

https://doi.org/10.24245/mim.v42iSupl_2.11386

Transtorno de compulsão alimentar: diagnóstico e terapêutica

Rômulo Augusto dos Santos

Resumo

O transtorno de compulsão alimentar (TCA) é o distúrbio alimentar mais prevalente, associado a sofrimento significativo, alta comorbidade psiquiátrica e piora de parâmetros metabólicos, mesmo em indivíduos eutróficos. A prevalência estimada é de 3,5% em mulheres, 2% em homens e até 3% em adolescentes, podendo alcançar 4,7% no Brasil; mais de 90% dos casos não recebem tratamento. O diagnóstico pelo DSM-5 requer episódios recorrentes de ingestão excessiva com perda de controle, ao menos semanal por 3 meses, sem comportamentos compensatórios regulares, acompanhados de sinais como comer rápido, até desconforto, sem fome, sozinho e com culpa, além de sofrimento clínico. A gravidade é estratificada pela frequência semanal. A terapia de base é psicoterapia, especialmente cognitivo-comportamental. Lisdexanfetamina, pró-fármaco convertido em dextroanfetamina, é a única medicação aprovada por FDA/Anvisa para TCA moderado a grave, com início de ação em ~2 horas, duração até 14 horas, eficácia comprovada a curto e longo prazo e perfil de segurança adequado quando respeitadas contraindicações; a titulação usual é de 30 mg/dia, com incrementos de 20 mg até 50–70 mg/dia. O objetivo primário é reduzir os episódios compulsivos, não o peso. Um caso clínico ilustra remissão sintomática e melhora metabólica com tratamento combinado.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno de compulsão alimentar (TCA); distúrbio alimentar; alimentação compulsiva; lisdexanfetamina (LDX); transtorno psiquiátrico; psicoterapia.

Abstract

Binge-eating disorder (BED) is the most prevalent eating disorder, associated with significant distress, high psychiatric comorbidity, and worsening of metabolic parameters, even in individuals with normal weight. Estimated prevalence is 3.5% in women, 2% in men, and up to 3% in adolescents, reaching 4.7% in Brazil; more than 90% of cases receive no treatment. Diagnosis according to the DSM-5 requires recurrent episodes of excessive intake with loss of control, occurring at least weekly for 3 months, without regular compensatory behaviors, accompanied by signs such as eating rapidly, until discomfort, when not hungry, alone, and with guilt, in addition to clinical distress. Severity is stratified by weekly frequency. The cornerstone of treatment is psychotherapy, especially cognitive-behavioral therapy. Lisdexamfetamine, a prodrug converted into dextroamphetamine, is the only medication approved by the FDA/Anvisa for moderate to severe BED, with onset of action in ~2 hours, duration up to 14 hours, proven short- and long-term efficacy, and an appropriate safety profile when contraindications are respected; usual titration starts at 30 mg/day, with 20 mg increments up to 50–70 mg/day. The primary goal is to reduce binge-eating episodes, not weight. A clinical case illustrates symptomatic remission and metabolic improvement with combined treatment.

KEYWORDS: binge-eating disorder (BED); eating disorder; compulsive eating; lisdexanfetamine (LDX); psychiatric disorder; psychotherapy.

- Médico Endocrinologista – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM).
- Docente da Disciplina de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (Funfarme).
- Docente Responsável – Ambulatórios de Endocrinologia do Idoso e Medicina do Estilo de Vida na FAMERP/Funfarme.
- Diretoria da Sociedade Brasileira de Diabetes - SP – Biênio 2024/2025.

Recebido: 22 de agosto de 2025

Aceito: 10 de agosto de 2026

Correspondência

projetos@grupposbn.com.br

Este artigo deve ser citado como: dos Santos RA. Transtorno de compulsão alimentar: diagnóstico e terapêutica. Med Int Méx. 2026; 42 (Supl 2): e11386.

Abstract

Título: *Novel pharmacologic treatment in acute binge eating disorder – role of lisdexamfetamine* (**tradução** - Novo tratamento farmacológico no transtorno da compulsão alimentar aguda – papel da lisdexanfetamina).

Autor(es) e fonte: Guerdjikova AI et al. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016 Apr 18;12:833-41.¹

***Contexto:** o transtorno da compulsão alimentar (TCA) é o transtorno alimentar mais comum e um importante problema de saúde pública. Caracteriza-se por episódios recorrentes de consumo excessivo de alimentos, acompanhados por uma sensação de perda de controle sobre o comportamento de compulsão alimentar, sem os comportamentos compensatórios inadequados de perda de peso da bulimia nervosa. O TCA afeta ambos os sexos e todas as faixas etárias e está associado a comorbidades médicas e psiquiátricas. Até recentemente, práticas de autoajuda e psicoterapia eram as principais opções de tratamento para pacientes com TCA. No início de 2015, o dimesilato de lisdexanfetamina, um estimulante pró-fármaco comercializado para o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), foi o primeiro agente farmacológico a ser aprovado pela Food and Drug Administration (FDA), dos Estados Unidos, para o tratamento de TCA moderado ou grave em adultos. Este artigo resume a apresentação clínica do TCA e discute o perfil farmacocinético, a eficácia e a segurança do dimesilato de lisdexanfetamina no tratamento do TCA em adultos.¹

[†]Resumo traduzido a partir do estudo original e, em caso de quaisquer divergências, deve-se considerar as informações da referência original.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são patologias extremamente comuns, porém muitas vezes subdiagnosticadas e, principalmente, subtratadas, mesmo gerando extremo impacto na qualidade de vida dos pacientes, com sofrimento progressivo e piora de parâmetros metabólicos, hormonais e psiquiátricos.²

No universo dos transtornos alimentares, o mais prevalente, indiscutivelmente, é o transtorno de compulsão alimentar (TCA).³ Estima-se que 3,5% das mulheres, 2% dos homens^{3,4} e de 1,3% a 3%⁵ dos adolescentes tenham diagnóstico de TCA e que mais de 90% dos casos não estejam sendo tratados.¹

No Brasil, a prevalência geral pode chegar a 4,7% da população (**Figura 1**).⁶

Se falarmos do contexto psiquiátrico, quase 80% dos adultos com TCA apresentam pelo menos um transtorno psiquiátrico, e praticamente 50% têm três ou mais patologias associadas⁷ (**Tabela 1**).

Um conceito fundamental para entendermos a importância e o impacto positivo da terapia farmacológica para o TCA é a relação do transtorno com a piora de morbidades clínicas, aumentando a incidência de todos os componentes da síndrome metabólica (hiperglicemia, dislipidemia aterogênica, hipertensão arterial e adiposopatia visceral inflamatória), independentemente do risco conferido isoladamente pela

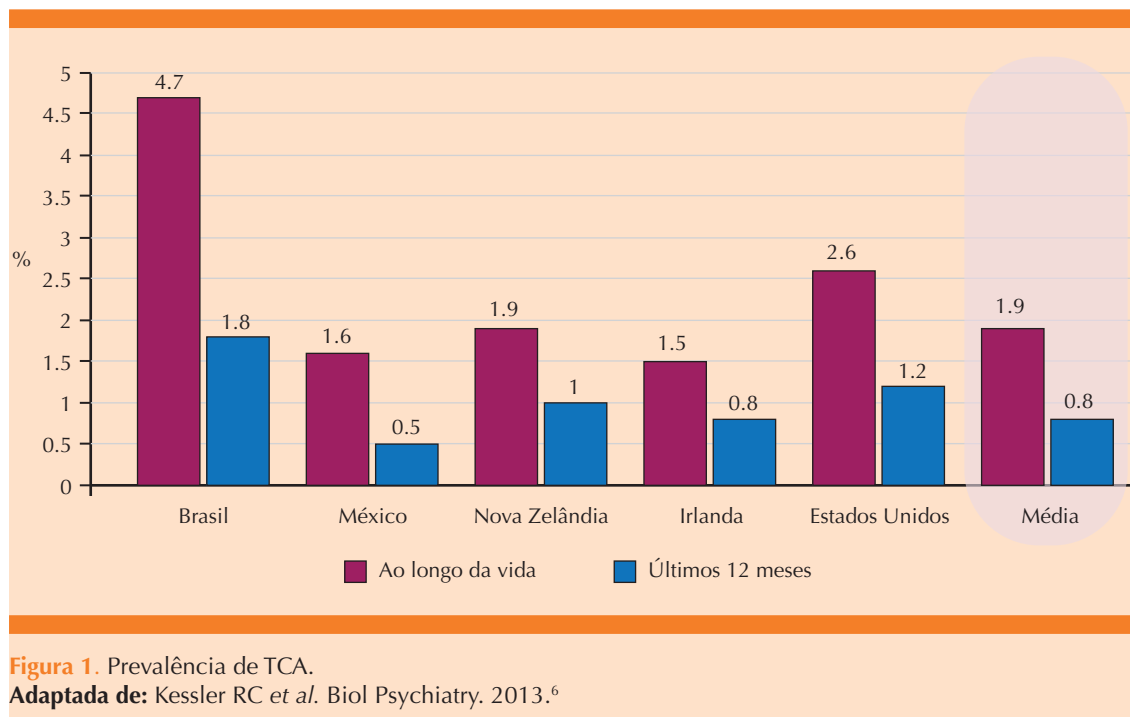


Tabela 1. Comorbidades psiquiátricas relacionadas aos transtornos alimentares

Comorbidade ao longo da vida	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa	Transtorno de Compulsão Alimentar
Qualquer transtorno de ansiedade	48%	81%	65%
Qualquer transtorno de humor	42%	71%	46%
Qualquer transtorno de controle de impulso	31%	64%	43%
Qualquer transtorno de abuso de substâncias	27%	37%	23%
Qualquer transtorno	56%	95%	79%
Três ou mais transtornos	34%	64%	49%

*Porcentagens aproximadas.

Adaptada de: Hudson JI et al. Biol Psychiatry; 2007.⁷

obesidade, uma vez que mesmo indivíduos com TCA eutróficos, com índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9 kg/m², têm seus parâmetros metabólicos prejudicados ao longo do tempo.⁸

O TCA é preditor para desenvolvimento de obesidade, além de aumentar sua prevalência de forma linear conforme se ganha peso.⁹ Para se

ter uma ideia do tamanho do problema, de 36% a 42% dos indivíduos com TCA têm algum grau de obesidade e até 27% daqueles que buscam tratamentos para perda de peso possuem TCA e sequer são indagados na anamnese para o transtorno alimentar.¹⁰

É preciso que todos os médicos que tratam de pacientes com sobrepeso e obesidade façam

uma busca ativa pelo diagnóstico de TCA, já que a melhora da qualidade de vida e a redução do sofrimento são vistos de maneira muito clara na prática clínica.¹⁰ Há uma nítida alteração no processamento de recompensa dessas pessoas por meio de uma hiperativação do córtex orbitofrontal em resposta à exposição a alimentos de alto índice calórico, bem como uma hipoesstimulação do núcleo estriado ventral, responsável pelo controle inibitório dos impulsos dentro do sistema mesolímbico.¹¹

Diagnóstico de TCA

Agora, vamos entender os cinco questionamentos que devemos fazer, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria, atualizado em 2013 (DSM-5):⁴

PASSO 1 Identifique a presença de episódios compulsivos: caracterize que o paciente apresente “episódios alimentares compulsivos” (sensação de perda de controle e ingestão de grande quantidade de comida).

PASSO 2 Avalie a medida temporal: a recorrência episódica deverá ser > 1 vez por semana, nos últimos 3 meses.

PASSO 3 Pesquise as características alimentares (no mínimo 3 dos seguintes): a) rápido; b) cheio; c) sem fome; d) sozinho; e) culpado.

PASSO 4 Verifique a presença de sentimentos negativos após alimentação: a pessoa que sofre de compulsão alimentar experimenta vergonha, angústia ou culpa depois do episódio de compulsão.

PASSO 5 Descarte bulimia nervosa: diferentemente do que ocorre na bulimia nervosa, no TCA NÃO há qualquer tipo de comportamento

compensatório regular, embora eventualmente isso possa ocorrer.

Os critérios clássicos são:⁴

CRITÉRIO A - AMBOS OS SEGUINTE (obrigatório):

1. Consumir grandes quantidades de alimentos em curto período, em comparação ao que outros comeriam sob circunstâncias semelhantes.
2. Sentimento de perda de controle durante o episódio.

CRITÉRIO B - TRÊS OU MAIS DENTRE OS SEGUINTE (obrigatório):

1. Comer mais rápido que o normal.
2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
3. Comer em grandes quantidades, mesmo sem ter fome.
4. Comer sozinho, por sentir-se constrangido quando consome alimentos na frente de outros.
5. Sentir-se enojado, deprimido ou culpado imediatamente após a compulsão.

CRITÉRIOS C, D e E - SOFRIMENTO INTENSO, TEMPORALIDADE E AUSÊNCIA DE BULIMIA NERVOSA (obrigatório):

1. Sofrimento intenso com os sintomas.
2. Quadro ocorrendo ao menos 1 vez/semana, nos últimos 3 meses.
3. Não pode haver comportamento compensatório inadequado recorrente.

Estratificação de gravidade

Após o diagnóstico, deve-se estratificar o paciente quanto ao número de episódios semanais,⁴ uma vez que já é possível introduzir terapia farmacológica a partir do TCA moderado.¹²

A frequência de episódios semanais determina o grau de incapacidade funcional do indivíduo com TCA:⁴

1. Leve: 1 a 3 episódios semanais.
2. Moderado: 4 a 7 episódios semanais.
3. Grave: 8 a 13 episódios semanais.
4. Extrema: > 14 episódios semanais.

Terapia farmacológica

É fundamental salientar que todo paciente portador de TCA, independentemente da gravidade do quadro, deverá submeter-se à psicoterapia, com destaque para a terapia cognitivo-comportamental, uma vez que objetiva reduzir as emoções negativas dos comportamentos relacionados à alimentação.¹²

Dito isso, nos casos moderados, graves ou extremos, o uso de lisdexanfetamina estará indicado, sendo, até o momento, a única medicação aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pela Food & Drug Administration (FDA) para o tratamento de TCA.^{1,13} Os estimulantes do sistema nervoso central atuam bloqueando a recaptação principalmente de norepinefrina e dopamina nos neurônios pré-sinápticos, liberando esses neurotransmissores para o espaço extraneural.¹

Embora o mecanismo exato da ação terapêutica da lisdexanfetamina não seja totalmente conhecido, sabe-se que o fármaco atua inibindo centros orexígenos do sistema mesolímbico.¹

A lisdexanfetamina é um pró-fármaco que se converte em dextroanfetamina (ativa) por meio de hidrólise eritrocítica,¹ começando seu efeito, nos adultos, cerca de 2 horas após a ingestão, uma vez que sua absorção é feita rapidamente no trato gastrointestinal. O tempo de ação pode chegar a 14 horas.¹⁴

A eficácia do uso de lisdexanfetamina para o tratamento de TCA já foi estabelecida tanto no curto prazo, em um período de 8 semanas,¹⁵ quanto no longo prazo, por 6 meses a 1 ano.^{8,12,16} Além disso, em 96,3% dos casos não houve recidiva no TCA.¹⁶ O medicamento também tem demonstrado um perfil de segurança adequado,¹⁶ sobretudo quando são respeitadas as contraindicações, que incluem indivíduos de alto risco cardiovascular, hipertireoidismo, glaucoma, paciente com histórico de abuso de substâncias, entre outras.¹⁴ Devemos utilizar lisdexanfetamina em indivíduos entre 18 e 55 anos, e o tempo de uso dependerá da resposta individual, variando entre 12 e 26 meses, a fim de evitar recidivas.¹⁶ Nos estudos clínicos, não houve indicativo de abstinência com a descontinuação abrupta após 38 semanas.¹⁶

Como utilizar a lisdexanfetamina

1. A posologia de titulação inicial é de 30 mg/dia, a ser ajustada em incrementos de 20 mg, em intervalos aproximados de 1 semana, até atingir a meta recomendada de 50 mg/dia ou de 70 mg/dia.¹⁴
2. A titulação até a obtenção da dose ótima deve ser guiada pelos resultados clínicos, não ultrapassando o limite máximo de 70 mg/dia.¹⁴
3. Os principais efeitos colaterais clinicamente relevantes relatados foram cefaleia, insônia, irritabilidade, piora de sintomas ansiosos, entre outros. Contudo, é necessária atenção às possibilidades descritas em bula para tais efeitos.¹⁴⁻¹⁶

- 4. Recomenda-se a tomada pela manhã, uma vez que a meia-vida do fármaco gira em torno de 10 a 11,3 horas.¹⁴
- 5. A perda de peso NÃO é o alvo da terapêutica, embora possa se relacionar, uma vez que haverá tendência de menor ingestão de alimentos palatáveis.^{1,14}
- 6. O médico deverá ter como objetivo principal a redução do número de episódios de compulsão alimentar, idealmente chegando a zero, aceitando-se 1 por semana em casos mais severos.^{1,15-17}
- 7. A terapia cognitivo-comportamental deverá caminhar paralelamente ao tratamento farmacológico.¹²

CASO CLÍNICO

Identificação: paciente de 34 anos, sexo feminino.

Queixa principal: vem para consulta referindo dificuldade extrema de perda de peso, embora já tenha tentado utilizar diversos tratamentos, tanto farmacológicos (sibutramina, orlistate e liraglutida) quanto dietéticos. No momento, não está em uso de medicações.

História pregressa da moléstia atual: durante a anamnese clínica, a paciente relata que desde os 9 anos de idade apresenta episódios diários (às vezes mais que 1 ao dia) de perda de controle alimentar, com sensação de angústia intensa. Nunca praticou comportamentos compensatórios purgativos. No momento, queixa-se de 1 episódio de compulsão por dia.

Exames físicos:

Peso	115,3 kg
Altura	175 cm
Índice de massa corporal	37,67 kg/m ²
Cintura abdominal	109 cm
Sinais vitais sem alterações	

Exames laboratoriais:

	Rotina 2023	Rotina 2024
Glicemia	120 mg/dL	123 mg/dL
Hb glicada	6,1%	6,2%
Colesterol Total	196 mg/dL	191 mg/dL
LDL	112 mg/dL	115 mg/dL
HDL	51 mg/dL	50 mg/dL
TG	166 mg/dL	178 mg/dL
TGP	22 U/L	19 U/L
Creatinina	1,2 mg/dL	1,35 mg/dL

Hb: Hemoglobina; **TG:** Triglicerídeos; **TGP:** Transaminase Glutâmico-Pirúvica.

Conduta:

- 1. Foi prescrita lisdexanfetamina 30 mg/dia, por 4 semanas, com aumentos posteriores de 20 mg, em intervalos aproximados de 1 semana, até se atingir a dose recomendada de 50 mg/dia.
- 2. Indicou-se semaglutida injetável, 0,25 mg/semana, por 4 semanas, com aumento da dose para 0,5 mg/semana, por 4 semanas.
- 3. Orientou-se um reforço na mudança de estilo de vida, com encaminhamento para terapia cognitivo-comportamental.

4. Solicitou-se retorno em 8 semanas para reavaliação clínica e laboratorial.

Acompanhamento e desfecho:

Paciente retornou após 2 meses extremamente feliz, com controle completo dos episódios compulsivos. Relata que desde os 9 anos de idade não sabia o que era “se sentir normal”, algo que tornou a consulta extremamente emotiva. Trouxe exames de rotina:

	Rotina 2025
Glicemia	99 mg/dL
Hb glicada	5,8%
Colesterol Total	175 mg/dL
LDL	110 mg/dL
HDL	52 mg/dL
TG	65 mg/dL
TGP	8 UI/L
Creatinina	1,2 mg/dL

Hb: Hemoglobina; **TG:** Triglicerídeos; **TGP:** Transaminase Glutâmico-Pirúvica.

Paciente foi orientada a manter a terapêutica, com retornos a cada 8 semanas para reavaliação clínica.

CONCLUSÃO

O transtorno de compulsão alimentar é uma patologia altamente prevalente, com grande impacto na saúde dos pacientes, mesmo naqueles sem obesidade, embora seja um parâmetro altamente preditivo para o ganho de peso progressivo e o desenvolvimento de comorbidades metabólicas.^{8,10} Seu diagnóstico ainda permanece um desafio clínico, uma vez que precisamos colocar em prática a anamnese guiada para essa morbidade.^{1,10}

O tratamento farmacológico com lisdexanfetamina associado à terapia cognitivo-comportamental é altamente eficaz para induzir a remissão da

doença.¹² O uso de lisdexanfetamina poderá ser prolongado por pelo menos 1 ano, com individualização do desmame de acordo com a evolução clínica do paciente.¹⁷ A dose de titulação inicial é de 30 mg/dia, a ser ajustada em incrementos de 20 mg, em intervalos aproximados de 1 semana, até atingir a dose recomendada de 50 mg/dia ou de 70 mg/dia.¹⁴

O benefício da lisdexanfetamina está estabelecido claramente, desde que o seguimento seja feito corretamente, com retornos frequentes e análise da remissão do comportamento compulsivo.^{1,17} Considerado um parâmetro secundário, o peso não deve ser, a princípio, o principal ponto para o ajuste da posologia, e, sim, a redução de episódios semanais de compulsão.¹

Nota: trechos não referenciados correspondem à opinião do(s) autor(es), com base em seus estudos e prática clínica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Novel pharmacologic treatment in acute binge eating disorder - role of lisdexamfetamine. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Apr 18;12:833-41.
2. Bryant E, Spielman K, Le A, Marks P; National Eating Disorder Research Consortium; Touyz S, Maguire S. Screening, assessment and diagnosis in the eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord*. 2022 Jun 7;10(1):78
3. Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Bann CM, Bulik CM. Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2016 Sep 20;165(6):409-20.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Kjeldbjerg ML, Clausen L. Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023 Apr;32(4):549-74.
6. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013 May 1;73(9):904-14.

7. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348-58.
8. Hudson JI, Lalonde JK, Coit CE, Tsuang MT, McElroy SL, Crow SJ, et al. Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *Am J Clin Nutr*. 2010 Jun;91(6):1568-73.
9. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry*. 2007 Mar-Apr;48(2):124-31.
10. Montano CB, Rasgon NL, Herman BK. Diagnosing binge eating disorder in a primary care setting. *Postgrad Med*. 2016 Jan;128(1):115-23.
11. Balodis IM, Molina ND, Kober H, Worhunsky PD, White MA, Rajita Sinha, et al. Divergent neural substrates of inhibitory control in binge eating disorder relative to other manifestations of obesity. *Obesity (Silver Spring)*. 2013 Feb;21(2):367-77.
12. Appolinario JC, Nardi AE, McElroy SL. Investigational drugs for the treatment of binge eating disorder (BED): an update. *Expert Opin Investig Drugs*. 2019 Dec;28(12):1081-94.
13. Leite AVA, Meireles DO, Esteves GS, Fernandes CM, França MK, Figueiredo Junior HS. O uso de lisdexanfetamina no tratamento do transtorno de compulsão alimentar: uma revisão de literatura. In: Sousa IC, Cerqueira I, organizadoras. *Abordagens e estratégias para a Saúde Pública e Saúde Coletiva – Volume 2* [Internet]. São Paulo: Atena Editora; 2024. Cap. 7. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/download-post/91374>. Acesso em: junho de 2024.
14. Deksa® (dimesilato de lisdexanfetamina). [Bula Profissional]. São Paulo, SP: Supera Farma Laboratórios S.A.; 2025.
15. McElroy SL, Hudson JI, Mitchell JE, Wilfley D, Ferreira-Cornwell MC, Gao J, et al. Efficacy and safety of lisdexamfetamine for treatment of adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015 Mar;72(3):235-46.
16. McElroy SL, Hudson J, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Whitaker T, Gasior M. Lisdexamfetamine Dimesylate for Adults with Moderate to Severe Binge Eating Disorder: Results of Two Pivotal Phase 3 Randomized Controlled Trials. *Neuropsychopharmacology*. 2016 Apr;41(5):1251-60.
17. Hudson JI, McElroy SL, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Gasior M. Efficacy of Lisdexamfetamine in Adults With Moderate to Severe Binge-Eating Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2017 Sep 1;74(9):903-10.