

ANOREXIA NERVOSA: EPIDEMIOLOGIA, SINAIS CLÍNICOS E CONDUTA DIETÉTICA

Maria Rita Elias Melo¹;

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

<https://lattes.cnpq.br/1638345659334507>

Francisca Thalia Batista Silva²;

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

<http://lattes.cnpq.br/9201143730905259>

Heilany Barros Nogueira³;

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

<https://lattes.cnpq.br/8387539062134498>

Adrielly Regina Dantas Gomes⁴;

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

<https://lattes.cnpq.br/5942572227053319>

Paulo Víctor de Lima Sousa⁵.

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

<https://lattes.cnpq.br/1900256140724711>

RESUMO: A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar grave e multifatorial, caracterizado por restrição alimentar persistente, medo intenso de ganhar peso e distorção da imagem corporal, conforme descrito no DSM-5. Acomete predominantemente adolescentes e mulheres jovens, embora possa ocorrer em diferentes faixas etárias e sexos, incluindo apresentações atípicas em indivíduos com peso aparentemente normal. Sua etiologia envolve a interação de fatores genéticos, psicológicos, socioculturais e ambientais, destacando-se o perfeccionismo, traços obsessivo-compulsivos, dificuldades na regulação emocional, pressão estética e influência das mídias digitais. Do ponto de vista epidemiológico, embora a prevalência populacional seja relativamente baixa, a AN apresenta uma das maiores taxas de morbimortalidade entre os transtornos psiquiátricos, com pico de incidência ocorre entre os 15 e 19 anos, sendo mais prevalente no sexo feminino. Clinicamente, o transtorno manifesta-se por sinais físicos, psicológicos e comportamentais complexos, destacando a desnutrição prolongada que compromete sistemas cardiovascular, endócrino, gastrointestinal, neurológico e ósseo. Além disso, são comuns comorbidades como depressão, ansiedade e transtornos obsessivo-compulsivos, bem como padrões

cognitivos rígidos e comportamentos alimentares ritualizados. O tratamento exige abordagem multiprofissional integrada, envolvendo terapia nutricional, acompanhamento médico e psicoterapia. Estratégias como a terapia cognitivo-comportamental e o tratamento familiar (Método Maudsley) são centrais, com foco na restauração nutricional segura, prevenção da síndrome de realimentação e reestruturação de crenças disfuncionais. A identificação precoce e o cuidado contínuo e individualizado são fundamentais para reduzir complicações, promover recuperação funcional e melhorar o prognóstico a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Anorexia Nervosa. Transtornos Alimentares. Abordagem Multidisciplinar.

ANOREXIA NERVOSA: EPIDEMIOLOGY, CLINICAL SIGNS, AND DIETARY MANAGEMENT

ABSTRACT: Anorexia nervosa (AN) is a serious and multifactorial eating disorder characterized by persistent food restriction, intense fear of gaining weight, and distorted body image, as described in the DSM-5. It predominantly affects adolescents and young women, although it can occur in different age groups and sexes, including atypical presentations in individuals with apparently normal weight. Its etiology involves the interaction of genetic, psychological, sociocultural, and environmental factors, highlighting perfectionism, obsessive-compulsive traits, difficulties in emotional regulation, aesthetic pressure, and the influence of digital media. From an epidemiological point of view, although the population prevalence is relatively low, AN has one of the highest morbidity and mortality rates among psychiatric disorders, with a peak incidence occurring between 15 and 19 years of age, being more prevalent in females. Clinically, the disorder manifests itself through complex physical, psychological, and behavioral signs, highlighting prolonged malnutrition that compromises the cardiovascular, endocrine, gastrointestinal, neurological, and skeletal systems. Furthermore, comorbidities such as depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorders are common, as are rigid cognitive patterns and ritualized eating behaviors. Treatment requires an integrated multidisciplinary approach, involving nutritional therapy, medical follow-up, and psychotherapy. Strategies such as cognitive-behavioral therapy and family therapy (Maudsley Method) are central, focusing on safe nutritional restoration, prevention of refeeding syndrome, and restructuring of dysfunctional beliefs. Early identification and continuous, individualized care are fundamental to reducing complications, promoting functional recovery, and improving long-term prognosis.

KEYWORDS: Anorexia Nervosa. Eating Disorders. Multidisciplinary Approach.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar (TA) caracterizado pela busca por magreza, medo intenso de ganhar peso e distorção da imagem corporal, resultando na ingestão de nutrientes insuficiente para a manutenção do peso corporal mínimo esperado e perda significativa de peso (American Psychiatric Association, 2014). Embora possa acometer qualquer indivíduo, apresenta maior prevalência em meninas e mulheres jovens, geralmente no início da adolescência ou da idade adulta jovem (Uniacke; Walsh, 2022).

Os jovens de 16 a 25 anos enfrentam grandes desafios para adotar o tratamento da AN, pois estão na transição da fase adolescência para a fase adulta, marcado por maior independência, mudanças sociais como sair de casa, arrumar empregos e entrar na faculdade (Soe; Babajide; Gibbs, 2019).

Do ponto de vista clínico, a AN pode ser de dois tipos: restritiva caracterizada pela perda de peso decorrente de restrição alimentar, jejum e também exercícios físicos intensos; e compulsão/purgativa que ocorrem episódios de compulsão alimentar seguidos por comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes e diuréticos ou atividade física excessiva para favorecer a perda de peso (Serra *et al*, 2022). O DSM-5 incluiu ainda a anorexia nervosa atípica caracterizada pela presença de sintomas da anorexia, embora o peso corporal esteja dentro ou acima da faixa normal (Trapani; Rubino, 2025).

O desenvolvimento da anorexia nervosa está associado à interação entre fatores genéticos, ambientais como eventos críticos ou descontrolados que acontecem na vida, psicossociais que abrange o perfeccionismo, traço obsessivo-compulsivo e regulação emocional, e socioculturais, incluindo pressão estética e cultura da dieta (Vocks; Legenbauer, 2021). Além disso, o uso exacerbado da internet e das redes sociais que abordam ideias sobre aparência, imagem corporal e aspectos físicos, fortalecem a concepção de um “modelo padrão” que valoriza a magreza e dietas extremas (Bozzola *et al*, 2024).

Dessa forma, a AN tem favorecido impacto negativo na saúde dos indivíduos, afetando significativamente o estado emocional, cognitivo e social (Hebebrand *et al*, 2024). O humor deprimido, sensação de desesperança e o transtorno depressivo maior (TDM) são mais frequentes em pessoas que têm AN (Himmerich; Treasure, 2024). Os prejuízos fisiológicos, decorrente da menor ingestão de calorias e nutrientes do que o necessário, pode levar a problemas em vários órgãos e sistemas do corpo, como o cardiovascular, gastrointestinal, endócrino, neurológico e esquelético (Clemente-Suárez *et al*, 2023).

Portanto, a AN é um transtorno complexo, sendo importante a sua identificação precoce e o tratamento adequado. Nesse processo, a colaboração de uma equipe de profissionais de diferentes áreas, junto com o apoio constante da família, mostra-se de suma importância na recuperação, redução dos riscos e no alcance de melhores resultados ao longo do tratamento.

EPIDEMIOLOGIA

A AN é um transtorno alimentar de elevada gravidade clínica e de impacto social, apresentando uma das maiores taxas de morbimortalidade entre os transtornos psiquiátricos. Embora seja considerada relativamente rara em termos populacionais, sua relevância epidemiológica é devido às complicações clínicas associadas, pelo curso crônico e de início precoce em grande parte dos casos. Estudos epidemiológicos indicam que a ocorrência da AN tem apresentado mudanças ao longo das últimas décadas, influenciadas por fatores socioculturais, avanços diagnósticos e maior visibilidade do transtorno nos serviços de saúde (Wakeling, 1996; Voderholzer, 2025).

A distribuição epidemiológica da AN varia conforme sexo, idade e contexto geográfico. Historicamente, observa-se maior concentração de casos em países de alta renda e em ambientes urbanos, embora evidências recentes apontem para uma ampliação do diagnóstico em diferentes regiões do mundo. Além disso, alterações nos critérios diagnósticos e o aumento da conscientização entre profissionais de saúde contribuíram para maior identificação dos casos, o que pode impactar as estimativas de incidência ao longo do tempo (Vale *et al.*, 2024).

Em relação ao sexo, a anorexia nervosa acomete predominantemente mulheres, com razões mulher:homem variando entre 8:1 e 10:1. Uma revisão sistemática com meta-análise demonstrou que a incidência anual da AN em mulheres varia, em média, entre 8 e 30 casos por 100.000 pessoas-ano, sendo mais elevada durante a adolescência e no início da vida adulta. Essas diferenças são atribuídas à interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, especialmente aqueles relacionados à imagem corporal e às pressões estéticas (Martínez-González *et al.*, 2020).

Quanto à idade de início, observa-se pico de incidência entre os 15 e 19 anos. No entanto, estudos mais recentes indicam aumento no reconhecimento de casos de início precoce, ainda na infância, o que traz implicações epidemiológicas e clínicas relevantes. AAN de início precoce associa-se a maior risco de prejuízos no crescimento e desenvolvimento, além de desafios adicionais para o diagnóstico e manejo clínico (Ayrolles *et al.*, 2024).

A prevalência da AN varia amplamente de acordo com o método de investigação e os critérios diagnósticos utilizados. Estudos populacionais baseados nos critérios do DSM-5 estimam prevalência ao longo da vida entre 0,4% e 2,2% em mulheres e valores consideravelmente menores em homens, embora haja evidências de subdiagnóstico no sexo masculino. Além disso, análises epidemiológicas recentes destacam que a AN apresenta uma das mais elevadas taxas de mortalidade entre os transtornos psiquiátricos, reforçando a gravidade da doença mesmo diante de sua menor prevalência populacional (Udo; Grilo, 2018; Van Eeden; Van Hoeken; Hoek, 2021).

Em escala global, estima-se que mais de 70 milhões de pessoas apresentem algum TA, configurando um importante problema de saúde pública. Embora a AN represente uma proporção menor desses transtornos, destaca-se pelo elevado risco de complicações

clínicas e mortalidade. A escassez de dados epidemiológicos em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, limita a compreensão precisa da magnitude da AN nesses contextos (Ministério Da Saúde, 2022; Uniacke; Walsh, 2022).

No contexto brasileiro, os estudos disponíveis sugerem aumento progressivo dos TA, especialmente entre adolescentes e jovens adultos. Fatores socioculturais, como a valorização da magreza, a influência da mídia e das redes sociais, além de aspectos psicológicos e familiares, desempenham papel relevante na distribuição epidemiológica da AN. Com isso, a sua etiologia multifatorial contribui para sua complexidade epidemiológica, dificultando a mensuração precisa de sua ocorrência (Carmo *et al.*, 2014).

SINAIS E SINTOMAS

A AN apresenta um curso clínico complexo, caracterizado por alterações físicas, comportamentais e psicológicas que comprometem diversos sistemas orgânicos (Baenas; Etxandi; Fernández-Aranda, 2024). A perda ponderal acentuada é frequentemente o primeiro sinal observado, mas nem sempre representa a totalidade da gravidade clínica, uma vez que pacientes com “anorexia atípica” podem apresentar instabilidade clínica relevante mesmo com peso dentro da normalidade (Sawyer *et al.*, 2023).

Entre os sinais físicos mais comuns estão bradicardia, hipotensão, hipotermia, alterações eletrolíticas e redução da massa muscular, decorrentes da desnutrição prolongada, cáries dentárias, sangramento gengival e da adaptação metabólica do organismo ao déficit energético (Bozzola *et al.*, 2024). Alterações dermatológicas, como pele ressecada, alopecia, unhas quebradiças e presença de lanugo, também são comuns e refletem mecanismos fisiológicos de economia de energia (Treasure; Claudino; Zucker, 2010). O trato gastrointestinal sofre impactos relevantes, incluindo constipação, gastroparesia e dor abdominal recorrente, atribuídos à desaceleração do trânsito intestinal e à baixa ingestão alimentar (Murray *et al.*, 2019).

As alterações endócrinas constituem um aspecto crítico do quadro. Observa-se supressão do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, resultando em amenorréia, infertilidade e redução de hormônios sexuais (Misra; Klibanski, 2014). Além disso, níveis reduzidos de hormônios tireoidianos e resistência periférica à insulina são frequentemente observados. A saúde óssea é gravemente comprometida, com risco aumentado de osteopenia e osteoporose devido à carência de nutrientes, ao hiperadrenocorticismos e ao hipoestrogenismo prolongado, podendo gerar danos irreversíveis caso a recuperação nutricional não ocorra precocemente (Haines, 2023).

Do ponto de vista psicológico, a AN é diagnosticada quando apresenta três condições: peso corporal significativamente baixo em relação à idade e sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física do paciente, e medo intenso de ganhar peso e percepção corporal distorcida (Sirufo *et al.*, 2022). Indivíduos com esse transtorno exibem padrões

cognitivos marcados por perfeccionismo, rigidez mental e comportamentos alimentares ritualizados, como cortar os alimentos em pedaços minúsculos ou ingerir refeições extremamente lentas (Clemente-Suárez *et al.*, 2023). Além disso, há prevalência elevada de comorbidades psiquiátricas especialmente ansiedade, depressão e transtornos obsessivo-compulsivos que contribuem para a manutenção do quadro (Zipfel *et al.*, 2015).

A AN promove redução importante na densidade mineral óssea (DMO) em aproximadamente 40% dos pacientes e risco três vezes maior de fraturas ao longo da vida (Feng *et al.*, 2023). Comportamentos compensatórios, embora mais frequentemente associados à bulimia nervosa, podem ocorrer em subtipos purgativos da anorexia, incluindo vômitos autoinduzidos, uso de laxantes e diuréticos, os quais intensificam o risco de complicações graves, como hipocalcemia, arritmias e alterações renais (Peebles *et al.*, 2017).

Do ponto de vista sistêmico, a AN pode comprometer órgãos vitais, como coração, rins e pulmões, aumentando substancialmente o risco de mortalidade. Uma revisão reportou risco de morte súbita associado a arritmias, insuficiência cardíaca e distúrbios metabólicos graves (Puckett *et al.*, 2021). Além disso, a doença pode levar a prejuízos cognitivos, lentificação do pensamento, diminuição do volume cerebral e dificuldades de tomada de decisão, alterações que podem ser parcialmente reversíveis com o restabelecimento nutricional (Steinglass; Walsh, 2016).

CONDUTA DIETÉTICA

O tratamento da AN envolve medidas não farmacológicas, tendo como principais estratégias as modificações ambientais, psicoterápica individual e familiar e a terapia cognitivo-comportamental (TCC), considerada uma abordagem central no manejo do transtorno. Essas intervenções visam a restauração do peso corporal e a reestruturação de padrões disfuncionais de pensamento, comportamento alimentar e percepção da imagem corporal. Nesse contexto, o cuidado integral envolve a atuação articulada de nutricionistas, psicólogos, médicos psiquiatras, com o objetivo de promover a recuperação clínica, nutricional e psicossocial do indivíduo (Gomes *et al.*, 2021, Halmi, 2009).

A avaliação do estado de saúde de pacientes com TA costuma exigir uma anamnese minuciosa, exame físico e psíquico detalhado e, geralmente, exames complementares. A partir disso é possível estabelecer um diagnóstico nosológico do TA e de suas comorbidades, estratificar o risco clínico e psiquiátrico, para então estabelecer um planejamento terapêutico (Nice, 2017). O nível de cuidado indicado pode variar entre internação hospitalar em unidade psiquiátrica ou clínica, acompanhamento em regime de hospital-dia ou tratamento ambulatorial, de acordo com a gravidade clínica, nutricional e psiquiátrica do paciente (Hay *et al.*, 2014).

Além disso, é fundamental definir a abordagem psicoterápica mais adequada e o formato do atendimento nutricional, que pode incluir acompanhamento nutricional regular com foco em estratégias comportamentais e educação alimentar. Ademais, deve-se avaliar a necessidade de introdução de intervenção psicofarmacológica, considerando também a presença de comorbidades associadas, como depressão, ansiedade ou transtornos obsessivo-compulsivos (Hilbert; Hoek; Schmidt, 2017).

A psicoterapia tem papel fundamental em aspectos comportamentais relacionados à alimentação e às alterações da imagem corporal. Para adultos, estão indicados a TCC. Já em crianças e adolescentes, o método Maudsley, conhecido como *Family-Based Treatment* (FBT), apresentou mais eficácia que as demais intervenções (Nice, 2017). Esse método baseia-se em evidências que reconhecem o papel da família no processo de recuperação nutricional e psicológica do paciente, sem atribuir culpa aos pais pelo desenvolvimento do TA (Lock; Le Grange, 2015).

Esse método é estruturado em três fases. A fase 1 prioriza a restauração do peso por meio da normalização da alimentação, com os pais assumindo o controle das refeições temporariamente para interromper a perda ponderal e reverter a desnutrição (Nice, 2017). A fase 2 ocorre após a estabilização clínica, quando o controle alimentar é gradualmente devolvido ao adolescente, com monitoramento para prevenir recaídas (Lock *et al.*, 2010; Lock; Le Grange, 2015). Já a fase 3, concentra-se na consolidação da recuperação, abordando aspectos psicossociais e promovendo o retorno a uma vida saudável e funcional (Le Grange *et al.*, 2016).

Para adolescentes mais velhos e adultos, as diretrizes internacionais, como o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), reconhecem a TCC como uma abordagem recomendada, sobretudo para pacientes que não respondem adequadamente à terapia familiar (Nice, 2017). Esse modelo propõe que crenças centrais rígidas sobre magreza, perfeccionismo e autocontrole sustentam comportamentos restritivos, medo intenso de ganhar peso e distorção da imagem corporal. A desnutrição, por sua vez, agrava o funcionamento cognitivo e emocional, reforçando tais crenças e dificultando a mudança comportamental (Fairburn; Cooper; Shafran, 2003).

A TCC para AN é geralmente estruturada, orientada por metas e inclui intervenções como monitoramento alimentar, a normalização dos padrões de refeição, a reestruturação cognitiva de pensamentos distorcidos sobre peso e alimentação e enfrentamento gradual do medo de ganhar peso. Técnicas comportamentais, como exposição a alimentos temidos e prevenção de respostas compensatórias, também são amplamente utilizadas (Fairburn, 2008; Hay *et al.*, 2014).

A efetividade da TCC está diretamente relacionada à estabilização clínica e nutricional do paciente, visto que a desnutrição compromete a flexibilidade cognitiva e a capacidade de *insight*, limitando o impacto das intervenções cognitivas. Assim, a atuação conjunta entre psicólogo, nutricionista e médico é fundamental para garantir segurança clínica e promover

mudanças sustentáveis no comportamento alimentar (American Dietetic Association, 2001).

Com relação a conduta dietética, a definição de metas iniciais, como a recuperação ponderal, o restabelecimento da regularidade da ingestão alimentar e a redução de comportamentos compensatórios, é essencial para direcionar o tratamento. Essas metas devem ser monitoradas, avaliadas e ajustadas periodicamente pela equipe multiprofissional, servindo também como parâmetros para a autoavaliação do paciente ao longo do processo terapêutico (Allison *et al.*, 2017).

A terapia nutricional tem papel importante no tratamento, auxiliando o paciente a entender suas necessidades nutricionais, ampliar a variedade de alimentos na dieta e adotar comportamentos alimentares mais adequados. Uma técnica efetiva envolve mudança das crenças errôneas que ajuda o paciente a ter percepções e interpretações mais adequadas de dieta, nutrição e relação entre sintomas físicos (American dietetic association, 2001).

A precisão dietética deve considerar o risco de síndrome de realimentação, determinando o valor energético de acordo com a expectativa de ganho de peso (Hilbert; Hoek; Schmidt, 2017). A síndrome de realimentação é uma desordem hidroeletrolítica grave, potencialmente fatal, que ocorre após a reintrodução da dieta, seja por via oral, enteral ou parenteral (Mallet, 2002). A depleção alimentar prolongada seguida por excessiva administração de carboidratos causa intenso anabolismo, com consequente consumo intracelular de eletrólitos e minerais como potássio, magnésio e, principalmente, fósforo (Tresley; Sheean, 2008). Além disso, ela caracteriza-se clinicamente por alterações neurológicas, sintomas respiratórios e cardíacos, como arritmias e falência cardíaca, poucos dias após o início da realimentação, e resulta num maior risco de mortalidade (Ladage, 2003).

Apesar desse risco, há necessidade de uma alta ingestão calórica para recuperação de peso, pois a taxa de metabolismo basal se encontra alterada nesses pacientes (Rock; Curran-Celentano, 1996; Dempsey *et al.*, 1984). Com isso, deve-se adotar um protocolo individualizado de pesagem para os pacientes, definindo critérios, frequência, momento da avaliação e a comunicação do peso ao paciente. A pesagem realizada durante o acompanhamento nutricional permite discutir reações emocionais, o enfrentamento do medo do ganho ponderal e o esclarecimento de variações de peso, auxiliando o paciente a alcançar e manter um peso saudável por meio de uma alimentação adequada, variada e sustentável ao longo do tempo (American dietetic association, 2001).

CONCLUSÃO

A AN configura-se como um TA complexo e de elevada gravidade clínica, resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Ao longo deste capítulo, evidenciou-se que suas repercussões ultrapassam o comportamento alimentar, comprometendo múltiplos sistemas orgânicos, o funcionamento psíquico e a vida social do

indivíduo, o que reforça seu potencial de cronicidade e risco aumentado de morbimortalidade.

Os sinais e sintomas descritos nesse capítulo demonstram o caráter sistêmico da doença e a necessidade de identificação precoce para evitar danos físicos e psicológicos muitas vezes irreversíveis. No que se refere ao tratamento, o capítulo ressalta a centralidade de uma abordagem multiprofissional, na qual a terapia nutricional, o acompanhamento médico e as intervenções psicoterápicas atuam de forma integrada. Assim, o manejo adequado da AN exige não apenas intervenções técnicas baseadas em evidências, mas também um cuidado continuado, humanizado e individualizado, essencial para a promoção de melhores desfechos a longo prazo.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ALLISON, E *et al.* Consulta de quinze minutos: Uma abordagem estruturada para o manejo de crianças e adolescentes com anorexia nervosa medicamente instável. **Arquivos de doenças na infância - Edição Educação e prática**, v. 102, n. 4, p. 175–181. 2017.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). **Journal of the American Dietetic Association**, v. 101, n. 7, p. 810–819, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AYROLLES, A *et al.* Early-onset anorexia nervosa: a scoping review and management guidelines. **Journal of Eating Disorders**, v. 12, p. 182, 2024. DOI: 10.1186/s40337-024-01130-9.

BAENAS, I; ETXANDI, M; FERNÁNDEZ-ARANDA, F. Complicaciones médicas en anorexia y bulimia nerviosa. **Medicina Clínica**, v. 162, n. 2, p. 67–72, jan. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.028>.

BOZZOLA, E *et al.* Anorexia nervosa in children and adolescents: an early detection of risk factors. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 50, n. 1, p. 221, out. 2024. DOI: 10.1186/s13052-024-01796-6.

CARMO, C. C *et al.* Transtornos alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas. **HU Revista**, v. 40, n. 3-4, p. 173-181, jul./dez. 2014.

CLEMENTE-SUÁREZ, V. J *et al.* The Impact of Anorexia Nervosa and the Basis for Non-

Pharmacological Interventions. **Nutrients**, v. 15, n. 11, p. 2594, jun. 2023. DOI: 10.3390/nu15112594.

DEMPSEY, D. T *et al.* Weight gain and nutritional efficacy in anorexia nervosa. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 39, n. 2, p. 236–242, 1984.

FAIRBURN, C. G. Cognitive behavior therapy and eating disorders. **New York: Guilford Press**, 2008.

FAIRBURN, C. G; COOPER, Z; SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, n. 5, p. 509–528. 2003.

FAIRBURN, C. G *et al.* Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. **American Journal of Psychiatry**, v. 166, n. 3, p. 311–319, 2009.

FENG, B *et al.* Descobertas Atuais e Implicações Futuras dos Transtornos Alimentares. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 14, p. 6325, jul. 2023. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146325>.

GOMES, E. L. V, S *et al.* O impacto do desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes: uma revisão. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 14, p. e92101421648, 26 out. 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.21648.

HAINES, M. S. Endocrine complications of anorexia nervosa. **Journal of Eating Disorders**, v. 11, p. 24, 2023.

HALMI, K. A. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. **World Psychiatry**, v. 8, n. 3, p. 150–155, 2009.

HAY, P *et al.* Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 11, p. 977–1008, 2014.

HEBE BRAND, J *et al.* The diagnosis and treatment of anorexia nervosa in childhood and adolescence. **Deutsches Ärzteblatt international**, mar. 2024. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0248.

HILBERT, A; HOEK, H. W; SCHMIDT, R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 30, n. 6, p. 423–437. 2017.

HIMMERICH, H; TREASURE, J. Anorexia nervosa: diagnostic, therapeutic, and risk biomarkers in clinical practice. **Trends in Molecular Medicine**, v. 30, n. 4, p. 350–360, abr. 2024. DOI: 10.1016/j.molmed.2024.01.002.

LADAGE, E. Refeeding syndrome. **ORL–Head and Neck Nursing**, v. 21, n. 3, p. 18–20, 2003.

LE GRANGE, D *et al.* Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 55, n. 10, p. 886–894, 2016.

LOCK, J *et al.* Comparison of family-based treatment and adolescent focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. **Archives of General Psychiatry**, v. 67, n. 10, p. 1025–1032. 2010.

LOCK, J.; LE GRANGE, D. Manual de tratamento para anorexia nervosa: uma abordagem baseada na família. 2.ed. **Nova York: Guilford**, 2015. DOI: 9781462506767.

MALLET, M. Refeeding syndrome. **Age and Ageing**, v. 31, n. 1, p. 65–66, 2002.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, L *et al.* Incidence of anorexia nervosa in women: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, p. 3824, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17113824.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Mais de 70 milhões de pessoas no mundo possuem algum distúrbio alimentar. *Portal Gov.br*, Brasília, 19 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/mais-de-70-milhoes-de-pessoas-no-mundo-possuem-algum-disturbio-alimentar>. Acesso em: 13 dez. 2025.

MISRA, M.; KLIBANSKI, A. Endocrine consequences of anorexia nervosa. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 2, n. 7, p. 581–592, 2014.

MURRAY, H. B.; BAILEY, A. P.; KAYE, W. H. Gastrointestinal complications in eating disorders. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 34, n. 2, p. 217–227, 2019.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Eating disorders: recognition and treatment. **NG69. London: NICE**, 2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>.

PEEBLES, R. *et al.* Outcomes of an inpatient medical nutritional rehabilitation protocol in children and adolescents with eating disorders. **Journal of Eating Disorders**, v. 5, p. 7, 2017.

PUCKETT, L. *et al.* A comprehensive review of complications and new findings associated with anorexia nervosa. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 12, p. 2555, 2021.

ROCK, C. L; CURRAN-CELENTANO, J. Nutritional management of eating disorders. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 19, n. 4, p. 701–713, 1996.

SAWYER, S. M., *et al.* Medical instability in atypical anorexia nervosa: A systematic review. **Journal of Eating Disorders**, v. 11, p. 58, 2023.

SERRA, R *et al.* Correction to: The transition from restrictive anorexia nervosa to bingeing and purging: a systematic review and meta-analysis. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 27, n. 2, p. 853–853, mar. 2022. DOI: 10.1007/s40519-021-01226-0.

SIRUFO, M. M *et al.* Anorexia nervosa e comorbidades autoimunes: uma via bidirecional? **CNS Neurociência & Terapêutica**, v. 28, n. 12, p. 1921–1929, dez. 2022. <https://doi.org/10.1111/cns.13953>.

SOE, K; BABAJIDE, U; GIBBS, T. Declaração de posição sobre jovens em idade transicional. Washington, DC: **associação americana de psiquiatria**, 2019.

STEINGLASS, J. E.; WALSH, B. T. Habit learning and anorexia nervosa: a cognitive neuroscience hypothesis. **International Journal of Eating Disorders**, v. 49, n. 10, p. 992–1000, 2016.

TRAPANI, S; RUBINO, C. Medical Complications of Anorexia Nervosa. **Pediatrics**, v. 156, n. 2, p. e2024070304, ago. 2025. DOI: 10.1542/peds.2024-070304.

TREASURE, J.; CLAUDINO, A.; ZUCKER, N. Eating disorders. **The Lancet**, v. 375, p. 583–593, 2010.

TRESLEY, J; SHEEAN, P. M. Refeeding syndrome: recognition is the key to prevention and management. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 108, n. 12, p. 2105–2108, 2008.

UDO, T; GRILO, C. M. Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. **Biological Psychiatry**, v. 84, n. 5, p. 345–354. 2018. DOI: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014.

UNIACKE, B; WALSH, B. T. Eating Disorders. **Annals of Internal Medicine**, v. 175, n. 8, p. ITC113–ITC128, ago. 2022. DOI: 10.7326/AITC202208160.

VALE, J. V. M *et al.* Incidência, prevalência e riscos à saúde dos transtornos alimentares: uma revisão narrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 8, ago. 2024. ISSN 2675-3375.

VAN EEDEN, A. E; VAN HOEKEN, D; HOEK, H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 515–524, 2021. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000739.

VOCKS, S; LEGENBAUER, T. Theoretische Grundlagen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Anorexia und Bulimia nervosa. **Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie**. 2ª edição. Berlim, Heidelberg: Springer, pp. 23–38. 2021.

VODERHOLZER, U; NAAB, S; CUNTZ, U; SCHLEGL, S. Anorexia nervosa – an update. **Der Nervenarzt**, 2025. Publicado online em 28 maio 2025. DOI: 10.1007/s00115-02.

ZIPFEL, S., *et al.* Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. **The Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 12, p. 1099–1111, 2015.