

# TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA, BULIMIA, COMPULSÃO ALIMENTAR

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Luiz Carlos Gonçalves Filho**

Discente do curso de Medicina  
Centro Universitário Alfredo Nasser  
Aparecida de Goiânia- Goiás

### **Elisangelo Aparecido Costa da Silva**

Discente do curso de Medicina  
Centro Universitário Alfredo Nasser  
Aparecida de Goiânia- Goiás

### **Cristiana Daniela**

Discente do curso de Medicina  
Centro Universitário Alfredo Nasser  
Aparecida de Goiânia- Goiás

### **Isabela Telles**

Discente do curso de Medicina  
Centro Universitário Alfredo Nasser  
Aparecida de Goiânia- Goiás

### **Nathalia Duarte Costa**

Discente do curso de Medicina  
Centro Universitário Alfredo Nasser  
Aparecida de Goiânia- Goiás

### **Meire Incarnação Ribeiro Soares**

Discente do curso de Medicina  
Centro Universitário Alfredo Nasser  
Aparecida de Goiânia- Goiás

### **Isabela Ferreira Saddi**

Discente do curso de Medicina  
Centro Universitário Alfredo Nasser  
Aparecida de Goiânia- Goiás

### **Nadiny Natalia Silva das Neves**

Discente do curso de Medicina  
Centro Universitário Alfredo Nasser  
Aparecida de Goiânia- Goiás

### **Alessandro Paulo Bueno Fortuna Filho**

Discentes do curso de medicina  
Estácio de Sá  
Rio de Janeiro

### **Cristiana Chiaverini Sampaio Correa**

Discentes do curso de medicina  
Estácio de Sá  
Rio de Janeiro

### **Michieli Satie Schuetz Ohkubo**

Discentes do curso de Medicina  
Universidade Privada Maria Serrana CDE

### **Milena Miller Alves Pinheiro**

Discente do curso de Medicina  
Universidade Brasil

### **Marcos Vinicius de Brito**

Discente do curso de Medicina  
Universidade Brasil

**Marco Tulio Machado Cruz**

Discente do curso de Medicina  
Universidade Brasil

**Jackelyne Gabrielle Jesus de Miranda**

Discente do curso de Medicina  
Universidade Brasil

**Barbara Suelen Catani**

Discente do curso de Medicina  
Universidade Brasil

**Vinicius Correa**

Médico pela UPAP-CDE

**RESUMO** INTRODUÇÃO: Avaliar de forma global, os aspectos inerentes ao paciente com transtornos alimentares, seus principais sinais e sintomas. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão da literatura, do tipo narrativa, que objetiva descrever sobre os principais transtornos alimentares, sob o ponto de vista teórico, através de materiais que já foram publicados sobre o tema em questão, mediante análise e interpretação da literatura. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas em português e inglês; publicados no período de 2020 a 2024 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão disponibilizados na íntegra. **DISCUSSÃO:** Pacientes que sofrem algum tipo de queimadura, independentemente de sua extensão, torna-se vítima de uma agressão física em sua morfologia e estética, o que vai além de danos físicos. Queimaduras são classificadas como injúrias decorrentes de trauma de origem térmica resultante da exposição a chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção. Ao longo deste trabalho, verificou-se que para que haja um tratamento efetivo, alguns fatores devem ser individualizados como o diagnóstico precoce caracterizado pela identificação da etiologia, extensão, gravidade e profundidade das lesões causadas por queimaduras. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto, visando aumentar a contribuição para a comunidade médica, o presente estudo resumiu-se em elucidar sobre a abordagem ao paciente queimado, do simples ao complexo e os tipos de queimaduras e seus respectivos tratamentos.

**PALAVRAS-CHAVE:** ‘Transtornos’; ‘Anorexia’; ‘Bulimia’; ‘compulsão’.

## EATING DISORDERS: ANOREXIA, BULIMIA, COMPULSION EATING

**ABSTRACT:** INTRODUCTION: Globally evaluate the aspects inherent to patients with eating disorders, their main signs and symptoms. METHODOLOGY: This is a literature review, of a narrative type, which aims to describe the main eating disorders, from a theoretical point of view, through materials that have already been published on the topic in question, through analysis and interpretation of the literature. The inclusion criteria were: articles in Portuguese

and English; published between 2020 and 2024 and which addressed the themes proposed for this research, review-type studies made available in full. **DISCUSSION:** Patients who suffer some type of burn, regardless of its extent, become victims of physical aggression in their morphology and aesthetics, which goes beyond physical damage. Burns are classified as injuries resulting from trauma of thermal origin resulting from exposure to flames, hot liquids, hot surfaces, cold, chemical substances, radiation, friction or friction. Throughout this work, it was found that for there to be effective treatment, some factors must be individualized, such as early diagnosis characterized by the identification of the etiology, extent, severity and depth of injuries caused by burns. **FINAL CONSIDERATIONS:** In view of the above, aiming to increase the contribution to the medical community, the present study was limited to elucidating the approach to burn patients, from simple to complex and the types of burns and their respective treatments.

**KEYWORDS:** “Disorders”; Anorexia; “Bulimia”; compulsion.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são um grupo complexo de transtornos psiquiátricos caracterizado por psicopatologia, que resultam em comportamentos alimentares patológicos que podem levar a complicações médicas. Por exemplo, pessoas com anorexia nervosa (AN) têm aproximadamente cinco vezes mais probabilidade de morrer por qualquer causa e dezoito vezes mais probabilidade de morrer por suicídio do que a população em geral. Além disso, a bulimia nervosa (BN) e os transtornos da compulsão alimentar periódica (TCAP) estão associados a complicações de vômitos, abuso de laxantes e obesidade, respectivamente (Treasure J et al., 2020).

O aumento do interesse e da importância epidemiológica levou a uma rápida evolução na discussão dos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares nas últimas décadas. Dos principais transtornos do comportamento alimentar, a anorexia nervosa (AN) foi a primeira a ser descrita já no século XIX e, igualmente, a pioneira a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos já na década de 1970.

A bulimia nervosa (BN) foi descrita por Gerald Russell em 1979, e um terceiro grupo heterogêneo de quadros assemelhados, mas que não apresentavam sintomas completos nem para o diagnóstico de AN nem para BN, foram classificados como Transtornos Alimentares Atípicos nos anos 1980. O transtorno da compulsão alimentar periódica e suas questões polêmicas será motivo de um capítulo em separado nesta publicação. Os transtornos alimentares são doenças que afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a marcantes prejuízos psicológicos, sociais e aumento de morbidade e mortalidade. Neste trabalho abordamos sobre os principais distúrbios alimentares e suas características.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, do tipo narrativa, que objetiva descrever sobre os principais transtornos alimentares, sob o ponto de vista teórico, através de materiais que já foram publicados sobre o tema em questão, mediante análise e interpretação da literatura. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas em português e inglês; publicados no período de 2020 a 2024 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

A revisão foi realizada no período de novembro de 2020 a março de 2024, por meio de pesquisas nas bases de dados Biblioteca Virtual em saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), *National Institutes of Health's Library of Medicine* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados os seguintes descritores: “*Transtornos*”; “*Anorexia*”; “*Bulimia*”; “*compulsão*” a fim de encontrar os artigos pertinentes ao assunto abordado. Após os critérios de seleção restaram 4 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: descrever os subtítulos ou pontos que foram mencionados na discussão.

## DISCUSSÃO

### Anorexia nervosa

A anorexia nervosa caracteriza-se por perda de peso intensa e intencional às expensas de dietas extremamente rígidas com uma busca desenfreada pela magreza, uma distorção grosseira da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. O termo anorexia sabidamente não é o mais adequado do ponto de vista psicopatológico na medida que não ocorre uma perda real do apetite, ao menos nos estágios iniciais da doença. A negação do apetite e o controle obsessivo do corpo tornam o termo alemão *pubertaetsmagersucht*, isso é, “busca da magreza por adolescentes”, bem mais adequado.

Habermas (1986) descreveu um caso pioneiro altamente sugestivo de anorexia nervosa em uma serva que viveu no ano de 895. A jovem Friderada, após ter-se recuperado de uma doença não reconhecível, passou a apresentar um apetite voraz e descontrolado. Para tentar diminuí-lo, buscou refúgio em um convento e nele, com o tempo, foi restringindo sua dieta ate passar a efetuar longos jejuns. Embora inicialmente ainda conseguisse manter suas obrigações conventuais, rapidamente seu quadro foi-se deteriorando até a sua morte, por desnutrição.

No século XIII, encontramos em grande profusão descrições de mulheres que se auto-impunham jejum como uma forma de se aproximar espiritualmente de Deus; eram as chamadas “santas anoréxicas”. O quadro era acompanhado de perfeccionismo, auto-insuficiência, rigidez no comportamento, insatisfação consigo própria e distorções cognitivas, tal qual as anoréxicas hoje. Um dos casos mais conhecidos é o de Catarina Benincasa, mais tarde Santa Catarina de Siena, que, aos 16 anos, recusou o plano de casamento imposto por seus pais, jurando manter-se virgem e entrando para o convento. Alimentava-se de pão e alguns vegetais, autoflagelava-se, e eventualmente provocava vômitos com ingestão de plantas.

No ano de 1694, Richard Morton é autor do primeiro relato médico de anorexia nervosa, descrevendo o tratamento de uma jovem mulher com recusa em alimentar-se e ausência de ciclos menstruais, que rejeitou qualquer ajuda oferecida e morreu de inanição. O autor mostra-se profundamente intrigado pela indiferença que a paciente demonstrava em relação ao seu estado crítico e pela preservação de suas faculdades mentais básicas.

Na segunda metade do século XIX, a anorexia nervosa emerge como uma entidade autônoma e delimitada a partir dos relatos do francês Charles Laségue (1873) que descreve a anorexia histérica. No ano seguinte, William Gull descreve três meninas com quadro anoréxico restritivo com o nome de “apepsia histérica”. A discussão sobre a primazia do relato inicial do quadro é mais uma das longas novelas médicas existentes sobre paternidade de idéias (Van der Ham et al., 1989).

Em 1903, Janet relata o caso de Nadia, uma moça de 22 anos de idade, que manifestava vergonha e repulsa ao seu corpo com constante desejo de emagrecer, quadro que denominou de anorexia mental. O autor relacionou a busca intensa da magreza à necessidade de protelar a maturidade sexual e sugeriu dois subtipos psicopatológicos, obsessivo e histérico.

## **Anorexia nervosa**

O início do quadro clínico ocorre freqüentemente a partir da elaboração de uma dieta, em que o paciente inicia a restrição de grupos alimentares, eliminando aqueles que julga mais calóricos. Essa restrição alimentar aumenta progressivamente, com diminuição do número de refeições, podendo evoluir drasticamente, até o jejum. O paciente tem como meta emagrecer, cada vez mais, desejando a todo custo ficar cada vez mais magro (Philippi ST, Alvarenga M., 2004). Geralmente os pacientes relatam que o início do quadro se deu após um fator estressante como algum comentário sobre seu peso, ou o término de relacionamento, ou perda de ente querido. Paulatinamente o paciente passa a viver exclusivamente em função da dieta, do peso, da forma corporal, das atividades físicas, de tabela de calorias e do medo patológico de engordar.

Concomitantemente esses pacientes apresentam traços de personalidade como preocupações e cautela em excesso, medo de mudanças, hipersensibilidade e gosto pela ordem. Existem dois tipos de apresentação da anorexia nervosa: o restritivo e o purgativo. No primeiro, os pacientes utilizam comportamentos restritivos associados à dieta. Na anorexia tipo purgativa, acontecem episódios de compulsão alimentar, seguidos de métodos compensatórios, como vômitos auto induzidos e uso de laxantes e diuréticos. Entre os sintomas que podem ser referidos pelos pacientes estão: intolerância ao frio, fadiga, queda de cabelos, constipação, dor abdominal, anorexia, letargia, pés e mãos frios, amenorréia, dificuldade de concentração, etc. Como em geral os pacientes não admitem estar doentes, eles tendem a não relatar espontaneamente suas queixas, ficando a cargo do médico de questioná-las. Os achados clássicos no exame físico desses pacientes estão relacionados à desnutrição e à disfunção hipotalâmica e incluem pele seca, hipotermia, bradicardia, hipotensão, bradipnéia e edema de membros. A gravidade da desnutrição pode ser avaliada pelo índice de massa corpórea (IMC), que é obtido pela divisão do peso pelo quadrado da altura (faixa de desnutrição inferior a 18kg/m<sup>2</sup> para adultos) (Saito MI, Silva LEV 2001)

## **Bulimia nervosa**

A bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. A preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal levam o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como vômitos auto-induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos.

O termo bulimia nervosa foi dado por Russell (1979) e vem da união dos termos gregos boul (boi) ou bou (grande quantidade) com lemos (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi. O termo boulimos já era usado séculos antes de Cristo. Hipócrates o empregava para designar uma fome doentia, diferente da fome fisiológica. Em 1743, James descreve a true boulimus para os episódios de grande ingestão de alimentos e preocupação intensa com os mesmos, seguidos de desmaios e uma variante chamada caninus appetities, com vômitos após estes episódios (Habermas, 1989).

Episódios bulímicos e vômitos auto-induzidos em algumas de suas pacientes com anorexia nervosa. A descrição de bulimia nervosa, tal como conhecemos hoje, nasce com Gerald Russell (1979) em Londres, a partir da descrição de pacientes com peso normal, pavor de engordar, que tinham episódios bulímicos e vômitos auto-induzidos. Como algumas dessas pacientes haviam apresentado anorexia nervosa no passado, considerou, em um primeiro momento, que a bulimia seria uma sequêla desta (Crisp, 1967).

Na bulimia nervosa, tipicamente o paciente começa a sentir uma vontade de comer incontrolável e, ao deparar-se com a geladeira, “devora” tudo. Sente-se depois culpado e até mesmo mal estar físico em razão da quantidade ingerida de alimentos, ocorrendo-lhe a idéia de induzir o vômito para não engordar. Este comportamento lhe traz satisfação e alívio momentâneos. O paciente bulímico pensa em ter descoberto a forma ideal de manter o peso sem restringir os alimentos que considera proibidos. A progressão, todavia, é uma catástrofe. Após o vômito, surge a sensação de estar fazendo algo fora do normal. Sente-se ansioso, culpado e com piora na autoestima, o que faz retomar a dieta às vezes de forma mais intensa por acreditar erroneamente que detém o controle sobre esse processo. Ao aumentar a restrição, facilita os episódios bulímicos, piora os vômitos, a ansiedade e a auto-estima virando um círculo vicioso (APA, 1994).

Os episódios bulímicos são definidos como “a ingestão, em um curto espaço de tempo, de uma quantidade de alimento muito superior ao que a maioria das pessoas conseguiria comer durante um período de tempo igual e sob circunstâncias similares”. Além disso, deve haver um sentimento de perda de controle sobre a alimentação, ou seja, um sentimento de não poder parar de comer ou não controlar o quê e quanto se come (APA, 1994). A freqüência desses episódios é variável podendo ocorrer várias vezes em um único dia ou em uma semana. Durante esses episódios, o paciente come sozinho e escondido, não dá atenção ao sabor e a texturizado alimento, comendo sem nenhum critério na hora da compulsão. Porém o paciente é muito criterioso na escolha dos alimentos. Há também uma grande variabilidade nas calorias ingeridas durante o período da compulsão. Mitchell e Laine, em 1985, estudaram pacientes hospitalizadas com bulimia nervosa que descreveram seus episódios de “binge eating” (ingestão compulsiva seguida de vômitos). Esses pacientes relataram ingestões variadas de 1.436 a 25.755 Kcal, que eram muitas vezes semelhantes à dieta habitual. A compulsão alimentar não está somente relacionada ao número de calorias ingeridas, mas também aos sentimentos, perda de controle e ingestão de determinados tipos de alimentos. Alguns dos pacientes devoram o alimento até que a compulsão trouxesse dor física ou sono. A média dos episódios por semana foi treze (variando entre seis a trinta) ( Mitchell JE, Laine DC ., 1985).

O perfil da alimentação depende de uma série de fatores, incluindo a oportunidade de purgação, o tipo de alimento disponível e o humor (Hetherington Rolls, 1991). Mesmo não sendo a única prática usada para compensar o episódio bulímico ou para evitar ganho de peso excessivo, o vômito auto-induzido é o mais freqüentemente encontrado. Também é comum a prática intensa de exercícios físicos, podendo causar danos aos ligamentos e aos músculos. Também pode ocorrer o uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite e de hormônios tireoidianos (Hetherington Rolls, 1991).

Diferentemente do paciente anoréxico, o paciente bulímico não tem desejo de emagrecer cada vez mais. Em geral, seu peso está normal ou, em menor número de casos com sobrepeso. As irregularidades menstruais podem ocorrer, mas a amenorréia é

característica da anorexia nervosa (Fairburn CG et al. 1989). É possível encontrar aumento da impulsividade, manifestada pela associação com outros quadros psiquiátricos, como cleptomania, tricotilomania e outrostipos de automutilação, abuso de drogas ilícitas e álcool, promiscuidade sexual e risco de suicídio (McElroy SL et al 1995).

## Diagnóstico

Segundo DSM IV (APA, 1994) e CID 10 (OMS, 1993), desde os anos 1980, tornou-se clássico, na maior parte da literatura, o estabelecimento de dois subtipos clínicos da AN, o restritivo e o purgativo. Nos anos 90, diferentes estudos evidenciaram que o subtipo purgativo apresentaria mais: transtornos de personalidade e comportamentos impulsivos, tais como tentativas de suicídio, auto-mutilação, cleptomania, abuso de substâncias.

Recentemente, porém, alguns trabalhos têm questionado a validade dessa dicotomia. Apenas 12% das pacientes com AN restritiva nunca haviam apresentado episódios bulímicos e purgação. O seguimento de pelo menos oito anos de pacientes com AN restritiva mostrou que 62% passaram a ser classificados como AN purgativa pela mudança das características clínicas (Eddy et al. 2002)

Após quatro anos de seguimento de um grupo de anoréxicas, não conseguiram diferenciar claramente o subgrupo que no início do projeto preenchia critérios para um dos subtipos (Van der Ham et al. 1997):

Por fim, a questão da exigência de amenorréia para o diagnóstico de anorexia nervosa. Um grande estudo canadense mostrou que cerca de 30% dos pacientes com todos os critérios de AN não apresentavam amenorréia (Garfinkel et al.,1991).

## Doenças associadas

Na prática clínica observa-se que os transtornos alimentares se apresentam muitas vezes associados com outras doenças psiquiátricas. É descrito associação com:

- Abuso e dependência de drogas e álcool (12-40%)
- Síndromes depressivas (50-75%)
- Transtornos ansiosos como fobia social e transtorno obsessivo compulsivo (15-35%)
- Transtornos de personalidade (40-75%)



## O transtorno da compulsão alimentar

Os pacientes com o transtorno apresentam os episódios de compulsão alimentar, mas não utilizam as medidas extremas para evitar o ganho de peso como pessoas com BN (Appolinário JC. 1998). A maioria dos pacientes com o transtorno é obesa. A sua prevalência na população em geral é em torno de 2%. Pessoas com TCAP diferem das obesas sem TCAP no que se refere à gravidade da psicopatologia, ao início mais precoce da obesidade, à maior gravidade da obesidade e à má resposta aos regimes de tratamento, podendo estar associado a obesidade em adolescentes. Cerca de 30% de um grupo de adolescentes obesas que procura tratamento para emagrecer apresenta compulsão alimentar. O tratamento do TCAP deve envolver uma orientação dietética adequada com refeições regulares, psicoterapia cognitivo-comportamental, o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina  $\frac{3}{4}$  ISRS (fluoxetina, fluvoxamina e sertralina) ou o uso de agentes que se encontram em fase inicial de avaliação como a sibutramina e o topiramato (Shapira NA et al. 2000).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anorexia e bulimia acarretam diversas complicações clínicas que diminuem a qualidade de vida e podem culminar com a morte do indivíduo. Observamos que a gama de aspectos envolvidos na etiologia dos transtornos alimentares é extensa. Estes aspectos devem ser estudados e divulgados a fim de alertar a população, principalmente educadores, pais e profissionais de saúde, a fim de que estes sejam capazes de identificar indivíduos susceptíveis a desenvolverem transtornos alimentares, evitando seu desenvolvimento ou tratando-os precocemente, maximizando a chance de cura.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC, 1994.

Appolinário JC. Transtorno do comer compulsivo. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 40-6.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D. C.:APA; 1994.8 - Mitchell JE, Laine DC. Monitored binge eating behavior inpatients with bulimia. *Int J Eat Disord* 1985; 4: 177-83.

CRISP, A.H. - The Possible Significance of some Behavioral Correlates of Weight and Carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research* 11: 117-31, 1967.

EDDY, K.T.; KEEL, P.K.; DORER, D.J.; DELINSKY, S.S.; HERZOG, D.B.- Longitudinal Comparison of Anorexia Nervosa Subtypes. *Int.J. Eat. Disord* 31(2): 191-201, 2002.

Fairburn CG, Cooper PJ. Eating disorders. In: Hawton K. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford University Press; 1989. p. 227-314

GARFINKEL, P.E.; LIN E.; GOERING, P.; SPEGG, C.; GOLDBLOOM, D.S.; KENNEDY, S.; KAPLAN, A.S.; WOODSIDE, D.B. - Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups. *Am J Psychiatry* 148: 1627- 37, 1991.

HABERMAS, T. - Friderada: a Case of Miraculous Fasting. *Int J Eat Disord* 5: 555-62, 1986.

HABERMAS, T. - The Psychiatric History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Weight Concerns and Bulimic Symptoms in early case Reports. *Int J Eat Disord* 8: 259- 73, 1989.

Hetherington MM, Rolls BJ. Eating behavior in eating disorders: response to refeeds. *Physiol Behav* 1991; 50: 101-8.

McElroy SL, Kack PE, Phillips KA. Cleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry* 1995;56 ( Suppl 4): 14-26

Mitchell JE, Laine DC. Monitored binge eating behavior inpatients with bulimia. *Int J Eat Disord* 1985; 4: 177-83.

Philippi ST, Alvarenga M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. In: Cordás TA, Salzano FT, Rios SR. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. Barueri: Manole; 2004. p. 39-62.

RUSSELL, G.F.M. - Bulimia Nervosa: on Ominous Variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine* 9: 429-48, 1979.

Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. In: Cereser MG, Cordás TA. Transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 269-76

Shapira NA, Goldsmith TD, McElroy SL. Treatment of binge eating disorder with topiramate: a clinical case series. *J Clin Psychiatry* 2000;61(5):368-72.

Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395:899911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3) PMID:32171414

VAN DER HAM, T.; MEULMANN, J.J.; VAN STRIEN, D.C.; VAN ENGELAND, H. - Empirically based Subgrouping of eating Disorders in Adolescence: A Longitudinal Study. *Br J Psychiatry* 170: 363-8, 1997.