na BN, estudos farmacológicos apresentam resultados consistentes, com diferentes medicamentos mostrando eficácia superior ao placebo na redução dos sintomas centrais do transtorno (Muratore; Attia, 2022).

Os antidepressivos destacam-se no tratamento da BN, com revisões sistemáticas demonstrando que antidepressivos tricíclicos (ATC) e inibidores da monoaminoxidase (IMAO) reduzem a frequência de episódios de compulsão alimentar e purga (Yu *et al.*, 2023; Fornaro *et al.*, 2023). Entretanto, o uso desses medicamentos é limitado pela alta incidência de efeitos adversos, incluindo riscos cardiovasculares, como prolongamento do intervalo QTc. Além disso, a bupropiona é contraindicada em pacientes com BN devido ao maior risco de convulsões (Muratore; Attia, 2022).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são a principal classe farmacológica no tratamento da BN, devido à sua eficácia clínica e perfil de segurança mais favorável (Fornaro *et al.*, 2023).

Entre os ISRS, a fluoxetina na dose de 60 mg/dia demonstrou reduzir significativamente os episódios de compulsão alimentar e vômitos em comparação ao placebo e a doses menores do medicamento (McElroy *et al.*, 2019; Yu *et al.*, 2023). Esses efeitos foram observados em adultos e adolescentes, com redução do risco de recaída após a manutenção do tratamento. Por isso, a fluoxetina tornou-se o único medicamento aprovado pela Food and Drug Administration para o tratamento da bulimia nervosa, consolidando-se como terapia farmacológica de primeira linha (Bello; Yeomans, 2018; Costandache *et al.*, 2023).

Entre os anticonvulsivantes, o topiramato tem se destacado no tratamento da BN por reduzir a compulsão alimentar, o peso corporal e sintomas associados, como ansiedade, mostrando-se superior ao placebo em ensaios clínicos (Hoopes *et al.*, 2003; Hedges *et al.*, 2004; Nickel *et al.*, 2005). Entretanto, o uso do topiramato exige cautela devido aos efeitos

adversos cognitivos e sensoriais, como lentificação do pensamento e parestesias, além da perda de peso, que pode ser indesejável em alguns casos (Rodan *et al.*, 2023).

De forma geral, a literatura aponta que o tratamento farmacológico da BN apresenta resultados mais favoráveis, especialmente na redução dos comportamentos de compulsão e purga. A fluoxetina permanece como a principal opção terapêutica, devido à sua eficácia, segurança e respaldo regulatório, enquanto as demais medicações devem ser avaliadas individualmente, considerando riscos e benefícios para cada paciente (Muratore; Attia, 2022).

Quadro 1 – Tratamento farmacológico adjuvante no transtorno de Bulimia

Classe farmacológica	Medicamento	Principais efeitos	Observações
Antidepressivos	Desipramina, Imipramina, Amineptina, Amitriptilina, Desipramina	Redução das compulsões, da purgação e dos sintomas depressivos, com melhores resultados em tratamentos prolongados e combinados, embora alguns aspectos do comportamento alimentar possam permanecer inalterados.	Alguns desfechos permanecem inalterados e os efeitos variam entre fármacos
Antagonista de opióides	Naltrexona	Redução da duração dos episódios de compulsão alimentar e melhora dos sintomas depressivos.	Não impactam de forma relevante na frequência das compulsões quando comparados ao placebo.
Inibidores seletivos da recaptação de serotonina	Fluoxetina, D-Fenfluramina, Fluvoxamina, Trazodona	Redução de episódios de compulsão e purgação, de sintomas depressivos e de recaídas, com maior eficácia que o placebo, especialmente em doses mais altas.	Apresentam boa tolerabilidade e maior adesão ao tratamento. A associação com psicoterapia pode melhorar alguns desfechos, embora nem sempre seja superior à psicoterapia isolada, com efeitos variáveis sobre imagem corporal e ansiedade.
Inibidores reversíveis da MAO	Moclobemida, Brofaromina	A brofaromina reduziu vômitos e peso, mas com muitos efeitos adversos; já a moclobemida foi segura, porém sem eficácia relevante na redução de compulsões e purgação.	Apresentam efeitos limitados no tratamento da bulimia nervosa, indicando baixa utilidade clínica global dessa classe.
Antiemético	Ondansetron	Redução de episódios de compulsão alimentar e vômitos, sem mudanças na duração ou frequência das compulsões.	Efeito relacionado com a modulação da neurotransmissão vagal, sugerindo um mecanismo de ação específico, embora ainda com evidências limitadas.

Anticonvulsivante	Topiramato	Redução da compulsão e purgação, com perda de peso e melhora da qualidade de vida, geralmente com boa tolerabilidade.	Benefícios consistentes em múltiplos desfechos clínicos, embora a evidência ainda seja limitada a poucos estudos.
-------------------	------------	---	---

Fonte: Elaborado pelos autores, (2026). Baseado no estudo de Fornaro *et al.*, (2023).

TERAPIA PSICOFARMACOLÓGICA NO TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

A compulsão alimentar se caracteriza como uma sensação de perda de controle sobre a alimentação que está associada com uma ingestão alimentar quantitativamente maior em um período de tempo específico comparado ao que a maioria das pessoas ingeriria em uma situação semelhante (American Psychiatric Association, 2013).

Nos últimos 30 anos, a pesquisa sobre TCAP tem aumentado consideravelmente, entretanto as conclusões sobre os tratamentos psicológicos mudaram relativamente pouco ao decorrer dos anos. Entretanto, vale ressaltar que essas intervenções não promovem perda de peso (Grilo, 2017). Nesse sentido, a farmacoterapia é considerada na indisponibilidade dos tratamentos não farmacológicos ou quando são insuficientes para atingir os objetivos do tratamento (Muratore; Attia, 2023).

Apenas um medicamento foi aprovado de forma oficial para o TCAP, sendo o Dimesilato de Lisdexanfetamina (LDX), aprovado em 2015, indicado para o grau grave a moderado do TCAP (Grilo, 2024).

Em indivíduos que receberam LDX durante uma fase de otimização por 3 semanas e fase de manutenção de 8 semanas, houve ao fim do estudo, redução média significativa na frequência de compulsão alimentar em comparação ao placebo (McElroy *et al.*, 2016). O uso do LDX apresentou um perfil de segurança e tolerabilidade. Eventos adversos foram encontrados em ambos os grupos, placebo e LDX, no ECR de McElroy *et al.* (2016). Os eventos adversos mais comuns envolvem boca seca, cefaléia e insônia que foram relatados em menos de 10% dos indivíduos que receberam LDX, o aumento da frequência cardíaca e pressão arterial também foram encontrados ao longo das semanas. Vale ressaltar que esses efeitos adversos foram caracterizados como leves ou moderados.

Entretanto, mesmo com o perfil de segurança, a aprovação do LDX envolve preocupações devido ser um medicamento tarja preta. O LDX foi classificado como substância controlada de classe II, sendo uma preocupação com o potencial uso indevido (Bello; Yeomans, 2018; Grilo, 2024). Ademais, o fármaco não demonstrou efeito na redução de peso, o que reforça sua inadequação como opção terapêutica para o manejo da obesidade (Grilo, 2024).

Apesar das propriedades descritas em ensaios clínicos, o LDX representa um aporte limitado, sendo necessário que mais estratégias sejam propostas com o objetivo de desenvolver terapias mais seguras, eficazes e específicas (Bello; Yeomans, 2018). Outras classes de medicamentos vem sendo estudados para o tratamento do TCAP, entre eles destacam-se, os antidepressivos e anticonvulsivantes (Muratore; Attia, 2023).

Os antidepressivos são uma classe de medicamentos frequentemente prescritos fora das recomendações para o tratamento de TCAP. A fluoxetina é um dos fármacos mais estudados, apresentando resultados controversos quanto a sua eficácia na diminuição da compulsão alimentar comparado ao placebo. Já em relação ao peso, é conhecido que os antidepressivos ISRS não promovem perda de peso significativa (Muratore; Attia, 2023; Grilo *et al.*, 2024).

Os anticonvulsivantes são estudados como potenciais medicamentos para a terapia farmacológica no TCAP e obesidade. A zonisamida apresentou redução da compulsão alimentar e perda de peso a curto prazo e após 1 ano de acompanhamento, entretanto, o medicamento pode não ser bem tolerado pelos pacientes (Muratore; Attia, 2023). O Topiramato produz efeitos significativos na compulsão alimentar e perda de peso quando comparados ao placebo, entretanto, o medicamento apresenta alta probabilidade de eventos adversos graves, além disso, a grande maioria dos pacientes abandonam o uso da medicação a longo prazo (Grilo *et al.*, 2024).

O quadro 2 apresenta o resumo dos medicamentos com indicação para o TCAP, bem como algumas observações.

Quadro 2 – Tratamento farmacológico adjuvante no transtorno de compulsão alimentar Periódica

Classe farmacológica	Medicamento	Principais efeitos	Observações
Psicoestimulante	Dimesilato de Lisdexanfetamina	Cessamento dos episódios de compulsão alimentar por um curto período de tempo	Potencialmente suscetível ao uso indevido. Atenção especial aos sinais vitais e saúde cardiovascular do paciente
Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina	Fluoxetina, citalopram, escitalopram e fluvoxamina	Redução significativa na compulsão alimentar, com maiores taxas de abstinência	Não promovem significativa perda de peso
Anticonvulsivantes	Zonisamida e topiramato	Redução da compulsão alimentar e perda de peso a curto prazo e após 1 ano de acompanhamento	Apresenta pouca tolerabilidade pelos pacientes

Fonte: Elaborado pelos autores (2026). Baseado no estudo de Muratore; Attia (2023).

Entretanto, vale destacar que essas terapias farmacológicas são limitadas, visto que os medicamentos usados nos transtornos alimentares são “reaproveitados”. Nesse cenário, é importante que o paciente receba a informação correta sobre o mecanismo de ação do fármaco e do porquê ele está ingerindo para o TCAP.

TERAPIA PSICOFARMACOLÓGICA NA ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar caracterizado pela restrição persistente da ingestão calórica, resultando em baixo peso corporal e significativos danos físicos e psicológicos. Além das alterações nutricionais, é frequentemente associada a sintomas psiquiátricos, como ansiedade, depressão, alterações de humor e prejuízos cognitivos, o que contribui para a complexidade do quadro clínico (Muratone *et al.*, 2022). Com a progressão da doença, podem surgir complicações graves decorrentes da desnutrição prolongada, incluindo distúrbios menstruais, redução da densidade mineral óssea, alterações cardiovasculares e aumento do risco de morbidade e mortalidade (Giordani, 2011). Diante disso, o tratamento farmacológico vem sendo investigado como estratégia complementar ao acompanhamento nutricional e psicoterapêutico, visando reduzir sintomas associados e melhorar os desfechos clínicos (Muratone *et al.*, 2022).

Os antidepressivos foram inicialmente explorados devido à sua eficácia no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos (Infarmed, 2020). No entanto, os antidepressivos de primeira geração, como os inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) e os antidepressivos tricíclicos (ADTs), demonstraram baixo perfil de segurança e ausência de benefícios terapêuticos consistentes em pacientes com anorexia nervosa. Dessa forma, seu uso não é recomendado para estes indivíduos, conforme apontado por diretrizes e estudos clínicos (Associação Psiquiátrica Americana, 2006; Aigner *et al.*, 2011; Marvanova; Gramith, 2018).

Por outro lado, os antidepressivos de segunda geração, especialmente os ISRS, apresentam melhor tolerabilidade e perfis de segurança mais favoráveis, sendo, portanto, mais frequentemente considerados no manejo farmacológico da AN. Estudos indicaram que esses fármacos podem ser úteis principalmente no tratamento de sintomas depressivos e ansiosos associados, embora sua eficácia direta na recuperação do peso ainda seja limitada (Attia *et al.*, 1998). Entre os ISRS, a fluoxetina destaca-se no tratamento da depressão e na redução de sintomas depressivos associados à anorexia nervosa (Edwards *et al.*, 1995). Entretanto, seu uso pode causar reações adversas, incluindo risco de ideação suicida, o que exige acompanhamento clínico rigoroso durante o tratamento (Tiihonen *et al.*, 2006).

É importante ressaltar que nem todos os antidepressivos são seguros para pacientes com transtornos alimentares. A bupropiona, por exemplo, é formalmente contraindicada em indivíduos com anorexia nervosa e outros distúrbios alimentares, devido ao aumento do risco de convulsões, especialmente em contextos de desnutrição e desequilíbrios eletrolíticos (Marvanova *et al.*, 2018).

O tratamento da AN exige uma abordagem multiprofissional, motivada principalmente pela grande resistência dos pacientes em iniciarem um tratamento psicofarmacológico decorrente do medo de possíveis efeitos colaterais, como o ganho de peso. O profissional de saúde deve selecionar a medicação mais adequada, considerando sempre as necessidades específicas de cada paciente (Frank, 2020).

Quadro 3 – Tratamento farmacológico adjuvante na anorexia nervosa

Classe farmacológica	Medicamento	Indicação clínica	Principais efeitos	Observações
Anti Histamínico com ação orexígena	Ciproheptadina (Periatin®)	Anorexia nervosa restritiva grave com hiperatividade	Estimula o apetite e promove sedação	Uso preferencial no início da internação; benefício a curto prazo
Antipsicótico típico	Clorpromazina (Amplictil®)	Anorexia nervosa do tipo purgativo	Reduz vômitos, melhora sono e aceitação alimentar	Necessita monitoramento por risco de sedação e hipotensão
Procinético	Metoclopramida (Plasil®)	Plenitude gástrica em pacientes graves	Melhora o esvaziamento gástrico	Uso temporário durante fase inicial
Antidepressivo ISRS	Fluoxetina / Citalopram	Sintomas depressivos persistentes	Melhora do humor	Não indicado no início do tratamento
Antidepressivo tricíclico	Imipramina	Transtorno depressivo associado	Ação antidepressiva	Pode causar retenção hídrica e ganho de peso
Ansiolíticos	Bromazepam / Clonazepam / Lorazepam	Ansiedade relacionada às refeições	Redução da ansiedade pré-prandial	Uso curto devido ao risco de dependência

Fonte: Adaptado de Cabrera *et al.* (2006, p. 378-379)

O quadro 3 mostra os principais medicamentos, separados por suas classes farmacológicas, adjuvantes no tratamento da AN, destacando suas indicações clínicas e perfil de segurança. Observa-se que, em todas as classes, há contraindicações e exige acompanhamento individualizado para cada paciente. Os antidepressivos são amplamente manejados no tratamento de distúrbios como depressão e ansiedade, mas possuem uma eficácia direta limitada para o tratamento da AN.

Diante dessas limitações, torna-se evidente que o tratamento farmacológico isolado não é suficiente para o manejo da anorexia nervosa. Assim, faz-se necessária a integração da farmacoterapia com abordagens não farmacológicas, como o acompanhamento nutricional e as intervenções psicoterapêuticas, que permanecem como pilares fundamentais no tratamento do transtorno.

CONCLUSÃO

A terapia psicofarmacológica no tratamento de transtornos alimentares emerge como uma ferramenta auxiliar aos tratamentos terapêuticos convencionais com impactos diretos na saúde e bem-estar social dos indivíduos. É imperiosa a necessidade de acompanhamento multiprofissional para garantir o perfil de segurança da terapia medicamentosa, com prescrições individualizadas e seguindo protocolos clínicos rigorosos e monitoramento da farmacoterapia.

De modo geral, a terapia psicofarmacológica nos transtornos alimentares deve ser compreendida como parte de uma estratégia terapêutica ampla e integrada, não substituindo as abordagens psicoterapêuticas e nutricionais, mas atuando como suporte no controle de sintomas e comorbidades associadas. A atuação multiprofissional, aliada à prescrição responsável e ao acompanhamento rigoroso, é fundamental para promover maior segurança, adesão ao tratamento e melhores desfechos clínicos.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth Edition ed. [S.l.]: American Psychiatric Association, 2013.
- CAMARGOS, S. P. S.; SANTANA, J. J. R. A. Intolerância à incerteza nos transtornos alimentares: Revisão Narrativa. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 1, n.1, p. 249-260, 2022.
- COSTANDACHE, G. I.; *et al.* Uma visão geral do tratamento de transtornos alimentares em adultos e adolescentes: farmacologia e psicoterapia. **Psychiatry & Neurology**, v. 32, n. 1, p. 40-48, 2023.
- FERREIRA, J. G. S.; *et al.* Revisão da literatura sobre o tratamento farmacológico dos Transtornos Alimentares. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 1, 2022.
- FORNARO, M.; *et al.* Psicofarmacologia dos transtornos alimentares: Revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. **Journal of Affective Disorders**, v. 338, p. 526-545, 2023.
- GIBSON, D.; WORKMAN, C.; MEHLER, P. S. Complicações médicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Psiquiatra Clin North Am**, v. 42, n. 2, p. 263–74, 2019.
- GRILO, C. M. *et al.* Naltrexone-Bupropion and Behavior Therapy, Alone and Combined, for Binge-Eating Disorder: Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. **American**

Journal of Psychiatry, v. 179, n. 12, p. 927–937, 2022.

GRILO, C. M. Psychological and Behavioral Treatments for Binge-Eating Disorder. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 78, n. Suppl 1, p. 20–24, 2017.

GRILO, C. M. Treatment of Eating Disorders: Current Status, Challenges, and Future Directions. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 20, n. 1, p. 97–123, 2024.

HEDGES, D. W.; *et al.* Tratamento da Bulimia Nervosa com Topiramato em um ensaio randomizado, duplo-cego e controlado com placebo, Parte 2. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 64, n. 12, p. 1449-1454, 2004.

HOOPES, S. P.; *et al.* Tratamento da bulimia nervosa com topiramato em um ensaio randomizado, duplo-cego e controlado por placebo, parte 1: melhora nas medidas de compulsão e purga. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 64, n. 11, p. 1335-1341, 2003.

KESBY, A.; *et al.* Intolerance of Uncertainty in eating disorders: An update on the field. **Clinical Psychology Review**, v. 56, p. 94-105, 2017.

MANOCHIO, M. G.; *et al.* Tratamento dos transtornos alimentares: perfil dos pacientes e desfecho do seguimento. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 32-40, 2018.

MCELROY, S. L.; *et al.* Avanço no desenvolvimento de agentes farmacológicos para tratar bulimia nervosa. **Medicamentos do SNC**, v. 33, p. 31-46, 2019.

MCELROY, S. L. *et al.* Lisdexamfetamine Dimesylate for Adults with Moderate to Severe Binge Eating Disorder: Results of Two Pivotal Phase 3 Randomized Controlled Trials. **Neuropsychopharmacology**, v. 41, n. 5, p. 1251–1260, 2016.

MURATORE, A. F.; ATTIA, E. Manejo Psicofarmacológico dos Transtornos Alimentares. **Relatórios psiquiátricos atuais**, v. 24, n. 7, p. 345-351, 2022.

NICKEL, C.; *et al.* Tratamento com topiramato em pacientes com bulimia nervosa: um ensaio randomizado, duplo-cego e controlado por placebo. **International Journal of Eating Disorders**, v. 38, n. 4, p. 295-300, 2005.

RODAN, S. C.; *et al.* Farmacoterapia, terapias alternativas e complementares para transtornos alimentares: achados de uma revisão rápida. **Journal of Eating Disorders**, v. 11, p. 112, 2023.

SALES, B. H. B.; GOMES, L. G. S.; FERREIRA, C. F. M. O papel da farmacoterapia no tratamento dos transtornos alimentares: efeitos, limitações e perspectivas interdisciplinares. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 11, 2025.

SCHAUMBERG, K.; *et al.* Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: Evidence and implications exposure-based clinical research. **Clinical Psychology Review**, v. 83, 2021.

TREASURE, J. Transtornos alimentares. **Medicine**, v. 48, n. 11, p. 727-731, 2020.

URBÓN LADRERO, E. Inteligencia emocional y comportamientos alimentarios en estudiantes de la Facultad de Educación de la Universidad de Zaragoza. **Revista INFAD De Psicología, International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 2, n. 2, p. 71–80, 2021.

VIANNA, M.V. **Compulsão Alimentar & Cirurgia Bariátrica: aspectos da fome que o bistrurirão alcança**. 2018. 186f. Tese (Doutorado): Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2018.

WERNECK, A. O.; *et al.* Lifestyle behaviors changes during the COVID-19 pandemic quarantine among 6,881 Brazilian adults with depression and 35,143 without depression. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p.4151-4156, 2020

WESTMORELAND, P.; KRANTZ, M. J.; MEHLER, P. S. Complicações médicas da anorexia nervosa e bulimia. **The American Journal of Medicine**, v, 129, n. 1, p. 30-37, 2016.

YU, S.; *et al.* Eficácia das farmacoterapias para bulimia nervosa: uma revisão sistemática e meta-análise. **BMC Pharmacol Toxicol**, v. 24, n. 1, p. 72, 2023.

AIGNER, M.; TREASURE, J.; KAYE, W.; KASPER, S. Diretrizes da Federação Mundial de Sociedades de Psiquiatria Biológica (WFSBP) para o tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. **World Journal of Biological Psychiatry**, Londres, v. 12, n. 6, p. 400–443, 2011.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Diretriz prática para o tratamento de pacientes com transtornos alimentares*. 3. ed. Washington: **American Journal of Psychiatry**, v. 163, p. 1–128, 2006.

ATTIA, E.; HAIMAN, C.; WALSH, B. T.; FLATER, S. R. A fluoxetina complementa o tratamento hospitalar da anorexia nervosa? **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 4, p. 548–551, 1998.

CABRERA, Catalina Camas. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 375–380, 2006.

EDWARDS, J. C. Drug choice in depression: selective serotonin reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants. **CNS Drugs**, v. 4, p. 141–159, 1995.

FRANK, Guido K. W. Pharmacotherapeutic strategies for the treatment of anorexia nervosa: too much for one drug? **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, v. 21, n. 9, p. 1045–1058, 2020.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. A autoimagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, p. 81–88, 2006.

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. *Infomed: base de dados de medicamentos*. Lisboa, [s.d.]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/>.

MARVANOVA, M.; GRAMITH, K. Papel dos antidepressivos no tratamento de adultos com anorexia nervosa. **Mental Health Clinician**, v. 8, n. 3, p. 127–137, 2018.

TIIHONEN, J.; LÖNNQVIST, J.; WALBECK, K.; KLAUKKA, T.; TANSKANEN, A.; HAUKKA, J. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, p. 1358–1367, 2006.